

GESTÃO ESTRATÉGICA DE LEITOS HOSPITALARES E TRANSIÇÃO DO CUIDADO: IMPACTOS NA SUPERLOTAÇÃO, NAS ALTAS SEGURAS E NA CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

Lucas Paulo Bezerra¹; Sérgio Bruno dos Santos Silva²; Lucilene Pereira Soares³; Rodrigo Daniel Andrade Gobes⁴

¹Graduando em Medicina, Universidade Potiguar (UnP). E-mail: lucaspaulo32@outlook.com

²Pós-Graduado em Medicina do Trabalho, Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: sergiobrunod3@gmail.com

³Graduação em serviço social, Especializada em saúde mental, UFPI/ HVU-PI. E-mail: Lucilenepsoares1@gmail.com

⁴Graduando em Medicina, Centro universitário de Goiatuba - UNICERRADO. E-mail: rodrigogobes85@gmail.com

RESUMO

A gestão de leitos hospitalares depende da coordenação entre capacidade instalada, fluxo de pacientes, planejamento da alta e continuidade assistencial após a saída do hospital. Objetivou-se analisar como a gestão estratégica de leitos associada às práticas de transição do cuidado pode contribuir para reduzir a superlotação, favorecer altas seguras e preservar a continuidade da assistência. Realizou-se revisão integrativa da literatura, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde agosto de 2026, considerando registros indexados em MEDLINE, LILACS, IBECs, PubMed-not-MEDLINE, MINSAPERU e SES-SP. Foram identificados 435 registros; após deduplicação, aplicação do recorte de 2015 a 2025, critérios de idioma, tipo documental e aderência temática, 12 estudos compuseram a amostra final. Os achados mostraram que sistemas eletrônicos de gestão de leitos, Kanban, monitoramento em tempo real, previsão de altas, coordenação multiprofissional e planejamento antecipado da alta podem reduzir tempo de permanência, atrasos e permanência prolongada em serviços de emergência. A literatura também evidenciou que atrasos de alta são multifatoriais e frequentemente dependem da disponibilidade de cuidados pós-agudos, suporte familiar e comunicação entre serviços. Conclui-se que a gestão de capacidade é mais efetiva quando integrada à transição do cuidado, evitando que a alta seja tratada apenas como evento administrativo.

Palavras-chave: Administração Hospitalar; Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Ocupação de Leitos; Superlotação.

ABSTRACT

Hospital bed management depends on the coordination of installed capacity, patient flow, discharge planning, and continuity of care after hospital discharge. This study aimed to analyze how strategic bed management associated with care transition practices can contribute to reducing overcrowding, promoting safe discharges, and preserving

continuity of care. An integrative literature review was conducted, with a search in the Virtual Health Library in August 2026, considering records indexed in MEDLINE, LILACS, IBECs, PubMed-not-MEDLINE, MINSAPERU, and SES-SP. A total of 435 records were identified; after deduplication, application of the 2015–2025 time frame, language and document-type criteria, and assessment of thematic relevance, 12 studies comprised the final sample. The findings showed that electronic bed management systems, Kanban, real-time monitoring, discharge forecasting, multiprofessional coordination, and early discharge planning can reduce length of stay, delays, and prolonged stays in emergency departments. The literature also showed that discharge delays are multifactorial and often depend on the availability of post-acute care, family support, and communication between healthcare services. It is concluded that capacity management is more effective when integrated wit.

Keywords: Bed Occupancy; Continuity of Patient Care; Hospital Administration; Overcrowding; Patient Discharge.

1 INTRODUÇÃO

Os leitos hospitalares constituem recurso finito cuja disponibilidade resulta menos de uma contagem estática de camas e mais da capacidade institucional de coordenar entradas, transferências, permanência e altas. Quando etapas desse fluxo deixam de ocorrer em tempo oportuno, surgem gargalos que repercutem sobre a emergência, os setores de internação e a experiência do paciente. Hsu *et al.* (2019), ao avaliarem um projeto de melhoria voltado à superlotação em um centro médico de Taiwan, demonstraram que intervenções sobre giro de leitos, monitoramento de vagas e reavaliação de pacientes com longa permanência na emergência reduziram a proporção de permanências superiores a 48 horas. Em paralelo, Franklin *et al.* (2022) destacaram que atrasos no fluxo hospitalar e no throughput representam ameaça à segurança e motivaram a implantação de centros de comando de capacidade capazes de reunir dados em tempo real e decisões interdisciplinares sobre leitos, transferências e altas.

