

ARTIGO DE REVISÃO

Gestão da transição de cuidados e desospitalização segura: estratégias para otimização de leitos e redução de readmissões hospitalares

Care transition management and safe hospital discharge: strategies for bed optimization and reduction of hospital readmissions

Ana Caroline Chagas Moreira¹

1. Médica, pós-graduada em auditoria médica e gestão em saúde. Médica reguladora pelo SAMU SP

RESUMO

A alta hospitalar é uma etapa crítica da trajetória assistencial, especialmente para pacientes com maior complexidade clínica, multimorbidade ou perda de autonomia. Falhas na transição entre hospital, domicílio e demais pontos da rede comprometem a continuidade do cuidado, favorecem eventos adversos e readmissões evitáveis e reduzem a eficiência no uso da capacidade hospitalar. Este artigo analisa como a gestão estruturada da transição de cuidados e os programas de desospitalização segura podem articular segurança do paciente, continuidade assistencial e uso eficiente de leitos. Trata-se de revisão narrativa com busca sistematizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS/BVS (2014 a 2026), complementada por documentos institucionais; dos 192 registros triados, 20 publicações e documentos compuseram a síntese. Foram discutidos o planejamento precoce da alta, a reconciliação medicamentosa, a educação do paciente e da família, a comunicação entre serviços, o agendamento do seguimento e o acompanhamento pós-alta. As evidências indicam que intervenções de transição reduzem readmissões, com efeito modesto e heterogêneo, e que o planejamento da alta reduz discretamente o tempo de permanência; a reconciliação medicamentosa

isolada não demonstrou efeito consistente sobre readmissões. Conclui-se que a otimização de leitos não deve ser dissociada da segurança do paciente e que, no Sistema Único de Saúde, sua efetividade depende da integração com a atenção primária, a atenção domiciliar e a regulação.

Palavras-chave: Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Readmissão do Paciente; Segurança do Paciente; Administração Hospitalar.

ABSTRACT

Hospital discharge is a critical stage in the care pathway, especially for patients with greater clinical complexity, multimorbidity or loss of autonomy. Failures in the transition between hospital, home and other points of the care network compromise continuity of care, favor adverse events and avoidable readmissions, and reduce the efficiency of hospital capacity use. This article analyzes how structured care transition management and safe discharge programs can link patient safety, continuity of care and efficient bed use. This is a narrative review with a systematized search in PubMed/MEDLINE, SciELO and LILACS/BVS (2014 to 2026), complemented by institutional documents; of the 192 records screened, 20 publications and documents were included in the synthesis. Early discharge planning, medication reconciliation, patient and family education, communication between services, follow-up scheduling and post-discharge contact were discussed. The evidence indicates that transitional care interventions reduce readmissions, with modest and heterogeneous effects, and that discharge planning slightly reduces length of stay; medication reconciliation alone has not shown a consistent effect on readmissions. Bed optimization should not be dissociated from patient safety, and, in Brazil's Unified Health System, its effectiveness depends on integration with primary care, home care and patient flow regulation.

Keywords: Patient Discharge; Continuity of Patient Care; Patient Readmission; Patient Safety; Hospital Administration.

INTRODUÇÃO

A alta hospitalar é uma etapa de elevada vulnerabilidade na trajetória do paciente, pois marca a passagem de um ambiente com maior controle clínico e disponibilidade de equipes para o domicílio ou outros pontos da rede assistencial. Mais que o encerramento da internação, envolve transferência de informações, continuidade terapêutica, coordenação entre profissionais e preparo do paciente e de seus cuidadores. Quando esse processo é

inadequado, podem ocorrer eventos adversos, retorno a serviços de urgência, readmissões precoces e maior pressão sobre a capacidade hospitalar¹⁻⁴.

Nesse contexto, a transição de cuidados assume papel central. O conceito abrange as ações destinadas a garantir continuidade, segurança e coordenação quando o paciente se desloca entre serviços, profissionais ou níveis de atenção. Na prática, gerenciar a transição hospital-domicílio envolve identificar necessidades pós-alta ainda durante a internação, avaliar riscos clínicos e sociais, reconciliar medicamentos, orientar paciente e família e articular o seguimento com a rede de apoio e os serviços comunitários^{2,5,6}. Assim, a desospitalização segura não deve ser entendida como simples antecipação da saída do paciente para liberar leitos, mas como estratégia assistencial e gerencial que assegura que a alta ocorra em momento clinicamente adequado e com suporte suficiente^{6,7}.

