



## COMUNICAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DURANTE A ALTA HOSPITALAR: ESTRATÉGIAS PARA TRANSIÇÕES SEGURAS E EFETIVAS

Multiprofessional Communication During Hospital Discharge: Strategies For Safe And Effective Transitions

### RESUMO

Objetivo: avaliar se intervenções de comunicação multiprofissional estruturada durante a alta hospitalar reduzem readmissões e eventos adversos e aumentam continuidade, compreensão e satisfação. Método: revisão integrativa (2020–2025) na BVS, incluindo estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos sobre SBAR/handoff, resumo/plano de alta, reconciliação medicamentosa, educação com teach-back e contato pós-alta. Resultados: nove estudos compuseram a síntese (1 ECR, 2 revisões sistemáticas com meta-análise, 1 revisão realista e observacionais). Observou-se melhora consistente de processos de segurança medicamentosa — menor continuidade inapropriada e maior deprescrição, sobretudo com participação do farmacêutico — e indícios de melhor continuidade e compreensão. Os efeitos sobre readmissões foram heterogêneos e, quando presentes, modestos; a certeza global foi baixa e dependente da fidelidade e do contexto organizacional. Conclusão: protocolos padronizados de comunicação, reconciliação medicamentosa, educação estruturada e seguimento pós-alta favorecem transições mais seguras e efetivas; recomenda-se institucionalização, capacitação interprofissional e monitoramento para sustentar a implementação.

#### **Cesar Augusto de Brito Santos Oliveira**

Graduado em Sistemas de Informação, Instituto Superior de Ensino de Teresina (IEST)

<https://orcid.org/0009-0006-7566-3927>

#### **Karen Mariano Rodrigues**

Graduanda em Medicina, Anhembi Morumbi UAM

<https://orcid.org/0009-0000-2847-2649>

#### **Joana Daniele Santos Costa**

Fonoaudióloga, Universidade do estado do Pará – UEPA

<https://orcid.org/0009-0006-0672-7093>

#### **Eduardo Vettorazzi-Stuczynski**

Graduando em Medicina, Universidade de Caxias do Sul (UCS)

<https://orcid.org/0000-0001-9743-1138>

#### **Artur Valério Marques**

Graduado em Medicina, Centro Universitário Evangélico de Goiás

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

#### **Humberto Rabelo**

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

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

#### **Maria Taymara Ferreira Lima**

Graduada em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará

#### **Stéfany Ricken Ghizone**

Graduada em Medicina, Centro Universitário Integrado (CEI)

#### **Gabriela Gonçalves Correa**

Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho (Uninove)

#### **Guilherme Silva Augusto**

Médico Infectologista e Pediatra, Universidade Federal da Grande Dourados

**PALAVRAS-CHAVES:** Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Erros de Medicação; Readmissão do Paciente; Relações Interprofissionais; Segurança do Paciente

**ABSTRACT**

---

**\*Autor correspondente:****Cesar Augusto de Brito Santos Oliveira**[cabsoliveira1@gmail.com](mailto:cabsoliveira1@gmail.com)

---

Recebido em: [26-09-2025]

Publicado em: [26-09-2025]

**Aim:** to assess whether structured multiprofessional communication at hospital discharge reduces readmissions and adverse events and increases continuity of care, understanding, and satisfaction. **Methods:** integrative review (2020–2025) in the VHL including quantitative, qualitative, and mixed-methods studies addressing SBAR/handoff, discharge summaries/plans, medication reconciliation, teach-back education, and post-discharge follow-up. **Results:** nine studies were synthesized (1 RCT, 2 systematic reviews with meta-analysis, 1 realist review, and observational designs). We found consistent improvements in medication-safety processes—less inappropriate medication continuity and more deprescribing, particularly with pharmacist involvement—and signals of better continuity and understanding. Effects on readmissions were heterogeneous and, when present, modest; overall certainty was low and depended on implementation fidelity and organizational context. **Conclusion:** standardized communication protocols, medication reconciliation, structured patient education, and post-discharge follow-up support safer, more effective transitions; institutionalization, interprofessional training, and monitoring are recommended to sustain implementation.

**KEYWORDS:** Continuity of Patient Care; Interprofessional Relations; Medication Errors; Patient Discharge; Patient Readmission; Patient Safety.



