



EQUIPES INTERDISCIPLINARES EM EMERGÊNCIAS: BARREIRAS, FACILITADORES E RESULTADOS CLÍNICOS OBSERVADOS

Interdisciplinary Teams In Emergencies: Barriers, Facilitators, And Observed Clinical Outcomes

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar e sintetizar as principais barreiras, fatores facilitadores e resultados clínicos associados à atuação de equipes interdisciplinares em serviços de urgência e emergência. Realizou-se revisão integrativa, guiada por PRISMA e estruturada em PICO, com busca nas principais bases e seleção de estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. As barreiras mais frequentes foram trabalho em silos, comunicação fragmentada, papéis indefinidos, superlotação e burnout. Como facilitadores, destacaram-se liderança efetiva com comunicação em *closed loop* e consciência situacional, definição clara de papéis, currículos interprofissionais com simulação e *debriefing*, planejamento pré-chegada e mobilização multidisciplinar, políticas institucionais e segurança psicológica. Os resultados clínicos/organizacionais incluíram maior adesão a protocolos e padronização do cuidado, redução de atrasos decisórios, qualificação das transições de cuidado, melhora de indicadores de competência em segurança do paciente e, em cenários específicos, recuperação clínica mais rápida em trauma complexo. Conclui-se que “pessoas + processos + tecnologia” constituem pacote de maior probabilidade de sucesso; recomenda-se priorizar treino de liderança, simulação interprofissional, vias clínicas com papéis definidos, governança de transições e promoção ativa de segurança psicológica para ganhos sustentáveis em qualidade e segurança assistencial.

Juliany Julia Almeida Souza

Graduada em Medicina, Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Gabriel de Jesus Santos

Graduado em Farmácia. Pós-Graduando em Saúde Pública, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

<https://orcid.org/0009-0007-9336-598X>

Jéssica Garcia Araujo

Graduada em Enfermagem, Escola Superior de Cruzeiro

Mauro de Deus Passos

Cardiologia e Medicina de Emergência. Mestre em Ciências Médicas (PPG-UnB). Unidade de Medicina Interna / Hospital Regional de Sobradinho (Brasília-DF)

<https://orcid.org/0000-0003-4193-9236>

Artur Valério Marques

Graduado em Medicina, Centro Universitário Evangélico de Goiás

<https://orcid.org/0009-0005-5724-4449>

Giliarde Alves Dantas

Graduada em Enfermagem, Universidade Norte do Paraná Anhanguera

Humberto Rabelo

Mestre em Sistemas e Computação, Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN)

<https://orcid.org/0000-0002-2246-1073>

Welleson Feitosa Gazel

Graduando em Medicina, Universidade Nove de Julho (Uninove)

<https://orcid.org/0000-0003-2793-6573>

Krisleny Rodrigues de Almeida

Biomédica, Universidade Estácio de Sá

Ana Julia Martins Mota

Graduada em Medicina, Universidade de Uberaba

PALAVRAS-CHAVES: Equipe de Assistência ao Paciente; Liderança; Segurança do Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Trabalho em Equipe



ABSTRACT

***Autor correspondente:**
Juliany Julia Almeida Souza
julianyjulia@uni9.edu.br

Recebido em: [13-10-2025]
Publicado em: [13-10-2025]

The objective of the study was to identify and synthesize the main barriers, facilitating factors, and clinical outcomes associated with the performance of interdisciplinary teams in urgent and emergency care services. An integrative review was conducted, guided by PRISMA and structured in PICO, with a search in the main databases and selection of quantitative, qualitative, and mixed-method studies. The most frequent barriers were working in silos, fragmented communication, undefined roles, overcrowding, and burnout. Effective leadership with closed-loop communication and situational awareness, clear role definition, interprofessional curricula with simulation and debriefing, pre-arrival planning and multidisciplinary mobilization, institutional policies, and psychological safety stood out as facilitators. Clinical/organizational outcomes included greater adherence to protocols and standardization of care, reduced decision delays, improved care transitions, improved patient safety competency indicators, and, in specific scenarios, faster clinical recovery in complex trauma. It is concluded that “people + processes + technology” constitute a package with a higher probability of success; it is recommended to prioritize leadership training, interprofessional simulation, clinical pathways with defined roles, transition governance, and active promotion of psychological safety for sustainable gains in quality and safety of care.