O interesse por modelos estruturados de transição cresceu em razão da associação entre descontinuidade do cuidado e readmissões. Revisões sistemáticas e metanálises indicam que intervenções que combinam planejamento antecipado, educação do paciente, coordenação assistencial e acompanhamento após a alta podem reduzir a utilização de serviços e melhorar desfechos em determinados grupos^{1,4,8}, sobretudo idosos e pessoas com doenças crônicas, nos quais a complexidade terapêutica e a fragilidade aumentam o risco de falhas na continuidade^{4,8}.

No Brasil, o debate sobre transição de cuidados, alta responsável e desospitalização ganha relevância diante do desafio de qualificar o uso de leitos e integrar hospitais, Atenção Primária à Saúde (APS) e serviços de atenção domiciliar. A Política Nacional de Atenção Hospitalar prevê a alta responsável e a articulação do hospital com a rede de atenção⁹, e a literatura nacional destaca que o planejamento da alta envolve dimensões clínicas, gerenciais, sociais e logísticas que ultrapassam os limites do hospital^{5,7,10}.

Este artigo tem como objetivo analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, estratégias de transição de cuidados e desospitalização segura relacionadas à otimização de leitos hospitalares e à redução de readmissões.

MÉTODOS

Delineamento

Trata-se de revisão narrativa da literatura, com busca sistematizada em bases bibliográficas e consulta complementar a documentos institucionais. Esse delineamento permite a síntese crítica de conceitos, modelos assistenciais e práticas gerenciais, sem estimar quantitativamente o efeito das intervenções por metanálise. A pergunta orientadora foi: quais estratégias de transição de cuidados e desospitalização segura são descritas na literatura como relevantes para a continuidade assistencial, a segurança do paciente, a redução de readmissões e a otimização do uso de leitos?

Fontes, período e estratégias de busca

As buscas foram realizadas em junho de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS/BVS, para publicações de janeiro de 2014 a junho de 2026, com descritores DeCS/MeSH e termos livres em português, inglês e espanhol relacionados a alta hospitalar, planejamento de alta, transição do cuidado, desospitalização, readmissão, continuidade do cuidado, segurança do paciente, gestão de leitos e fluxo de pacientes. O Quadro 1 resume as estratégias e os registros recuperados.

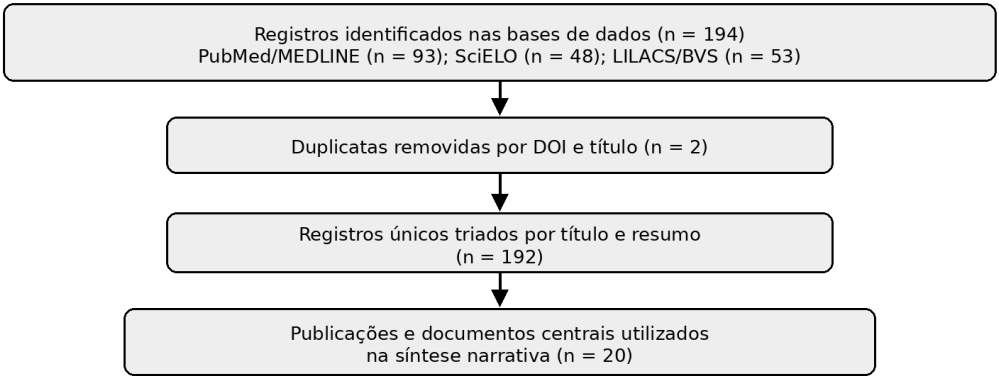
Quadro 1 – Estratégias de busca e registros recuperados por base de dados

Base	Estratégia final resumida	Filtros aplicados	Registros
PubMed/MEDLINE	Transitional care/care transition/discharge planning/hospital discharge AND hospital readmission/patient safety/continuity of care	Systematic Review; Meta-Analysis; Humans; 2014-2026; inglês, português e espanhol	93
SciELO	Alta hospitalar/planejamento de alta/transição do cuidado/desospitalização AND readmissão/continuidade do cuidado/segurança do paciente/gestão de leitos	2014-2026; tipo artigo; português, inglês e espanhol	48
LILACS/BVS	("alta hospitalar" OR "planejamento de alta") AND "readmissão hospitalar" AND ("continuidade do cuidado" OR "segurança do paciente")	Base LILACS; 2014-2026; tipo artigo; português, inglês e espanhol	53

Fonte: Elaborado pela autora. As expressões foram adaptadas às interfaces e aos filtros disponíveis em cada base.