## INTRODUÇÃO

A transição da internação para o domicílio é um dos momentos mais vulneráveis da jornada do paciente. Nesse período, mudanças no regime terapêutico, reorganização de cuidados, múltiplos profissionais envolvidos e pressões organizacionais (alta rotatividade de leitos, horários de pico de altas, sobrecarga assistencial) ampliam o risco de falhas de comunicação, descontinuidade do cuidado e eventos adversos — especialmente erros relacionados a medicamentos e reconsultas evitáveis. A comunicação multiprofissional estruturada surge como eixo crítico para mitigar esses riscos, integrando informações clínicas essenciais, metas terapêuticas e responsabilidades de cada ator (equipe, paciente e cuidador) de forma clara e tempestiva (Costa *et al.*, 2020).

Ferramentas como SBAR, checklists de alta, plano/resumo de alta padronizado, reconciliação medicamentosa, estratégias de educação em saúde com teach-back e contato pós-alta (telemonitoramento ou ligação de acompanhamento) vêm sendo incorporadas em diferentes cenários. Contudo, a adoção é heterogênea, com lacunas na padronização intersetorial e na integração entre níveis de atenção. No contexto brasileiro, marcado por diversidade regional, redes fragmentadas e alta prevalência de condições crônicas e polifarmácia, fortalecer processos de comunicação entre medicina, enfermagem, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia e gestão do cuidado é crucial para garantir segurança, equidade e continuidade assistencial (Felipe *et al.*, 2022).

Portando, o objetivo do estudo foi avaliar se intervenções de comunicação multiprofissional estruturada durante a alta hospitalar reduzem readmissões e eventos adversos/erros de medicação e aumentam a continuidade do cuidado, a compreensão do plano terapêutico e a satisfação do paciente.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa estruturada em etapas: formulação da pergunta, busca e seleção da amostra, extração de dados, avaliação crítica, análise, síntese e apresentação dos resultados. O relato segue as recomendações do PRISMA para transparência do fluxo de estudos. O recorte temporal iniciou em 2020, justificando-se pela implantação ampliada de



protocolos de alta e estratégias de transição de cuidado no período pós-início da pandemia de COVID-19, quando muitos hospitais reforçaram processos de comunicação multiprofissional.

A questão de pesquisa foi delineada pelo acrônimo PICO: em pacientes hospitalizados no processo de alta, intervenções de comunicação multiprofissional estruturada reduzem readmissões e eventos adversos/erros de medicação e aumentam a continuidade do cuidado, a compreensão do plano terapêutico e a satisfação do paciente?

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando as coleções MEDLINE/PubMed, LILACS, BDENF – Enfermagem e non-MEDLINE. A estratégia combinou descritores controlados (DeCS/MeSH) e termos livres em português, inglês e espanhol, com operadores booleanos. Entre os descritores empregados destacam-se: Alta do Paciente (Patient Discharge), Continuidade da Assistência ao Paciente (Continuity of Patient Care), Readmissão do Paciente (Patient Readmission), Transferência de Pacientes (Patient Transfer), Segurança do Paciente (Patient Safety), Erros de Medicação (Medication Errors), Reconciliação de Medicamentos (Medication Reconciliation), Satisfação do Paciente (Patient Satisfaction), Relações Interprofissionais (Interprofessional Relations) e Comunicação (Communication). Como termos livres, incluíram-se “comunicação multiprofissional/interprofissional”, handoff, handover, SBAR, “checklist de alta”, “resumo/plano de alta”, “ligação pós-alta”, teach-back, além de desfechos: readmiss, reintern\*, “adverse event\*”, “eventos adversos”, “medication error\*”, “erro\* de medicação”.

