



INTEGRAÇÃO ENTRE DIFERENTES ÁREAS DA SAÚDE NA PRÁTICA CLÍNICA: IMPACTOS SOBRE A INTEGRALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Lizandra Moreno Costa ¹; Valéria Batista de Sousa ²; Maurício Rouvel Nunes ³; Régis dos Santos Martines ⁴; Joseph Ferraz Pereira ⁵; Leopoldo Vieira de Azeredo Bastos ⁶; Tayrine Maria da Silva ⁷; Elisiane Goveia da Silva ⁸; Luciano Postilioni Aires ⁹; Grazielle Monteiro Barcelos ¹⁰

¹UNIBH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lizandramcosta@gmail.com

²Centro Universitário Uninta-Inta, São Gonçalo do Amarante, Ceará, Brasil. E-mail: valeriasgab Batista@hotmail.com

³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mrouvelnunes@gmail.com

⁴UNINTER, Itaqui, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: regissmartines@gmail.com

⁵Universidade do Vale do Rio Doce - Univale, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. E-mail: inserir e-mail.

⁶Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: dr.leopoldo.azeredo.bastos@gmail.com

⁷Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Paulista, Pernambuco, Brasil. E-mail: tayrinemaria1@gmail.com

⁸UFCSPA, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elisianegoveia@gmail.com

⁹UFPEL, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luciano_bls@hotmail.com

¹⁰Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: grazirad@hotmail.com

RESUMO

A complexidade das necessidades clínicas e a fragmentação dos serviços reforçam a importância da integração entre diferentes áreas da saúde para a oferta de uma assistência integral, contínua e segura. O capítulo objetivou discutir a integração interprofissional na prática clínica e suas relações com a integralidade, a segurança do paciente e a organização do cuidado multiprofissional. Desenvolveu-se uma revisão narrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, associada à análise documental. A busca foi realizada em agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Google Acadêmico, com recorte temporal de 2023 a 2025. O corpus foi composto por 11 fontes, incluindo nove artigos científicos e dois documentos da Organização Mundial da Saúde. A análise foi organizada em cinco eixos: integração interprofissional e tomada compartilhada de decisões; comunicação e cultura de segurança; transição entre serviços; segurança medicamentosa; e gestão institucional. Os resultados indicaram que a integração efetiva depende de comunicação estruturada, definição de responsabilidades, planejamento terapêutico compartilhado, participação do paciente, continuidade das informações, educação permanente e acompanhamento de indicadores. Também foram identificadas barreiras relacionadas à fragmentação dos registros, às hierarquias profissionais, à sobrecarga, à cultura punitiva e à baixa articulação entre os níveis de atenção. Conclui-se que a colaboração interprofissional fortalece a integralidade e contribui para uma assistência mais segura, desde que sustentada por condições institucionais e práticas permanentes de coordenação. O capítulo oferece subsídios para a medicina geral, a clínica integrada e o cuidado multiprofissional, favorecendo decisões compartilhadas e organização assistencial centrada nas necessidades da pessoa.





Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde; Segurança do Paciente; Relações Interprofissionais; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The complexity of clinical needs and the fragmentation of health services reinforce the importance of integrating different healthcare fields to provide comprehensive, continuous, and safe care. This chapter aimed to discuss interprofessional integration in clinical practice and its relationship with comprehensive care, patient safety, and the organization of multiprofessional care. A qualitative, descriptive, and analytical narrative review was conducted in association with documentary analysis. The search was performed in August 2026 using PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library, SciELO, and Google Scholar, covering publications from 2023 to 2025. The final corpus comprised 11 sources, including nine scientific articles and two documents from the World Health Organization. The analysis was organized into five thematic areas: interprofessional integration and shared decision-making; communication and safety culture; transitions between services; medication safety; and institutional management. The findings indicated that effective integration depends on structured communication, clearly defined responsibilities, shared therapeutic planning, patient participation, continuity of information, continuing education, and indicator monitoring. Barriers included fragmented records, professional hierarchies, work overload, punitive organizational cultures, and limited coordination between levels of care. Interprofessional collaboration strengthens comprehensive care and contributes to safer clinical practice when supported by appropriate institutional conditions and permanent coordination strategies. This chapter contributes to general medicine, integrated clinical practice, and multiprofessional care by supporting shared decisions, continuity of care, and person-centered organization of healthcare services.

Keywords: Patient Care Team; Comprehensive Health Care; Patient Safety; Interprofessional Relations; Continuity of Patient Care.

1 INTRODUÇÃO

A ampliação da complexidade assistencial tem exigido mudanças na forma como os serviços organizam o cuidado, especialmente diante de condições clínicas que demandam acompanhamento contínuo, diferentes especialidades e intervenções simultâneas. Os pacientes com doenças crônicas, limitações funcionais, sofrimento psíquico ou vulnerabilidades sociais apresentam necessidades que dificilmente podem ser atendidas por uma única categoria profissional. A prática clínica precisa considerar a pessoa em sua totalidade, incluindo aspectos biológicos, emocionais, familiares, culturais e socioeconômicos que interferem no processo saúde-doença (World Health Organization, 2024).

A integralidade representa um princípio orientador da assistência e pressupõe articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento. Sua concretização depende da continuidade entre profissionais, setores e níveis de atenção, de modo que as necessidades do paciente sejam reconhecidas durante todo o percurso assistencial. A fragmentação compromete tal princípio quando cada serviço ou categoria





profissional conduz uma parte do tratamento sem comunicação suficiente com os demais responsáveis pelo cuidado (Brown *et al.*, 2024).

A presença de diferentes profissionais em uma instituição não significa, necessariamente, que exista integração. Na atuação multidisciplinar, cada área pode desenvolver suas atividades dentro de seu próprio campo de conhecimento, enquanto a perspectiva interprofissional pressupõe diálogo, compartilhamento de informações, definição conjunta de prioridades e corresponsabilidade pelas decisões clínicas. A distinção torna-se fundamental porque a justaposição de atendimentos pode manter a assistência segmentada, mesmo quando várias categorias participam do tratamento (Jiang *et al.*, 2024).

A segurança do paciente integra a discussão porque os riscos assistenciais não decorrem exclusivamente da conduta individual de um profissional. Problemas relacionados à organização dos fluxos, à circulação das informações, à divisão das responsabilidades, às condições de trabalho e à comunicação institucional também podem favorecer incidentes. A abordagem sistêmica desloca a atenção da culpabilização isolada para a compreensão dos fatores que influenciam os processos clínicos e administrativos (World Health Organization, 2023).

A relevância científica do tema está relacionada à necessidade de compreender os mecanismos por meio dos quais a integração interprofissional se incorpora à prática clínica. A diversidade de conceitos, modelos formativos, contextos assistenciais e instrumentos de avaliação ainda dificulta a delimitação dos componentes essenciais de uma colaboração efetiva. Também permanecem desafios para relacionar competências desenvolvidas em atividades educacionais com mudanças sustentáveis nos processos cotidianos dos serviços (Jiang *et al.*, 2024).

Sob a perspectiva social, a assistência integrada pode favorecer o reconhecimento de necessidades que ultrapassam o diagnóstico médico, incluindo dificuldades de acesso, condições de moradia, alimentação, apoio familiar, compreensão das orientações e possibilidades concretas de continuidade terapêutica. A incorporação de tais dimensões contribui para um cuidado sensível às desigualdades e às particularidades de cada pessoa. A participação do paciente e da família também amplia a possibilidade de construir decisões compatíveis com valores, preferências e condições reais de vida (Chartrand *et al.*, 2023).

A relevância profissional envolve o desenvolvimento de competências colaborativas durante a formação inicial e a educação permanente. Escuta, comunicação clara, negociação, reconhecimento das competências das demais áreas e manejo de divergências são capacidades necessárias para a elaboração compartilhada do plano terapêutico. A formação excessivamente centrada em núcleos profissionais isolados pode dificultar a compreensão das responsabilidades comuns e manter relações hierárquicas incompatíveis com uma assistência centrada no paciente (Webster *et al.*, 2024).

No âmbito institucional, a integração exige condições organizacionais que sustentem o trabalho coletivo. Prontuários acessíveis, fluxos definidos, momentos destinados à discussão dos casos, protocolos construídos com participação multiprofissional e canais seguros para notificação





de incidentes constituem recursos necessários para transformar a colaboração em prática permanente. A gestão precisa articular as necessidades assistenciais com planejamento, monitoramento, educação e melhoria dos processos (Santos *et al.*, 2024).