Foram recuperados 194 registros (PubMed/MEDLINE, 93; SciELO, 48; LILACS/BVS, 53). Após remoção de duplicatas por DOI e título, 192 registros únicos foram triados por título e resumo. O fluxo de seleção está na Figura 1.

Figura 1 – Fluxo de identificação e seleção das publicações e documentos utilizados na revisão



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos registros exportados das bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS/BVS.

Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis artigos de revisão, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais, qualitativos e metodológicos e documentos institucionais sobre transição hospital-domicílio, planejamento de alta, desospitalização, continuidade do cuidado, readmissão, segurança do paciente ou gestão de leitos, priorizando-se publicações com interface explícita entre práticas assistenciais e implicações gerenciais. Foram excluídos estudos sobre procedimentos clínicos ou cirúrgicos específicos sem discussão da alta, estudos exclusivamente pediátricos sem interface com o objetivo, editoriais, cartas, resumos de eventos e materiais sem texto completo. No PubMed/MEDLINE, aplicou-se filtro para revisões sistemáticas e metanálises; os estudos primários incluídos foram recuperados nas bases regionais.

Seleção, extração e síntese

A seleção foi feita pela autora, por leitura de títulos, resumos e textos completos. Foram extraídos contexto assistencial, tipo de intervenção, componentes do planejamento de alta e desfechos relacionados a readmissão, segurança do paciente, continuidade assistencial, tempo de permanência e implicações para a gestão. As 20 publicações e documentos selecionados (Quadro 2) foram organizados em três eixos temáticos: transição de cuidados e planejamento de alta segura; estratégias para redução de readmissões; e implicações para a gestão de leitos e a continuidade do cuidado. Para estimar a magnitude dos efeitos, foi consultada adicionalmente a revisão Cochrane mais recente sobre planejamento de alta¹¹.

Quadro 2 – Publicações e documentos incluídos na síntese, segundo tipo de estudo e tema principal

Ref.	Autor e ano	Tipo de estudo ou documento	Tema principal
1	Tyler et al., 2023	Revisão sistemática com metanálise em rede	Intervenções de transição hospital-comunidade
2	Couturier et al., 2016	Revisão sistemática	Organização da alta e desfechos
3	Hunt-O'Connor et al., 2021	Revisão de revisões com metanálise	Planejamento de alta em idosos: permanência e readmissão
4	Facchinetti et al., 2020	Metanálise	Continuidade do cuidado em idosos com doenças crônicas
5	Bernardino et al., 2022	Análise de conceito	Cuidados de transição na gestão da alta (Brasil)
6	AHRQ, 2013	Documento institucional	Planejamento de alta IDEAL
7	Silva et al., 2017	Estudo em hospital público geral (Brasil)	Desospitalização: desafios e possibilidades
8	Morkisch et al., 2020	Revisão sistemática	Componentes do modelo de cuidado transicional em idosos
10	Uchimura et al., 2023	Revisão sistemática rápida	Cuidados de transição em idosos
12	Redmond et al., 2018	Revisão sistemática Cochrane	Reconciliação medicamentosa
13	Daliri et al., 2021	Revisão sistemática com metanálise	Intervenções medicamentosas no hospital e após a alta

Ref.	Autor e ano	Tipo de estudo ou documento	Tema principal
14	Mabire et al., 2016	Revisão sistemática	Planejamento de alta de enfermagem em idosos
15	Tomlinson et al., 2020	Revisão sistemática com metanálise	Continuidade medicamentosa em idosos
16	Gheno et al., 2024	Estudo metodológico	Checklist de alta hospitalar (Brasil)
17	Berghetti et al., 2023	Estudo quantitativo	Transição do cuidado em doenças crônicas (Brasil)
18	Lanzoni et al., 2023	Estudo qualitativo	Transição do cuidado na perspectiva de enfermeiros (Brasil)
19	Valente et al., 2024	Estudo qualitativo	Transição do cuidado na percepção de idosos (Brasil)
20	van Melle et al., 2018	Revisão sistemática	Medidas de segurança na transição
21	Hestevik et al., 2019	Metassíntese qualitativa	Adaptação de idosos ao domicílio após a alta