KEYWORDS: Emergency Service, Hospital; Leadership; Patient Care Team; Patient Safety; Teamwork



INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência lidam com cenários de alta complexidade, imprevisibilidade e forte restrição temporal, nos quais decisões rápidas e coordenadas determinam desfechos clínicos. Nesse contexto, equipes interdisciplinares tornam-se centrais para garantir segurança do paciente, continuidade do cuidado e uso eficiente de recursos. A qualidade da interação entre profissionais, aliada a protocolos assistenciais, influencia diretamente indicadores como tempo-porta, adesão terapêutica e mortalidade (Sousa et al., 2019).

No Brasil, a organização em redes do SUS e a pressão de demanda sobre UPAs e prontos-socorros expõem limites estruturais e operacionais, potencializando fragmentação do cuidado e variabilidade clínica (Tofani et al., 2023). Internacionalmente, recomendações de treinamento interprofissional, simulação realística e comunicação estruturada (briefings, call-outs, closed-loop) têm sido empregadas para mitigar falhas de coordenação. Em paralelo, triagem baseada em risco, linhas de cuidado tempo-dependentes (AVC, IAM, trauma) e apoio digital à decisão ampliam a necessidade de atuação sinérgica entre categorias profissionais para reduzir eventos adversos e otimizar fluxos (Kaneko et al., 2015).

Apesar de avanços, persistem lacunas sobre quais barreiras operacionais e sociotécnicas mais impactam o desempenho das equipes e quais fatores facilitadores são efetivamente associados a melhores desfechos clínicos em diferentes contextos de emergência. A sistematização dessas evidências é estratégica para orientar programas de educação interprofissional, desenho de processos e decisões gerenciais. Mapear barreiras, facilitadores e resultados permite priorizar intervenções com maior potencial de reduzir atrasos críticos, eventos adversos e custos, além de sustentar políticas de qualidade e segurança.

Portanto, o objetivo do estudo foi identificar e sintetizar as principais barreiras, fatores facilitadores e resultados clínicos associados à atuação de equipes interdisciplinares em serviços de urgência e emergência.

MATERIAL E MÉTODOS



Realizou-se uma revisão integrativa da literatura para reunir, sintetizar e interpretar evidências de estudos primários sobre o funcionamento de equipes interdisciplinares em contextos de urgência e emergência, com foco nas barreiras, fatores facilitadores e resultados clínicos associados. A revisão foi sistematizada em seis etapas: (1) formulação da pergunta norteadora; (2) busca e seleção nas bases de dados; (3) extração padronizada das informações; (4) avaliação crítica da qualidade metodológica; (5) síntese e discussão dos achados; e (6) apresentação integrada dos resultados (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para formular a pergunta norteadora, adotaram-se as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) e aplicou-se a estratégia PICO — P (população/pacientes), I (intervenção), C (comparador/controle) e O (desfecho) — como estrutura para definir com precisão os elementos do problema de pesquisa.

Assim, buscou-se responder à seguinte questão: quais são as barreiras, fatores facilitadores e resultados clínicos observados na atuação de equipes interdisciplinares em serviços de emergência?

A busca das publicações foi realizada em setembro e outubro de 2025, utilizando-se os descritores: ("interdisciplinary teams" OR "multidisciplinary team" OR "teamwork" OR "interprofessional collaboration") AND ("emergency" OR "emergency services" OR "emergency department" OR "urgent care") AND ("barriers" OR "facilitators" OR "clinical outcomes" OR "effectiveness" OR "team performance" OR "patient care").

Foram incluídos artigos em português, espanhol e inglês, sem recorte temporal, de diferentes delineamentos (quantitativos, qualitativos e métodos mistos), disponíveis eletronicamente nas bases selecionadas, que abordassem a atuação de equipes interdisciplinares em contextos de urgência e emergência, com descrição de barreiras, facilitadores e resultados clínicos/organizacionais observados. Excluíram-se estudos sem relação direta com a questão de pesquisa, bem como monografias, dissertações, teses, resumos em anais, capítulos de livros e demais publicações não indexadas ou sem texto completo acessível.