O tema relaciona-se aos eixos da pesquisa em saúde, assistência, promoção, prevenção, inovação, gestão, educação e integração clínico-assistencial. A pesquisa contribui para compreender práticas e modelos de colaboração; a assistência transforma o conhecimento em decisões compartilhadas; a promoção e a prevenção orientam intervenções antecipadas; a inovação pode facilitar o acesso às informações; a gestão organiza os recursos e os fluxos; e a educação permanente fortalece competências para o trabalho coletivo. A integração entre tais eixos favorece uma compreensão ampliada das necessidades do paciente e da organização dos serviços (World Health Organization, 2024).

Apesar do reconhecimento da importância da colaboração interprofissional, permanece uma lacuna entre os princípios defendidos pelas políticas e sua realização no cotidiano clínico. Reuniões sem planejamento compartilhado, registros desconectados, comunicação informal e indefinição de responsabilidades podem manter a fragmentação sob a aparência de trabalho em equipe. Também existe necessidade de delimitar quais estratégias são viáveis em diferentes contextos, considerando disponibilidade de profissionais, estrutura tecnológica, cultura organizacional e características da população atendida (Moloro *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025).

A elaboração deste capítulo justifica-se pela necessidade de discutir a integração interprofissional como componente da qualidade assistencial, considerando suas dimensões clínicas, educacionais, organizacionais e sociais. A abordagem proposta busca contribuir para a medicina geral, a clínica integrada e o cuidado multiprofissional, oferecendo fundamentos para compreender como diferentes áreas podem construir uma assistência coordenada, contínua e centrada nas necessidades da pessoa.

Objetivo: discutir a integração entre diferentes áreas da saúde na prática clínica e suas relações com a integralidade da assistência, a segurança do paciente e a organização do cuidado multiprofissional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, associada à análise documental. O delineamento foi escolhido por permitir a discussão crítica de publicações com diferentes métodos e contextos assistenciais, incluindo revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo, investigações observacionais, projetos de melhoria da qualidade e documentos institucionais. A revisão foi desenvolvida com o propósito de discutir a integração entre diferentes áreas da saúde na prática clínica e suas relações com a integralidade, a continuidade da assistência e a segurança do paciente.





A busca bibliográfica foi realizada em agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online e Google Acadêmico. Foram utilizados descritores controlados dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings, além de termos livres relacionados ao objeto do capítulo.

Na busca em português, foram empregados os descritores “Equipe de Assistência ao Paciente”, “Relações Interprofissionais”, “Comunicação Interdisciplinar”, “Assistência Integral à Saúde”, “Continuidade da Assistência ao Paciente” e “Segurança do Paciente”. A estratégia principal foi estruturada da seguinte forma:

(“Equipe de Assistência ao Paciente” OR “Relações Interprofissionais” OR “Comunicação Interdisciplinar”) AND (“Assistência Integral à Saúde” OR “Continuidade da Assistência ao Paciente” OR “Cuidado Integrado”) AND (“Segurança do Paciente” OR “Segurança Medicamentosa” OR “Transição do Cuidado”).

Para a busca em inglês, foram utilizados os termos “Patient Care Team”, “Interprofessional Relations”, “Interdisciplinary Communication”, “Comprehensive Health Care”, “Continuity of Patient Care”, “Integrated Care”, “Patient Safety”, “Medication Safety” e “Care Transition”. A estratégia correspondente foi:

(“Patient Care Team” OR “Interprofessional Relations” OR “Interdisciplinary Communication”) AND (“Comprehensive Health Care” OR “Continuity of Patient Care” OR “Integrated Care”) AND (“Patient Safety” OR “Medication Safety” OR “Care Transition”).

Foram realizadas combinações complementares para ampliar a recuperação de publicações relacionadas aos principais componentes da integração clínico-assistencial:

- “Interprofessional Education” AND “Patient Safety”;
- “Interprofessional Collaboration” AND “Clinical Practice”;
- “Care Transition” AND “Patient Outcomes”;
- “Medication Reconciliation” AND “Interprofessional Team”;
- “Patient Safety Culture” AND “Healthcare Professionals”;
- “Integrated Care” AND “Continuity of Patient Care”.

O recorte temporal compreendeu publicações divulgadas entre janeiro de 2023 e dezembro de 2025, período correspondente aos três anos completos mais recentes com produção científica consolidada no momento da elaboração do capítulo. Foram aceitas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis integralmente e relacionadas à integração interprofissional, à segurança do paciente, à continuidade assistencial, à comunicação clínica, à transição do cuidado, à segurança medicamentosa ou à gestão de práticas multiprofissionais.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais, revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo e documentos institucionais que apresentassem resultados ou recomendações aplicáveis à prática clínica e à organização dos serviços. Também foram priorizadas publicações com descrição da população, do cenário assistencial, das intervenções realizadas e dos respectivos





resultados. Documentos de organismos internacionais foram incluídos quando apresentavam informações atualizadas sobre segurança do paciente e organização sistêmica do cuidado.

Foram excluídas publicações duplicadas, resumos de eventos, editoriais, cartas ao editor, protocolos sem resultados, textos sem acesso integral, materiais sem identificação de autoria ou procedência institucional e publicações que abordavam somente uma categoria profissional sem relação com integração assistencial. Também foram retirados materiais anteriores ao recorte temporal, publicações exclusivamente voltadas à formação acadêmica sem relação com a segurança clínica e textos que apenas mencionavam o trabalho multiprofissional sem descrever processos, barreiras ou resultados.

A seleção ocorreu em três etapas. Na primeira, foram examinados títulos para identificar a correspondência com o objeto do capítulo. Na segunda, realizou-se a leitura dos resumos, considerando objetivo, método, população, contexto e desfechos. Na terceira etapa, os textos potencialmente elegíveis foram lidos integralmente, permitindo a confirmação da aderência temática e a extração das informações.

O corpus final foi constituído por 11 fontes, das quais nove eram artigos científicos revisados por pares e duas correspondiam a documentos da Organização Mundial da Saúde. Entre os artigos selecionados, foram incluídas revisões sistemáticas com metanálise, revisões de escopo, investigação transversal, intervenção de melhoria da qualidade e análise de colaboração interprofissional. A diversidade metodológica foi mantida por possibilitar a abordagem das dimensões clínicas, educacionais, profissionais e institucionais envolvidas na integração das áreas da saúde.

Para organizar a análise, foi elaborado um instrumento de extração contendo autoria, ano, país ou contexto de realização, delineamento, participantes, cenário assistencial, características da intervenção, desfechos avaliados, principais resultados e limitações. Os dados quantitativos foram preservados conforme apresentados nas publicações originais, incluindo número de participantes, medidas de associação, intervalos de confiança, percentuais, valores de significância e indicadores de heterogeneidade.

Após a extração, o material foi submetido à leitura crítica e à síntese temática. As informações foram agrupadas em cinco eixos: integração interprofissional e tomada compartilhada de decisões; comunicação e cultura de segurança; transição entre serviços; segurança medicamentosa; e gestão institucional orientada por protocolos e indicadores. A interpretação considerou convergências, diferenças metodológicas, aplicabilidade clínica e limitações para generalização dos resultados.

Por se tratar de revisão narrativa com fontes metodologicamente heterogêneas, não foi realizada nova metanálise nem aplicado instrumento formal de avaliação do risco de viés. Os resultados estatísticos mencionados no capítulo foram extraídos das publicações originais, sem recalcular medidas de efeito. A análise documental complementou a discussão científica mediante informações provenientes de documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde, selecionados por atualidade, autoria institucional e relação direta com a segurança do paciente.





3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações de 2023 a 2025 permitiu organizar os resultados em cinco eixos: integração interprofissional e tomada compartilhada de decisões; comunicação e cultura de segurança; transição entre serviços; segurança medicamentosa; e gestão institucional orientada por indicadores. Em conjunto, os achados indicam que a simples presença de profissionais de diferentes áreas não caracteriza cuidado integrado. A integralidade exige objetivos assistenciais comuns, responsabilidades definidas, comunicação estruturada, registros compartilhados, participação do paciente e continuidade entre os diferentes pontos da rede de atenção.

A relevância clínica da integração torna-se mais clara diante da dimensão dos danos associados à assistência insegura. Aproximadamente um em cada dez pacientes sofre algum dano durante o cuidado em saúde, e mais de três milhões de mortes são relacionadas anualmente à assistência insegura. Mais de 50% dos danos são potencialmente evitáveis, e cerca da metade da carga evitável está associada ao uso de medicamentos. Na atenção primária e ambulatorial, até quatro em cada dez pacientes podem sofrer danos, dos quais cerca de 80% poderiam ser prevenidos. Os dados demonstram que a segurança depende da organização sistêmica do cuidado, incluindo comunicação, qualificação profissional, participação do paciente, protocolos e mecanismos institucionais de aprendizagem (World Health Organization, 2023; World Health Organization, 2024).

A integração interprofissional diferencia-se da atuação multiprofissional fragmentada. Na configuração fragmentada, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais realizam intervenções paralelas, frequentemente sem discussão conjunta do plano terapêutico. Na prática interprofissional, as informações são compartilhadas, as metas clínicas são pactuadas e as decisões consideram simultaneamente as necessidades biológicas, funcionais, emocionais e sociais do paciente. A revisão quantitativa conduzida por Webster *et al.* (2024) reuniu 20 publicações, selecionadas entre 15.248 registros, e demonstrou associação entre aprendizagem interprofissional e melhores desfechos clínicos. Na metanálise de mortalidade, foram avaliados 7.166 pacientes submetidos às intervenções interprofissionais e 6.809 participantes sob cuidados convencionais, com redução de 28% no risco de morte. A análise de desfechos adversos, envolvendo 4.789 participantes no grupo de intervenção e 4.129 no grupo de comparação, apontou redução de 23% nos eventos relacionados ao tratamento.

Embora os resultados sejam favoráveis, integração interprofissional não deve ser interpretada como consequência automática da reunião de diferentes categorias profissionais. A qualidade da colaboração depende de liderança clínica, clareza de atribuições, respeito às competências de cada área, tempo protegido para discussão dos casos e mecanismos que permitam resolver divergências. Uma metanálise publicada em 2025, composta por cinco investigações e 1.686 médicos e enfermeiros de três regiões da Etiópia, estimou prevalência de colaboração interprofissional de 52,73%, com intervalo de confiança de 44,66% a 60,79%. A heterogeneidade elevada, correspondente a ($I^2=91,5\%$), indica variações importantes entre instituições e impede a





transferência direta da estimativa para outros sistemas de saúde, mas confirma que a colaboração permanece irregular mesmo em ambientes onde os profissionais atendem a mesma população (Moloro *et al.*, 2025).

A comunicação clínica surgiu como componente transversal da integralidade e da segurança. Passagens de plantão incompletas, prescrições sem revisão compartilhada, registros divergentes, ausência de confirmação da compreensão do paciente e mudanças terapêuticas não comunicadas ampliam o risco de omissões, duplicidade de procedimentos, interações medicamentosas e atrasos no tratamento. Em hospital público de ensino de Minas Gerais, uma investigação transversal com 259 trabalhadores identificou fragilidade em sete das 12 dimensões da cultura de segurança. A dimensão “resposta não punitiva para erros” apresentou somente 26,2% de respostas positivas, enquanto 198 participantes, correspondentes a 76,4% da amostra, informaram não ter realizado nenhuma notificação de incidente nos 12 meses anteriores. Apesar da baixa frequência de notificações, 65,3% classificaram a segurança como boa ou muito boa, revelando possível distância entre a percepção geral e as práticas formais de identificação dos riscos (Silva *et al.*, 2025).

Na mesma investigação, o domínio “feedback e comunicação sobre erros” apresentou correlação positiva com aprendizagem organizacional e melhoria contínua (($R=0,595$; $p<0,01$)) e com frequência de notificação de eventos (($R=0,501$; $p<0,01$)). Os valores indicam que ambientes com comunicação mais aberta tendem a apresentar maior capacidade de aprender com incidentes e maior utilização dos sistemas de notificação. A cultura punitiva produz efeito contrário: profissionais podem omitir falhas por medo de responsabilização individual, dificultando a identificação de causas relacionadas aos processos, às condições de trabalho e à organização institucional. A segurança requer abordagem justa, na qual condutas intencionais sejam diferenciadas de falhas humanas e problemas sistêmicos (Silva *et al.*, 2025; World Health Organization, 2024).

A educação interprofissional constitui estratégia para preparar equipes capazes de comunicar riscos, dividir responsabilidades e tomar decisões compartilhadas. Uma revisão de escopo de 2024 incluiu 13 investigações quase experimentais sobre intervenções educacionais voltadas à segurança do paciente, com predominância de simulação e atividades presenciais. Os programas apresentaram resultados favoráveis em conhecimentos, atitudes e práticas relatadas; contudo, várias publicações não mensuraram incidentes reais, eventos adversos ou desfechos clínicos. Menos da metade avaliou diretamente o desempenho das equipes, e parte considerável das avaliações utilizou autorrelato ou observação sem seguimento prolongado. A qualificação profissional deve incluir avaliação objetiva de comunicação, adesão aos protocolos, ocorrência de danos, capacidade de coordenação e manutenção das competências no cotidiano assistencial (Jiang *et al.*, 2024).

A simulação interprofissional pode reproduzir situações de deterioração clínica, erro de medicação, parada cardiorrespiratória, comunicação de resultados críticos e transferência entre unidades. Briefings estruturados permitem analisar tomada de decisão, distribuição de tarefas, comunicação em circuito fechado e reconhecimento dos limites de competência. Entretanto,





atividades educativas isoladas apresentam alcance restrito quando a organização mantém equipes insuficientes, prontuários sem interoperabilidade, hierarquias rígidas e ausência de espaços para discussão clínica. A educação permanente precisa estar vinculada à revisão dos processos, à supervisão, ao acompanhamento de indicadores e à devolutiva dos resultados aos profissionais (Jiang *et al.*, 2024; World Health Organization, 2024).

As transições entre hospital, atenção primária, assistência domiciliar e serviços especializados representam períodos de maior vulnerabilidade. Uma revisão sistemática com metanálise em rede reuniu 126 ensaios clínicos randomizados e 97.408 participantes. Intervenções de baixa complexidade reduziram as readmissões em até 30 dias ((OR=0,78; IC95%=0,66–0,92)), as readmissões em até 180 dias ((OR=0,45; IC95%=0,30–0,66)) e as visitas aos serviços de emergência ((OR=0,68; IC95%=0,48–0,96)). Intervenções de média complexidade apresentaram os melhores resultados para readmissões em 90 dias ((OR=0,64; IC95%=0,45–0,92)), eventos adversos ((OR=0,42; IC95%=0,24–0,75)) e adesão medicamentosa ((DMP=0,49; IC95%=0,30–0,67)) (Tyler *et al.*, 2023).

As intervenções de alta complexidade reduziram o tempo de permanência hospitalar ((DMP=-0,20; IC95%=-0,38 a -0,03)) e aumentaram a satisfação ((DMP=0,52; IC95%=0,22–0,82)), mas não foram as mais efetivas para diminuir readmissões. A comparação sugere que programas excessivamente complexos podem enfrentar dificuldades de implementação, adesão e coordenação. Planos de alta compreensíveis, contato pós-alta, agendamento antecipado do acompanhamento, reconciliação de medicamentos e comunicação direta com a atenção primária formam um conjunto mais factível para muitos serviços. Não foram observadas melhorias consistentes na qualidade de vida, utilização da atenção primária ou consultas ambulatoriais, o que reforça a necessidade de acompanhar desfechos além da readmissão hospitalar (Tyler *et al.*, 2023; Brown *et al.*, 2024).

A participação do paciente e da família também modifica os resultados das transições. Uma revisão sistemática avaliou 10.021 referências e incluiu 50 ensaios clínicos, dos quais 44 integraram a metanálise. As intervenções centradas no paciente e na família reuniram avaliação clínica, manejo de sintomas, reconciliação medicamentosa, planejamento da alta, identificação de riscos, detecção de complicações e apoio emocional. Houve redução de 14% nas readmissões ((IRR=0,86; IC95%=0,75–0,98)), embora não tenha ocorrido redução significativa nas visitas às emergências ((IRR=1,00; IC95%=0,85–1,18)). Programas com maior quantidade de componentes centrados no paciente alcançaram redução mais expressiva das readmissões ((IRR=0,73; IC95%=0,57–0,94)), assim como intervenções com maior número de componentes de transição ((IRR=0,76; IC95%=0,64–0,91)) (Chartrand *et al.*, 2023).

Os dados indicam que o paciente não deve ser tratado como receptor passivo de orientações. A equipe precisa verificar o que a pessoa compreendeu sobre diagnóstico, medicamentos, sinais de alerta, alimentação, limitações funcionais e necessidade de acompanhamento. A técnica de confirmação da compreensão, a entrega de plano escrito em linguagem acessível e a identificação de um profissional ou serviço de referência favorecem continuidade e autonomia. Familiares e cuidadores devem participar conforme a vontade do paciente e as necessidades clínicas,





especialmente em situações de dependência funcional, comprometimento cognitivo, multimorbidade ou uso de múltiplos medicamentos (Chartrand *et al.*, 2023; Brown *et al.*, 2024).

A segurança medicamentosa apresentou benefícios relevantes quando farmacêuticos foram integrados às decisões clínicas. Uma revisão sistemática atualizada incluiu 19 investigações e 15.675 idosos. As intervenções reduziram em 19% a chance de qualquer reação adversa a medicamentos ((OR=0,81; IC95%=0,68–0,96)) e em 32% a ocorrência de reações adversas graves ((OR=0,68; IC95%=0,48–0,96)). Intervenções conduzidas por farmacêuticos reduziram as reações adversas em 35%, enquanto as demais estratégias apresentaram redução de 8%. A diferença reforça a importância da revisão especializada da farmacoterapia, principalmente entre idosos, pessoas com multimorbidade, insuficiência renal ou hepática e usuários de polifarmácia (Gray *et al.*, 2023).

A integração farmacêutica deve abranger a conferência dos medicamentos utilizados antes da admissão, análise de interações e duplicidades, adequação de doses, avaliação da indicação terapêutica e elaboração da lista final para a alta. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos precisam compartilhar informações sobre mudanças no tratamento, enquanto nutricionistas, fonoaudiólogos e outros profissionais devem ser envolvidos quando alimentação, deglutição, forma farmacêutica ou via de administração interferirem no uso seguro. A reconciliação deve incluir orientação ao paciente e comunicação das alterações ao serviço responsável pelo acompanhamento após a alta (Gray *et al.*, 2023; World Health Organization, 2023).

No contexto brasileiro, a implantação de protocolos mediante equipes multiprofissionais e acompanhamento de indicadores produziu mudanças mensuráveis. Um projeto de melhoria desenvolvido em 35 hospitais públicos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, entre julho de 2021 e novembro de 2023, apoiou a implantação de seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Foram criados times multiprofissionais, unidades-piloto, ciclos de melhoria e coleta quinzenal de indicadores. Todos os protocolos apresentaram melhora; destacaram-se a redução de 73% na prevalência de quedas e o aumento de 675% na adesão à lista de verificação de cirurgia segura (Santos *et al.*, 2024).

Os resultados brasileiros demonstram que protocolos alcançam maior efetividade quando são acompanhados por educação, liderança local, definição de metas, monitoramento frequente e devolutiva para as equipes. A existência formal de documentos não assegura adesão, pois a mudança depende da adaptação dos fluxos, da participação dos profissionais da assistência e da avaliação contínua dos resultados. Indicadores como quedas, lesões por pressão, erros de identificação, falhas de medicação, adesão à higiene das mãos, utilização da lista de cirurgia segura, readmissões e incidentes nas transições permitem identificar setores prioritários e verificar a sustentabilidade das intervenções (Santos *et al.*, 2024; World Health Organization, 2024).

A discussão também revelou barreiras institucionais recorrentes: comunicação predominantemente informal, registros fragmentados, sobrecarga, rotatividade, indefinição de responsabilidades, conflitos hierárquicos, baixa participação do paciente e cultura punitiva. Tais condições limitam a troca de informações e ampliam o risco de decisões contraditórias. A integração requer governança clínica, dimensionamento adequado, prontuário compartilhado, reuniões interprofissionais, discussão diária de metas, passagem de cuidado estruturada, reconciliação





medicamentosa e canais para comunicação de resultados críticos. Sistemas de notificação precisam ser acessíveis, confidenciais e orientados para aprendizagem, com retorno das análises às equipes (Silva *et al.*, 2025; World Health Organization, 2024).

Em síntese, a integração entre as áreas da saúde apresenta impacto mais consistente quando deixa de ser uma disposição administrativa e passa a orientar o processo clínico. Os melhores resultados foram observados em intervenções que combinaram comunicação estruturada, planejamento compartilhado, participação de pacientes e familiares, revisão de medicamentos, coordenação da alta, educação permanente e avaliação de indicadores. A integração fortalece a integralidade porque permite reconhecer necessidades clínicas, funcionais, psicológicas e sociais; simultaneamente, amplia a segurança por reduzir falhas de comunicação, eventos adversos, reações medicamentosas e readmissões evitáveis. A efetividade depende da articulação entre profissionais, gestores, pacientes, famílias e diferentes serviços da rede de atenção (Webster *et al.*, 2024; Tyler *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise permitiu compreender que a integração entre diferentes áreas da saúde constitui uma condição indispensável para a integralidade e a segurança do paciente. A colaboração interprofissional torna-se efetiva quando existe compartilhamento de informações, definição de responsabilidades, construção conjunta do plano terapêutico e participação ativa do paciente e de sua família. A presença de várias categorias profissionais, sem articulação clínica, não supera a fragmentação assistencial.

A integração favorece uma compreensão ampliada das necessidades biológicas, emocionais, funcionais e sociais, permitindo que as decisões sejam compatíveis com a realidade de cada pessoa. Comunicação estruturada, reconciliação medicamentosa, planejamento compartilhado da alta, continuidade entre os níveis de atenção e discussão multiprofissional dos casos constituem estratégias fundamentais para reduzir riscos e evitar interrupções no tratamento.

A segurança também depende das condições institucionais oferecidas para o desenvolvimento do trabalho coletivo. Prontuários acessíveis, fluxos definidos, dimensionamento adequado das equipes, educação permanente, liderança comprometida e sistemas de notificação orientados para aprendizagem são necessários para sustentar práticas integradas. A responsabilização exclusivamente individual tende a ocultar falhas relacionadas aos processos e limita a construção de uma cultura organizacional aberta à comunicação.

A implementação de protocolos precisa ser acompanhada por metas assistenciais, indicadores, avaliação periódica e participação dos profissionais que atuam diretamente no cuidado. A educação interprofissional deve manter conexão com situações clínicas reais e contemplar comunicação, negociação, tomada de decisão compartilhada, reconhecimento dos riscos e resolução de conflitos. Também se torna necessário incluir pacientes e familiares nas orientações e decisões, respeitando preferências, condições de vida e capacidade de compreensão.





Entre as limitações do capítulo, destacam-se a heterogeneidade metodológica das publicações selecionadas, a diversidade dos contextos assistenciais e a ausência de avaliação formal do risco de viés. Tais características restringem a generalização de determinados achados, mas possibilitam uma compreensão abrangente das dimensões clínicas, educacionais, profissionais e institucionais envolvidas no cuidado integrado.

Conclui-se que a integralidade e a segurança do paciente dependem de uma integração construída de forma contínua entre profissionais, gestores, serviços, pacientes e famílias. Para a medicina geral e a clínica integrada, tal organização contribui para decisões mais coerentes, acompanhamento contínuo e atendimento centrado nas necessidades da pessoa. Recomenda-se que os serviços desenvolvam modelos de colaboração adaptados às suas condições estruturais, acompanhados por indicadores capazes de verificar a qualidade, a continuidade e a segurança da assistência.

REFERÊNCIAS

BROWN, Cara L. *et al.* Interprofessional teams supporting care transitions from hospital to community: a scoping review. **International Journal of Integrated Care**, v. 24, n. 2, art. 1, p. 1-12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.7623>.

CHARTRAND, Julie *et al.* Patient- and family-centred care transition interventions for adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 35, n. 4, mzad102, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad102>.

GRAY, Shelly L. *et al.* Systematic review and meta-analysis of interventions to reduce adverse drug reactions in older adults: an update. **Drugs & Aging**, v. 40, n. 11, p. 965-979, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01064-y>.

JIANG, Yan *et al.* Interprofessional education interventions for healthcare professionals to improve patient safety: a scoping review. **Medical Education Online**, v. 29, n. 1, 2391631, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2391631>.

MOLOORO, Abdulkarim Hassen *et al.* Prevalence of interprofessional collaboration towards patient care and associated factors among nurses and physicians in Ethiopia, 2024: a systematic review and meta-analysis. **BMC Nursing**, v. 24, art. 210, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02847-x>.

SANTOS, Daniela Cristina dos *et al.* Implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: projeto de melhoria da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, n. esp. 1, e20230312, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230312.pt>.

SILVA, C. F. *et al.* Análise da cultura de segurança do paciente entre profissionais de um hospital público de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, n. esp. 1, e20250105, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250105.pt>.





II CONGRESSO REGIONAL DE
MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

TYLER, Natasha *et al.* Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 11, e2344825, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44825>.

WEBSTER, Craig S. *et al.* Interprofessional learning in multidisciplinary healthcare teams is associated with reduced patient mortality: a quantitative systematic review and meta-analysis. **Journal of Patient Safety**, v. 20, n. 1, p. 57-65, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001170>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety report 2024. Geneva: WHO, 2024. 388 p. ISBN 978-92-4-009545-8. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>. Acesso em: 17 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety. Geneva: WHO, 11 set. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 17 ago. 2026.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)