Fonte: Elaborado pela autora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transição de cuidados e planejamento de alta segura

A literatura indica que a alta segura não é um ato burocrático restrito ao dia da saída, mas um processo iniciado, idealmente, na admissão^{2,5,6}. A transição bem-sucedida depende de cuidado integrado, colaboração multiprofissional, comunicação efetiva, gerenciamento de casos e atenção às necessidades clínicas e sociais do paciente⁵. O guia IDEAL de planejamento de alta da Agency for Healthcare Research and Quality recomenda incluir paciente e família como parceiros, discutir a realidade esperada no domicílio, revisar medicamentos, esclarecer sinais de alerta, explicar resultados de exames e organizar as consultas de seguimento⁶.

O planejamento antecipado é especialmente relevante em pacientes com maior risco de readmissão, dependência funcional, multimorbidade, fragilidade ou necessidade de suporte domiciliar complexo^{3,4,8,14}, pois permite identificar barreiras clínicas, sociais e logísticas antes da saída. Desospitalizar com segurança significa garantir que o paciente deixe o hospital com plano terapêutico compreensível, medicamentos reconciliados, dúvidas esclarecidas e seguimento pactuado na rede^{6,7,16}. Esse processo é necessariamente multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, equipes de atenção domiciliar e gestores de leitos^{5,7,18}.

Estratégias para redução de readmissões

A readmissão evitável é indicador de qualidade assistencial e eficiência gerencial, pois pode refletir falhas no planejamento da alta, na comunicação entre equipes, no apoio ao autocuidado ou na continuidade terapêutica. Idosos, pessoas com doenças crônicas, usuários de múltiplos medicamentos e indivíduos com menor apoio social são os mais vulneráveis^{3,4,8,10,17}.

As intervenções de transição reduzem readmissões, mas com efeito modesto e heterogêneo. Em metanálise em rede de 126 estudos, as intervenções de baixa e média complexidade reduziram a readmissão em 30 dias (razão de chances de 0,78 e 0,82, respectivamente), enquanto as de alta complexidade não tiveram efeito significativo nesse prazo, embora reduzissem readmissões em 90 e 180 dias; houve heterogeneidade moderada e indício de viés de publicação¹. A revisão Cochrane sobre planejamento de alta, com 33 ensaios, estimou redução de readmissões em cerca de três meses (risco relativo de 0,89) em pacientes clínicos, com certeza moderada¹¹. Esses resultados relativizam a ideia de que intervenções mais complexas são necessariamente mais efetivas e sugerem que a qualidade da execução e o foco em pacientes de maior risco importam tanto quanto o número de componentes.

A reconciliação medicamentosa é prática de segurança recomendada, pois alterações terapêuticas, duplicidades, omissões e discrepâncias entre prescrições prévias e de alta aumentam o risco de eventos adversos^{13,15}. Contudo, a revisão Cochrane sobre o tema, com 25 ensaios, encontrou redução de discrepâncias com certeza muito baixa e concluiu, com certeza moderada, que a reconciliação isolada provavelmente faz pouca ou nenhuma diferença na reinternação não planejada (risco relativo de 0,72; intervalo de confiança de 95% de 0,44 a 1,18)¹². Assim, ela deve integrar programas mais amplos de transição, e não ser tratada isoladamente como estratégia para reduzir readmissões.

A comunicação com paciente e cuidador também influencia a efetividade da alta. Orientações escritas são insuficientes quando não acompanhadas de linguagem acessível, repetição dos pontos essenciais e confirmação do entendimento, e o método teach-back, em que o paciente explica com suas palavras as orientações recebidas, é recomendado para reduzir lacunas de compreensão⁶. A comunicação formal entre hospital, APS, ambulatório e atenção domiciliar é igualmente necessária para reduzir a fragmentação^{5,18}. O agendamento do seguimento antes da alta e o contato pós-alta ajudam a identificar precocemente sintomas, dúvidas e barreiras de acesso^{4,8,10}, e estudos nacionais e internacionais reforçam a atenção a idosos e pessoas com doenças crônicas^{10,17-19,21}.