Em seguida, elaborou-se um formulário padronizado de extração de dados para orientar a coleta dos estudos, contemplando: dados de identificação do artigo; instituição ou cenário onde a pesquisa foi conduzida; tipo de publicação; descrições das características metodológicas (delineamento, amostra, instrumentos e intervenções relacionadas às equipes interdisciplinares em emergência); e critérios para avaliação do rigor metodológico.



Os estudos elegíveis foram classificados quanto ao nível de evidência segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), distribuídos em seis categorias: I – metanálises e revisões sistemáticas; II – ensaios clínicos randomizados; III – ensaios clínicos não randomizados; IV – estudos de coorte ou caso-controle; V – revisões sistemáticas de pesquisas descritivas e qualitativas; VI – estudos descritivos ou qualitativos. Na sequência, procedeu-se à avaliação crítica dos artigos e à elaboração de um quadro sinóptico com as publicações incluídas, contemplando autor/ano, cenário do estudo (serviços de urgência e emergência), principais barreiras, facilitadores e resultados clínicos/organizacionais observados, delineamento metodológico, síntese das conclusões e respectiva classificação AHRQ.

Figura 1. Fluxograma da revisão integrativa



Fonte: autores, 2025

RESULTADOS

O Quadro 1 sintetiza estudos recentes que avaliam como a organização do trabalho em equipe impacta processos e resultados em serviços de urgência e emergência. Reúnem-se



diferentes delineamentos, destacando barreiras frequentes, estratégias facilitadoras e efeitos observados.

Quadro 1. Evidências sobre equipes interprofissionais em urgência e emergência: barreiras, facilitadores, estratégias e desfechos

Autor/ Ano	Cenário do estudo (serviços de urgência e emergência)	Principais barreiras	Facilitadores/ estratégias	Resultados clínicos/orga- nizacionais	Delineamen- to metodológico	Síntese das conclusões	Classificação AHRQ
(Jeffers; Anderson, 2025)	Pronto-socorro pediátrico (escore de asma no ED)	Trabalho em silos; lacunas de comunicação; papéis indefinidos	Objetivos/pa- péis definidos; time multiprofissional; comunicação estruturada	Melhoria no escore de asma (padronização/adesão)	Relato de projeto de QI	Desenvolvimento intencional de equipes melhora desempenho e adesão a processos	VI – descritivo/q ualitativo*
(Narajeenron et al., 2025)	Treinamento interprofissional para emergência (universidade/hospital- escola)	Preparação insuficiente de equipes juniores; colaboração limitada sem currículo; cinetose em VR	TeamSTEPPS: medical movies → MOOCs → SimBIE (3D/VR) + co-debriefing	TeamSTEPPS↑ (B/C vs A; $P<0,001$); Kirkpatrick L1–L3 positivos; SSQ↑ no VR	Métodos mistos; prospectivo; duplo-cego; quase-experimental (3 braços; n=87)	Preparação multimodal + SimBIE com co-debriefing melhora colaboração e desempenho; VR pode ↑ cinetose	III – ensaio não randomizado
(Tokumaru et al., 2025)	Trauma em Hybrid Emergency Room System (HERS)	Incerteza tecnológica vs decisão precoce; instabilidade hemodinâmica; multitrauma	Dano-controle; decisão estratégica precoce; mobilização multidisciplinar pré-chegada; laparotomia 26 min; cirurgias em estágios	Recuperação completa; sem déficit neurológico	Relato de caso	HERS eficaz por viabilizar planejamento precoce e intervenções coordenadas e escalonadas	VI – descritivo/q ualitativo
(Harris et al., 2025)	Transição PS → neurologia ambulatorial	Demandado PS; escassez de vagas;	Framework 4 componentes: reuniões interdisciplinares	Fortalecimento da parceria/time ; intervenção	Relato qualitativo de experiência	Colaboração ED– Neurologia gera	VI – descritivo/q ualitativo



		divergência de objetivos; gargalos de autorização; triagem inadequada	ares; entrevistas; design thinking; grupos pequenos; intervenção multimodal	para encaminhamento adequado e tempestivo		mudanças estruturais e de prática para melhorar transições e acesso	
(Fontenot; Antonescu; Bailey, 2025)	Cuidados críticos no PS (pacientes críticos e politrauma)	Superlotação do PS; burnout; atrasos no tratamento definitivo	Avanços em reanimação; IA/ML; protocolos padronizados; comunicação eficaz; ambiente físico otimizado; trabalho em equipe	↑ eficiência, diagnóstico e tempestividade; foco em estratégias organizacionais e de equipe	Revisão sistemática	Abordagem multifacetada e multidisciplinar é crucial para melhores desfechos; enfrentar problemas sistêmicos persistentes	I – revisão sistemática
(Oliveira et al., 2025)	PS pediátrico de hospital terciário; presença obrigatória de acompanhante	Desconhecimento da legislação (71% acompanhantes; 37% equipe); 2% não permitem acompanhante	Política institucional de presença; entrevistas/questionários; recomendação de protocolos de acolhimento	87% da equipe percebe conforto ao paciente; 90,2% acompanhantes insistem em acompanhar	Estudo transversal exploratório/descritivo (92 acompanhantes; 148 profissionais; 95 atendimentos)	Presença do acompanhante é positiva; necessário implementar protocolos para sustentação	VI – descritivo/qualitativo
(Aaberg et al., 2025)	ED/UTI; equipes ad hoc (5 simulação; 3 vida real)	Comunicação vulnerável a erros; medidas heterogêneas	Liderança com call-outs, closed-loop, consciência situacional; instrumentos validados	Comunicação do líder impacta significativamente desempenho técnico e não técnico em todos os estudos	Revisão sistemática (8 estudos; síntese narrativa; PROSPERO CRD42023430082)	Reforça a competência em liderança e a inclusão de treinos de líderes nos programas de equipe	I – revisão sistemática
(Tasbihi et al., 2025)	Enfermeiros de PS (hospitais públicos/Irã; Mashhad)	Segurança psicológica moderada	Ambiente de apoio; trabalho em equipe; segurança	Competência em segurança e trabalho em equipe altos;	Transversal descritivo-analítico (n=472; amostragem	Maior trabalho em equipe e segurança	VI – descritivo/qualitativo

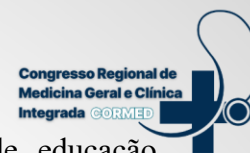


Univ. Med. Sciences)	a; variação entre hospitais; competência em segurança ↓ com idade	psicológica; contexto hospital-escola (maior competência)	segurança psicológica moderada; correlações diretas: trabalho em equipe ↔ segurança psicológica ↔ competência ; $R^2=0,431$ (modelo: trabalho em equipe, seg. psicológica, experiência, tipo de hospital); preditores: trabalho em equipe ($B=0,169$; $p<0,001$), seg. psicológica ($B=0,252$; $p<0,001$); maior competência em hospitais de ensino ($B=0,773$; $p=0,036$); experiência não associada ($p=0,294$)	estratificada ; questionários validados; Mann-Whitney, Pearson, regressão linear; $\alpha=0,05$)	a psicológica predizem competência em segurança do paciente; urge fortalecer ambiente de apoio no PS
----------------------	---	---	--	---	--

Fonte: autores, 2025

Os estudos analisados convergem ao apontar que o trabalho em silos, a comunicação fragmentada e a indefinição de papéis são barreiras centrais ao desempenho de equipes em urgência e emergência, impactando tanto a adesão a protocolos quanto a tempestividade assistencial (Jeffers; Anderson, 2025; Aaberg et al., 2025). Esses entraves se manifestam em diferentes cenários — do pronto-socorro pediátrico ao trauma complexo — e costumam se intensificar sob superlotação e pressão por fluxo (Fontenot; Antonescu; Bailey, 2025).

A literatura indica que liderança efetiva, com uso consistente de call-outs, closed-loop communication e manutenção da consciência situacional, reduz erros comunicacionais e eleva o desempenho técnico e não técnico das equipes ad hoc (Aaberg et al., 2025). Esse achado



sustenta a inclusão sistemática de treinamento de líderes nos programas de educação interprofissional voltados ao ambiente agudo.