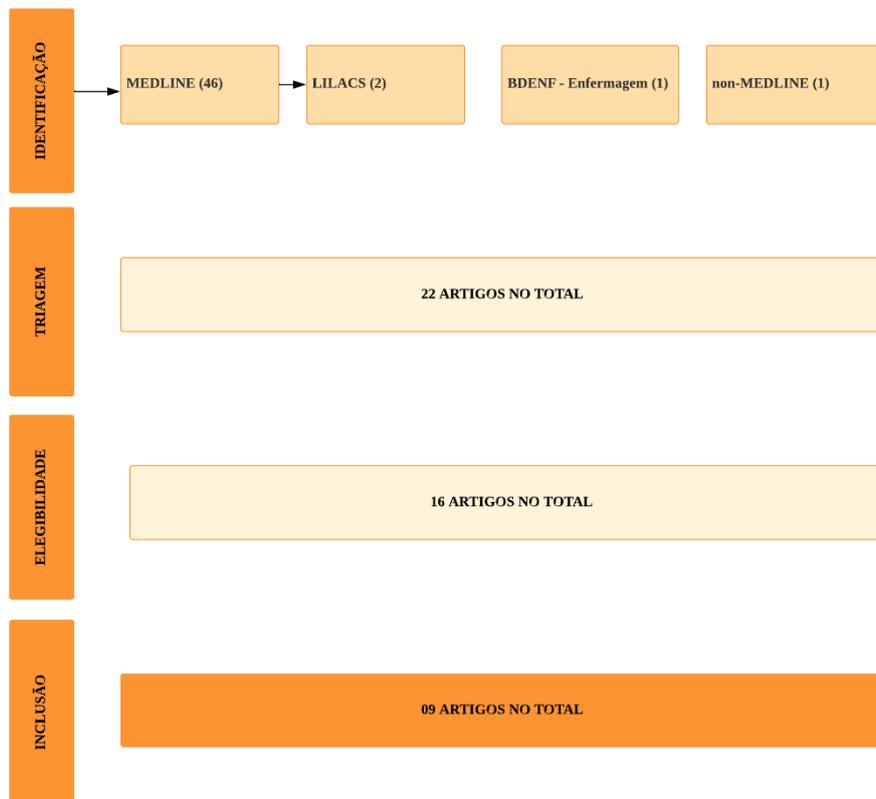
A string central aplicada na BVS foi construída da seguinte forma, com equivalentes multilíngues: (mh:"Alta do Paciente" OR tw:"alta hospitalar" OR "patient discharge" OR "alta del paciente" OR "egreso del paciente") AND (tw:"comunicação interprofissional" OR "comunicação multiprofissional" OR "interprofessional communication" OR handoff OR handover OR SBAR) AND (tw:readmiss\* OR reintern\* OR "readmission" OR "reingresso" OR "adverse event\*" OR "eventos adversos" OR "medication error\*" OR "erro\* de medicação"). Ajustes finos de filtros (tipo de estudo, idioma) foram aplicados conforme necessidade para refinar a sensibilidade e a especificidade da busca.

Foram incluídos estudos quantitativos (ensaios, quase-experimentais, coortes, séries temporais interrompidas), qualitativos e de métodos mistos que abordassem intervenções explícitas de comunicação multiprofissional na alta e reportassem pelo menos um desfecho de transição (readmissão, eventos adversos/erros de medicação, continuidade/seguimento, compreensão/satisfação). Excluíram-se editoriais, cartas, relatos sem intervenção/descrição

processual, estudos exclusivamente pediátricos/neonatais quando não comparáveis ao adulto, e aqueles sem dados de resultado. Dois revisores realizaram triagem independente por títulos/resumos e, em seguida, por texto completo; divergências foram resolvidas por um terceiro revisor. Duplicatas foram removidas antes da triagem.

O fluxo PRISMA descreveu os números identificados, selecionados e incluídos; na busca inicial da BVS, registraram-se MEDLINE (64), LILACS (2), BDNF (1) e non-MEDLINE (1), com deduplicação antes da triagem.

**Fluxograma 1.** Estratégias de busca para seleção da amostra



**Fonte:** autores, 2025

## RESULTADOS

O quadro 1 sintetiza os estudos sobre transições de cuidado na alta



Quadro 1. Quadro sinóptico dos artigos incluídos

Autores /Ano	Periódico/Ano	País/Cenário assistencial	População	Componentes da intervenção	Comparador	Desfechos	Follow-up	Indicadores de implementação	Principais achados
(Vollam <i>et al.</i> , 2022)	Critical Care Medicine, 2022; 50(7):1083–1092	Reino Unido; 3 hospitais do NHS; transição UTI→enfermaria; altas fora do horário (16:00–07:59)	Egressos de UTI; 20 óbitos “provavelmente evitáveis” vs 20 sobreviventes; 55 entrevistas	Sem intervenção clínica testada; mapeamento do processo e 5 funções (decisão MDT; preparo do paciente; reunião de leitos; alocação pelo bed manager; leito disponível)	—	Discorre sobre mortalidade/readmissão, falhas de handover; não mensura 30d nem erros/continuidade/satisfação	—	Barreiras noturnas; equipe/mix reduzidos; handover inadequado	Alta fora do horário percebida como insegura; recomenda facilitar altas diurnas e suporte noturno quando inevitável
(Hantouli <i>et al.</i> , 2024).	BMJ Open, 2024; 14(12):e088786	EUA; 4 hospitais e 14 SNFs (Washington); transição hospital→SNF	Pacientes em transição hospital→SNF (diversos)	Reconciliação medicamentosa por farmacêutico + handoff estruturado entre hospital e SNF	Cuidado usual	Primário: problemas relacionados a medicamentos em 30 dias; secundários: eventos clínicos, readmissão, DE (sem resultados ainda)	30 dias	Avaliará fidelidade de implementação e sustentação; treinamento não detalhado	Protocolo descreve intervenção e desenho; registro NCT05241951
(Midega <i>et al.</i> , 2021)	einstein (São Paulo, Online), 2021; 19:	Brasil; UTI geral aberta (41 leitos); foco no horário de <b>admissão</b>	Adultos admitidos 2013–2015; elegíveis n=5.779;	— (não há intervenção de alta/comunicação)	Admissão durante passagem de plantão	Desfechos: mortalidade UTI/hospitalar; não mede 30d readmissão, nem	Durante a internação	—	Sem aumento significativo de óbito na UTI (OR 1,40;