Implicações para a gestão de leitos e a continuidade do cuidado

Em cenários de alta demanda, a disponibilidade de leitos depende não só de expansão estrutural, mas da organização dos fluxos de admissão, permanência, alta e seguimento. A desospitalização segura pode reduzir permanências evitáveis e melhorar o giro de leitos, desde que não seja conduzida como mecanismo de liberação de vagas^{3,7}. A magnitude esperada, porém, é modesta: na revisão Cochrane, o planejamento de alta reduziu o tempo de permanência de pacientes clínicos em 0,73 dia em média, com certeza moderada¹¹. A liberação de leitos sem planejamento pode produzir o efeito oposto, com retorno precoce à urgência, novas internações e maior risco de eventos adversos^{2,5,6}. Metas de redução de permanência ou de readmissão devem, por isso, ser monitoradas junto com indicadores de segurança, para evitar efeitos não intencionais.

Programas institucionais de desospitalização segura devem articular critérios clínicos e objetivos gerenciais (Quadro 3). A incorporação da análise periódica de readmissões e de suas causas à governança clínica permite identificar gargalos e refinar os processos de cuidado²⁰.

Quadro 3 – Componentes assistenciais e gerenciais para desospitalização segura

Dimensão	Elementos operacionais sugeridos
Avaliação inicial	Identificação precoce de risco de readmissão, dependência funcional, barreiras sociais e necessidade de cuidador
Planejamento de alta	Plano terapêutico definido, critérios clínicos de alta, responsabilidades pactuadas e orientações registradas
Segurança medicamentosa	Reconciliação medicamentosa, revisão de prescrições e orientação sobre doses, horários, duração do tratamento e sinais de alerta
Educação e comunicação	Linguagem simples, participação do paciente e da família, confirmação do entendimento e comunicação com a rede assistencial
Seguimento pós-alta	Consulta agendada antes da alta, contato pós-alta para pacientes de maior risco e integração com atenção primária, ambulatório ou atenção domiciliar
Monitoramento gerencial	Readmissões não planejadas em 7, 15 e 30 dias, causas de retorno, tempo médio de permanência, eventos adversos pós-alta e proporção de altas com reconciliação documentada

Fonte: Elaborado pela autora com base na literatura analisada. Organização conceitual, não validada como instrumento.

Contexto brasileiro

Um limite desta revisão é ter explorado pouco o contexto brasileiro, embora cinco das publicações incluídas sejam nacionais. A maior parte das evidências sobre efeito vem de países de alta renda, com sistemas de saúde, financiamento e oferta de serviços pós-alta diferentes dos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar. Alguns elementos do contexto nacional condicionam a aplicação das estratégias aqui discutidas. A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabelece a alta responsável e a integração do hospital à rede de atenção⁹, e o Programa Nacional de Segurança do Paciente fornece o marco para a reconciliação medicamentosa e a comunicação segura entre serviços²². A atenção domiciliar, organizada no SUS pelo Programa Melhor em Casa, é a principal retaguarda para a desospitalização de pacientes com necessidade de cuidados continuados²³, mas sua cobertura é desigual. A efetividade da transição depende ainda da capacidade da APS de receber o paciente no pós-alta e dos mecanismos de regulação para consultas e exames de seguimento. Por fim, o pagamento hospitalar por procedimento no SUS não remunera as atividades de transição e pode desestimular investimentos em planejamento de alta e acompanhamento pós-alta. Estudos brasileiros que avaliem o efeito dessas estratégias sobre readmissões e uso de leitos, com indicadores padronizados, são necessários.

Limitações

Esta revisão adota delineamento narrativo e não permite inferências quantitativas próprias sobre a magnitude dos efeitos. A seleção foi realizada por uma única revisora e incluiu critérios de pertinência e relevância, o que pode introduzir viés de seleção; não houve registro de protocolo nem avaliação formal da qualidade metodológica, e os estudos incluídos são heterogêneos em desenho, população e intervenção. Ainda assim, a síntese permite identificar componentes recorrentes de programas de transição de cuidados e discutir sua aplicabilidade à gestão hospitalar.

CONCLUSÃO

A transição de cuidados e a desospitalização segura integram segurança do paciente, continuidade assistencial e uso racional da capacidade instalada. A alta deve ser compreendida não como encerramento do cuidado, mas como transferência de responsabilidade entre hospital, paciente, família e rede assistencial.