Intervenções de definição clara de objetivos e papéis, associadas a comunicação estruturada e time multiprofissional, melhoraram a padronização do cuidado e a adesão a processos, traduzindo-se em desfechos clínicos imediatos (Jeffers; Anderson, 2025). Resulta daí um elo direto entre governança de equipe e qualidade assistencial.

No espectro educacional-assistencial, currículos multimodais (TeamSTEPPS, filmes médicos, MOOCs) combinados a simulação imersiva (SimBIE 3D/VR) com co-debriefing elevaram de forma significativa o desempenho colaborativo (TeamSTEPPS) em comparação ao ensino convencional (Narajeenron et al., 2025). Embora os ganhos em níveis L1–L3 de Kirkpatrick reforcem a efetividade pedagógica, a cinetose associada ao VR emerge como barreira operacional que exige mitigação.

A integração precoce e escalonada de especialistas em ambientes tecnologicamente avançados — como o Hybrid Emergency Room System (HERS) — favorece decisões cirúrgicas oportunas (p. ex., laparotomia em ~26 min), com recuperação completa em casos complexos de politrauma (Tokumaru et al., 2025). Esses achados ilustram como planejamento pré-chegada e mobilização multidisciplinar se traduzem em resultados clínicos concretos.

As transições de cuidado entre o pronto-socorro e serviços ambulatoriais altamente demandados sofrem com gargalos de autorização, triagem inadequada e divergência de metas (Harris et al., 2025). A adoção de um framework interdisciplinar fortalece parcerias e melhora a adequação e a tempestividade do encaminhamento, sugerindo benefício organizacional tangível.

No pronto-socorro pediátrico, a presença do acompanhante — quando amparada por política institucional e protocolos de acolhimento — é percebida como facilitadora por grande parte da equipe e está alinhada ao conforto do paciente; contudo, desconhecimento normativo de profissionais e acompanhantes permanece barreira à implementação consistente (Oliveira et al., 2025). A educação institucional e a padronização de fluxos emergem como estratégias de sustentação.

Dimensões psicossociais da equipe mostram forte associação com competência em segurança do paciente. Trabalho em equipe ($B=0,169$; $p<0,001$) e segurança psicológica ($B=0,252$; $p<0,001$) foram preditores independentes de maior competência, com modelo explicando 43,1% da variância ($R^2=0,431$), e desempenho superior em hospitais-escola



($B=0,773$; $p=0,036$) (Tasbihi et al., 2025). Esses achados sustentam intervenções focadas no clima de apoio e na voz segura dos profissionais no PS.

Em contraste, burnout e superlotação seguem como barreiras sistêmicas que comprometem eficiência, diagnóstico e tempo-porta-tratamento; a revisão sistemática indica que soluções requerem abordagem multifacetada envolvendo protocolos, IA/ML, otimização do ambiente físico e trabalho em equipe (Fontenot; Antonescu; Bailey, 2025). O conjunto reitera que problemas estruturais demandam intervenções organizacionais além do treinamento individual.

Os ganhos clínicos/organizacionais mais consistentes incluem: melhoria de adesão a protocolos e de escores clínicos (Jeffers; Anderson, 2025), aumento da colaboração interprofissional com impacto educacional de curto prazo (Narajeenron et al., 2025), redução de atrasos decisórios e coordenação cirúrgica em trauma grave (Tokumaru et al., 2025), qualificação de transições ED-especialidade (Harris et al., 2025) e elevação da competência em segurança mediada por segurança psicológica (Tasbihi et al., 2025).

Em síntese, as barreiras mapeadas englobam: comunicação deficiente, papéis indefinidos, trabalho em silos, superlotação e burnout, lacunas de preparo de equipes juniores, entraves em transições e desconhecimento normativo (Jeffers; Anderson, 2025; Harris et al., 2025; Oliveira et al., 2025; Fontenot; Antonescu; Bailey, 2025).