A alta hospitalar ocupa posição central nesse sistema porque encerra a utilização do leito agudo, mas simultaneamente transfere responsabilidades clínicas e assistenciais para o paciente, a família, a atenção ambulatorial, a assistência domiciliar ou instituições de menor complexidade. Quando ocorre tardiamente, sem coordenação ou sem destino assistencial disponível, a permanência hospitalar pode se prolongar mesmo após a

resolução da necessidade de cuidado agudo. Binda *et al.* (2025) observaram que 5,9% das 2.480 internações em enfermarias de clínica médica avaliadas apresentaram alta atrasada por mais de 24 horas; entre esses pacientes, a mediana de permanência hospitalar foi de 22 dias e a mediana do período de atraso foi de 14 dias. A espera por transferência para estruturas de menor intensidade assistencial foi a principal causa relatada, evidenciando que a eficiência interna depende também da capacidade de articulação com a rede de continuidade do cuidado.

As causas do atraso de alta são heterogêneas e ultrapassam o desempenho individual de uma equipe. A revisão de escopo de Modas, Nunes e Charepe (2019), baseada em 22 estudos, agrupou fatores relacionados aos recursos comunitários, à organização dos cuidados, às condições individuais, familiares e financeiras e à própria gestão hospitalar. O achado reforça que a gestão de leitos precisa acompanhar o percurso do paciente desde a admissão e identificar precocemente barreiras que, se tratadas apenas no dia previsto para a saída, tendem a prolongar a ocupação. Em contexto brasileiro, Oliveira e D’Innocenzo (2024) analisaram 2.035 solicitações de desospitalização e concluíram que uma equipe dedicada à permanência e à desospitalização pode ampliar o giro e a disponibilidade de leitos agudos, embora o estudo também evidencie a necessidade de maior produção científica sobre modelos organizacionais dessa natureza.

Ferramentas de gestão visual, sistemas informatizados e modelos preditivos têm sido empregados para tornar o fluxo mais previsível e reduzir a dependência de decisões reativas. Rocha *et al.* (2018) relataram redução do tempo global de internação de 5,6 para 4,9 dias após a adoção de uma aplicação web baseada em Kanban por equipe de gestão de leitos, além de queda das reclamações associadas à indisponibilidade de camas. Guerrero-Nancuante, Taramasco e Armstrong-Barea (2022) descreveram a implantação de um sistema informático em três hospitais públicos chilenos, estruturando de forma coerente as etapas de solicitação, alocação, transferência, hospitalização e egresso. Bishop *et al.* (2021), por sua vez, demonstraram que modelos de aprendizado de máquina podem classificar pacientes com maior probabilidade de alta nas 24 horas seguintes, oferecendo apoio operacional para priorização clínica durante períodos de elevada pressão sobre a capacidade.

Entretanto, aumentar a velocidade de saída sem assegurar continuidade pode deslocar o problema para readmissões, eventos adversos ou retorno precoce à emergência. A qualidade da transição depende de comunicação, reconciliação terapêutica, clareza do plano, preparação do paciente e do cuidador e articulação entre os serviços receptores. Weber, Lima e Acosta (2019) avaliaram 210 pacientes com doenças crônicas após a alta e encontraram escore satisfatório de transição do cuidado, embora sem associação significativa com readmissão em 30 dias nessa amostra. Em estudos complementares, programas mais intensivos e multidisciplinares apresentaram redução de readmissões potencialmente evitáveis em idosos de alto risco (McCoy *et al.*, 2018) e redução de readmissões, atendimentos de emergência e dias de leito em pacientes com elevado risco quando o cuidado transicional começou antes da alta e continuou após o retorno à comunidade (Low *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, a questão que orientou esta revisão foi: como a gestão estratégica de leitos hospitalares associada às práticas de transição do cuidado pode contribuir para a redução da superlotação, a realização de altas hospitalares seguras e a continuidade da assistência aos pacientes? O objetivo foi analisar as evidências científicas sobre a integração entre gestão de capacidade hospitalar, planejamento e execução da alta e transição do cuidado, identificando estratégias, resultados, limitações e implicações para a organização dos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida para reunir e analisar evidências científicas relacionadas à gestão estratégica de leitos, fluxo hospitalar, alta e transição do cuidado. A revisão foi orientada pela seguinte questão de pesquisa: “Como a gestão estratégica de leitos hospitalares associada às práticas de transição do cuidado pode contribuir para a redução da superlotação, a realização de altas hospitalares seguras e a continuidade da assistência aos pacientes?”.