As evidências indicam que intervenções de transição, como planejamento precoce da alta, educação do paciente e da família, comunicação entre serviços, agendamento do seguimento e acompanhamento pós-alta, reduzem readmissões com efeito modesto e heterogêneo, e que o planejamento da alta reduz discretamente o tempo de permanência. A reconciliação medicamentosa deve integrar esses programas como prática de segurança, sem expectativa de efeito isolado sobre readmissões.

A otimização de leitos deve, portanto, estar vinculada à governança clínica e à segurança assistencial. No SUS, sua efetividade depende da integração com a APS, a atenção domiciliar e a regulação, e do monitoramento por indicadores de readmissão, permanência e eventos adversos pós-alta.

REFERÊNCIAS

1. Tyler N, Hodkinson A, Planner C, Angelakis I, Keyworth C, Hall A, 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 Netw Open*. 2023;6(11):e2344825. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.44825
2. Couturier B, Carrat F, Hejblum G. A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open*. 2016;6(12):e012287. doi:10.1136/bmjopen-2016-012287
3. Hunt-O'Connor C, Moore Z, Patton D, Nugent L, Avsar P, O'Connor T. The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older

adults in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *J Nurs Manag.* 2021;29(8):2697-706. doi:10.1111/jonm.13409

4. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Olivetti A, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020;101:103396. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103396
5. Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20200435. doi:10.1590/2177-9465-ean-2020-0435
6. Agency for Healthcare Research and Quality. Strategy 4: care transitions from hospital to home: IDEAL discharge planning. In: Guide to patient and family engagement in hospital quality and safety. Rockville: AHRQ; 2013 [citado 26 jun 2026]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/strategy4/index.html>
7. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(4):e67762. doi:10.1590/1983-1447.2017.04.67762
8. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, van den Heuvel D, Rimmel M, Sieber CC, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):345. doi:10.1186/s12877-020-01747-w
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União.* 2013.
10. Uchimura LYT, Figueiró MF, Silva DB, Paiva LK, Chrispim PPM, Yonekura T, et al. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;47:e143. doi:10.26633/RPSP.2023.143
11. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;2(2):CD000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.pub6
12. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;8(8):CD010791. doi:10.1002/14651858.CD010791.pub2
13. Daliri S, Boujarfi S, El Mokaddam A, Scholte op Reimer WJM, ter Riet G, den Haan C, et al. Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(2):146-56. doi:10.1136/bmjqs-2020-010927
14. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly

- inpatients: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016;14(9):217-60. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003085
15. Tomlinson J, Cheong VL, Fylan B, Silcock J, Smith H, Karban K, et al. Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. Age Ageing. 2020;49(4):558-69. doi:10.1093/ageing/afaa002
 16. Gheno J, Lombardini AA, Araújo KC, Weis AH. Alta hospitalar de pacientes adultos e idosos: elaboração e validação de checklist. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE02291. doi:10.37689/acta-ape/2024AO0002291
 17. Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e sua relação com as características clínicas e sociodemográficas. Rev Lat Am Enfermagem. 2023;31:e4015. doi:10.1590/1518-8345.6594.4015
 18. Lanzoni GMM, Goularte AF, Miotello M, Cechinel-Peiter C, Koerich C, Wachholz LF. Transição do cuidado da pessoa com doença crônica na alta hospitalar: perspectiva de enfermeiros. Rev Baiana Enferm. 2023;37:e47254. doi:10.18471/rbe.v37.47254
 19. Valente SH, Zacharias FCM, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Pinto IC. Percepções de pessoas idosas internadas acerca da transição do cuidado do hospital para casa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2024;27:e230194. doi:10.1590/1981-22562024027.230194.pt
 20. van Melle MA, van Stel HF, Poldervaart JM, de Wit NJ, Zwart DLM. Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety: a systematic review. PLoS One. 2018;13(6):e0197312. doi:10.1371/journal.pone.0197312
 21. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):224. doi:10.1186/s12913-019-4035-z
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 2013.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. 2016.

Recebido: 29 de junho de 2026. **Aceito:** 30 de junho de 2026

Correspondência: Carolline Chagas Moreira **E-mail:** medllchagas@gmail.com

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited