

Comunicação interdisciplinar e tomada de decisão clínica: desafios para as equipes multiprofissionais nos serviços de saúde

Interdisciplinary communication and clinical decision-making: challenges for multiprofessional teams in healthcare services

Elessandra Lima Grijó¹; Edilene Lima Grijó²; Ana Paula de Figueiredo³; Olivia Daiana Marques Moreno⁴; Eliane Aparecida Peixoto⁵; Cláudio Ferreira de Mendonça⁶; Mônica Martins Moreira Garcez⁷; Bruna Sena Silva⁸; Eunice de Souza Leal⁹; Maria de Fátima Alves¹⁰; Oldair Donizete Galeni¹¹; Jane Barreto Santos¹²

Resumo

A crescente complexidade da assistência à saúde exige integração entre diferentes categorias profissionais, compartilhamento de informações e construção de decisões capazes de considerar as múltiplas necessidades apresentadas pelos pacientes. Nesse contexto, a comunicação interdisciplinar constitui elemento fundamental para o funcionamento das equipes multiprofissionais e para a segurança, continuidade e qualidade do cuidado. O presente estudo tem como objetivo analisar a influência da comunicação interdisciplinar sobre a tomada de decisão clínica, identificando os principais desafios enfrentados pelas equipes multiprofissionais nos serviços de saúde e discutindo estratégias capazes de fortalecer práticas colaborativas. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, fundamentada em produções científicas e documentos institucionais relacionados à comunicação interprofissional, trabalho em equipe, segurança do paciente e

¹ Hospital Getúlio Vargas/UFAM – Corpo de Bombeiros Militar – Manaus – AM – Brasil

² Universidade Federal do Amazonas/UFAM – Manaus – AM – Brasil.

³ Universidade Ibirapuera, Anhanguera e Cruzeiro do Sul – São Paulo– SP – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7541-1539>

⁴ Universidade Federal do Amazonas/UFAM – Manaus – AM – Brasil.

⁵ Hospital Getúlio Vargas/UFAM – Manaus – AM – Brasil.

⁶ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

⁷ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

⁸ Universidade Federal do Amazonas/UFAM – Manaus – AM – Brasil.

⁹ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹⁰ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹¹ Universidade Federal de Uberlândia – MG – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0586-9234>

¹² Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

tomada de decisão. A literatura evidencia que barreiras relacionadas à hierarquia profissional, sobrecarga de trabalho, fragmentação das informações, ausência de protocolos comunicacionais, conflitos entre categorias, diferenças na formação profissional e fragilidades organizacionais podem comprometer o compartilhamento de informações e interferir nas decisões clínicas. Em contrapartida, estratégias como reuniões multiprofissionais, rounds interdisciplinares, comunicação estruturada, registros integrados, definição de responsabilidades, educação interprofissional e fortalecimento de uma cultura institucional colaborativa favorecem decisões mais seguras e centradas no paciente. Conclui-se que a comunicação interdisciplinar não constitui apenas uma habilidade relacional, mas um componente estratégico da qualidade assistencial. O fortalecimento da integração entre os profissionais pode contribuir para reduzir riscos, evitar fragmentação do cuidado e qualificar os processos de tomada de decisão nos diferentes serviços de saúde.

Palavras-chave: Comunicação interdisciplinar. Equipe multiprofissional. Tomada de decisão clínica. Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde.

Abstract

The increasing complexity of healthcare requires integration among different professional categories, information sharing, and decision-making processes capable of addressing patients' multiple needs. In this context, interdisciplinary communication is a fundamental element for the functioning of multiprofessional teams and for the safety, continuity, and quality of care. This study aims to analyze the influence of interdisciplinary communication on clinical decision-making, identifying the main challenges faced by multiprofessional teams in healthcare services and discussing strategies capable of strengthening collaborative practices. This is a narrative literature review with a qualitative, descriptive, and exploratory approach, based on scientific publications and institutional documents related to interprofessional communication, teamwork, patient safety, and decision-making. The literature indicates that barriers related to professional hierarchy, workload, fragmentation of information, lack of standardized communication protocols, conflicts between professional categories, differences in professional training, and organizational weaknesses may compromise information sharing and interfere with clinical decisions. Conversely, strategies such as multiprofessional meetings, interdisciplinary rounds, structured communication, integrated records, clear definition of responsibilities, interprofessional education, and the strengthening of a collaborative institutional culture promote safer and more patient-centered decisions. It is concluded that interdisciplinary communication is not merely a relational skill but a strategic component of healthcare quality. Strengthening professional integration can contribute to reducing risks, preventing fragmentation of care, and improving clinical decision-making processes across different healthcare settings.

Keywords: Interdisciplinary communication. Multiprofessional team. Clinical decision-making. Patient safety. Quality of health care.

1 Introdução

Os serviços de saúde contemporâneos caracterizam-se pela crescente complexidade das necessidades apresentadas pelos pacientes, pela incorporação contínua de tecnologias e pela participação de diferentes categorias profissionais na construção do cuidado. Médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais podem participar simultaneamente da assistência a um mesmo indivíduo, cada qual contribuindo com conhecimentos e competências específicas.

Essa multiplicidade profissional amplia as possibilidades de compreensão das necessidades do paciente, porém também cria desafios relacionados à integração das informações e à articulação das decisões. A presença de diferentes profissionais em um mesmo serviço não garante, por si só, a existência de trabalho interdisciplinar. Para que a atuação coletiva produza resultados efetivamente integrados, torna-se necessário estabelecer processos de comunicação capazes de articular conhecimentos, responsabilidades, prioridades e objetivos assistenciais.

Nesse contexto, a comunicação interdisciplinar constitui uma dimensão fundamental do trabalho em saúde. Por meio dela são compartilhadas informações sobre condições clínicas, alterações no estado do paciente, respostas aos tratamentos, medicamentos utilizados, riscos identificados, necessidades psicossociais e diferentes possibilidades terapêuticas. A qualidade desse processo pode influenciar diretamente a continuidade e a segurança da assistência.

A comunicação efetiva assume especial relevância quando se considera a tomada de decisão clínica. Decidir sobre a assistência não significa apenas selecionar determinada intervenção. O processo envolve interpretação de informações, avaliação de riscos e benefícios, análise das necessidades individuais e consideração das diferentes perspectivas profissionais envolvidas no cuidado.

Em situações de maior complexidade, nenhuma categoria profissional detém isoladamente todas as informações necessárias para compreender integralmente o paciente. A enfermagem, por exemplo, mantém acompanhamento contínuo das respostas e necessidades apresentadas durante a assistência; a medicina contribui para diagnóstico e definição terapêutica dentro de suas atribuições; a farmácia pode identificar riscos relacionados à farmacoterapia; a fisioterapia avalia dimensões funcionais e respiratórias; a nutrição analisa necessidades

nutricionais; enquanto psicologia e serviço social podem acrescentar elementos emocionais, familiares e sociais relevantes para a construção do cuidado.

A integração desses diferentes conhecimentos possibilita ampliar a compreensão clínica e construir decisões mais coerentes com as necessidades do indivíduo. Entretanto, para que isso aconteça, as informações precisam circular de maneira adequada.

O Ministério da Saúde reconhece a interprofissionalidade como estratégia relevante para qualificação das práticas de saúde e destaca benefícios relacionados à segurança da assistência, integralidade do cuidado e acompanhamento das necessidades dos usuários. O trabalho colaborativo pressupõe complementaridade entre diferentes atores e objetivos compartilhados, superando a compreensão de equipe como mera coexistência de profissionais em um mesmo espaço.

Essa diferenciação é essencial. Uma equipe pode ser multiprofissional porque reúne trabalhadores de diferentes formações, mas permanecer fragmentada quando cada categoria desenvolve suas atividades isoladamente. A interdisciplinaridade pressupõe maior interação entre os conhecimentos e a construção compartilhada de respostas para problemas complexos.

Nos serviços hospitalares, essa questão pode ser observada durante rounds, discussões de casos, transferências entre setores, passagem de plantão, elaboração de planos terapêuticos e situações de deterioração clínica. Na Atenção Primária à Saúde, manifesta-se na elaboração de projetos terapêuticos, acompanhamento de condições crônicas, ações de promoção da saúde e articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A comunicação inadequada pode produzir consequências importantes. Informações não transmitidas, registros incompletos, mensagens ambíguas, alterações terapêuticas não compartilhadas e ausência de confirmação da informação recebida podem contribuir para atrasos, duplicidade de procedimentos e inconsistências no cuidado.

Por esse motivo, a comunicação entre profissionais possui estreita relação com a segurança do paciente. Os protocolos brasileiros de segurança destacam a melhoria da comunicação e o trabalho em equipe entre os elementos necessários para construção de práticas assistenciais mais seguras.

Apesar dessa importância, diferentes obstáculos permanecem presentes no cotidiano das organizações. Um deles corresponde à sobrecarga de trabalho. Equipes submetidas a elevada demanda, interrupções constantes e número insuficiente de trabalhadores podem apresentar menor disponibilidade para discussões interdisciplinares estruturadas.

Outro desafio corresponde às relações hierárquicas. Estruturas excessivamente verticalizadas podem dificultar a manifestação de dúvidas, discordâncias ou alertas por determinados membros da equipe. Em situações nas quais o profissional percebe um possível risco, mas não encontra ambiente institucional favorável para comunicar sua preocupação, a hierarquia deixa de cumprir função organizacional e passa a constituir potencial barreira à segurança.

As diferenças de linguagem profissional também precisam ser consideradas. Cada área desenvolve terminologias, formas de registro e prioridades específicas. Quando essas diferenças não são adequadamente articuladas, uma mesma situação clínica pode ser interpretada de maneiras distintas, dificultando a construção de objetivos comuns.

Além disso, a fragmentação dos sistemas de informação pode interferir no processo comunicacional. Registros distribuídos entre diferentes documentos ou plataformas, informações atualizadas de forma tardia e dificuldades de acesso ao histórico do paciente podem limitar a disponibilidade dos dados necessários para decisões oportunas.

Nesse cenário, estratégias de padronização da comunicação apresentam relevância. Ferramentas estruturadas para transferência de informações, checklists, passagens de plantão sistematizadas, reuniões breves de segurança e rounds interdisciplinares podem contribuir para reduzir omissões e organizar o compartilhamento de informações.

Entretanto, ferramentas isoladas não são suficientes quando a cultura organizacional permanece fragmentada. A comunicação interdisciplinar depende também da confiança entre os membros da equipe, respeito às diferentes competências, clareza das responsabilidades e possibilidade de manifestação profissional sem receio de constrangimentos ou retaliações.

A participação do paciente e de seus familiares acrescenta outra dimensão à discussão. A tomada de decisão contemporânea deve considerar não somente informações provenientes dos

profissionais, mas também preferências, valores, objetivos e condições particulares do usuário. O paciente deixa de ocupar posição exclusivamente passiva e passa a integrar, dentro das possibilidades de cada situação, o processo decisório relacionado à própria saúde.

A educação interprofissional apresenta-se igualmente como estratégia relevante. A formação tradicional das profissões da saúde frequentemente ocorre de maneira separada, fazendo com que muitos trabalhadores tenham contato efetivo com outras categorias somente após ingressarem nos serviços. Experiências formativas compartilhadas podem favorecer conhecimento sobre competências profissionais, comunicação e colaboração.

A gestão possui responsabilidade central nesse processo. Não é suficiente solicitar que os profissionais “se comuniquem melhor” sem garantir condições para que essa comunicação aconteça. Tempo destinado às discussões clínicas, dimensionamento adequado das equipes, protocolos institucionais, sistemas de informação integrados e apoio das lideranças constituem elementos organizacionais fundamentais.

Assim, compreender os desafios da comunicação interdisciplinar implica evitar a individualização de problemas que também possuem natureza estrutural. Falhas comunicacionais podem decorrer de comportamentos individuais, mas igualmente de processos mal definidos, ambientes excessivamente hierarquizados, sobrecarga e ausência de mecanismos seguros para compartilhamento das informações.

Diante desse contexto, estabelece-se como questão norteadora deste estudo: de que maneira a comunicação interdisciplinar influencia a tomada de decisão clínica e quais são os principais desafios enfrentados pelas equipes multiprofissionais para desenvolver uma prática efetivamente colaborativa nos serviços de saúde?

A relevância desta investigação encontra-se na necessidade de fortalecer modelos assistenciais capazes de responder à complexidade crescente do cuidado. A comunicação efetiva entre profissionais está diretamente relacionada à continuidade da assistência e à construção de uma cultura de segurança. O próprio Ministério da Saúde aponta entre os benefícios do aprimoramento dos processos de trabalho a redução da fragmentação das informações, maior agilidade na decisão clínica e fortalecimento do trabalho em equipe.

Dessa forma, este estudo objetiva analisar a relação entre comunicação interdisciplinar e tomada de decisão clínica, discutindo barreiras individuais, profissionais e organizacionais e identificando estratégias capazes de promover maior integração entre os diferentes membros das equipes multiprofissionais. Busca-se contribuir para uma compreensão segundo a qual comunicar não representa apenas transmitir informações, mas construir coletivamente condições para decisões mais seguras, integradas, éticas e centradas nas necessidades do paciente.

2 Revisão da literatura

A organização contemporânea dos serviços de saúde caracteriza-se pela participação de diferentes categorias profissionais no acompanhamento dos pacientes. A complexidade das condições clínicas, o envelhecimento populacional, a presença de multimorbidades, a incorporação de novas tecnologias e a necessidade de considerar aspectos físicos, psicológicos e sociais tornam insuficiente uma assistência fragmentada e baseada exclusivamente na atuação isolada de cada profissão.

Nesse cenário, comunicação, colaboração e tomada de decisão constituem processos interdependentes. A qualidade das decisões clínicas depende não somente do conhecimento individual dos profissionais, mas também da capacidade da equipe de compartilhar informações, reconhecer diferentes competências, discutir alternativas e construir objetivos assistenciais comuns.

A Organização Mundial da Saúde reconhece a colaboração interprofissional como estratégia capaz de contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Essa abordagem pressupõe que profissionais com diferentes formações trabalhem conjuntamente com pacientes, familiares e comunidades para alcançar maior qualidade do cuidado.

2.1 Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade

Embora os termos multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade sejam frequentemente utilizados como equivalentes, apresentam diferenças conceituais relevantes.

A multiprofissionalidade caracteriza-se pela presença de profissionais pertencentes a diferentes áreas atuando sobre determinado paciente ou problema. Entretanto, essa coexistência não garante necessariamente integração entre conhecimentos e práticas. Cada categoria pode desenvolver suas intervenções de maneira paralela, com limitado compartilhamento das decisões.

A interdisciplinaridade pressupõe maior integração entre diferentes campos do conhecimento. O problema deixa de ser interpretado exclusivamente a partir dos limites de cada disciplina e passa a ser discutido por meio da articulação das diferentes perspectivas.

A interprofissionalidade, por sua vez, enfatiza as relações de colaboração estabelecidas entre profissionais. Envolve reconhecimento das competências de cada categoria, comunicação, negociação, compartilhamento de responsabilidades e construção de objetivos comuns.

No contexto brasileiro, a própria discussão sobre formação em saúde relaciona integralidade à interdisciplinaridade e à interprofissionalidade. O trabalho colaborativo ultrapassa a simples presença de diferentes profissionais em um mesmo ambiente, exigindo parceria, interdependência, sintonia das ações e equilíbrio nas relações de poder.

2.2 Comunicação interdisciplinar como componente da qualidade assistencial

A comunicação representa o elemento central do trabalho em equipe. Informações relacionadas à condição clínica, medicamentos, alergias, exames, riscos, alterações no estado geral e respostas às intervenções precisam circular de maneira adequada entre os profissionais.

A comunicação efetiva exige que a mensagem seja transmitida de maneira clara, objetiva, completa, oportuna e compreensível. Também pressupõe que o receptor possa confirmar sua compreensão e esclarecer dúvidas quando necessário.

Uma revisão sistemática sobre comunicação interprofissional em ambiente hospitalar identificou elementos como hierarquia, ambiente de trabalho, relações interprofissionais, fatores pessoais e métodos de comunicação entre os principais aspectos capazes de facilitar ou dificultar esse processo.

Dessa forma, problemas comunicacionais não devem ser atribuídos exclusivamente às habilidades individuais. A organização institucional, as relações de poder, a carga de trabalho e os

mecanismos disponíveis para compartilhamento das informações também exercem influência significativa.

2.3 Comunicação e segurança do paciente

A comunicação apresenta relação direta com a segurança do paciente porque diferentes etapas da assistência dependem da transferência correta das informações.

Passagens de plantão, transferências entre setores, mudanças no plano terapêutico, administração de medicamentos, realização de procedimentos e comunicação de resultados críticos constituem momentos particularmente sensíveis.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente fortaleceu no Brasil a discussão sobre práticas assistenciais mais seguras e sobre a necessidade de desenvolver uma cultura organizacional voltada à prevenção de incidentes.

Os protocolos de segurança do paciente reconhecem a melhoria da comunicação, o trabalho em equipe e o gerenciamento de riscos como elementos importantes para construção de práticas assistenciais seguras.

Nesse contexto, a comunicação não deve ser tratada apenas como competência comportamental. Ela constitui uma barreira de segurança capaz de reduzir omissões, ambiguidades e perda de informações durante o percurso assistencial.

2.4 Tomada de decisão clínica em contexto interprofissional

A tomada de decisão clínica pode ser compreendida como um processo no qual informações são reunidas, interpretadas e utilizadas para definir alternativas relacionadas ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento ou prognóstico.

Quando diferentes categorias profissionais participam desse processo, ocorre a possibilidade de ampliar a quantidade e a diversidade das informações consideradas.

Uma revisão de escopo sobre decisão clínica interprofissional identificou cinco elementos relevantes para esse processo, demonstrando influência da dinâmica do grupo, das informações

disponíveis, das características individuais do paciente, da estrutura organizacional e da formação profissional.

Esses resultados reforçam que a decisão clínica compartilhada não acontece espontaneamente apenas porque diferentes profissionais estão presentes. Ela depende de condições que favoreçam troca de informações, reconhecimento das competências e construção de consenso.

Em pacientes complexos, essa integração assume importância ainda maior. Uma decisão sobre alta, por exemplo, pode exigir avaliação médica, condições de enfermagem para continuidade do cuidado, mobilidade avaliada pela fisioterapia, estado nutricional, condições familiares e sociais e disponibilidade de recursos na rede de atenção.

A decisão construída sem acesso a essas diferentes informações pode apresentar limitações que seriam identificadas em uma discussão verdadeiramente interdisciplinar.

2.5 Hierarquia profissional e relações de poder

As relações hierárquicas constituem uma das barreiras mais relevantes à comunicação interprofissional.

As hierarquias possuem funções organizacionais legítimas, especialmente quando responsabilidades técnicas precisam ser claramente definidas. Entretanto, estruturas excessivamente verticalizadas podem criar ambientes nos quais determinados profissionais encontram dificuldades para expressar preocupações ou discordâncias.

Essa situação torna-se particularmente relevante para a segurança do paciente. Um trabalhador que identifica um possível risco precisa encontrar condições para comunicar sua preocupação independentemente de sua posição hierárquica.

O equilíbrio das relações de poder não significa eliminar responsabilidades específicas ou diferenças de competência. Significa criar condições para que informações relevantes sejam consideradas com base em sua importância clínica e não exclusivamente na posição ocupada por quem as comunica.

Lideranças abertas ao diálogo, respeito entre categorias e segurança psicológica podem contribuir para que os profissionais expressem dúvidas e alertas antes que possíveis problemas alcancem o paciente.

2.6 Sobrecarga de trabalho e barreiras organizacionais

A sobrecarga constitui outro obstáculo importante. Em ambientes caracterizados por grande demanda, interrupções frequentes, número insuficiente de trabalhadores e pressão temporal, a comunicação pode tornar-se rápida, fragmentada e predominantemente reativa.

Nessas condições, reuniões multiprofissionais podem ser reduzidas ou canceladas, registros podem ser realizados tardiamente e informações relevantes podem permanecer concentradas em determinados profissionais.

A gestão possui responsabilidade fundamental para evitar que a comunicação seja tratada como tarefa adicional. O compartilhamento de informações precisa ser incorporado ao próprio desenho dos processos assistenciais.

Dimensionamento adequado, definição de horários para discussão dos casos, organização das passagens de plantão e disponibilidade de sistemas de informação acessíveis são medidas que favorecem a comunicação.

2.7 Ferramentas estruturadas de comunicação

Diante dos riscos associados à transmissão informal das informações, diferentes ferramentas estruturadas têm sido utilizadas nos serviços de saúde.

Entre as mais conhecidas encontra-se o SBAR, sigla correspondente a Situation, Background, Assessment e Recommendation. A ferramenta organiza a mensagem em quatro componentes: situação atual, antecedentes relevantes, avaliação e recomendação.

Sua utilidade encontra-se principalmente na capacidade de organizar informações essenciais e reduzir mensagens excessivamente vagas ou desestruturadas.

Outras estratégias incluem checklists, formulários padronizados de transferência, read-back ou repetição da informação recebida, reuniões rápidas de segurança, briefings, debriefings e protocolos para comunicação de resultados críticos.

Entretanto, nenhuma ferramenta deve ser interpretada como solução isolada. A padronização pode organizar a comunicação, mas não substitui relações de confiança, capacitação e cultura colaborativa.

2.8 Passagem de plantão e transição do cuidado

A transição entre profissionais, turnos, setores ou instituições constitui momento de vulnerabilidade para a continuidade assistencial.

Durante a passagem de plantão, grande quantidade de informações precisa ser transferida em período relativamente curto. Omissões podem resultar em repetição de procedimentos, atrasos ou desconhecimento de riscos previamente identificados.

A padronização das passagens pode favorecer continuidade e reduzir variabilidade. Além das informações clínicas, é importante que sejam comunicados riscos, pendências, alterações recentes e prioridades.

Transferências entre emergência, unidade de internação, centro cirúrgico, terapia intensiva e outros setores também exigem atenção especial, pois envolvem mudança de equipe e contexto assistencial.

2.9 Rounds interdisciplinares e discussão compartilhada dos casos

Os rounds multiprofissionais constituem oportunidade privilegiada para integração dos diferentes conhecimentos.

Quando adequadamente organizados, permitem compartilhar informações, revisar objetivos terapêuticos, identificar riscos, esclarecer responsabilidades e estabelecer prioridades para determinado período.

Para que sejam efetivamente interdisciplinares, entretanto, não devem ser conduzidos como espaço no qual apenas uma categoria apresenta decisões já definidas. A participação dos diferentes profissionais precisa ser estimulada.

A definição de objetivos diários compartilhados pode contribuir para que todos compreendam as prioridades assistenciais. Essa estratégia reduz a possibilidade de diferentes profissionais trabalharem simultaneamente com metas contraditórias.

2.10 Prontuário eletrônico e tecnologias de informação

A transformação digital modificou significativamente os processos comunicacionais nos serviços de saúde.

O prontuário eletrônico pode facilitar acesso às informações, permitir consulta simultânea por diferentes profissionais e ampliar a rastreabilidade das decisões. Entretanto, sua existência não garante integração.

Registros extensos, duplicados, distribuídos em diferentes abas ou sistemas pouco interoperáveis podem dificultar a identificação das informações realmente importantes.

Além disso, o registro escrito não substitui completamente a comunicação verbal em situações críticas. Alterações importantes no estado do paciente precisam ser comunicadas diretamente aos profissionais responsáveis, conforme protocolos institucionais.

Tecnologia e comunicação humana devem, portanto, ser compreendidas como recursos complementares.

2.11 Educação interprofissional

A educação interprofissional constitui estratégia essencial para desenvolver competências colaborativas antes e durante a inserção dos profissionais nos serviços.

A formação tradicional tende a ocorrer separadamente entre cursos e categorias. Esse modelo pode contribuir para o desconhecimento das competências das demais profissões e manutenção de estereótipos profissionais.

A Organização Mundial da Saúde recomenda abordagens interprofissionais como parte das estratégias de fortalecimento dos sistemas de saúde.

Aprender com, sobre e entre diferentes profissões pode favorecer compreensão dos papéis profissionais, comunicação, respeito e capacidade de trabalhar colaborativamente.

Nos serviços, a educação permanente pode utilizar simulações, discussão de casos, análise de incidentes e treinamentos de comunicação estruturados.

2.12 Liderança e cultura de segurança

A liderança possui influência significativa sobre a forma como as equipes se comunicam.

Gestores e lideranças clínicas que estimulam o diálogo, reconhecem diferentes contribuições e tratam erros e incidentes como oportunidades de aprendizagem favorecem ambientes mais seguros.

Por outro lado, culturas punitivas podem estimular a ocultação de dúvidas e problemas. Quando admitir incerteza é interpretado como incompetência, profissionais podem evitar pedir ajuda.

A cultura de segurança pressupõe reconhecer que riscos resultam frequentemente da interação entre fatores humanos, tecnológicos e organizacionais.

Assim, liderar equipes multiprofissionais envolve não somente distribuir tarefas, mas construir condições para comunicação aberta, responsabilidade compartilhada e aprendizagem contínua.

2.13 Participação do paciente e da família

A interdisciplinaridade não deve excluir o principal sujeito do cuidado. Pacientes e familiares possuem informações, valores, preferências e objetivos que precisam ser considerados no processo decisório.

A decisão compartilhada pressupõe oferecer informações compreensíveis, apresentar alternativas quando existentes e considerar as preferências do paciente.

Em determinadas situações, limitações cognitivas, gravidade clínica ou urgência podem modificar a forma dessa participação. Entretanto, sempre que possível, o usuário deve ser reconhecido como participante ativo.

A inclusão do paciente também pode contribuir para segurança, permitindo esclarecer informações, confirmar medicamentos, relatar alergias e apontar divergências percebidas.

2.14 Comunicação interdisciplinar como competência institucional

A literatura permite concluir que comunicação interdisciplinar não deve depender exclusivamente da disposição individual de profissionais específicos.

Para produzir resultados sustentáveis, precisa ser incorporada à cultura e aos processos da instituição.

Isso envolve protocolos, educação permanente, ferramentas adequadas, espaços de discussão, sistemas de informação, liderança, dimensionamento de equipes e avaliação contínua.

Portanto, comunicar-se bem em saúde não corresponde apenas a “falar claramente”. Significa construir uma rede confiável de compartilhamento das informações necessárias para que diferentes profissionais possam produzir decisões coordenadas e centradas no paciente.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar a influência da comunicação interdisciplinar sobre a tomada de decisão clínica, identificando desafios enfrentados pelas equipes multiprofissionais nos serviços de saúde e estratégias capazes de fortalecer a colaboração, a segurança do paciente e a qualidade assistencial.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os principais fatores que interferem na comunicação entre diferentes categorias profissionais nos serviços de saúde.

Analisar a relação entre comunicação interdisciplinar, segurança do paciente e tomada de decisão clínica.

Discutir os efeitos da hierarquia profissional, sobrecarga de trabalho, fragmentação das informações e barreiras organizacionais sobre o trabalho multiprofissional.

Examinar a contribuição de ferramentas estruturadas de comunicação, reuniões multiprofissionais, rounds interdisciplinares e tecnologias de informação para o compartilhamento seguro das informações.

Analisar a importância da educação interprofissional, liderança e cultura de segurança para o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Discutir a participação do paciente e de seus familiares na construção compartilhada das decisões relacionadas ao cuidado.

4 Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, desenvolvida com a finalidade de analisar a relação entre comunicação interdisciplinar, trabalho multiprofissional e tomada de decisão clínica nos serviços de saúde.

A revisão narrativa foi escolhida por possibilitar a integração de conhecimentos provenientes de diferentes desenhos de pesquisa e documentos institucionais, favorecendo uma compreensão abrangente dos fatores profissionais, relacionais e organizacionais envolvidos no fenômeno estudado.

Para fundamentação do estudo, foram consideradas produções científicas disponíveis em bases como PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de documentos institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Foram considerados termos relacionados a comunicação interdisciplinar, comunicação interprofissional, equipes multiprofissionais, colaboração interprofissional, tomada de decisão

clínica, segurança do paciente, trabalho em equipe, educação interprofissional e comunicação efetiva, bem como seus correspondentes em inglês e espanhol.

Foram priorizadas publicações contemporâneas e diretamente relacionadas ao objeto investigado, mantendo-se documentos e estudos anteriores quando considerados referenciais para a compreensão da educação interprofissional, segurança do paciente, comunicação estruturada e trabalho colaborativo.

Após leitura e análise interpretativa, os conteúdos foram agrupados em eixos temáticos: comunicação e segurança; decisão clínica interprofissional; hierarquia e relações de poder; barreiras organizacionais; ferramentas de comunicação; transições do cuidado; rounds multiprofissionais; tecnologia; educação interprofissional; liderança; cultura de segurança; e participação do paciente.

Por se tratar de revisão de literatura realizada com documentos e publicações de acesso científico ou institucional, sem abordagem direta de participantes ou utilização de informações individuais identificáveis, não houve coleta primária de dados com seres humanos.

5 Resultados e discussão

A análise da literatura demonstra que comunicação interdisciplinar e tomada de decisão clínica apresentam relação estreita. A qualidade das decisões depende da disponibilidade de informações relevantes e da capacidade da equipe de transformar conhecimentos provenientes de diferentes profissionais em um plano assistencial coerente.

Revisão de escopo recente sobre decisão interprofissional identificou que o processo é influenciado pela dinâmica dos grupos, disponibilidade e organização das informações, características particulares dos pacientes, estrutura organizacional e formação dos profissionais. Esses elementos demonstram que a qualidade da decisão não pode ser atribuída exclusivamente à competência técnica individual.

5.1 Da coexistência profissional à colaboração efetiva

Um dos principais resultados corresponde à necessidade de distinguir composição multiprofissional de prática colaborativa.

Reunir profissionais de diferentes categorias aumenta a disponibilidade de conhecimentos, mas não garante que esses conhecimentos sejam efetivamente compartilhados.

Equipes podem trabalhar de forma paralela, produzindo avaliações independentes e registrando informações sem discussão conjunta. Nesse modelo, existe multiprofissionalidade, mas a tomada de decisão permanece fragmentada.

A colaboração exige interdependência. Cada profissional precisa reconhecer que determinados problemas não podem ser compreendidos integralmente dentro dos limites de uma única disciplina.

O Conselho Nacional de Saúde destaca que o trabalho colaborativo precisa ultrapassar diferentes sujeitos ocupando o mesmo espaço, envolvendo parceria, interdependência e equilíbrio nas relações de poder.

5.2 Falhas comunicacionais como risco assistencial

Os resultados demonstram que falhas comunicacionais possuem potencial para interferir diretamente na segurança.

Informações não compartilhadas sobre alergias, alterações clínicas, medicamentos, riscos e procedimentos podem comprometer decisões posteriores.

O Ministério da Saúde reconhece os protocolos de segurança como instrumentos que promovem melhoria da comunicação, trabalho em equipe e gerenciamento dos riscos.

A relevância desse achado está em compreender que comunicação segura não deve depender apenas da memória ou iniciativa individual. Processos críticos precisam possuir mecanismos que reduzam a possibilidade de perda das informações.

5.3 Hierarquia e silenciamento profissional

A hierarquia apareceu na literatura como barreira recorrente.

Uma revisão sistemática da comunicação interprofissional hospitalar identificou ambientes hierarquizados entre os obstáculos à comunicação, enquanto relações interprofissionais fortes atuaram como facilitadoras.

O problema não reside necessariamente na existência de responsabilidades diferenciadas. Serviços complexos necessitam de estruturas decisórias claras. O risco ocorre quando posição hierárquica determina quais informações podem ou não ser questionadas.

Uma cultura segura precisa permitir que qualquer membro da equipe comunique preocupações fundamentadas sobre possíveis riscos ao paciente.

5.4 Informação fragmentada e decisão clínica

Outro achado relevante refere-se à fragmentação das informações.

Cada profissão produz registros específicos, mas a ausência de síntese pode dificultar a construção de uma visão integrada do paciente.

O Ministério da Saúde relaciona melhorias de comunicação entre áreas e profissionais à redução da fragmentação das informações e à maior agilidade na decisão clínica.

Esse aspecto torna-se especialmente importante em pacientes com condições complexas, nos quais decisões terapêuticas dependem simultaneamente de informações clínicas, funcionais, nutricionais, psicológicas e sociais.

5.5 SBAR e padronização da comunicação

Ferramentas estruturadas apresentam potencial para reduzir variabilidade na transferência das informações.

O SBAR permite organizar a comunicação em situação, antecedentes, avaliação e recomendação. Seu principal benefício conceitual consiste em criar uma estrutura compartilhada que auxilia o emissor a selecionar informações essenciais e o receptor a compreender rapidamente o contexto.

Entretanto, a padronização não deve resultar em comunicação mecanizada. Situações complexas podem exigir informações adicionais e discussão aprofundada.

Assim, ferramentas estruturadas funcionam melhor como suporte ao raciocínio e à transferência de informações do que como substitutas do julgamento profissional.

5.6 Rounds multiprofissionais como espaço de decisão

Os rounds constituem estratégia relevante para superar a fragmentação.

Quando diferentes profissionais discutem simultaneamente o paciente, informações que permaneceriam separadas podem ser integradas em uma mesma decisão.

Além disso, a definição de metas compartilhadas permite que os membros da equipe compreendam o objetivo assistencial para determinado período.

Entretanto, a efetividade depende da qualidade da participação. Rounds nos quais determinadas categorias permanecem apenas como ouvintes reproduzem hierarquias e limitam a contribuição interdisciplinar.

5.7 Comunicação nas transições do cuidado

Passagens de plantão e transferências entre setores foram identificadas como momentos que exigem atenção especial.

Nessas situações, a responsabilidade assistencial passa de um profissional ou equipe para outro. Informações incompletas podem comprometer a continuidade.

A utilização de instrumentos estruturados, confirmação das informações críticas e disponibilidade de registros atualizados contribuem para reduzir vulnerabilidades.

Esse princípio também se aplica às transições entre níveis de atenção. A comunicação entre hospital, Atenção Primária e demais componentes da rede influencia a continuidade após a alta.

5.8 Tecnologia: solução e novo desafio

Os sistemas eletrônicos ampliaram significativamente a disponibilidade de dados, porém introduziram novos desafios.

Quantidade elevada de registros não significa necessariamente informação de qualidade. O excesso de dados pode dificultar a localização de elementos relevantes.

Sistemas que não se comunicam entre si também mantêm fragmentação, ainda que todas as informações estejam digitalizadas.

A tecnologia deve ser projetada para apoiar o trabalho interprofissional, permitindo acesso oportuno às informações necessárias para cada decisão.

5.9 Educação interprofissional e mudança cultural

A literatura indica que profissionais precisam estar preparados para colaborar.

O modelo de formação isolada pode contribuir para o desconhecimento das competências das demais profissões. A educação interprofissional busca modificar esse cenário ao criar oportunidades de aprendizagem compartilhada.

A OMS reconhece a educação interprofissional e a prática colaborativa como estratégias para o fortalecimento dos sistemas de saúde.

A formação deve incluir comunicação, negociação, resolução de conflitos, reconhecimento de papéis, liderança compartilhada e tomada de decisão.

Nos serviços, a educação permanente pode complementar esse processo por meio da análise de situações reais e simulações.

5.10 Liderança compartilhada e segurança psicológica

A decisão interdisciplinar também depende da forma como a liderança é exercida.

Uma revisão de escopo sobre decisão clínica interprofissional aponta a importância de modelos organizacionais que favoreçam liderança mais compartilhada e reflexão sobre papéis e valores profissionais.

A liderança compartilhada não elimina responsabilidades legais e técnicas. Ela permite que diferentes profissionais assumam protagonismo conforme a natureza do problema analisado.

Um nutricionista pode liderar determinada discussão nutricional, enquanto fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros, médicos e outros profissionais assumem protagonismo em dimensões relacionadas às suas competências.

Essa flexibilidade favorece a utilização mais adequada dos conhecimentos disponíveis.

5.11 O paciente no centro da decisão

Os resultados também apontam que decisões interprofissionais não devem transformar o paciente em mero objeto de consenso entre profissionais.

A OMS inclui centralidade na pessoa, comunicação, colaboração e tomada de decisão entre competências importantes dos trabalhadores da saúde.

Isso implica reconhecer valores, preferências e objetivos individuais.

Em determinadas situações, a alternativa considerada tecnicamente mais adequada pode não ser compatível com preferências, condições sociais ou objetivos do paciente. A decisão clínica precisa incorporar essas dimensões sempre que possível.

5.12 Estratégias para qualificação da comunicação interdisciplinar

A análise permite identificar estratégias complementares para fortalecimento da comunicação.

Entre elas encontram-se protocolos de comunicação, SBAR, passagens de plantão estruturadas, rounds multiprofissionais, definição de metas diárias, prontuários integrados, reuniões de segurança, educação interprofissional, simulação, desenvolvimento de lideranças e mecanismos seguros para manifestação de preocupações.

Nenhuma dessas estratégias, isoladamente, é suficiente. A efetividade depende de sua integração à cultura e aos processos institucionais.

O principal desafio consiste em transformar a comunicação de comportamento individual desejável em competência organizacional sustentada.

5.13 Implicações para a gestão dos serviços de saúde

Os resultados possuem implicações diretas para gestores.

Solicitar maior colaboração sem disponibilizar tempo, recursos e estruturas adequadas tende a produzir resultados limitados.

A gestão precisa avaliar os pontos nos quais informações são frequentemente perdidas, quais transições apresentam maior risco, quais categorias possuem menor participação nas discussões e quais barreiras tecnológicas dificultam o compartilhamento.

Indicadores relacionados a incidentes comunicacionais, qualidade das passagens de plantão, adesão aos rounds e percepção dos profissionais podem auxiliar processos de melhoria.

A comunicação deve, portanto, integrar políticas de qualidade e segurança do paciente.

5.14 Comunicação interdisciplinar como estratégia para decisões clínicas mais seguras

Em síntese, os achados demonstram que comunicação interdisciplinar eficiente amplia a disponibilidade de informações e favorece decisões mais contextualizadas.

A tomada de decisão clínica deixa de representar atividade isolada para constituir processo no qual diferentes conhecimentos são mobilizados conforme as necessidades do paciente.

Isso não significa que todas as decisões devam ser tomadas por consenso ou que as responsabilidades específicas das profissões sejam eliminadas. Significa reconhecer que, em situações complexas, decisões de maior qualidade dependem frequentemente da integração de conhecimentos.

Assim, fortalecer comunicação interdisciplinar representa estratégia de segurança, qualidade e humanização. Equipes capazes de compartilhar informações, questionar de maneira respeitosa, reconhecer limites profissionais e incorporar a perspectiva do paciente encontram melhores condições para responder à crescente complexidade da assistência.

6 Considerações finais

O presente estudo permitiu compreender que a comunicação interdisciplinar constitui componente essencial para a qualidade da tomada de decisão clínica nos serviços de saúde. A crescente complexidade assistencial exige que diferentes profissionais compartilhem informações, conhecimentos e responsabilidades de maneira coordenada, preservando simultaneamente as competências específicas de cada categoria.

A presença de uma equipe multiprofissional, isoladamente, não garante assistência interdisciplinar. Para que diferentes saberes contribuam efetivamente para o cuidado, são necessários mecanismos capazes de favorecer comunicação, colaboração, respeito e integração das informações.

Entre os principais desafios identificados destacam-se hierarquias excessivamente verticalizadas, sobrecarga de trabalho, fragmentação dos registros, diferenças de linguagem entre categorias, ausência de espaços para discussão conjunta e fragilidades na cultura organizacional.

Essas barreiras demonstram que problemas de comunicação não devem ser interpretados exclusivamente como falhas individuais. As organizações possuem responsabilidade na criação de condições adequadas para que o compartilhamento das informações aconteça de forma segura.

Ferramentas estruturadas como SBAR, checklists e protocolos de transição podem contribuir para reduzir omissões e organizar mensagens. Da mesma forma, rounds interdisciplinares, reuniões de segurança e metas compartilhadas favorecem a construção de uma visão integrada do paciente.

Entretanto, os instrumentos técnicos não substituem relações profissionais baseadas em confiança e respeito. Uma equipe pode utilizar protocolos de comunicação e permanecer pouco colaborativa quando seus membros não se sentem seguros para questionar decisões ou manifestar preocupações.

A educação interprofissional apresenta-se, portanto, como estratégia fundamental. Profissionais precisam desenvolver não somente competências técnicas específicas, mas também capacidade de comunicar, negociar, reconhecer papéis e trabalhar de forma colaborativa.

A liderança possui papel igualmente relevante. Modelos capazes de reconhecer diferentes conhecimentos e favorecer participação podem ampliar a qualidade das decisões sem eliminar responsabilidades técnicas e legais específicas.

A participação do paciente e da família deve integrar esse processo. A tomada de decisão clínica não pode limitar-se ao compartilhamento de informações entre profissionais; precisa considerar, sempre que possível, valores, preferências, necessidades e objetivos da pessoa que recebe o cuidado.

Conclui-se que a comunicação interdisciplinar deve ser compreendida como estratégia institucional de segurança e qualidade, e não somente como habilidade pessoal. Investimentos em educação permanente, tecnologias adequadas, protocolos, espaços de discussão, liderança colaborativa e cultura de segurança podem favorecer decisões mais integradas e reduzir a fragmentação assistencial.

Dessa maneira, fortalecer a comunicação entre os integrantes das equipes multiprofissionais significa fortalecer o próprio processo de cuidado. Quanto maior a capacidade institucional de transformar informações dispersas em conhecimento compartilhado, maiores são as possibilidades de produzir decisões clínicas seguras, fundamentadas e centradas nas necessidades do paciente.

Referências

BARNARD, Rachel; JONES, Julia; CRUICE, Madeline. Communication between therapists and nurses working in inpatient interprofessional teams: systematic review and meta-ethnography. *Disability and Rehabilitation*, v. 42, n. 10, p. 1339-1349, 2020. DOI: 10.1080/09638288.2018.1526335. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

BOUCHEZ, Tiphany et al. Interprofessional clinical decision-making process in health: a scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 80, n. 3, p. 884-907, 2024. DOI: 10.1111/jan.15865. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Dispõe sobre princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF: CNS, 2017. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

FORONDA, Cynthia; MACWILLIAMS, Brent; MCARTHUR, Erin. Interprofessional communication in healthcare: an integrative review. *Nurse Education in Practice*, v. 19, p. 36-40, 2016. DOI: 10.1016/j.nepr.2016.04.005. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

KIESEWETTER, Jan et al. Collaborative clinical reasoning: a systematic review of empirical studies. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 37, n. 2, p. 123-128, 2017. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000158. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

LAND, Victoria; PARRY, Ruth; SEYMOUR, Jane. Communication practices that encourage and constrain shared decision making in health-care encounters: systematic review of conversation analytic research. *Health Expectations*, v. 20, n. 6, p. 1228-1247, 2017. DOI: 10.1111/hex.12557. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

MCHUGH, Siobhan Kathleen et al. Does team reflexivity impact teamwork and communication in interprofessional hospital-based healthcare teams? A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Quality & Safety*, v. 29, n. 8, p. 672-683, 2020. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009921. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

MICHALSEN, Andrej et al. Interprofessional shared decision-making in the ICU: a systematic review and recommendations from an expert panel. *Critical Care Medicine*, v. 47, n. 9, p. 1258-1266, 2019. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003870. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

MÜLLER, Martin et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, v. 8, n. 8, e022202, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022202. Disponível em: BMJ Open. Acesso em: 27 ago. 2026.

O'DONOVAN, Róisín; MCKEE, Gemma; MOONEY, Mary; O'REGAN, Andrew; DUNNE, Colum P. Interprofessional communication in the hospital setting: a systematic review of the qualitative literature. *Journal of Interprofessional Care*, 2022. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

REEVES, Scott et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 6, CD000072, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3. Disponível em: Cochrane Library. Acesso em: 27 ago. 2026.

ROSEN, Michael A. et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, v. 73, n. 4, p. 433-450, 2018. DOI: 10.1037/amp0000298. Disponível em: PubMed. Acesso em: 27 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: World Health Organization. Acesso em: 27 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: World Health Organization. Acesso em: 27 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global competency framework for universal health coverage. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: World Health Organization. Acesso em: 27 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety: education and training. Geneva: WHO. Disponível em: World Health Organization. Acesso em: 27 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Self-care competency framework: volume 1: global competency standards for health and care workers to support people's self-care. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: World Health Organization. Acesso em: 27 ago. 2026.