	eAO5748 (LILACS)	na UTI (não alta)	pareados n=1.166 (389 vs 777)		vs outros horários	erros/continuidade/satisfação			p=0,113) ou hospitalar (OR 1,23; p=0,265)
(Haddock <i>et al.</i> , 2021)	Journal of Interprofessional Care, 2021; 35(1):153–156	Ambiente educacional sobre transições de cuidado	Aprendizes (med/farmacácia, NP, enfermagem início carreira, serviço social); N=98 (83 respostas, 85%)	Sessão de 2h de revisão de caso de readmissão 30d; <b>sem</b> protocolo clínico em pacientes	Pré-pós (sem controle)	<b>Sem desfechos em pacientes;</b> melhora de competências percebidas	Imediato	Participação 98; resposta 85%	Melhoras significativas (p<0,001) e melhor entendimento de papéis/documentação
(Österlind; Gerhardsson; Myrberg, 2020)	Acta Anaesthesiol Scand, 2020; 64(7):870–883	Multipaís; transição UTI→enfermaria	Adultos egressos da UTI	Programas de transição (multicomponente; não padroniza SBAR/checklist)	Controles históricos/usual care	↓ readmissão (RR 0,78; 0,64–0,96; TSA 0,59–1,03); <b>sem</b> redução clara de mortalidade (RR 0,82; 0,64–1,06)	Intra-hospitalar (variável)	Evidência baixa/muito baixa; heterogeneidade	Benefício incerto; falta evidência conclusiva (TSA)
(Jepma <i>et al.</i> , 2021)	Age and Ageing, 2021; 50(6):2105–2115	Países Baixos; hospital→comunidade (enf. comunitária, farmacêutico, fisioterapia)	≥70 anos; alto risco; N=306 (média 82,4; 58% IC; 92% agudos)	Plano integrado (avaliação geriátrica); <b>handover presencia</b> l pré-alta c/enfermeira comunitária; visitas domiciliares; colaboração com farmacêut	Cuidado usual	Primário: 1ª readmissão <b>ou</b> morte em <b>6 meses</b> ; não mede 30d; sem erros/continuidade/satisfação	6 meses	Entrega de 67% dos elementos; interrupção precoce por mudanças no usual care	<b>Sem</b> redução do composto: 54,2% vs 47,7%; RD 6,5% (IC95% -4,7 a 18); RR 1,14 (0,91–1,42); p=0,253



				ico; reabilitaç ão cardíaca domicilia r					
(Emman ouilidou <i>et al.</i> , 2025).	Journal of Patient Safety, 2025 Jul 02	Hospital universitário terciário (520 leitos); telemetry/ca rdiac/short- stay obs	Enferme iros de beira- leito; convidad os 217; respostas 108 (50%)	<b>Não</b> houve intervênç ão implemen tada; recomend ações: comunica ção interprofí ssional estruturad a; educação de alta; otimizaçã o da reconcilia ção	—	<b>Sem desfechos em pacientes</b> (barreiras/soluções percebidas)	—	Taxa de resposta 50%; uso do manual AHRQ IDEAL	Barreiras: falhas de comunica ção, lacunas de coordenaçã o, reconcilia ção e preparo do paciente; soluções sugeridas
(Bourne <i>et al.</i> , 2022).	BMJ Quality & Safety, 2022; 31(8):60 9–622	Multipaís; UTI adulto→enf ermaria	Adultos em transição UTI→enf ermaria (maioria estudos antes- depois)	Educação da equipe; <b>revisão medicam entosa</b> ; diretrizes; handover eletrônico /carta; <b>reconcili ação</b> (multico mponente )	Usual care/pré- - implant ação; controla dos e não controla dos	<b>↓ continuidade inapropriada</b> (alta UTI: OR 0,45; 0,31– 0,63; n=9; alta hospitalar: OR 0,39; 0,20–0,76; n=9); <b>↑ deprescrição</b> (OR 0,26; 0,13–0,55; n=6); sem efeito consistente em mortalidade/LOS	Pont os: alta da UTI e alta hospi talar	Facilitador es: farmacêuti co de UTI e rounds multiprofis sionais; barreiras: carga de trabalho; evidência global muito baixa	Intervençõ es multicomp onentes melhoram segurança medicame ntosa; impacto em mortalidad e/LOS incerto
(Proven cher <i>et al.</i> , 2021)	BMC Geriatric s, 2021; 21(1):84	Hospital→d omicílio em idosos (65+) pós-queda	Idosos (65+); documen tos científic os e	Comunic ação bidirecion al centrada na família;	—	Propõe <b>↑</b> satisfação/funcionali dade/continuidade; <b>↓</b> readmissões e <b>↓</b> risco de quedas (sem estimativas padronizadas)	Variá vel	Requer suporte organizaci onal e coordenaçã o; engajamen	Quatro ICMR (Intervençã o– Contexto– Mecanism o–



			literatura cinzenta	comunicação interprofissional; educação personalizada; coordenador de alta; suporte organizacional; ferramentas simples (pictogramas) e canais digitais				to de famílias/profissionais	Resultado) explicam como/quando funciona
--	--	--	---------------------	---	--	--	--	------------------------------	--

Fonte: autores, 2025

Foram considerados nove estudos: 1 ensaio clínico randomizado (ECR) com seguimento de 6 meses e fidelidade parcial (67%) dos componentes entregues; 2 revisões sistemáticas com meta-análise focadas em transição da UTI para a enfermaria e segurança medicamentosa; 1 revisão realista sobre planejamento de alta em idosos pós-queda [9]; 1 estudo de métodos mistos mapeando o processo de alta noturna na UTI; 1 coorte pareada sobre admissão em UTI durante passagem de plantão (não alta) ; 1 intervenção educacional interprofissional sem desfechos em pacientes; 1 inquérito transversal com enfermeiros(as) sobre barreiras e recomendações na alta; e 1 protocolo de ECR pragmático com desfecho primário de problemas relacionados a medicamentos em 30 dias na transição hospital→SNF (ainda sem resultados)

A síntese evidenciou heterogeneidade de cenários e desenhos, com foco em transições UTI→enfermaria e hospital→comunidade. Entre as evidências quantitativas, uma meta-análise de programas multicomponentes na alta da UTI mostrou redução modesta de readmissões (RR 0,78; IC95% 0,64–0,96), com certeza global baixa e sem efeito consistente em mortalidade (RR 0,82; IC95% 0,64–1,06) (Österlind, 2020).

Em contrapartida, um ensaio pragmático de transição geriátrica integrada do hospital para o domicílio não reduziu o desfecho composto de “1ª readmissão não planejada ou morte”



em seis meses e apresentou fidelidade de 67% aos componentes previstos (Jepma, 2021). Evidências qualitativas e de mapeamento de processos apontaram percepções de insegurança em altas noturnas por falhas de handover e equipe reduzida (Vollam, 2022).

Quanto à segurança medicamentosa, uma revisão com predominância de estudos antes-depois identificou melhora consistente de processos: menor continuidade inapropriada de medicamentos iniciados na UTI tanto na alta da UTI quanto na alta hospitalar e maior deprescrição após intervenções multicomponentes que combinaram reconciliação medicamentosa, rounds interprofissionais, diretrizes e handover estruturado (Bourne, 2022).

Achados de inquérito com enfermeiros de unidades clínicas corroboraram lacunas de comunicação, coordenação e reconciliação, sugerindo adoção de handoffs estruturados e educação de alta (Emmanouilidou, 2025). Em conjunto, componentes padronizados de comunicação multiprofissional — especialmente com participação ativa do farmacêutico — reduzem erros/omissões relacionados a medicamentos, embora o impacto em desfechos duros permaneça incerto (Bourne, 2022; Emmanouilidou, 2025).

Para continuidade do cuidado, compreensão do plano terapêutico e satisfação do paciente, as evidências diretas foram mais escassas e pouco padronizadas. Uma revisão realista em idosos pós-queda descreveu mecanismos pelos quais comunicação bidirecional centrada na família, coordenação de alta dedicada, materiais simples (pictogramas) e uso de canais digitais podem fortalecer continuidade, melhorar compreensão e potencialmente reduzir quedas e readmissões, condicionados ao suporte organizacional (Provencher, 2021).

Em nível de preparação da força de trabalho, uma intervenção educacional breve aumentou competências percebidas para documentação e definição de papéis na transição, sem mensurar efeitos clínicos (Haddock, 2021). Um protocolo multicêntrico avaliará, aos 30 dias, se reconciliação por farmacêuticos associada a handoff estruturado entre hospital e SNF reduz problemas relacionados a medicamentos e readmissões (Hantouli, 2024).

Aspectos de implementação mostraram-se determinantes. O ensaio geriátrico foi impactado por mudanças no cuidado usual e entrega parcial dos componentes, possivelmente diluindo efeitos (Jepma, 2021). Em UTI, facilitadores incluíram presença do farmacêutico e rounds multiprofissionais; barreiras envolveram carga de trabalho e falhas sistêmicas de handover, sobretudo em altas noturnas (Bourne, 2022; Vollam, 2022). Estudos focados em horário de admissão na UTI não avaliaram diretamente a alta/comunicação e não contribuíram para os desfechos-alvo desta revisão (Midega, 2021).



Em síntese, intervenções estruturadas de comunicação multiprofissional mostram benefício consistente em processos e segurança medicamentosa e sugerem potencial para aprimorar continuidade e compreensão do plano, enquanto a redução de readmissões permanece heterogênea e dependente de alta fidelidade de implementação e de condições organizacionais favoráveis (Österlind, 2020; Jepma, 2021; Bourne, 2022; Provencher, 2021).

## DISCUSSÃO

A comunicação multiprofissional durante a alta hospitalar desempenha papel crucial na garantia da segurança do paciente e na continuidade efetiva do cuidado no ambiente domiciliar ou comunitário. Este processo envolve uma colaboração integrada entre profissionais de diferentes áreas da saúde, pacientes e suas famílias, evitando minimizar riscos, evitar readmissões hospitalares e promover resultados clínicos detalhados. A seguir, explora-se detalhadamente as estratégias essenciais para realizar transições seguras e efetivadas fundamentadas em evidências contemporâneas.

A alta hospitalar representa um momento vulnerável na trajetória do paciente, marcado pela transferência da responsabilidade assistencial entre diferentes contextos e equipes de saúde. A ausência de comunicação clara, precisa e colaborativa entre os profissionais pode resultar em lacunas no cuidado, erros na medicação, descontinuidade terapêutica e aumento do risco de eventos adversos e readmissões. Estudos qualitativos elucidam que falhas comunicacionais são uma ameaça significativa para a segurança do paciente em transições de cuidado, especialmente na passagem do hospital para o domicílio ou unidades de longa permanência (Waring; Bishop; Marshall, 2016).

A efetividade da comunicação é exclusivamente reconhecida como um dos pilares para a coordenação integrada do cuidado, destacando-se a necessidade da articulação entre equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros profissionais, além do paciente e seus familiares (Deaton; Cupples; Kotseva, 2018).

A utilização de métodos estruturados como o SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação) promove a clareza e a decisão na troca de informações essenciais entre as equipes durante a alta, entrega de ambiguidades e falhas na comunicação verbal e escrita. Protocolos padronizados sugeridos para a sistematização dos fluxos comunicacionais e



facilitam a documentação consistente, aspectos fundamentais para a segurança e continuidade do cuidado (Rodrigues *et al.*, 2025).

A implementação de resumos ou documentos de alta eletrônica que contém informações críticas — tais como diagnóstico, tratamento, medicamentos prescritos, orientações ao paciente, e planos de acompanhamento — tem demonstrado melhorias na qualidade da comunicação entre os serviços hospitalares e da atenção primária, resultando em redução de erros e retrabalho (Longden *et al.*, 2024).

Programas de capacitação interprofissional, incluindo conjuntos de treinamento e simulações práticas, são estratégias eficazes para promover o entendimento mútuo das funções de cada profissional, estimular o respeito às competências complementares e desenvolver habilidades essenciais para a comunicação colaborativa. Tais iniciativas são apresentadas para a construção de uma cultura organizacional centrada na segurança do paciente e na cooperação entre as equipes (Rodrigues *et al.*, 2025).

No ambiente hospitalar, o aprendizado interprofissional deve integrar a formação inicial e contínua dos profissionais, promovendo práticas colaborativas que impactem positivamente na coordenação da alta e no engajamento de pacientes e famílias (Dias, 2018).

As rodadas clínicas multiprofissionais (Rodadas Multiprofissionais – MDR) são ferramentas fundamentais para discutir coletiva e sistematicamente o progresso do paciente, barreiras para alta, e estratégias de continuidade assistencial. A programação regular dessas reuniões permite a definição precoce dos dados estimados de alta, a identificação de obstáculos e o planejamento conjunto para sua superação, integrando perspectivas clínicas, sociais e funcionais (Whitney *et al.*, 2024).

Esses encontros também promovem a participação ativa do paciente e familiares ao incorporar o compartilhamento de decisões, aumentando a confiança, a adesão às orientações e a satisfação com o cuidado prestado.

A participação informada do paciente e de seus cuidadores no processo de alta favorece a personalização do cuidado, a compreensão das orientações terapêuticas e a identificação de possíveis dificuldades para o autocuidado no domicílio. Programas que envolvem comunicação estruturada e suporte direcionado ao paciente demonstram melhoria na percepção da qualidade do cuidado e redução de complicações pós-alta (Li *et al.*, 2025).

Uma abordagem centrada no paciente, incluindo a utilização de materiais educativos, planos de cuidados compartilhados e tecnologias de comunicação, potencializa o



empoderamento do indivíduo e de seu círculo de apoio, reduzindo ansiedades e promovendo autonomia segura (Boyarchuk; Antoniuk, 2023) .

A transição do cuidado exige articulação eficaz entre o ambiente hospitalar e os serviços de atenção primária, farmacêuticos comunitários e redes de suporte domiciliário. Barreiras comuns incluem falhas na transferência de informações sobre medicamentos, planos de acompanhamento e necessidades sociais, impactando negativamente a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

A introdução de medicamentos hospitalares como navegadores do paciente na transição medicamentosa, juntamente com revisões multidisciplinares das prescrições e ensaios de sistemas digitais de compartilhamento de informações, demonstrou potencial para redução significativa de readmissões relacionadas a complicações farmacológicas (Hattingh *et al.*, 2024) . Além disso, a construção de redes virtuais para transporte na comunidade, com avaliação geriátrica abrangente e reabilitação domiciliar, favorecendo altas precoces e seguras, reduzindo a internação hospitalar desnecessária (Davies *et al.*, 2024) .

Outro aspecto fundamental é o planejamento e monitoramento contínuo dos cuidados após alta, como exemplificado nas revisões propostas para a gestão de casos em saúde mental comunitária, que garantem maior agilidade na reavaliação das necessidades clínicas, fomentando a dinamicidade e adequação do serviço (Anwar; McClure, 2024).

## CONCLUSÃO

As evidências sintetizadas nesta revisão indicam que intervenções estruturadas de comunicação multiprofissional na alta — como handoff padronizado (p. ex., SBAR), resumo/plano de alta qualificado, reconciliação medicamentosa com participação ativa do farmacêutico, teach-back e contato pós-alta — melhoram processos e segurança medicamentosa e sugerem ganho em continuidade e compreensão do plano terapêutico. O impacto em readmissões foi heterogêneo e, quando presente, modesto, com certeza global baixa e dependente de alta fidelidade de implementação e de condições organizacionais favoráveis

Para a prática clínica e a gestão, os achados apoiam a institucionalização de protocolos de comunicação de alta, a formalização de rodadas interprofissionais, a integração do farmacêutico nas transições e o engajamento ativo de pacientes e famílias. Recomenda-se iniciar o planejamento de alta precocemente, evitar altas fora do horário sempre que possível



ou garantir suporte ampliado quando inevitáveis, e utilizar ferramentas eletrônicas que automatizem resumos e alertas. Programas de capacitação interprofissional e auditoria com feedback devem acompanhar a implantação para sustentar a qualidade.

Em síntese, respondendo à questão proposta, intervenções de comunicação multiprofissional estruturada na alta tendem a reduzir eventos relacionados a medicamentos e a fortalecer a continuidade e a compreensão do plano, com efeitos variáveis sobre readmissões. Priorizar padrões, pessoas e processos — protocolos claros, equipes capacitadas e governança de implementação — é o caminho mais promissor para transições mais seguras e efetivas, especialmente em contextos do SUS, onde ganhos em coordenação podem se traduzir em melhor uso de recursos e desfechos para os paciente.