A busca foi realizada em agosto de 2026 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O arquivo bibliográfico resultante continha registros provenientes das fontes MEDLINE, LILACS, MINSAPERU, IBECs, PubMed-not-MEDLINE e SES-SP. Foram utilizados descritores e termos livres em português e inglês, combinados pelos operadores booleanos

AND e OR, conforme a estratégia: ("Administração Hospitalar" OR "Gestão Hospitalar" OR "Gestão de Leitos" OR "Bed Management") AND ("Alta do Paciente" OR "Cuidado Transicional" OR "Continuidade da Assistência ao Paciente" OR "Patient Discharge" OR "Transitional Care").

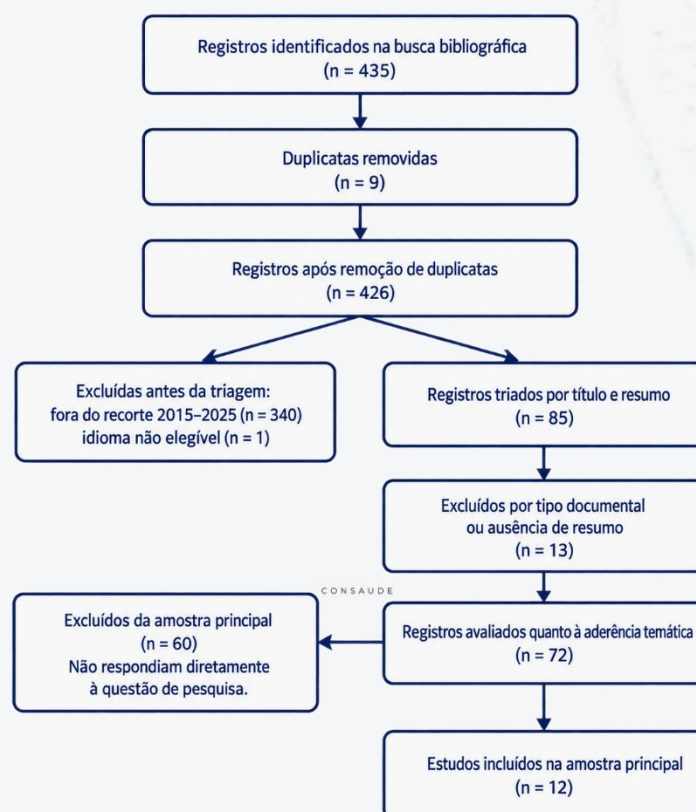
Para a amostra principal, definiu-se recorte temporal de 2015 a 2025 e inclusão de publicações em português, inglês ou espanhol. Foram considerados elegíveis estudos que abordassem diretamente pelo menos uma dimensão da gestão de leitos ou do fluxo hospitalar em associação com alta, atraso de alta, desospitalização, superlotação, priorização de saída ou transição do cuidado. Foram excluídos registros duplicados, publicações fora do período, idioma não elegível, documentos não classificados como artigo, registros sem resumo informativo e estudos cujo conteúdo não respondesse diretamente à questão de pesquisa. Literatura cinzenta e documentos não científicos não integraram a amostra principal.

O processo de seleção partiu de 435 registros. Foram identificadas nove duplicatas por coincidência de DOI ou título normalizado, restando 426 registros únicos. Destes, 340 estavam fora do recorte de 2015 a 2025 e um registro apresentava idioma não elegível, resultando em 85 registros para triagem. Quatro registros foram excluídos por tipo documental e nove por ausência de resumo suficiente, permanecendo 72 para avaliação temática. Após leitura de títulos, palavras-chave e resumos, 12 estudos foram selecionados para a amostra principal por responderem diretamente à questão.

Os dados dos 12 estudos principais foram organizados em tabela contendo autor e ano, base de indexação, contexto, delineamento e população/amostra, objetivo, principais resultados, limitações ou escopo e contribuição para a revisão. A análise foi descritiva e crítica, agrupando os achados em três eixos: gestão estratégica de leitos e tecnologias de fluxo; planejamento da alta e redução de permanências evitáveis; e transição do cuidado, continuidade assistencial e segurança pós-alta.

A avaliação crítica considerou a clareza do objetivo, coerência entre delineamento e resultados descritos, magnitude e direção dos principais achados, limitações declaradas ou inerentes ao escopo metodológico e aderência à questão de pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos estudos e principais resultados

Os 12 estudos incluídos foram publicados entre 2016 e 2025. Seis estavam indexados em MEDLINE, quatro em LILACS, um em PubMed-not-MEDLINE e um em IBECs. Os delineamentos compreenderam estudos transversais, retrospectivos, antes-e-depois, quase-experimentais, projetos de melhoria da qualidade, estudos de implementação, revisões integrativas ou de escopo e estudos de modelagem preditiva. Em conjunto, os trabalhos examinaram atrasos de alta, desospitalização, sistemas de gestão de leitos, Kanban, centros de comando de capacidade, previsão de alta, superlotação de emergência e qualidade da transição do cuidado.

A Tabela 1 sintetiza os estudos que compuseram a amostra principal e permite visualizar a diversidade de contextos e estratégias analisadas. Apesar da heterogeneidade metodológica, observa-se convergência em torno de intervenções que aumentam previsibilidade, coordenação e antecipação do processo de alta.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na amostra principal

Autor/Ano	Base / contexto	Delineamento / amostra	Objetivo	Principais resultados	Limitações / escopo	Contribuição para a revisão
Binda <i>et al.</i> (2025)	PubMed-not-MEDLINE; hospital terciário, Milão/Itália	Transversal; 2.480 admissões, 147 com alta atrasada	Estimar prevalência e fatores associados ao bed-blocking	5,9% tiveram atraso >24 h; mediana de atraso 14 dias; espera por cuidado de menor intensidade foi a causa principal	Estudo unicêntrico; população de clínica médica	Mostra como atraso de alta consome capacidade e expõe pacientes a permanência prolongada.
Oliveira; D’Innocenzo (2024)	LILACS; hospital privado, São Paulo/Brasil	Descritivo retrospectivo; 2.035 solicitações de desospitalização	Descrever o serviço e avaliar impacto sobre gestão de leitos	72% das solicitações foram autorizadas; equipe dedicada foi associada a maior giro e disponibilidade de leitos agudos	Um serviço e dados de 2014–2016; autores destacam escassez de evidências	Sustenta a desospitalização estruturada como componente da gestão de permanência.
Guerrero-Nancuante <i>et al.</i> (2022)	MEDLINE; três hospitais públicos do Chile	Estudo de implementação; 3 hospitais	Descrever implantação de sistema informático de gestão de leitos	Sistema organizou solicitação, alocação, transferência, internação e egresso; implantação ocorreu sem dificuldades reportadas	Impacto clínico e operacional ainda não avaliado	Evidencia padronização e visibilidade do fluxo por tecnologia.
Franklin <i>et al.</i> (2022)	MEDLINE; revisão de centros de comando	Revisão de escopo; 8 artigos elegíveis, 7 centros	Caracterizar centros de comando e evidências de implantação	Indicadores mais frequentes: volume de transferências e boarding na emergência; relatos apontaram melhora de desempenho	Heterogeneidade de modelos e evidência ainda incipiente	Apoia governança hospitalar integrada com dados em tempo real.
Bishop <i>et al.</i> (2021)	MEDLINE; Oxford University Hospitals/Reino Unido	Modelagem preditiva com prontuário eletrônico	Predizer prontidão para alta nas 24 h seguintes	PPV de 0,96/0,94 no primeiro dia para admissões eletivas/emergência; desempenho menor após internações longas	Desempenho cai em pacientes com maior tempo de internação; ferramenta de apoio, não substitui avaliação clínica	Mostra potencial da previsão em tempo real para priorizar altas e fluxo.
Weber <i>et al.</i> (2019)	LILACS; sul do Brasil	Transversal; 210 pacientes crônicos	Avaliar qualidade da transição e associação com readmissão em 30 dias	CTM-15 médio 74,7; 12,3% readmitidos; sem associação significativa entre escore e readmissão	Delineamento transversal; resultado de readmissão multifatorial	Mostra que qualidade percebida da transição deve ser monitorada, sem simplificar sua relação com readmissões.
Mattos <i>et al.</i> (2019)	LILACS; revisão de literatura	Revisão integrativa; 13 artigos	Analisar aplicação do Kanban na gestão em saúde	Kanban foi aplicado a estoque, fluxo e qualidade; evidências apontaram redução de tempo de internação e ganhos de gestão	Apenas um estudo experimental; heterogeneidade de aplicações	Sustenta gestão visual como ferramenta para identificar gargalos e permanências.
Hsu <i>et al.</i> (2019)	MEDLINE; centro médico de Taiwan	Projeto de melhoria da qualidade	Reduzir superlotação e permanência prolongada na emergência	Permanência >48 h caiu de 4,9% para 3,7%; altas após 12 h diminuíram; necessidade de plano de leitos mais abrangente	Transferências tiveram amostra pequena; não houve aumento significativo de leitos livres	Relaciona alta mais oportuna, giro de leitos e redução de boarding.
Modas <i>et al.</i> (2019)	LILACS; revisão de escopo	Scoping review; 22 artigos	Mapear causas de atraso na alta de adultos	Causas comunitárias, organizacionais, individuais, familiares e financeiras; recomendação de planejamento antecipado	Heterogeneidade das fontes e fatores	Demonstra caráter multifatorial do atraso e necessidade de ação além do hospital.
Rocha <i>et al.</i> (2018)	MEDLINE; hospital de 300 leitos, Fortaleza/Brasil	Antes-e-depois; pacientes internados 2013–2017	Avaliar equipe de leitos com aplicação web Kanban	Tempo global de internação caiu de 5,6 para 4,9 dias; queixas sobre indisponibilidade de leitos de 27% para 0%	Estudo de um único hospital, sem randomização	Apresenta efeito operacional mensurável de gestão visual e equipe dedicada.

