



Artigo Original

As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar

The meanings of health professionals on the process of hospital discharge

Gabriela Fontana¹
Fabiola Hermes Chesani¹
Marina Menezes¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

Resumo: A alta hospitalar é uma ferramenta utilizada para fortalecer o autocuidado do paciente, aumentando a adesão ao tratamento prescrito na alta e reduzindo as readmissões hospitalares. Dessa forma, o objetivo deste estudo é conhecer as significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo. A coleta de dados foi feita através de entrevistas com os profissionais de saúde, as quais foram gravadas e transcritas posteriormente, e analisadas através da análise de conteúdo. Os resultados apontaram 3 categorias a priori, alta hospitalar patológica e mecanizada onde a mesma é realizada com foco na patologia do paciente e de maneira rotineira; ambiência hospitalar hostil o qual não há um ambiente adequado e humanizado para a alta hospitalar; e ruídos na comunicação, onde há dificuldade na comunicação com pacientes e/ou cuidadores. Conclui-se que no cenário atual não há planejamento da alta hospitalar, e o quanto é importante realizar uma alta hospitalar humanizada voltada a um modelo hospitalar de promoção à saúde.

Palavras-Chave: Alta do paciente; Humanização da Assistência; Segurança do Paciente

Abstract: The hospital is a tool used to strengthen the self-care of the patient, increasing adherence to treatment prescribed at discharge and reducing hospital readmissions. In this way, the aim of this study is to know the meanings of health professionals on the discharge process. This is a descriptive and exploratory research of qualitative character. Data collect was done through interviews with health professionals, which were recorded and later transcribed and analyzed by content analysis. The results showed three a priori categories, pathological and mechanized discharge, where it is carried out with focus on the patient's pathology and routinely; hostile hospital ambience which there is an adequate and humane environment for hospital discharge; and noise in communication, where there is difficulty in communicating with patients and/or caregivers. Conclude that in the present scenario there is no discharge planning, and how important it is performing a discharge humanized directed to a hospital model of promotion to health

Key-Words: Patient Discharge, Humanization of Assistance, Patient Safety

1. INTRODUÇÃO

O serviço hospitalar é o local de produção de cuidados ao paciente realizado por profissionais e que contam com tecnologias e infraestruturas. Este cuidado segue modelo tradicional dependente do desenvolvimento tecnológico e científico da medicina para o controle de patologias até a cura¹. Cecilio² refere que atualmente o hospital é visto como sendo o último recurso que o paciente procura, sendo ele passivo diante da equipe, com o qual se realizará intervenção em seu corpo e sendo referido à patologia que possui e seus familiares são classificados como pessoas que "atrapalham a rotina". Afirmar ainda que é necessário que mude este paradigma hegemônico sobre o hospital, melhorando a relação profissional-paciente, tendo melhor relacionamento dos usuários com o sistema de saúde, promovendo sua autonomia e autocuidado e modificando o ambiente hospitalar para um local de promoção da saúde, com ênfase na humanização hospitalar.

A humanização na saúde está pautada historicamente desde 1960 com o movimento feminista, ganhando notoriedade na década de 1990 com as ações, projetos e programas que foram definindo o campo da humanização na atualidade. Esses projetos e programas, porém, estavam demarcados por um fracionamento de áreas, identificando-se com algumas profissões ou focando no cliente e na qualificação hospitalar³.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar propõe que as instituições fortaleçam a relação dos profissionais com os pacientes, da equipe de saúde entre si e da instituição com a sociedade e o Humaniza SUS, documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004, propõe política de atendimento humanizado nos hospitais⁴. O HumanizaSUS apresenta-se como uma aposta na mudança das práticas e na valorização de processos sociais e subjetivos, ou seja, sustenta-se em tecnologias relacionais para produzir saúde. Partindo do entendimento de que novos modos de pensar, perceber, sentir e fazer na saúde não se consolidam sem posicionar a subjetividade em lugar de destaque⁴.

A criança e sua hospitalização têm sido tema de discussão na dimensão cuidadora, à criança e à família, exercida durante a permanência da criança no hospital, evidenciando-se também, o foco sobre a reorganização do processo de trabalho para a qualidade do cuidado. Faz-se necessário um planejamento para a alta hospitalar⁵. No Brasil, segundo estudos publicados sobre o tema⁶⁻⁸, na prática clínica não há planejamento da alta hospitalar e as orientações são fornecidas basicamente pelo médico ou enfermeiro, em tempo reduzido, no próprio leito do paciente, ou até mesmo no corredor do hospital e as orientações são definidas segundo o que o profissional deseja orientar, e não pensando nas necessidades do paciente. As informações sobre o tratamento medicamentoso do paciente são verbais com entrega da receita, porém muitas vezes são inadequadas e insuficientes por falta de conhecimento técnico e o paciente não é questionado se compreendeu as orientações fornecidas à ele.

Dessa forma, é clara a importância da orientação correta no momento da alta hospitalar para o paciente, minimizando assim possíveis reinternações e garantindo o sucesso do tratamento, e é importante destacar também a importância da equipe multiprofissional de saúde neste momento, orientando nas diversas áreas os cuidados que o paciente e/ou cuidador deve ter em domicílio.

Este estudo teve como objetivo principal conhecer as significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar, e de maneira específica compreender em que local acontece a alta e quais dificuldades encontradas neste processo.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa teve caráter qualitativo, exploratória e de campo. A pesquisa qualitativa é, segundo Turato (2005), quando se busca investigar o significado das coisas, e esta foi utilizada para identificar e discutir o plano de alta hospitalar fornecido pelo hospital universitário junto com os profissionais da saúde que participam do mesmo. A pesquisa foi realizada num hospital localizado na região Sul do Brasil, o qual atende pacientes infantis de 0 a 16 anos provenientes de convênios com planos de saúde e/ou particular e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde que trabalham neste nosocômio. Os profissionais foram convidados a participar os responsáveis dos turnos matutinos e

vespertinos de cada área, isto é, dois enfermeiros, seguidos de médicos, dois farmacêuticos e técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: ser profissional de saúde responsável pelo setor da clínica médica e cirúrgica nos turnos matutino e vespertino sendo eles: médicos, enfermeiros técnicos de enfermagem e os farmacêuticos. E os critérios de exclusão foram: ser profissional que não é responsável pelos setores da clínica médica e cirúrgica, pela farmácia do hospital, trabalhar em outro turno e o profissional que não se incluiu nos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, as quais os áudios foram gravadas e posteriormente transcritas. A entrevista versou sobre os seguintes assuntos relacionados à alta hospitalar: como acontece o processo de alta, quais profissionais envolvidos, existência de documento de alta, disponibilização de contato telefônico, ambiente destinado à alta, presença de acompanhantes, presença de interferentes no ambiente, dificuldades da comunicação na orientação da prescrição médica na alta. A data das entrevistas foram definidas pelos profissionais da saúde, o que não interferiu nas suas atividades de trabalho. As entrevistas aconteceram em local reservado no hospital e no período do mês de novembro a dezembro de 2015, teve uma duração média de 20 a 40 minutos e estavam presentes somente a pesquisadora e o entrevistado.

A coleta de dados só iniciou após a submissão e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 1.227.114 e seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/12. Posteriormente foi realizado contato com a direção do hospital e com o consentimento da mesma a pesquisadora apresentou a proposta da pesquisa a equipe e convidou os profissionais a participarem da coleta de dados. A pesquisa iniciou somente após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o intuito de manter o anonimato os participantes receberam codinomes de cores.

Após a coleta de dados, os dados foram analisados através da transcrição das gravações e posterior análise de conteúdo proposto por Bardin⁹, seguindo as etapas de pré análise, descrição analítica e interpretação referencial. Na pré análise foi realizada a leitura flutuante das entrevistas transcritas. A descrição analítica os dados brutos das entrevistas são transformados em categorias visando alcançar o objetivo da pesquisa de conhecer as significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. Portanto, nesta etapa realizou-se então a classificação e agregação dos dados, através das categorias teóricas ou empíricas. Na interpretação ocorre a comunicação, que é realizada a partir de um texto síntese em cada categoria e expressa o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise incluídas em cada uma delas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais participantes da pesquisa foram enfermeiros, farmacêuticos, médicos e técnicos de enfermagem. Ao total foram oito profissionais de saúde, dois de cada área de atuação e um do período matutino e outro vespertino. Todos os profissionais da área de medicina, enfermagem e farmácia aceitaram em participar da pesquisa, somente os 4 técnicos da enfermagem não aceitaram em participar alegando falta de tempo.

Deste total, seis são mulheres (75%) e dois homens (25%). A idade obteve uma variação de 25 a 57 anos com tempo de formação na área de 1 a 22 anos, e o tempo atuando no hospital variou de 3 meses a 8 anos. Após várias leituras aprofundadas das transcrições, se chegou à três categorias a priori, sobre de que maneira ocorre a alta hospitalar na instituição: Alta hospitalar mecanizada e patológica; Ambiente hospitalar hostil e Ruídos na comunicação. A seguir serão apresentadas as categorias e posteriormente a sua discussão. As categorias foram a priori, pois foram definidas no processo com o objetivo de que não ocorra um engessamento.

3.1 Alta hospitalar mecanizada e patológica

Os relatos mencionam que há um processo de alta hospitalar automatizado e centrado no modelo biomédico, onde o médico entrega o resumo de alta para o cuidador do paciente e orienta verbalmente, não tendo, portanto, uma alta pensando no paciente como ser coletivo.

Segundo os entrevistados, o processo de alta consiste em comunicar a alta hospitalar para os cuidadores da criança, entregar ao papel da prescrição médica e relatar as orientações básicas.

Prescrição médica com receituário, e atestado quando necessário. Resumo de alta é apresentação de tudo que ocorreu com ele durante a internação, exames e medicações. Quando necessário é feito encaminhamento para serviço de referência (P1).

O médico vai ao quarto do paciente e vê se tem possibilidade de alta hospitalar, então o próprio médico, ele fala pra mãe, que a criança está de alta, e neste momento a médica vem no posto de enfermagem, faz todos os papéis, que é o atestado, o resumo da alta, da criança (P2).

Eu acredito que deveria haver uma interação melhor da farmácia, mas não cabe à farmácia influenciar na alta do paciente. Não há uma conversa. Mesmo em termos de tratamento com antibiótico, isso não tem, não existe essa interação. É o médico que avalia, define e decide e então ele comunica os demais (P6).

Alvarenga e Mendes¹⁰ investigaram as readmissões hospitalares de idosos em prontuários, observou-se através de análise de conteúdo que os prontuários continham apenas informações básicas sobre as condições do idoso e conduta médica, realizada sempre de forma resumida. Em 402 prontuários o registro era somente de alusão ao acompanhante e recebimento de receita médica. O autor destaca este modelo como sendo um modelo de atenção hospitalar mecanicista, fragmentado e direcionado somente para funções assistenciais que seguem uma prescrição médica. Estes dados assemelham-se com a atual pesquisa, pois os resultados de ambos remetem à alta hospitalar mecanizada, realizada de forma rotineira.

No Instituto Fernandes Figueira (IFF), em uma unidade hospitalar da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi realizado um estudo onde pesquisou-se as percepções dos profissionais de saúde sobre a alta hospitalar em crianças ostomizadas, e um dos entrevistados afirma que “Eu acho que o planejamento de alta hospitalar é [...] pensar junto o retorno para casa, pensar no paciente, no seu bem-estar físico, emocional e social. Não pensar só na parte clínica”. Esta fala assemelha-se com as falas apresentadas do atual estudo, que relatam que na alta hospitalar somente interessa ao profissional de saúde a patologia do paciente, e o mesmo não é compreendido em sua totalidade, mas de forma individualizada¹¹.

Vários estudos propõem que o planejamento de alta hospitalar pode ser realizado em conjunto com a equipe multiprofissional, buscando atender todas as necessidades do paciente, sendo elas biológicas, psicológicas e sociais¹²⁻¹⁴. No atual estudo a alta hospitalar multiprofissional também não acontece, sendo somente o médico que realiza a alta do paciente, orienta verbalmente e o enfermeiro ou técnico de enfermagem que entregam a receita ao paciente e orientam novamente e esclarecem as dúvidas. No entanto, não há integração entre os profissionais de saúde para planejar esta alta e orientar o paciente em conjunto, é realizado de forma individualizada.

Através desta categoria constatou-se de que forma acontece a alta hospitalar neste hospital, e de que maneira se dá este processo. Tendo uma alta hospitalar individualista, centrada no modelo biomédico temos várias implicações na saúde das pessoas. O paciente e/ou cuidador não recebe as orientações adequadas para o seu tratamento pois o foco do profissional no momento de dar a orientação está centrada na sua patologia, por exemplo, paciente com problemas cardíacos, o médico prescreve medicamentos para melhorar a saúde do coração, mas o paciente continua a ter uma dieta rica em gorduras, ter hábitos de tabagismo e é etilista.

Dessa forma a transição do paciente para o domicílio exige elaborado planejamento de alta pela equipe multidisciplinar valorizando a participação da família, a fim de garantir o prosseguimento e a qualidade do cuidado no domicílio¹⁵. Assim, os cuidadores e/ou pacientes tem a necessidade de receber adequada orientação para a prevenção e controle da patologia, sendo orientado também a promoção e a manutenção da saúde. Por este motivo deve-se orientar, treinar técnicas e cuidados necessários para a saúde do paciente, diminuindo assim as readmissões hospitalares e promovendo melhor adesão medicamentosa por parte do paciente. A educação em saúde é um processo onde ocorre ensino e aprendizagem, visando a promoção da saúde e o profissional que estará realizando esta educação em saúde é o principal mediador

deste processo. Ele deve estar preparado para propor estratégias que facilitem o aprendizado do outro, fazendo assim com que haja transformação em pessoas e/ou comunidades.

Dessa forma ele terá uma alta hospitalar realizada de forma humanizada, com resolutividade, não resolvendo apenas o problema momentâneo que emerge nos pacientes, mas subsidiar através de orientações sobre o cuidado em domicílio, quando o profissional não está por perto para supervisionar.

3.2 Ambiência hospitalar hostil

Os discursos dos profissionais de saúde demonstram que a alta ocorre predominantemente no leito hospitalar. Percebe-se nos relatos a seguir:

Geralmente ele está no leito. E daí é feito o processo no leito. Até porque assim nem se fosse pra ter um contato com o paciente ou com os pais do paciente, no mínimo teria que ter um espaço privado pro farmacêutico, um consultório farmacêutico na realidade (P5).

Geralmente no quarto do paciente mesmo, no leito, mas a entrega dos documentos é feita no balcão de enfermagem (P4).

Ela acontece ali no balcão da enfermagem. Médico passa no quarto depois ele avisa a gente se o paciente está de alta e depois ele vai ao balcão da enfermagem assinar todos os papéis (P7).

Para o Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Assim, a ambiência hospitalar é constituída por meio da ação de todas as pessoas que ocupam o espaço do hospital e, dependendo da estrutura física e dessas ações, o ambiente pode ser mais ou menos acolhedor e resolutivo¹⁶. Dessa forma durante a alta hospitalar é importante que o paciente e/ou cuidador tenha privacidade para expor suas dúvidas para o médico ou o profissional de saúde que está realizando a alta e assim sentindo-se confortável para ter uma adequada orientação. Deve haver boa luminosidade para visualização da prescrição médica quando o profissional está orientando-a ao paciente. Distrações como ruídos sonoros devem ser evitados pois podem distrair a atenção do paciente.

Diversas consequências podem acontecer se paciente e/ou cuidador recebe a alta hospitalar em um ambiente hostil como a distração durante as orientações, e assim posteriormente em seu domicílio pode gerar dúvidas sobre que medidas tomar sobre o tratamento medicamentoso, o que conseqüentemente pode gerar um erro medicamentoso e assim o paciente pode retornar ao hospital com uma patologia que veio acontecer em decorrência de mau uso do medicamento. Outra consequência é referente à ruídos, se durante a alta hospitalar houver ruídos, ele pode compreender de maneira errônea o que o profissional de saúde está orientando e posteriormente realizar a administração do medicamento de maneira inadequada, acarretando em erros que podem gerar graves efeitos colaterais para o paciente. A privacidade também é um fator importante pois o paciente e/ou cuidador pode sentir-se constrangido de questionar certos assuntos se houver mais pessoas estranhas no local, e assim irá com dúvidas para o seu domicílio.

Dessa forma, é importante que o ambiente em que o paciente vai receber a alta hospitalar tenha boa luminosidade, livre de ruídos, tenha privacidade, e portanto, o ideal seria se houvesse um espaço exclusivo para o paciente e/ou cuidador receber estas orientações dos profissionais de saúde, assim o mesmo poderá tirar todas as suas dúvidas e entenderá de maneira mais eficiente como deve realizar o tratamento em seu domicílio.

O estudo de O'Dwyer *et al*¹⁷ analisou o serviço de emergência de oito hospitais em quatro estados brasileiros sendo eles: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Sergipe, e constatou-se que a ambiência foi considerada insatisfatória em 91% dos participantes do estudo, relatando os principais fatores como conforto, sinalização, limpeza e ruídos nestes locais. Outro estudo que procurou pesquisar o serviço de emergência com idosos no hospital constatou-se que há falta de privacidade, conforto e independência do idoso neste setor do hospital¹⁸.

Estudo realizado em um hospital universitário de uma cidade do interior de São Paulo demonstra que 65,8% dos pacientes que receberam alta hospitalar, receberam as orientações da prescrição médica próximo ao posto de enfermagem, e segundo o pesquisador, é considerando um ambiente inadequado devido ao elevado fluxo de pessoas, excesso de ruídos, atividades laborais de outros profissionais fatores esses que podem contribuir para a desatenção do paciente e/ou cuidador da criança, no momento da alta e suas orientações⁶.

Ambos os resultados aproximam-se dos obtidos da atual pesquisa, onde o paciente não possui local e ambiente adequados com todos parâmetros necessários para receber a alta hospitalar e adequada orientação de seu tratamento medicamentoso, e parâmetros como "receber alta hospitalar no posto de enfermagem", "excesso de ruídos" ocorreram na atual pesquisa.

Para o cuidador e/ou paciente receber orientações e compreendê-las, é necessário que haja um local e ambiente propício para este processo, visto que assim entenderão melhor as orientações e assim diminuirá o risco de erros medicamentosos.

3.3 Ruídos na comunicação

Os profissionais de saúde relataram a dificuldade que possuem na comunicação com os cuidadores das crianças. Essa dificuldade divide-se em dois "ruídos": Ruído cultural, ruído por limitação física, e também houve relatos de dificuldade por diferença educacional, segundo os relatos dos profissionais de saúde.

Os ruídos da comunicação se relacionam com os cuidadores quando estes falam uma língua estrangeira por serem imigrantes ou por terem algum tipo de deficiência. No discurso a seguir, cita-se o ruído cultural, onde cuidadores de origem estrangeira não compreendem a Língua Portuguesa:

Eu me lembro de um caso mais ou menos recente de haitianos e parece que a mãe que ficava junto não sabia falar português direito mas o pai falava melhor, então nesses casos tem que vir alguém que saiba que consiga se comunicar de maneira adequada (P6).

A gente já passou por algumas dificuldades inclusive já tivemos paciente japonês que não falava português então, o haitiano às vezes até com um tempo no Brasil eles conseguem, então a gente sempre tenta chamar a pessoa que entenda melhor o português pra poder explicar para o paciente (P4).

Sempre tem certa dificuldade em relação a isso, às vezes a gente tenta, por exemplo semana passada eu tinha uma chinesa aqui, eu não consegui conversar com ela pra saber a história (P3)

O Brasil está recebendo muitos cidadãos do Haiti e uma das principais dificuldades encontradas por eles acaba sendo o aprendizado da Língua Portuguesa. Em um projeto de extensão para haitianos que objetivou ensinar aos imigrantes a Língua Portuguesa, dos 140 componentes curriculares cursados no primeiro semestre do projeto, 95 foram aprovados e 45 reprovados ou não concluídos, demonstrando um resultado positivo embora a dificuldade na comunicação seja um dos desafios mais importantes¹⁹.

Tal projeto pode-se comparar com a atual pesquisa onde profissionais de saúde relataram considerada dificuldade em compreender o que estes imigrantes falam. Quando chegam ao Brasil eles sentem essa dificuldade em comunicar-se com os brasileiros, e por isso tem que se levar em consideração a possibilidade de oferecer cursos online em outros idiomas para os profissionais de saúde.

Como consequências deste ruído cultural podemos ter a não adesão ao tratamento medicamentoso, pelo motivo dos profissionais de saúde não compreenderem a linguagem estrangeira dos imigrantes, e sendo assim não repassam as orientações de maneira adequada. Dessa forma os imigrantes não conseguem compreender totalmente as orientações e podem ter muitas dúvidas em seu domicílio, podendo acarretar em efeitos colaterais graves que podem gerar uma futura readmissão hospitalar.

O efeito colateral pode ser outra consequência do ruído cultural pela redução de informações dadas ao paciente e/ou cuidador imigrante na tentativa de fazer este compreender as orientações, mas informações como interações medicamentosas e efeitos colaterais são mais complexas de se compreender, acabam passando despercebidas pelos profissionais de saúde e muitas vezes preferem somente orientar informações básicas do tratamento como indicação, posologia e duração do tratamento. E assim o paciente pode ter certo efeito colateral que acha que pode ser algo fora da normalidade e suspender o uso do medicamento, sendo que este é um efeito colateral comum do medicamento.

Interação medicamentosa pode ser outra consequência deste ruído cultural. Existem inúmeras interações medicamentosas para cada tipo de medicamento, por isso a orientação no momento da alta hospitalar é tão importante, porém como foi percebido nos discursos dos profissionais de saúde não há orientação referente à efeitos colaterais e interações medicamentosas. Se o paciente imigrante não compreende que ele não pode administrar medicamento X com medicamento Y, ele chegará em seu domicílio e poderá administrar os dois concomitantemente, pois não foi orientado a administrar os medicamentos separadamente. Dessa forma pode acarretar em consequências bem graves, podendo aumentar o nível de um medicamento na corrente sanguínea podendo chegar a níveis tóxicos e causar um mal realmente grave, ou também pode anular ou diminuir o efeito de algum medicamento que deveria fazer o seu devido efeito no organismo.

Uma maneira de aperfeiçoar esta comunicação seria produzir um manual em inglês - ou na língua predominante dentre os imigrantes -, onde nele pode estar descrito todas orientações sobre o tratamento medicamentoso que o paciente e/ou cuidador deve ter, referente à importância da adesão do tratamento e o quão importante é fazer o tratamento até o seu término estipulado pelo médico, conservação dos medicamentos relatando em que locais pode-se conservar os medicamentos e quais são os riscos da má conservação, possíveis interações medicamentosas e efeitos colaterais relevantes que podem acarretar em alta gravidade no paciente, acesso aos medicamentos demonstrando através de uma lista os medicamentos disponíveis no SUS. Mas é importante destacar que somente este manual não auxiliará totalmente o paciente, é relevante que os profissionais de saúde orientem o paciente verbalmente e com a receita médica, e entreguem este manual, reforçando assim a orientação e dessa forma garantirá a compreensão do paciente sobre seu tratamento.

Outro ruído de comunicação que os profissionais relataram foi referente a um cuidador que era surdo:

Nossa é bem difícil, teve um paizinho uma vez que ele era surdo e mudo, ele não conseguia falar muito bem, e às vezes você via na expressão dele que ele não conseguia entender sabe, é bem difícil assim, é bem complicado (P7).

Esses dias atrás também tinha um pai que era surdo mudo e ficou com a menina, então é, como ele não entendia e a gente não sabe, a gente escreveu (P8).

Um estudo realizado em quatorze hospitais da cidade de Fortaleza/CE com grupo de enfermeiras a fim de saber a percepção delas em relação à comunicação com pacientes deficientes auditivos, todas relataram ter dificuldade na comunicação pelo fato de não conhecerem a linguagem dos sinais, a qual eles utilizam para se comunicar, não sabem de que maneira transmitir as informações necessárias que o paciente deve saber sobre a sua saúde, falta de formação neste segmento e a própria inexperiência das profissionais²⁰. Este dado assemelha-se ao atual estudo, no qual os profissionais de saúde relatam a dificuldade de comunicar-se com estas pessoas com deficiência, não possuem intérpretes e não dispõem de acesso a cursos de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais).

O ruído por limitação auditiva pode acarretar em certas implicações como a incompreensão das orientações sobre o tratamento medicamentoso, e assim pode dificultar o seguimento do tratamento do paciente em seu domicílio e assim este compreenderá a orientação de maneira errônea por apresentar esta limitação física, podendo assim gerar efeitos colaterais e interações medicamentosas, agravando o seu quadro clínico.

É de suma importância que a instituição de saúde que recebe estes pacientes possua a presença de um profissional especializado em LIBRAS, ou a instituição forneça cursos de LIBRAS

para os profissionais e que realize treinamento com os mesmos, pois assim se garantirá a compreensão eficiente do paciente acerca do seu tratamento²¹.

Uma medida que pode ser adotada para minimizar esta dificuldade na comunicação é a instituição prover a contratação de um intérprete de LIBRAS para auxiliar os profissionais de saúde nestes casos. Assim a equipe multiprofissional estará mais segura quando estes pacientes e/ou cuidadores ingressarem no hospital.

Rantucci²² afirma que na alta hospitalar o paciente deve ser avaliado quanto às suas habilidades cognitivas e motoras, incluindo o nível de escolaridade e maneira de absorção do aprendizado o qual será repassado a ele. Então, percebe-se dificuldade na comunicação quando o cuidador não compreende a orientação referente ao tratamento medicamentoso do paciente devido ao seu nível de escolaridade:

O paciente compreende as orientações, salvo algumas exceções onde tem analfabetismo hoje está crescendo né, mas compreende sim (P5).

Ele não concebe a complexidade da importância das medicações após a alta. Eu particularmente me sinto muito temerosa com determinadas famílias que saem daqui se elas realmente vão cumprir essa obrigatoriedade (P1)

É importante levantar a questão sobre a formação de profissionais de saúde em relação à humanização. Há de se considerar que estes profissionais podem ingressar no sistema de saúde, e é possível indagar sobre como seria sua atuação se não tiveram uma formação direcionada para a humanização^{23,24}. Na formação de profissionais de saúde o modelo de atenção à saúde baseado em conceitos biomédicos ainda está fortemente enraizado, tanto em instituições de ensino privadas quanto públicas. A humanização na formação destes profissionais ocorreria mudança em diversos sentidos, tanto na estrutura geral do sistema, quanto na forma de trabalhar e da visão destes profissionais de saúde. Para que isso aconteça é necessário que haja uma reforma na cultura e na tradição do modelo de saúde baseado no atendimento médico assistencialista e epidemiológico. Esta reestruturação do sistema de saúde permitiria um modelo de atenção voltado à promoção e manutenção da saúde e tornando o serviço, portanto, mais humanizado²⁵. A mudança curricular na área da saúde é a formação de profissionais para atuação em um modelo de atenção à saúde voltado para o paciente, para o usuário. Atualmente os estudantes da área da saúde são formados nas instituições de ensino sob um modelo assistencialista centrado em procedimentos²⁶.

Dentro da mesma perspectiva, visto que a fala do Farmacêutico relata que pessoas com baixa escolaridade não compreendem as orientações, é importante compreendermos se a formação na área da Farmácia está relacionada com a humanização e qual a importância dela. Até o ano de 2001, o currículo vigente é o mínimo de 1969 do Conselho Federal de Farmácia, o qual visava formar profissionais farmacêuticos de maneira tecnicista. Em 2002 foram aprovadas novas diretrizes curriculares para o curso de farmácia e possuem como objetivo principal a formação generalista do farmacêutico, com foco na visão humanística, crítica e reflexiva. Também devem apresentar habilidades e competências necessárias à profissão, como atenção à saúde, comunicação interpessoal, liderança de equipes, tomada de decisões, administração e gerenciamento, bem como a educação permanente²⁷.

Nas diretrizes curriculares antigas, o profissional era formado em farmácia após dois anos e meio de estudo, e depois podia escolher para qual área gostaria de seguir: análises clínicas ou indústria. E foi nesta diretriz curricular que o entrevistado em questão se formou, onde a formação era baseada em modelos tecnicistas e não havia ênfase no Sistema Único de Saúde, e tão menos em integralidade, portanto, justifica-se a sua fala sobre a incompreensão de cuidadores com baixa escolaridade sobre orientações recebidas no momento da alta hospitalar do paciente.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Farmácia configuraram um marco para a educação farmacêutica com alguns avanços, porém há vários desafios ainda a serem superados para a formação de farmacêuticos com o perfil multiprofissional. Leite et. al²⁸ relatam as dificuldades destes novos profissionais para integrarem equipes multiprofissionais de saúde no âmbito do SUS e terem sensibilidade em relação à docência para se comprometerem com as mudanças necessárias para a área.

Estudo realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora com graduandos de farmácia sobre a percepção da Assistência Farmacêutica no SUS concluiu que há lacunas na formação humanística para atuação no SUS, embora esteja em processo de construção para desenvolver estratégias de ensino mais adequadas, demonstrando cenários diversificados nos variados serviços de saúde, bem como relevado esforço de gestores, profissionais de saúde e docentes²⁹.

Sendo assim, é relevante levarmos em consideração a importância da educação em saúde na formação do profissional de saúde. Não concordo com a fala do profissional, pois assim estaria menosprezando àqueles desprovidos da educação básica por inúmeros motivos, sejam eles sociais, culturais ou econômicos. É possível realizar educação em saúde para população que não tenha frequentado regularmente a escola básica, basta conscientizar e educar da maneira correta esta população.

O presente estudo teve como limitações o tempo reduzido para coleta de dados, impossibilitando entrevistas com os cuidadores dos pacientes devido ao número abrangente de questões realizadas aos profissionais nas entrevistas. Portanto em um futuro estudo será possível envolver os cuidadores dos pacientes e compreender melhor o processo de alta hospitalar na instituição de estudo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo reponde aos objetivos da pesquisa da pesquisa, pois as significações dos profissionais de saúde sobre a alta hospitalar convergem para um modelo de saúde biomédico, mecanizada, focada na patologia das pessoas e seguindo protocolo estabelecido pela direção do hospital, onde basicamente somente o médico está presente e realiza as orientações, às vezes com presença do profissional da enfermagem e não há envolvimento multiprofissional, tendo como foco principal a patologia do paciente.

Quando a compreensão do local em que acontece a alta constatou-se que não há um ambiente adequado para a alta hospitalar, sendo que a mesma é realizada à beira do leito do paciente como em outros estudos discutidos anteriormente, em que as orientações são dadas no leito ou no posto de enfermagem. Deve-se pensar em possuir um ambiente adequado e humanizado para dar as orientações adequadas para a alta hospitalar do paciente.

As dificuldades encontradas foram referentes aos ruídos na comunicação entre os profissionais de saúde e os cuidadores de pacientes internados e esta dificuldade ocorre quando são estrangeiros, possui alguma limitação física – dentre elas a limitação auditiva -, e quando o cuidador possui baixo nível escolar. Com os discursos dos profissionais de saúde e os achados na literatura pode-se concluir que os hospitais não têm estrutura e nem suporte profissional para lidar com estas dificuldades, não possuem profissionais capacitados com cursos de inglês, LIBRAS e com formação em Educação em Saúde para saber lidar com cuidadores de baixa escolaridade.

Dessa forma, é evidente que deve-se melhorar em vários quesitos nos hospitais e instituições de saúde no Brasil para pensar em ter uma alta hospitalar humanizada, realizada em ambiente acolhedor e que supere as dificuldades que ainda são encontradas e que prejudicam a saúde dos pacientes em sua saída do hospital.

Referências Bibliográficas

1. Guedes HHS, Castro MMC. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. *Serv Soc Rev* 2009; 12(1): 4-26.
2. Cecílio LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Pereira AB, Ferreira NJL. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. *Trab. educ. saúde* 2015;13(1): p. 67-88.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília (DF); 2004.
5. Silva RVG de O, Ramos FRS. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2011 June [cited 2017 Mar 28]; 20(2): 247-254.
6. Miaso AI, Cassiani SHDB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(2):136-144.

7. Pereira APS, Tessarini MM, Pinto MH, Oliveira VDC. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. R Enferm UFRJ 2007; 15(1):40-45.
8. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. Acta Paul Enferm 2007; 20(3):345-350.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos em um hospital geral de Marília/SP. Rev Latino-Am Enfermagem 2003; 11(3):305-311.
11. Barreto LCL, Cardoso MHCA, Villar MAM, Gilbert ACB. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre a alta de crianças ostomizadas. Rev Gaucha Enferm 2008; 29(3):438-445.
12. Marra CC, Carmagnani, MIS, Afonso C, Salvador ME. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. Acta Paul Enferm 1989; 2(4):123-127.
13. Mendes MM, Alvarenga MRM. Percepção da Enfermagem sobre reinternações e alta hospitalar de idosos: Resultados preliminares da análise de conteúdo. Rev Latino-Am Enfermagem 2000; 8(2); 111-112.
14. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE on line 2013; 7:7151-7159.
15. Napoleão AA, Caldato VG, Filho JFP. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009[cited 2012 Apr 22];11(2):92-9.
16. Etean E, Costa AL, Ribeiro C da, Ribeiro RLR. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro 2014;12(3): 615-635.
17. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Cienc Saude Colet 2009; 14(5):1881-1890.
18. Nascimento ERP, Silva SG, Souza BC, Souza DD, Netto AG. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery 2015; 19(2):338-342.
19. Soares L, Trevisan C, Flain A. Ensino do Português brasileiro para imigrantes haitianos: um estudo de caso. Mandinga – Revista de Estudos Linguísticos 2017; 1(1):88-101.
20. Pagliuca LMF, Fiúza NLG, Rebouças CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):411-418.
21. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(4):417-422.
22. Rantucci MJ. Pharmacists talking with patients: a guide to patient counseling. 2ª ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
23. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? Cad Saúde Publica 1993; 9(1):21-27.
24. Lenz AJ, Gernhardt A, Goulart BNG, Zimmer F, Rocha JG, Vilanova JR, Zwetsch LB, Wolf M. Acolhimento, humanização e fonoaudiologia – relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS). Bol Saude 2006; 20(2):59-69.
25. Goulart BNG, Chiarí BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Cien Saude Colet 2010; 15(1):255-268.
26. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Rev Bras de Educ Med 2008; 32(3):356-362.
27. Silva PF da, Andrade JR de, Leite FRP. Farmacêutico: breve trajetória histórica de sua profissão e formação acadêmica. Revista latino-americana de educação, cultura e saúde - relecs 2017;1(1): 19-26.
28. Leite, SN, Nascimento JM, Costa LH, Barbano DAB. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2008; 12(25):461-462.
29. Nicolline CB, Vieira RCPA. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2011;15(39):1127-1141.

Artigo Recebido: 06.04.2016

Aprovado para publicação: 09.03.2017

Gabriela Fontana

Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI.

Rua Uruguai,458-Centro-Itajaí/SC-CEP88303-202-Bloco F6-Sala 311.

Email: gabifontana@gmail.com