## REFERÊNCIAS

ANWAR, Zarina; MCCLURE, Olivia. Evaluating Multiprofessional Caseload Review in the Community Mental Health Team One Year On: Improving Patient Flow and Creating a More Responsive Service. **BJPsych Open**, v. 10, n. S1, p. S181–S181, 1 jun. 2024.

BOURNE, Richard S. *et al.* Medication-related interventions to improve medication safety and patient outcomes on transition from adult intensive care settings: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Qual Saf**, v. 31, n. 8, p. 609–622, 2022.

BOYARCHUK, O. R.; ANTONIUK, I. M. A patient-centered care for the management of children with rare diseases: collaboration between physicians, nurses, and patients. **CHILD'S HEALTH**, v. 18, n. 6, p. 458–464, 5 nov. 2023.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da *et al.* Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 3, 2020.

DAVIES, EK *et al.* 2283 Early supported discharge for fragility fractures -collaborative working to deliver responsive high quality patient-centred care. **Age and Ageing**, v. 53, n. Supplement\_3, 8 ago. 2024.

DEATON, Christi; CUPPLES, Margaret; KOTSEVA, Kornelia. **Settings and stakeholders**. [S.l.]: Oxford University Press, 2018. v. 1

DIAS, Sonia Maria. Aprendizado na modalidade interprofissional: a voz de estudantes de programa de residência em saúde. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 8, n. 3, p. 87–88, 19 set. 2018.

EMMANOUILIDOU, Eve *et al.* Nursing Recommendations to Improve Discharge and Care Transitions From the Bedside. **J Patient Saf**, 2025.



FELIPE, Tânia Roberta Limeira *et al.* Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validação e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 6, 2022.

HADDOCK, Lindsey Merrihew *et al.* Interprofessional 30-day readmission review novel curriculum. **J Interprof Care**, v. 35, n. 1, p. 153–156, 2021.

HANTOULI, Mariam N. *et al.* Pharmacy Integrated Transitions (PIT) trial: a protocol for a pragmatic cluster-randomised crossover trial. **BMJ Open**, v. 14, n. 12, p. e088786–e088786, 2024.

HATTINGH, Laetitia *et al.* OPTimising MEDicine information handover after Discharge (OPTMED-D): protocol for development of a multifaceted intervention and stepped wedge cluster randomised controlled trial. **Trials**, v. 25, n. 1, p. 632, 27 set. 2024.

JEPMA, Patricia *et al.* The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial. **Age Ageing**, v. 50, n. 6, p. 2105–2115, 2021.

LI, Jing *et al.* Virtual Patient-PCP-Hospitalist Care Transition Meeting Before Hospital Discharge. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 6, p. e2515848, 13 jun. 2025.

LONGDEN, Eesaa *et al.* Introducing a Framework for Surgical Discharge Summaries to Improve Accuracy and Succinctness in a Busy District General Hospital. **Cureus**, 18 out. 2024.

MIDEGA, Thais Dias *et al.* Impact of intensive care unit admission during handover on mortality: propensity matched cohort study. **Einstein (São Paulo, Online)**, v. 19, p. eAO5748–eAO5748, 2021.

ÖSTERLIND, Jonas; GERHARDSSON, Jakob; MYRBERG, Tomi. Critical care transition programs on readmission or death: A systematic review and meta-analysis. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 64, n. 7, p. 870–883, 2020.

PROVENCHER, Véronique *et al.* Understanding the positive outcomes of discharge planning interventions for older adults hospitalized following a fall: a realist synthesis. **BMC Geriatr**, v. 21, n. 1, p. 84, 2021.

RODRIGUES, Bruna Braga *et al.* Effective Communication Between Multiprofessional Health Teams: Practical Strategies to Ensure Patient Safety and Quality of Care. **Revista de Gestão Social e Ambiental**, v. 19, n. 4, p. e011837, 3 abr. 2025.

VOLLAM, Sarah *et al.* Patient Harm and Institutional Avoidability of Out-of-Hours Discharge From Intensive Care: An Analysis Using Mixed Methods. **Crit Care Med**, v. 50, n. 7, p. 1083–1092, 2022.

WARING, Justin; BISHOP, Simon; MARSHALL, Fiona. A qualitative study of professional and carer perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture



patients in the English National Health Service. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 297, 25 dez. 2016.

WHITNEY, Kiara *et al.* Unlocking success: Multidisciplinary rounds for effective discharge planning. **JCO Oncology Practice**, v. 20, n. 10\_suppl, p. 341–341, out. 2024.