Os facilitadores/estratégias com melhor sinal de efetividade incluem: liderança estruturada com closed-loop, definição de papéis, currículos multimodais com simulação e co-debriefing, planejamento pré-chegada e mobilização multidisciplinar, políticas institucionais claras (p. ex., acompanhante), ambientes de segurança psicológica, e instrumentos/tecnologias de suporte (Aaberg et al., 2025; Narajeenron et al., 2025; Tokumaru et al., 2025; Oliveira et al., 2025; Tasbihi et al., 2025).

Os resultados observados contemplam desde melhorias de processo (adesão, padronização, coordenação, encaminhamento adequado) até desfechos clínicos (controle de sintomas, recuperação pós-trauma), além de indicadores de competência em segurança e colaboração (Jeffers; Anderson, 2025; Harris et al., 2025; Tokumaru et al., 2025; Tasbihi et al., 2025). Em contextos críticos, a integração rápida e escalonada de especialistas mostrou potencial para reduzir tempos decisórios e otimizar intervenções (Tokumaru et al., 2025).

Do ponto de vista organizacional, frameworks de co-gestão ED-especialidade e políticas institucionais (acolhimento de acompanhantes) operam como alavancas de fluxo e experiência



do paciente/família, desde que acompanhadas de educação e monitoramento (Harris et al., 2025; Oliveira et al., 2025).

O clima de equipe desponta como mecanismo transversal: segurança psicológica e trabalho em equipe não só se associam à competência em segurança, como também criam as condições para que protocolos, tecnologia e liderança produzam ganhos sustentáveis (Tasbihi et al., 2025).

Por fim, a evidência sugere que pacotes de intervenção (people + process + technology) têm maior probabilidade de sucesso do que medidas isoladas. A prioridade prática recai sobre: (1) treino de liderança com métricas de comunicação; (2) currículos interprofissionais com simulação e debriefing; (3) protocolos e vias clínicas com papéis definidos; (4) governança de transições; (5) políticas institucionais claras e educação normativa; e (6) promoção ativa de segurança psicológica na linha de frente (Aaberg et al., 2025; Narajeenron et al., 2025; Harris et al., 2025; Oliveira et al., 2025; Fontenot; Antonescu; Bailey, 2025; Tasbihi et al., 2025).

DISCUSSÃO

Estudos destacam que o aprimoramento de rodadas interprofissionais, uso de protocolos estruturados como o SBAR e treinamento conjunto contribuem para a redução de erros e para estágios clínicos mais desenvolvidos (Martins de Oliveira et al., 2025). Por exemplo, a adoção de sistemas de prontuário eletrônico e Sistemas de Apoio à Decisão Clínica (CDSS) está associada à diminuição de falhas de comunicação e maior precisão diagnóstica (Alajlan et al., 2024).

Outro resultado de destaque refere-se à detecção precoce de situações complexas, como abuso de idosos ou de crianças, beneficiando-se da visão ampliada e da colaboração de diferentes especialidades, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos (Mosqueda, 2022). Em relação à eficiência do atendimento, equipes bem integradas ajudam a agilizar o fluxo do paciente, diminuindo o tempo de permanência e melhorando o acesso às intervenções críticas (Alsharari et al., 2024).

Sobre a satisfação de pacientes e familiares, houve comprovação de percepções mais positivas em ambientes onde a cooperação interdisciplinar era mais fortalecida e o suporte emocional, mais presente (Østervang et al., 2022). Ainda assim, uma atuação integrada se mostrou relevante no enfrentamento de crises, como a pandemia de COVID-19, melhorando a



capacidade de resposta institucional e o bem-estar das equipes profissionais (Sasangohar et al., 2020) .

Contudo, as barreiras ainda são frequentes: a comunicação deficiente entre setores, rivalidades profissionais e estruturas organizacionais continuam impactando qualidades os processos de integração (Gifford et al., 2022) . Falta de conhecimento, insegurança frente às novas tecnologias e desigualdade na distribuição de recursos foram pontos recorrentes levantados em diversos estudos (Martins de Oliveira et al., 2025; Sadeghnezhad et al., 2024)

A análise dos resultados evidencia que o investimento em práticas colaborativas interdisciplinares deve ser uma prioridade de gestores e líderes hospitalares. Uma das principais explicações é que, embora os benefícios sejam amplamente reconhecidos — tanto para pacientes quanto para profissionais e instituições — a concretização desses ganhos depende da superação de barreiras estruturais e culturais (Hicks; Bandiera; Denny, 2008) .

A literatura aponta que protocolos padronizados de comunicação e papel claramente definidos para cada membro do tempo têm impacto direto na segurança e na fluidez do cuidado (Diaz et al., 2023) . O uso da tecnologia mostra-se como um facilitador importante na redução de erros de informação e apoio ao processo decisório, sobretudo na emergência, um ambiente em que o tempo é fator crítico (Alotaibi; Alsharif, 2017) .

Entretanto, a adoção desigual dessas ferramentas e treinamentos indica que a transformação depende de investimentos contínuos, adaptação local e apoio de políticas institucionais para garantir o engajamento de todos os atores envolvidos (Bagot et al., 2024) . Da mesma forma, lidar com sobrecarga assistencial e burnout exige intervenções multifatoriais que incluem desde oferta de suporte emocional até reorganização dos fluxos de trabalho (Grauerholz et al., 2020) .

Por fim, é fundamental destacar que a atuação interdisciplinar não apenas melhora resultados clínicos imediatos, como também amplia a resiliência organizacional, capacidade de inovação e aprendizado institucional em situações de crise e rotina (Waring; Humann; Dawson, 2019) . O fortalecimento da cultura colaborativa na emergência deve ser visto como um fator estratégico para a sustentabilidade e excelência dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO



Conclui-se que o desempenho de equipes interdisciplinares em serviços de urgência e emergência é robustamente influenciado por barreiras organizacionais e sociotécnicas — trabalho em silos, comunicação fragmentada, papéis indefinidos, superlotação e burnout — e, em contrapartida, potencializado por liderança efetiva (comunicação em *closed loop* e consciência situacional), definição clara de papéis, protocolos estruturados, educação interprofissional com simulação e *debriefing*, planejamento pré-chegada, políticas institucionais e clima de segurança psicológica.

Tais facilitadores associaram-se a melhores processos e desfechos: maior adesão a protocolos, redução de atrasos críticos, qualificação das transições de cuidado, ganhos em competência em segurança do paciente e, em cenários específicos, recuperação clínica mais rápida. Ao sintetizar essas evidências, o trabalho oferece uma agenda prática centrada em “pessoas + processos + tecnologia”, com relevância direta para a gestão, a formação de profissionais e a experiência de pacientes e famílias.

Como contribuições para a sociedade e a academia, o mapeamento dos mecanismos que efetivamente “destravam” o cuidado em contextos tempo-dependentes orienta investimentos com maior retorno clínico e organizacional, reduz variabilidade assistencial e sustenta políticas de qualidade e segurança.

REFERÊNCIAS

AABERG, Oddveig Reiersdal *et al.* Team leader communication in ad hoc teams and its impact on team outcomes: a systematic review. **BMC Health Serv Res**, v. 25, n. 1, p. 780, 2025.

ALAJLAN, Ali Abdullah Mohammed *et al.* The role of electronic medical records (EMRs) and health informatic technician in enhancing interdisciplinary collaboration. **International journal of health sciences**, v. 8, n. S1, p. 1860–1869, 15 jan. 2024.

ALOTAIBI, Naif Ghanem M.; ALSHARIF, Maryam Saud. Implementation of clinical decision support systems in emergency settings: Enhancing interdisciplinary practice among nurses and pharmacists. **International journal of health sciences**, v. 1, n. S1, p. 372–380, 15 jan. 2017.

ALSHARARI, Sultan Mohammed F. *et al.* A Comprehensive Review on the Synergy between Emergency Services, Nurses, Assistant Nurses, and Laboratory Teams in Critical Care. **Journal of Ecohumanism**, v. 3, n. 8, 27 dez. 2024.



BAGOT, Kathleen L. *et al.* Factors influencing the successful implementation of a novel digital health application to streamline multidisciplinary communication across multiple organisations for emergency care. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 30, n. 2, p. 184–198, 18 mar. 2024.

DIAZ, Carmen M. *et al.* Defining conditions for effective interdisciplinary care team communication in an open surgical intensive care unit: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 13, n. 12, p. e075470, 13 dez. 2023.

FONTENOT, Taylor M.; ANTONESCU, Ioana; BAILEY, Heatherlee. Factors affecting critical care outcomes in the emergency department. **Curr Opin Crit Care**, v. 31, n. 5, p. 566–574, 2025.

GIFFORD, Rachel *et al.* Working together in emergency care? How professional boundaries influence integration efforts and operational performance. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 42, n. 13, p. 54–78, 19 dez. 2022.

GRAUERHOLZ, Kathryn R. *et al.* Fostering Vicarious Resilience for Perinatal Palliative Care Professionals. **Frontiers in Pediatrics**, v. 8, 8 out. 2020.

HARRIS, Sonia Rose *et al.* A Novel Approach to Care Redesign Collaboration Between Emergency and Specialty Departments: Qualitative Experience Report. **JMIR Form Res**, v. 9, p. e22028–e22028, 2025.

HICKS, Christopher M.; BANDIERA, Glen W.; DENNY, Christopher J. Building a Simulation-based Crisis Resource Management Course for Emergency Medicine, Phase 1: Results from an Interdisciplinary Needs Assessment Survey. **Academic Emergency Medicine**, v. 15, n. 11, p. 1136–1143, 3 nov. 2008.

JEFFERS, Amy M.; ANDERSON, Christopher. A guide to developing teams for successful healthcare quality improvement projects. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, v. 55, n. 7, p. 101802, 2025.

KANEKO, Regina Mayumi Utiyama *et al.* Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 286–293, jun. 2015.

MARTINS DE OLIVEIRA, Margarete Aparecida *et al.* Integração Interprofissional e Interdisciplinar em Unidades de Terapia Intensiva e Emergência: Impactos na Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 3, p. 1440–1452, 17 mar. 2025.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008.



MOSQUEDA, Laura A. Expanding the role of interdisciplinary teams in the emergency department: Using a consultative model to serve older adults who are abused. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 70, n. 11, p. 3061–3063, 5 nov. 2022.

NARAJEENRON, Khuansiri *et al.* Enhancing Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety Performance Through Medical Movies, Massive Open Online Courses, and 3D Virtual Simulation-Based Interprofessional Education: Mixed Methods Double-Blind Quasi-Experimental Study. **J Med Internet Res**, v. 27, p. e67001–e67001, 2025.

OLIVEIRA, Juanna Elisa *et al.* Perception of the multidisciplinary team and the patient's family companion regarding their presence during emergency room care. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 23, p. eAO0871–eAO0871, 2025.

ØSTERVANG, Christina *et al.* Health professionals' perspectives of patients' and family members' needs in emergency departments and patient pathway improvement: a qualitative study in Denmark. **BMJ Open**, v. 12, n. 2, p. e057937, 28 fev. 2022.

SADEGHNEZHAD, Hossein *et al.* Barriers and Facilitators of Using Clinical Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation from the Point of View of Emergency Department Nurses. **Journal of Qualitative Research in Health Sciences**, v. 13, n. 2, p. 106–110, 23 jun. 2024.

SASANGO HAR, Farzan *et al.* Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. **Anesthesia & Analgesia**, v. 131, n. 1, p. 106–111, 9 jul. 2020.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

TASBIHI, Navid *et al.* Patient safety competency and its associated with teamwork and psychological safety among emergency nurses in Iran. **Sci Rep**, v. 15, n. 1, p. 16602, 2025.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, 2023.

TOKUMARU, Teppei *et al.* Damage control strategy involving early strategic decision-making and staged surgical management in a hybrid emergency room system: A case report. **Medicine (Baltimore)**, v. 104, n. 31, p. e43681–e43681, 2025.

WARING, PhD, PGCert L&T, MSc, BSc (Hons), Sara; HUMANN, PhD, PGCert L&T, MSc, BSc (Hons), Michael; DAWSON, MSc, BSc (Hons), Natasha. Facilitators and barriers to effective information sharing during international disaster response. **Journal of Emergency Management**, v. 17, n. 6, p. 469–486, 1 dez. 2019.