Patel <i>et al.</i> (2017)	MEDLINE; hospital com intervenção de melhoria	Projeto de melhoria; acompanhamento de 24 meses	Aumentar altas antes do meio-dia	Alta antes do meio-dia subiu de 10,4% para 19,7%; permanência média caiu de 5,88 para 5,60 dias	Intervenção multifatorial e não randomizada	Mostra que comunicação, processo e feedback podem antecipar altas de modo sustentado.
Martínez-Ramos <i>et al.</i> (2016)	IBECS; unidades médicas e cirúrgicas	Quase-experimental; 14.788 pacientes	Avaliar redesenho e planejamento do processo de alta	Hora média de saída adiantou 50 min; altas planejadas ocorreram 1 h 25 min antes das não planejadas	Estudo em um hospital; variável principal foi horário administrativo de alta	Reforça planejamento prévio e coordenação profissional como determinantes do giro.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos estudos incluídos, 2026.

3.2 Gestão estratégica de leitos, tecnologia e fluxo hospitalar

Os achados convergem para a ideia de que a gestão estratégica de leitos exige uma estrutura ativa de governança do fluxo, e não apenas um mapa de ocupação. No estudo de Rocha *et al.* (2018), o Kanban eletrônico tornou visível o estágio do processo de alta de cada paciente e permitiu que a equipe de leitos direcionasse intervenções aos gargalos, com redução estatisticamente significativa do tempo de permanência. A revisão de Mattos *et al.* (2019) amplia essa observação ao mostrar aplicabilidade do Kanban na gestão de fluxo e na redução do tempo de internação, embora a heterogeneidade e o pequeno número de estudos experimentais recomendem cautela quanto à generalização.

A informatização também atua como infraestrutura de coordenação. Guerrero-Nancuante, Taramasco e Armstrong-Barea (2022) descrevem uma plataforma que unificou solicitação, designação de cama, transferência, hospitalização e alta em três hospitais chilenos. Ainda que o artigo não apresente avaliação de impacto, a experiência demonstra que a padronização do percurso e a definição de variáveis mínimas são pré-condições para medir desempenho e agir sobre desvios. Em escala hospitalar, Franklin *et al.* (2022) identificaram que centros de comando de capacidade combinam equipes interdisciplinares, dados em tempo real e múltiplas funções de fluxo. Os relatos revisados mostravam melhora de desempenho, porém a literatura ainda era pequena e heterogênea, indicando que a implantação tecnológica deve ser acompanhada por avaliação rigorosa.

A previsão operacional de altas constitui outro mecanismo de redução da incerteza. Bishop *et al.* (2021) demonstraram alto valor preditivo positivo para identificar pacientes com possibilidade de alta nas 24 horas seguintes, sobretudo no início da internação. Barnes *et al.* (2016), em estudo complementar com mais de 8.000 internações e 20.000 dias-paciente, obtiveram acurácia agregada comparável ou superior à previsão clínica para estimar altas diárias e ordenar pacientes mais próximos da saída. Esses

modelos não determinam a alta; sua utilidade está em antecipar a demanda de trabalho, exames, transporte, reconciliação medicamentosa e articulação com o destino, permitindo que equipes clínicas confirmem prontidão e resolvam pendências antes que o leito se torne um gargalo.

No extremo do fluxo, a superlotação da emergência expressa falhas acumuladas de capacidade e saída. Hsu *et al.* (2019) combinaram reavaliação de pacientes com permanência prolongada, monitoramento de leitos vagos e ações para aumentar o giro, reduzindo a proporção de permanências superiores a 48 horas. O resultado sugere que o boarding não pode ser tratado exclusivamente dentro da emergência: sua redução depende de disponibilidade e uso oportuno de leitos de internação e de altas em horário que libere capacidade antes do pico de admissões. De forma complementar, Li *et al.* (2022) mostraram em unidade pediátrica que melhor disponibilidade de médicos seniores acelerou avaliação e esteve inversamente associada ao tempo para alta, evidenciando que dimensionamento de profissionais também compõe a gestão de capacidade.

3.3 Planejamento da alta e redução de permanências evitáveis

A alta segura começa antes do dia da saída. Martínez-Ramos, Flores-Pardo e Uris-Sellés (2016) demonstraram que o redesenho do processo e o planejamento multiprofissional adiantaram significativamente o horário de alta; pacientes com alta planejada deixaram o hospital uma hora e 25 minutos antes daqueles sem planejamento. Patel, Morduchowicz e Mourad (2017) identificaram barreiras semelhantes — comunicação tardia, organização de serviços domiciliares, equipamentos, oxigênio, transporte e alinhamento de expectativas com pacientes e famílias — e utilizaram educação, mudanças de processo, huddles multiprofissionais e feedback em tempo real para elevar a taxa de alta antes do meio-dia e reduzir modestamente a permanência média.

Esses achados ajudam a diferenciar alta precoce de alta precipitada. A primeira depende de critérios clínicos definidos, tarefas concluídas e destino assistencial preparado; a segunda decorre de pressão por liberar leitos sem garantir segurança. Vieira, Flores e Prado (2024), em revisão de escopo sobre alta após angioplastia coronariana, mostraram que a seleção sistemática de pacientes de baixo risco com base em características clínicas e angiográficas permite antecipar a alta de maneira segura e,

simultaneamente, favorecer a gestão de leitos e reduzir custos. Portanto, o indicador “alta mais cedo” só deve ser interpretado positivamente quando associado à avaliação de elegibilidade clínica e à preparação da continuidade.

O atraso de alta, por sua vez, não é sinônimo de falha exclusivamente clínica. Binda *et al.* (2025) mostraram que pacientes clinicamente prontos permaneceram hospitalizados por falta de destino adequado, com atrasos medianos expressivos e ocorrência de delirium e infecções adquiridas durante a permanência prolongada. Modas, Nunes e Charepe (2019) localizaram causas comunitárias, sociais, familiares, financeiras, organizacionais e gerenciais. Essa combinação implica que hospitais precisam utilizar datas previstas de alta, rounds ou reuniões de fluxo, avaliação social precoce e articulação com cuidados de menor intensidade desde o início da internação, em vez de iniciar a procura por alternativas somente após a decisão médica de alta.

A experiência de desospitalização descrita por Oliveira e D’Innocenzo (2024) reforça essa perspectiva. A atuação de uma equipe dedicada à gestão da permanência e às necessidades de saída foi relacionada ao aumento do giro de leitos e da capacidade para pacientes agudos. O resultado é particularmente relevante porque conecta o gerenciamento do leito ao gerenciamento do destino: assistência domiciliar, serviços de apoio, fontes pagadoras e recursos da rede deixam de ser elementos externos e passam a integrar o planejamento de capacidade hospitalar. Assim, o leito deixa de ser visto como unidade isolada e passa a ser compreendido dentro de uma cadeia de cuidado.

3.4 Transição do cuidado, continuidade assistencial e segurança pós-alta

A transição do cuidado é o componente que protege a segurança quando a pressão por capacidade acelera o processo de alta. Weber, Lima e Acosta (2019) encontraram qualidade de transição considerada satisfatória entre pacientes crônicos, mas não identificaram associação estatisticamente significativa com readmissão em 30 dias. O achado é importante porque evita usar readmissão como medida isolada da qualidade da alta; diferentes condições clínicas, gravidade, suporte social e acesso à rede podem modificar esse desfecho. Ainda assim, a transição permanece um processo mensurável que exige preparação do paciente, comunicação e continuidade.

Estudos complementares evidenciam que intervenções mais intensivas podem produzir efeitos clínicos e operacionais em populações de alto risco. McCoy *et al.* (2018) observaram redução de readmissões potencialmente evitáveis em idosos participantes de um programa multidisciplinar pós-hospitalização. Low *et al.* (2017), em ensaio randomizado com 840 pacientes de alto risco, integraram planejamento de alta, reconciliação medicamentosa, educação, plano individualizado e seguimento após a alta; a intervenção reduziu readmissões e visitas à emergência e utilizou 1.164 dias de leito a menos em 90 dias. Esses resultados mostram que continuidade assistencial não é apenas dimensão de qualidade, mas também componente da gestão de capacidade, pois readmissões evitáveis retornam pressão ao sistema.

A qualidade das transições depende fortemente da relação entre organizações. Britton *et al.* (2017) identificaram, nas transferências de hospitais para instituições de enfermagem especializada, dificuldades relacionadas à complexidade dos pacientes, escolha do cenário mais adequado, pressões financeiras e comunicação ineficiente, além de assimetrias de informação e recursos entre os serviços. Scott *et al.* (2017), após visitas a 22 organizações e entrevistas com 810 participantes, apontaram como facilitadores a colaboração intra e interinstitucional, adaptação às necessidades de pacientes e cuidadores e engajamento das equipes; como barreiras, destacaram baixa integração dos serviços de transição, necessidades não atendidas, subutilização de recursos e insuficiente adesão médica.

Consequentemente, a gestão estratégica de leitos deve incorporar indicadores que ultrapassem taxa de ocupação e tempo médio de permanência. Além de vagas disponíveis e previsões de alta, é relevante acompanhar atrasos por motivo, altas realizadas no horário planejado, pendências sociais, reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente, encaminhamentos concluídos, contatos pós-alta e retornos não programados. Heidenreich *et al.* (2015) mostraram que comunidades de prática podem ampliar a adoção institucional de iniciativas de transição hospital-domicílio, enquanto DelBoccio *et al.* (2015) enfatizaram colaboração contínua e adaptação para populações vulneráveis. Esses dados sugerem que a sustentabilidade de melhorias exige governança, responsabilização organizacional e aprendizagem entre equipes.

À luz da questão de pesquisa, a principal síntese é que superlotação, alta e continuidade não devem ser tratados como problemas separados. Ferramentas de fluxo podem acelerar a identificação de oportunidades de alta; o planejamento multiprofissional transforma oportunidade em saída segura; a articulação com a rede garante continuidade; e a redução de readmissões potencialmente evitáveis preserva capacidade futura. Quando um desses componentes falha, o sistema tende a produzir leitos ocupados sem necessidade aguda, permanência prolongada na emergência ou retorno não programado. A gestão estratégica, portanto, consiste em coordenar a trajetória completa do paciente, utilizando dados em tempo real sem perder a avaliação clínica e as necessidades sociais como referência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a gestão estratégica de leitos hospitalares pode contribuir para reduzir a superlotação e melhorar o uso da capacidade quando é articulada ao planejamento antecipado da alta e à transição do cuidado. Os estudos analisados demonstraram benefícios associados a equipes dedicadas de gestão de leitos, Kanban e sistemas eletrônicos, monitoramento em tempo real, centros de comando, previsão de altas, redesenho do processo de saída e desospitalização. Esses mecanismos permitem identificar gargalos, antecipar pendências e liberar capacidade em momento mais compatível com a demanda assistencial.

A evidência também demonstra que a alta segura não depende apenas da decisão clínica. Atrasos são frequentemente determinados por disponibilidade de cuidados pós-agudos, suporte social e familiar, transporte, equipamentos, comunicação e coordenação entre organizações. Por isso, acelerar altas sem estruturar a continuidade pode comprometer a segurança; por outro lado, programas multidisciplinares de transição iniciados antes da alta e mantidos no pós-alta apresentaram redução de readmissões e utilização de dias de leito em estudos específicos de pacientes de alto risco.

Como limitação desta revisão, destaca-se que a extração foi realizada a partir dos metadados e resumos disponíveis no arquivo bibliográfico fornecido, sem texto integral homogêneo para todos os estudos, o que impediu aplicação padronizada de instrumentos formais de avaliação metodológica. Além disso, os estudos apresentaram diferentes

contextos, populações, desenhos e indicadores, reduzindo a comparabilidade direta. Recomenda-se que pesquisas futuras avaliem modelos integrados de gestão de capacidade e transição do cuidado com indicadores clínicos, operacionais e de experiência do paciente, incluindo tempo de permanência, boarding, atraso de alta, readmissão, eventos adversos e continuidade efetiva na rede. Na prática, hospitais devem tratar o processo de alta como eixo de gestão desde a admissão, com governança multiprofissional, informação em tempo real e integração com serviços externos.

REFERÊNCIAS

- BARNES, Sean *et al.*. Real-time prediction of inpatient length of stay for discharge prioritization. *J Am Med Inform Assoc*, v. 23, n. e1, p. e2-e10, 2016. DOI: 10.1093/jamia/ocv106.
- BINDA, Filippo *et al.*. Prevalence of Delayed Discharge Among Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Cross-Sectional Study. *Nurs Rep*, v. 15, n. 3, 2025. DOI: 10.3390/nursrep15030098.
- BISHOP, Jennifer A *et al.*. Improving patient flow during infectious disease outbreaks using machine learning for real-time prediction of patient readiness for discharge. *PLoS One*, v. 16, n. 11, p. e0260476, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0260476.
- BRITTON, Meredith Campbell *et al.*. Care Transitions Between Hospitals and Skilled Nursing Facilities: Perspectives of Sending and Receiving Providers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, v. 43, n. 11, p. 565-572, 2017. DOI: 10.1016/j.jcjq.2017.06.004.
- DELBOCCIO, Suzanne *et al.*. Successes and Challenges in Patient Care Transition Programming: One Hospital's Journey. *Online J Issues Nurs*, v. 20, n. 3, p. 2, 2015.
- FRANKLIN, Brian J *et al.*. Use of Hospital Capacity Command Centers to Improve Patient Flow and Safety: A Scoping Review. *J Patient Saf*, v. 18, n. 6, p. e912-e921, 2022. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000976.
- GUERRERO-NANCUANTE, Camilo; TARAMASCO, Carla; ARMSTRONG-BAREA, Lucy. Implementation experience of an informatic system for the management of hospital beds. *Medwave*, v. 22, n. 11, p. e2618, 2022. DOI: 10.5867/medwave.2022.11.2618.
- HEIDENREICH, Paul A *et al.*. Facilitation of a Multihospital Community of Practice to Increase Enrollment in the Hospital to Home National Quality Improvement Initiative. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, v. 41, n. 8, p. 361-9, 2015.
- HSU, Chen-Mei *et al.*. Emergency department overcrowding: Quality improvement in a Taiwan Medical Center. *J Formos Med Assoc*, v. 118, n. 1 Pt 1, p. 186-193, 2019. DOI: 10.1016/j.jfma.2018.03.008.
- LI, Danning *et al.*. Improving paediatric flow in an UK Paediatric Assessment Unit. *BMJ Open Qual*, v. 11, n. 1, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-001561.
- LOW, Lian Leng *et al.*. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, v. 12, n. 1, p. e0168757, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0168757.
- MARTÍNEZ-RAMOS, M; FLORES-PARDO, E; URIS-SELLÉS, J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. *Rev. calid. asist*, v. 31, n. 2, p. 76-83, 2016. DOI: 10.1016/j.cali.2015.09.004.
- MATTOS, Corina Maria *et al.*. A aplicação do kanban como ferramenta de gestão em serviços de saúde: revisão integrativa. *Nursing (Ed. bras., Impr.)*, v. 22, n. 254, p. 3031-3038, 2019.

MCCOY, Rozalina G *et al.*. Which Readmissions May Be Preventable? Lessons Learned From a Posthospitalization Care Transitions Program for High-risk Elders. *Med Care*, v. 56, n. 8, p. 693-700, 2018. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000946.

MODAS, Diana Andreia Santos; NUNES, Elisabete Maria Garcia Teles; CHAREPE, Zaida Borges. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. *Rev. gaúcha enferm. (Online)*, v. 40, p. e20180130, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180130.

OLIVEIRA, Luciano Rodrigues de; D'INNOCENZO, Maria. Descrição do modelo de serviço de desospitalização de um hospital privado no município de São Paulo. *Nursing (Ed. bras., Impr.)*, v. 28, n. 316, p. 10162-10170, 2024. DOI: 10.36489/nursing.2024v28i316p10162-10169.

PATEL, Hemali; MORDUCHOWICZ, Sasha; MOURAD, Michelle. Using a Systematic Framework of Interventions to Improve Early Discharges. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, v. 43, n. 4, p. 189-196, 2017. DOI: 10.1016/j.jcjq.2016.12.003.

ROCHA, Hermano Alexandre Lima *et al.*. Bed management team with Kanban web-based application. *Int J Qual Health Care*, v. 30, n. 9, p. 708-714, 2018. DOI: 10.1093/intqhc/mzy108.

SCOTT, Allison M *et al.*. Understanding Facilitators and Barriers to Care Transitions: Insights from Project ACHIEVE Site Visits. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, v. 43, n. 9, p. 433-447, 2017. DOI: 10.1016/j.jcjq.2017.02.012.

VIEIRA, Jeferson Valente; FLORES, Paula Vanessa Peclat; PRADO, Patrícia Rezende do. Decisão para alta hospitalar precoce após angioplastia coronariana percutânea: revisão de escopo. *Rev. Enferm. UERJ (Online)*, v. 32, p. e83040, 2024. DOI: 10.12957/reuerj.2024.83040.

WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*, v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.4.5.