



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Batista, Lorena Loiola; Zanella, Ana Karla Batista Bezerra;
Pessoa, Sarah Maria Fraxe; Mota, Analice Pereira
Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais
Revista Bioética, vol. 26, núm. 2, 2018, Abril-Junho, pp. 271-281
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262248>

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558416014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

**PESQUISA**

Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais

Lorena Loiola Batista¹, Ana Karla Batista Bezerra Zanella¹, Sarah Maria Fraxe Pessoa¹, Analice Pereira Mota¹

1. Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Centro de Ciências Agrárias, Fortaleza/CE, Brasil.

Resumo

A alta a pedido no cotidiano hospitalar gera dilemas éticos e legais. Este estudo analisa a percepção dos pacientes e da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) sobre a alta a pedido, em maternidade pública de referência em Fortaleza, Ceará. Consiste em pesquisa qualitativa do tipo descritiva, de base documental e bibliográfica, a partir de observação simples e entrevista semiestruturada com 16 participantes (oito profissionais e oito pacientes), e na análise de conteúdo de Bardin. Como resultado dos eixos de análise no processo da alta a pedido, constatou-se que, para os profissionais, é impulsionada pela falta de suporte familiar; já para as pacientes, cansaço e estresse hospitalar são os principais motivadores. Concluímos que compreender a perspectiva do paciente que solicita a alta a pedido, para além dos aspectos legais, isto é, na validação de sua autonomia, é desafio para equipes que atuam no contexto da internação.

Palavras-chave: Autonomia pessoal. Direitos do paciente. Relações profissional-paciente.

Resumen**Alta por solicitud: estudio sobre las percepciones de los pacientes y los profesionales**

El alta por solicitud en la cotidianidad hospitalaria genera dilemas éticos y legales. Este estudio analiza la percepción de los pacientes y del equipo multiprofesional (médicos, enfermeros, asistentes sociales y psicólogos) sobre el alta por solicitud, en una maternidad pública de referencia en Fortaleza, Ceará. Consiste en una investigación cualitativa, de tipo descriptiva, de base documental y bibliográfica, a partir de la observación simple y de una entrevista semiestructurada con 16 participantes (ocho profesionales y ocho pacientes), y del análisis de contenido de Bardin. Como resultado de los ejes de análisis en el proceso de alta por solicitud, se constató que para los profesionales la misma está motivada por la falta de apoyo familiar; en el caso de los pacientes, el cansancio y el estrés hospitalario constituyen las principales motivaciones. Concluimos que comprender la perspectiva del paciente que solicita el alta, más allá de los aspectos legales, esto es, la validación de su autonomía, constituye un desafío para los equipos que trabajan en el contexto de internación.

Palabras clave: Autonomía personal. Derechos del paciente. Relaciones profesional-paciente.

Abstract**Discharge by request: study on the perception of patients and professionals**

Discharge by request generates ethical and legal dilemmas in the day-to-day of a hospital. This study analyses the perception of patients and the multi professional team (doctors, nurses, social workers and psychologists) on discharge by request in a public maternity hospital in Fortaleza, Ceará. It is a documentary and bibliographic study that consists of a qualitative descriptive research , using simple observation and semi-structured interviews with 16 participants (eight professionals and eight patients) and content analysis based on Bardin's model. As a result of the axes of analysis in the process of discharge by request, it was found that from the professionals viewpoint the reason why patients ask for discharge by request is lack of family support; now, for the patients, fatigue and hospital stress are the main reasons why they ask for discharge by request. We conclude that to understand the perspective of the patient who asks for discharge by request, beyond its legal aspects, that is, in the validation of their autonomy, is a challenge for professional teams who act in the context of hospitalisation.

Keywords: Personal autonomy. Patient rights. Professional-patient relations.

Aprovação CEP-MEAC 1.553.658

Declararam não haver conflito de interesse.

A hospitalização é prática terapêutica datada do final do século XVIII. Durante a Idade Média, os hospitais eram associados a mosteiros e igrejas, como instituições de caridade a fim de acolher leprosos e pessoas vítimas de fome e epidemias que atormentavam a Europa. Portanto, a instituição somente passou a ser reconhecida como local destinado à cura em torno de 1780, pois até então era apenas onde se abrigavam pobres doentes¹.

No Brasil, o primeiro hospital foi a Santa Casa da Misericórdia de Santos, em São Paulo, inaugurado em novembro de 1543, por iniciativa do português Braz Cubas. Durante a Colônia e o Império, surgiram outros hospitais no modelo das Santas Casas de Portugal, com objetivos primordiais de prestar caridade e abrigar pobres e desabrigados².

Com o aprimoramento da área médica, posterior às décadas de 1930 e 1940, a escolha do tipo de tratamento tornou-se mais complexa, e a relação médico-paciente deixou de ser apenas imediatista e passou a considerar a subjetividade do paciente. No entanto, as práticas de saúde não haviam sido aperfeiçoadas e as atitudes coletivas não estavam baseadas na comunicação, observação e no trabalho de equipe³.

Durante a internação hospitalar, estando o paciente sob os cuidados de um médico, é prerrogativa deste decidir o melhor momento para conceder (ou não) alta hospitalar. Porém, há casos em que o próprio paciente por diversos motivos solicita a chamada alta a pedido⁴, como nos seguintes casos: falta de acompanhante para dar suporte, dificuldade em deixar os filhos com cuidadores de sua confiança ou até mesmo internação de longa permanência.

A alta a pedido faz parte do cotidiano médico; entretanto, seus aspectos legais e éticos não são bem definidos⁴. Nessa situação, recomenda-se que, não havendo risco à vida do paciente, nem o médico responsável nem o hospital podem ferir o princípio da autonomia, cerceando suas liberdades individuais e seu direito de ir e vir. Porém, nos casos de iminente perigo à vida do indivíduo, o médico pode se recusar a conceder a alta a pedido, prerrogativa prevista no art. 26 do Código de Ética Médica (CEM), a qual admite que o médico pode intervir contrariamente à vontade do paciente⁵.

Além de ser demanda médica, a alta a pedido é situação que recai sobre a equipe multiprofissional que atua conjuntamente no cuidado ao paciente. Assim, podemos destacar as categorias a serem acionadas nessas situações: enfermagem, serviço social, psicologia e medicina. Além de ministrar os cuidados

terapêuticos, a equipe se encarrega também de orientar e esclarecer ao paciente suas condições clínicas e possíveis consequências de sua decisão.

Na prática, o paciente deve ser informado e orientado sobre o procedimento que lhe é proposto, seja exame diagnóstico ou conduta terapêutica. Salientamos que cabe ao médico o papel preponderante de passar informações do estado de saúde em linguagem acessível ao paciente, cabendo também aos demais profissionais abordagem que complemente as orientações em saúde⁶.

Sobre os direitos dos usuários dos sistemas, público ou privado, temos a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”⁷, na qual são definidos seis princípios que asseguram ao cidadão o direito básico de ingresso. Entre os princípios, o quarto assegura atendimento que respeite os valores e direitos do paciente visando preservar sua cidadania durante o tratamento.

Deve-se enfatizar algumas reflexões sobre o significado da alta e da autonomia do usuário no serviço de saúde, além dos procedimentos que a equipe deve adotar coletivamente, enfim, como viabilizar protagonismo e autonomia dos pacientes, uma vez que se trata de serviços de saúde pública de uma sociedade desigual⁸. A autonomia pode ser pensada como condição de saúde e cidadania, valor fundamental. Porém, não é algo absoluto, pois quando analisada no campo mais geral da política e da vida dos indivíduos, torna-se reduzida. As relações de autonomia/dependência estão sempre presentes, seja no nível individual, seja no nível das sociedades⁹.

A bioética principalista baseia-se em quatro princípios fundamentais: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. No que concerne aos aspectos éticos da alta a pedido, destacamos que a autonomia se configura como um dos mais importantes, ao lado da beneficência. Nesse sentido, Silva e colaboradores¹⁰ afirmam que o princípio da autonomia tem suas raízes na filosofia kantiana, que é um dos pilares da bioética clínica contemporânea de cunho principalista.

Este estudo tem como objetivo central analisar a percepção das pacientes e da equipe multiprofissional, ou seja, médicos, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais, sobre a alta a pedido solicitada por mulheres internadas nos diversos setores de maternidade pública de referência localizada na cidade de Fortaleza: enfermarias de puerpério, pós-cirúrgica e observação, emergência e sala de parto.

A pesquisa é fruto do trabalho de conclusão de curso da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, em que uma das autoras atuou como residente de serviço social da área de concentração em saúde da mulher e da criança. Nesse contexto, a vivência se deu pela observação, planejamento e execução de diversas ações multiprofissionais e interdisciplinares, como também pela assistência a pacientes internadas, sendo o serviço social uma das categorias acionadas para acompanhar e fazer a mediação das demandas de alta a pedido.

Segundo banco de dados da unidade hospitalar, em 2016 foram solicitadas 104 altas a pedido, com média de oito solicitações por mês. No período da coleta de dados, entre junho e setembro, foram 36 casos. Verificamos que a solicitação normalmente ocorre em alguns setores específicos da unidade, como as clínicas obstétricas, onde pacientes ficam internadas no período mínimo de 48 horas; nas enfermarias de observação, onde, dependendo do quadro clínico, podem ficar internadas até o dia do parto, ou seja, dias ou meses; nas enfermarias de cirurgias ginecológicas; na emergência; e na sala de parto. Outros setores da maternidade, como UTI materna, ambulatórios e centro cirúrgico, não foram contemplados por não apresentarem a demanda de alta a pedido.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa¹¹, descritiva e documental, por meio do estudo do termo de concordância para alta a pedido e pesquisa bibliográfica, desenvolvida em maternidade pública de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. A coleta de dados aconteceu entre junho e setembro de 2016 em alguns setores da maternidade onde há solicitação da alta a pedido: clínicas obstétricas, clínica cirúrgica, sala de parto e emergência. Considerando o quadro de recursos humanos dos setores citados, temos cerca de 35 profissionais atuantes que são acionados em caso de alta a pedido.

O universo da pesquisa foi composto por oito profissionais da equipe de assistência (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) e oito pacientes. Quanto aos últimos, foi elencada como critério de inclusão idade superior a 18 anos, considerando que dessa forma o indivíduo tinha pleno direito legal para agir por conta própria, sem a necessidade de autorização de terceiros. Os critérios de exclusão contemplaram crianças e adolescentes.

Quanto aos profissionais da equipe multiprofissional envolvidos no fluxo de atenção a alta a pedido, composta por dois profissionais de cada categoria, temos como critério de inclusão assistência em clínicas obstétricas, emergência ou sala de parto. Consequentemente, foram incluídos profissionais acionados nos casos de alta a pedido. Já os critérios de exclusão dizem respeito aos profissionais que normalmente não são acionados em caso de alta a pedido, como fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros.

Em relação ao instrumento de coleta dos dados, foi utilizada entrevista semiestruturada, com as seguintes questões norteadoras: quais motivos levam à alta a pedido; como é compreendido o processo de condução da alta a pedido; quais razões evitariam a alta a pedido; por que mesmo não estando de alta médica um paciente pode sair do hospital; de que maneira a opinião dos familiares influencia a tomada de decisão. As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos sujeitos e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Além disso, a observação simples foi fundamental para a pesquisa. Não se tratava apenas de ver, mas de examinar a realidade, conhecer pessoas, coisas, acontecimentos e fenômenos¹². Registra-se que a pesquisa seguiu o critério de saturação de dados por se tratar de abordagem qualitativa – conceitua-se saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações obtidas com pessoas ou grupos, sem desprezar informações com relevante potencial explicativo¹³.

Após as entrevistas, as respostas foram transcritas, respeitando-se o coloquialismo das falas. Para identificar os participantes, utilizamos os nomes das categorias para os profissionais entrevistados e nomes de pássaros para as pacientes, uma vez que tal simbologia remete à ideia de “liberdade”, de “seres livres”.

Para sistematizar os dados, recorremos à análise de conteúdo em três etapas: pré-análise, na qual foi organizado o material a ser analisado; exploração do material e tratamento dos resultados, quando foram definidas as categorias e o conteúdo foi codificado; inferência e interpretação, momento destinado ao tratamento dos resultados e à análise crítica e reflexiva dos dados coletados¹⁴.

Em relação a aspectos éticos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, seguindo os preceitos éticos que regem a beneficência, a não

Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais

maleficência e a justiça regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Resolução CNS 466/2012¹⁵.

Resultados e discussão

No segmento dos profissionais foram oito entrevistados de quatro categorias, totalizando dois profissionais de cada uma delas. O intervalo etário variou entre 28 e 48 anos; o tempo de atuação na instituição era inferior a um ano, bem como o vínculo empregatício associado à Empresa

Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no que tange à maior parte dos informantes. O Quadro 1 com algumas informações sobre o perfil profissional dos entrevistados foi elaborado a partir da análise documental.

Quanto às pacientes, o intervalo etário foi entre 21 e 37 anos. Há predominância de mulheres casadas ou vivendo em união estável; todas têm filhos e tempo de internação com média superior a quatro dias. Em relação ao quadro clínico, tem-se: 4 pós-partos cesáreos, 3 gestantes e 1 pós-curetagem uterina. No Quadro 2 estão descritas mais informações sobre o perfil das pacientes entrevistadas:

Quadro 1. Perfil dos profissionais entrevistados

Profissionais	Idade	Tempo de serviço	Vínculo empregatício
Médico	40	11 anos	EBSERH
Médico	28	1 ano	RESMED
Assistente social	48	5 meses	EBSERH
Assistente social	39	5 meses	EBSERH
Enfermeira	34	10 meses	EBSERH
Enfermeira	38	1 ano	EBSERH
Psicóloga	32	5 meses	EBSERH
Psicóloga	30	5 meses	EBSERH

Quadro 2. Perfil das pacientes entrevistadas

Pacientes	Idade	Estado civil	Tempo de internação	Nº de filhos	Quadro clínico
Beija-flor	21	União estável	7 dias	1	Gestante/pielonefrite
Sabiá	24	Casada	7 dias	1	Cesariana
Tico-tico	24	Casada	21 dias	1	Cesariana/eclampsia
Canário	28	União estável	7 dias	2	Cesariana
Curió	29	Casada	4 dias	2	Cesariana
Quero-quero	31	União estável	4 dias	1	Gestante/hipertensão
Pardal	33	Solteira	5 dias	3	Gestante/hipertensão
Andorinha	37	Solteira	1 dia	3	Curetagem

Vale ressaltar que quando uma paciente solicita a alta da unidade hospitalar sem finalizar o tratamento adequado indicado, pode estar colocando em risco sua vida e a do bebê. Por exemplo, pacientes com hipertensão arterial podem apresentar sofrimento fetal caso não consigam controlar a pressão; as que foram diagnosticadas com pielonefrite, infecção nos rins, podem ter sérios problemas na gestação.

Neste artigo foram consideradas quatro categorias, a partir da fala dos participantes, para discussão dos resultados: 1) alta a pedido: motivos que

levam à tomada de decisão; 2) desistindo da alta a pedido; 3) condução do processo de alta a pedido; 4) alta a pedido: prerrogativa de autonomia.

Alta a pedido: motivos que levam à tomada de decisão

Sobre o processo de internação, discutem-se os diversos fatores que interferem na vida do indivíduo durante a hospitalização, pois muitos pacientes durante esse período permanecem sozinhos, não são chamados pelo próprio nome, acabam caracterizados

pelo número do leito ou pelo nome do diagnóstico, sendo muitas vezes submetidos à realização de exames e procedimentos constrangedores¹⁶.

Quanto ao questionamento sobre os motivos que levam a paciente a solicitar a alta a pedido, identificamos nas falas de 62,5% das pacientes que o cansaço e o estresse gerado pela internação hospitalar são as principais razões que as fazem querer ir para casa antes do indicado. Verificamos que a hospitalização, ao tratar de doença, frequentemente não representa para a paciente algo positivo e pode ser sentida como experiência não desejada: “*Não estou mais sentindo nada. Cansada de ficar aqui, a gente fica é mais doente*” (Beija-flor); “*Estou cansada de ficar aqui, quero minha casa*” (Curió).

A hospitalização é situação nova para muitas pessoas, o que provoca receios e temores. O paciente, como forma de garantir sua integridade, em muitos casos utiliza mecanismos de defesa, como negação, regressão e isolamento, comprometendo sua relação com o tratamento e até mesmo agravando seu estado clínico¹⁷. Quando o paciente é internado, existe quebra de sua rotina pessoal, o que pode ocasionar fatores estressantes decorrentes do sofrimento, da sensação de abandono, do medo do desconhecido, e o hospital acaba tendo função separadora¹⁸.

Corroborando a ideia anterior, percebemos nas falas dos profissionais que 87,5% deles acreditam que os principais motivos para a paciente solicitar alta a pedido estão atrelados a questões familiares, principalmente à dificuldade em deixar os filhos sob os cuidados de outras pessoas: “*Tem as questões sociais, tem outros filhos em casa, o marido não pode cuidar, assim os filhos têm que ficar com a vizinha, acho que é mais isso mesmo*” (Médico); “*Também vejo mulheres que têm muitos filhos e não têm suporte familiar, isso faz com que elas queiram ir embora*” (Psicóloga).

Além da separação do que é familiar e traz segurança (casa, trabalho, amigos), o paciente depara com equipe de profissionais desconhecidos e com acomodações geralmente desconfortáveis. Além disso, existe a possibilidade de dividir o quarto com outro paciente e de sentir dor física¹⁹.

Colaboram para intensificar a solicitação de alta: a desinformação quanto a tratamento e procedimentos, aspectos culturais e religiosos, necessidade de sobrevivência/manutenção familiar, demanda das mulheres quanto ao cuidado com os filhos, com a casa e de não faltar ao trabalho, uma vez que muitas delas têm assumido o papel de chefe de família²⁰.

Desistindo da alta a pedido

Durante o período de hospitalização, o paciente enfrenta momentos de solidão, principalmente quando o tempo de visita de pessoas queridas e familiares é reduzido ou quando não podem comparecer ao hospital por motivos diversos. À dependência dos cuidados de outros somam-se as práticas que constituem o dia a dia no hospital, onde o corpo do doente passa a ser o principal lugar de manipulações diversas, realizadas por muitas mãos: profissionais de enfermagem, médicos, estudantes, entre outros²¹.

Constatamos que diversos fatores podem contribuir para amenizar o estresse gerado pela hospitalização. As pacientes, quando perguntadas sobre quais motivos apontariam como determinantes para mudar de opinião e desistir da alta a pedido, destacaram vários aspectos diferentes: duas entrevistadas (25%) alegaram que se não fosse a ausência do acompanhante continuariam o tratamento: “*Não tem ninguém que fique comigo e não quero ficar aqui sozinha. Não gosto de ficar internada*” (Pardal). Três entrevistadas (37,5%), porém, afirmaram que permaneceriam se não houvesse demora nos resultados dos exames: “*Se o resultado do exame que está faltando saísse até meio-dia eu esperaria, mas só tem previsão de sair 18h da noite. Não aguento mais ficar aqui*” (Canário).

Várias possibilidades foram apontadas pelas pacientes como motivo para evitar a alta a pedido; contudo, entre as citadas, a que nos chama mais atenção está relacionada à demora dos resultados dos exames. O fato de ter que ficar esperando exame gera grande estresse para a paciente que já está há muitos dias internada. A demora dos resultados, portanto, influencia a capacidade de o usuário suportar o incômodo de permanecer internado na instituição e pode prejudicar a saúde da população, levando-a a buscar respostas mais fáceis, como auto-medicação, abandono do tratamento, entre outras²².

Como informação complementar, aludimos à pesquisa de satisfação realizada por Santos e Lacerda²³ em seis hospitais de João Pessoa, Paraíba, Brasil, que contou com 170 pacientes. Desses, 61% relataram insatisfação quanto a medicamentos, devido a atrasos da prescrição médica por não haver o medicamento na instituição, levando-os a tomar o remédio fora de hora, prejudicando assim a eficácia do tratamento. Já 76% reclamaram da morosidade na entrega dos exames laboratoriais, apontando-a como uma das principais causas do prolongamento da permanência dos pacientes nos hospitais públicos.

Retornando aos achados desta pesquisa, identificamos no grupo dos profissionais que para 62,5% a alta a pedido poderia ser evitada se as pacientes tivessem mais apoio familiar, acompanhantes constantes e visitantes. Uma das entrevistadas exemplifica essa questão: “*Eu acho que se ela tivesse apoio da família, o esclarecimento da equipe, o porquê ela está ali, qual exame ela está esperando, pois muitas não entendem o processo saúde-doença delas*” (Enfermeira). Assim, vemos que o profissional repete a mesma alegação da categoria discutida anteriormente, sempre referindo a ausência da família como fator determinante na alta a pedido.

Com base em tais pressupostos, vários fatores podem ser a causa da ausência familiar durante o período de internação de um paciente, como residir em outro município, não ter como deixar os familiares em casa sozinhos, não ter condições financeiras para se deslocar ao hospital, ter problemas de saúde que impeçam acompanhar ou visitar o paciente, ou até mesmo não gostar do ambiente hospitalar. Depreende-se que falta definir práticas que promovam a inclusão de familiares no espaço hospitalar, pois muitos deles encontram dificuldades para entender que estão no pleno direito de acompanhar o paciente no hospital²⁴.

Percebe-se, a partir das falas dos profissionais, que a ausência da família no período de internação, seja como visita ou acompanhante, é um dos grandes fatores para que a paciente queira ir embora da unidade hospitalar. Porém, quando perguntados sobre o papel dos familiares na situação de alta a pedido, todos os profissionais responderam que mais atrapalham do que ajudam na tomada de decisão do paciente: “*Na minha prática do dia a dia eu vejo que infelizmente a família influencia mais negativamente*” (Médico). Outras profissionais corroboram essa fala: “*É muito relativo. Às vezes é o familiar que quer ir embora e fica pressionando a paciente*” (Psicóloga); “*A família atrapalha nesse quesito sim. Eles fazem pressão para a paciente ir embora*” (Enfermeira).

O conteúdo das falas torna claro que há grande contradição nos discursos, pois ao mesmo tempo que a família é criticada por não estar presente, apoiando a paciente, também acaba sendo rechaçada pela equipe por “influenciar negativamente”. Aos olhos da equipe, os acompanhantes, familiares e amigos são desvalorizados quando são coniventes com a decisão da paciente e contrários às orientações dos profissionais.

Ainda sobre esse aspecto, vimos nos discursos das pacientes que, geralmente, a família é aliada na tomada de decisão em sair de alta a pedido, porém,

para 62,5% das entrevistadas, o familiar preferia que saíssem somente com a alta médica. “*Meu marido não concordou que eu saísse sem alta médica, mas não tentou me convencer do contrário, veio assinar o termo*” (Beija-flor); “*Meu esposo não quer que vá embora, mas também não quer me ver ansiosa e estressada*” (Sabiá). No entanto, informam, os familiares aceitam se responsabilizar pela alta sem indicação, entendendo que a paciente está cansada ou apresenta outras dificuldades que a impedem de ficar internada.

Condução do processo de alta a pedido

A alta a pedido é procedimento único e requer conjunto de instrumentais, como o formulário ou termo utilizado na solicitação da alta. Não existe atualmente documento padronizado entre as instituições de saúde do país, normatizado pelas agências reguladoras. Alguns hospitais, inclusive, não têm formulário próprio e registram o procedimento no prontuário. O consentimento informado pode ser oral ou escrito, mas a forma escrita, principalmente do ponto de vista legal, é a mais recomendável.

Alguns termos de autorização são denominados “solicitação de alta hospitalar”, “alta a pedido contra a indicação médica”, “alta a pedido”, “termo de alta hospitalar voluntária” e “termo de alta a pedido do paciente”. Apesar dos diferentes nomes, todos têm a mesma finalidade, pois o que se vê nessas situações é a presença de cláusula de não indenizar, na qual o paciente assume toda a responsabilidade decorrente de seu ato. No entanto, a expressão mais apropriada seria “alta a pedido contra a indicação do médico”⁴.

Vale ressaltar que em algumas instituições o termo é assinado por familiar que vai se responsabilizar pela alta a pedido, ou seja, o documento não é assinado somente pelo paciente. Fica a indagação: se o paciente é sujeito com autonomia, não deveria se responsabilizar por sua própria decisão? No hospital onde foi realizada esta pesquisa, a manifestação da vontade da paciente na solicitação de alta segue fluxo instituído: equipe multiprofissional e médico conversam com a paciente sobre seu quadro clínico, orientam sobre os riscos da decisão e, caso não obtenham sucesso na tentativa de dissuadi-la, o médico faz o relatório resumindo as circunstâncias da alta, e o paciente e um familiar responsável assinam o termo de concordância de alta a pedido.

No que concerne às orientações da equipe multiprofissional, 100% dos participantes (profissionais e pacientes) citaram a importância do diálogo nessa

Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais

situação, colocando os riscos e entendimentos sobre o quadro clínico para o paciente: “É muito importante a participação de toda a equipe envolvida, para que a paciente se sinta mais segura, que ela entenda a importância da internação e não queira sair” (Enfermeira). “Eu sei que é importante, eles estão tentando me ajudar, mas eu estou bem e cansada de ficar aqui” (Tico-tico). Vemos que as orientações são cruciais para o processo de condução da alta a pedido, considerando que o paciente deve estar ciente de todos os riscos e consequências de sua atitude.

Quando perguntadas a respeito das orientações que mais levaram em consideração, 100% das pacientes citaram o diálogo com o médico. Concomitantemente, 76% mencionaram o assistente social, 62% citaram a atuação da enfermeira e apenas 37% citaram a psicóloga. Assim, percebe-se como a opinião médica ainda tem grande importância para as pacientes em relação a outras categorias profissionais.

A condução de alta a pedido exige fluxo específico. Sobre o processo, 62,5% das pacientes consideraram a situação como tranquila, sendo orientadas pelos profissionais e apoiadas pelos familiares: “Foi tranquilo, eu quis sair, me orientaram, e minha mãe assinou o termo” (Quero-quero). Já 75% dos profissionais veem esse tipo de alta como processo burocrático que envolve toda a equipe multiprofissional que, por sua vez, vai orientar a paciente: “A burocracia é importante, os termos são essenciais. Eu acredito que é um processo necessário, deixamos claro que o hospital não vai puni-la” (Assistente Social).

Diante disso, pode-se dizer que o processo não é tão burocrático para a paciente, até porque não é ela quem deve seguir os procedimentos definidos no fluxo hospitalar de alta a pedido. Pelas falas percebemos que a equipe consegue passar as orientações necessárias e até instigar confiança. Já para os profissionais, o que foi caracterizado como burocracia é essencial, seja porque responde às demandas por registro da situação ou até mesmo porque acreditam que quanto mais demorada for a conclusão do processo de alta, mais aumentam as chances de convencer a paciente a desistir da ideia.

Nesse contexto, observamos que alguns profissionais, em razão dos riscos a que a paciente está exposta, sentiram-se desapontados por não conseguir reverter sua decisão, mesmo considerando sua condição de direito. Outra questão observada é que geralmente o tempo da tomada de decisão da paciente nem sempre é o mesmo da equipe, pois a partir do momento de solicitação da alta, a rotina

do profissional é alterada, ou seja, deixa de lado o atendimento a outros pacientes para tentar mudar a decisão da solicitante, gerando tensão no contexto do trabalho.

Alta a pedido: prerrogativa de autonomia

No contexto atual, em que o paciente é considerado ser integral cuja subjetividade precisa ser ponderada no processo de atenção, já não é mais aceito o tradicional modelo paternalista de medicina em que o médico decide pelo paciente o melhor tratamento. O paciente se tornou o protagonista de sua terapêutica, tem sua liberdade resguardada e toma decisões sobre seu cuidado. Portanto, exige-se postura mais independente das terapias, e os profissionais da saúde devem estar cientes deste fato e saber lidar com os vários desafios que surgirão no dia a dia²⁵.

Ao serem indagadas sobre por que, mesmo não estando de alta médica, um paciente poderia sair do hospital, 75% das pacientes entrevistadas referiram-se intuitivamente a cidadania, Constituição Federal e maioridade, amparadas pelo senso comum, sem apresentar reflexão muito aprofundada sobre o que seriam direitos civis e sociais: “Porque como cidadã eu tenho direito de ir e vir, não estou presa no hospital. Eu sou responsável pelo meu bebê e comprehendo o que acontece com ele e comigo” (Andorinha). Outra entrevistada citou a questão da maioridade: “Ah não sei explicar, eu sei que estou errada, mas sou maior de idade e decido isso” (Sabiá).

Verificamos que as pacientes não têm consciência da saúde como direito nem de que seu bem-estar envolve critérios de dimensão subjetiva, pois apresentam discurso superficial que remete a aspectos legais da Constituição Federal de 1988. A análise das falas revelou a fragilidade desse conhecimento, no que diz respeito à noção de cidadania, considerando tanto os direitos como um todo quanto o direito à saúde especificamente²². No entanto, não se pode menosprezar as falas das pacientes, que articulam discurso sobre o direito de poder sair da instituição como parte da garantia de ir e vir assegurada no artigo 5º, inciso XV da Constituição Federal²⁶.

A partir desse ponto de vista, destacamos alguns filósofos que discutem a liberdade como algo inerente à cidadania. Analisando o trabalho de Rousseau e Kant a partir da perspectiva da liberdade, Carvalho²⁷ afirma que na obra “O contrato social”²⁸ de Rousseau a palavra “liberdade” pode ser tomada como sinônimo de autonomia, não é o agir sem normas, ao contrário, implica a disposição de seguir as normas que o próprio sujeito moral impõe. Já para

Kant²⁹, a liberdade se subdivide em interna (obrigação moral) e externa (obrigação jurídica). Assim, o direito é a liberdade exteriorizada.

Ao falarmos em direito, deve-se levantar importante questão sobre essa prerrogativa: o paciente está respaldado na sua tomada de decisão ao sair sem indicação médica? Primeiramente, o paciente tem que estar ciente e instruído, não podendo haver desconhecimento sobre atos médicos. Suas decisões têm que vir acompanhadas de suficiente grau de reflexão. Assim, mesmo esclarecido, se o sujeito optar pela renúncia, deve ser amparado pelo direito³⁰. No entanto, verificamos que muitas entrevistadas não reconhecem plenamente ou até mesmo desconhecem esse direito de estarem juridicamente amparadas.

A opinião dos profissionais é formulada em discursos diferentes dos identificados nas falas das pacientes: 75% deles apontam a autonomia do paciente como principal motivo para solicitar alta a pedido: “*Existe o princípio da autonomia. Se você está internada, consciente, orientada e ciente do seu quadro clínico, você tem todo o direito de pedir alta*” (Médico). Outra entrevistada afirma: “*Eu acredito que a paciente tem o direito de escolha, e a autonomia está presente nas políticas de saúde. Nós temos que considerar o protagonismo do paciente*” (Psicóloga).

Foi possível perceber em 87,5% dos discursos dos profissionais a compreensão do que é autonomia do paciente, bem como referências aos direitos dos usuários que orientam as políticas públicas de saúde. Vale ressaltar que os sistemas de saúde, na década de 1980, organizavam-se com base nos princípios da eficácia, otimização e eficiência, e a partir dos anos 1990 foram incorporadas as noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário, construindo a base para a humanização em saúde³¹.

Uma das principais legislações referentes ao assunto é a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”⁷, que traz seis princípios básicos de cidadania e garante o direito indispensável e digno nos sistemas de saúde. Desses princípios podemos destacar o quarto como o mais interessante para essa discussão. Ele determina que é direito do usuário consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, após receber as devidas informações e o pleno esclarecimento, salvo se sua deliberação acarretar risco à saúde pública⁷.

Diante disso, podemos afirmar em síntese que os entrevistados apresentam percepções diferentes e, principalmente, complementares sobre a alta a

pedido, uma vez que liberdade está atrelada a autonomia. Porém, falta ainda por parte das pacientes o discernimento da garantia de direitos, o entendimento mais ampliado sobre as políticas públicas de saúde e seu próprio papel enquanto protagonista de seu processo saúde-doença. Em contrapartida, cabe aos profissionais perceber, para além das questões legais, as necessidades de cada paciente, fomentando, cada vez mais, sua autonomia.

Para alcançar tal conhecimento ampliado e compreender melhor seu protagonismo, não cabe aos usuários apenas frequentar hospitais e postos de saúde; é necessário que toda a população tenha acesso à efetiva educação formal, em escolas equipadas, com professores bem preparados. Tomando como referência os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2012, em relação à população adulta do Ceará, vemos que a escolaridade média de adultos (de 25 anos ou mais de idade) é em torno de 6,1 anos de estudo. Em 2008, essa média era de 5,7 anos de estudo. Assim, percebemos um aumento nos anos de estudo por adultos³².

Já nos dados brasileiros de 2014 (Pnad/IBGE)³³, registrou-se maior escolaridade das mulheres em relação aos homens. No geral, as mulheres têm, em média, 8 anos de estudos, contra 7,5 dos homens; no Nordeste, especificamente, esses números variam 7 anos para as mulheres e 6,2 anos para os homens. Quanto ao nível de instrução, mais da metade da população de 25 anos ou mais de idade estava concentrada nos níveis de instrução formados pelo ensino fundamental incompleto (32%) e pelo ensino médio completo (25,5%).

Diante disso, não podemos afirmar com certeza qual aspecto pode ser levado em consideração para a falta de conhecimento das pacientes sobre seus direitos enquanto usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), pois pode ser devido tanto a baixa escolaridade ou baixo grau de instrução quanto ao acesso a educação sem qualidade.

Considerações finais

A análise da percepção de pacientes e profissionais sobre a alta a pedido apresenta como ponto de partida forte recorte socio-histórico de gênero, pois coube à mulher, ao longo do tempo, a responsabilidade do cuidado do ambiente privado, casa, filhos, fato que agudiza as preocupações, sobretudo quando ela necessita de atenção à saúde, como é

o caso das pacientes que solicitam alta hospitalar, participantes deste estudo.

Denotamos que a alegação de estresse e cansaço desse público decorre em parte do peso desse valor atribuído à mulher da preservação da prole. O fato é validado também pelas opiniões dos profissionais entrevistados, que associam ainda questões pessoais e familiares, principalmente a dificuldade em deixar os filhos sob cuidado de outras pessoas.

Outro ponto relevante da análise trata das fragilidades da política de saúde pública, do atendimento às necessidades das pacientes, da falta de insumos durante a internação, além da dificuldade na resolução de condutas, demora na realização e resultados de exames, entre outros fatores mencionados no texto que colaboraram para permanência ou abreviação da internação no hospital.

Destacamos ainda que as pacientes têm conhecimento superficial sobre seu direito como usuárias do SUS. Mesmo sem que possamos afirmar se as limitações da consciência cidadã advêm do nível de instrução adquirido ou da qualidade do ensino que receberam, não podemos pormenorizar que a mais vaga ideia de direito civil é o que ancora sua condição autônoma. Já os profissionais apresentaram discurso mais politizado, reconhecendo a autonomia do paciente como fator principal para justificar o direito a alta a pedido.

Em síntese, identificamos que os profissionais consideram especialmente os aspectos formais que estão na arena do direito (leis, regulamentações, rotinas e fluxos institucionais) ou se as pacientes contam ou não com apoio dos familiares e acompanhantes; já as pacientes trazem à tona preocupações de seu contexto e relações sociais, cujo afastamento leva ao que chamamos de

estresse hospitalar, aliado a limitações de infraestrutura hospitalar e no cuidado em saúde.

Para além dos participantes, a simples observação ampliou o olhar da pesquisadora quanto à questão da alta a pedido. Sobre isso, identificamos alguns aspectos de limitação da pesquisa, como a disponibilidade da pesquisadora para realizá-la, uma vez que a solicitação de alta pode acontecer em qualquer turno, podendo não coincidir com a presença da pesquisadora.

Outro ponto importante observado é que quando a paciente fazia o pedido, já estava bastante ansiosa, muito tensa e querendo ir embora logo. Diante disso, a pesquisadora tinha que ser sutil e respeitosa para não soar como se estivesse tentando fazê-la mudar de ideia. Mesmo considerando a carga emocional da situação, as pacientes se mostraram solícitas para realizar a entrevista.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas em turnos e momentos aleatórios, levando em consideração sua experiência com situações anteriores. Nesse contexto, os profissionais puderam explorar suas opiniões de forma mais tranquila.

Ademais, buscamos enfocar o prisma de análise sobre a alta a pedido para aperfeiçoar processos institucionais, bem como fomentar a importância da autonomia das pacientes. Ouvir, entender e validar necessidades, desejos, sentimentos e perspectivas de cada paciente que solicita a alta a pedido, para além do estatuto legal (que já garante formalmente esse direito), são desafios importantes para as equipes que atuam cotidianamente no contexto da internação.

Referências

1. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Machado R, organizador. Microfísica do poder [Internet]. Rio de Janeiro: Graal; 1979 [acesso 21 fev 2017]. p.57-64. Disponível: <http://bit.ly/2u6FsOH>
2. Mello IM. Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais [monografia] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008 [acesso 14 nov 2016]. p.81. Disponível: <http://bit.ly/2GdYszl>
3. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2004 [acesso 21 fev 2017];9(1):139-46. Disponível: <http://bit.ly/2FWtl2B>
4. Lauffer J. Alta a pedido e suas implicações éticas e legais [monografia] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007 [acesso 22 fev 2017]. p. 32. Disponível: <http://bit.ly/2G00mR5>
5. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 19 de setembro de 2009 (versão de bolso) [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 22 fev 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2gyRqtD>
6. Cano MV, Barbosa HF. Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 22 nov 2016];24(1):147-55. Disponível: <http://bit.ly/2ptpBol>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série E. Legislação de Saúde).

Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais

8. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (versão preliminar) [Internet]. Brasília: CFESS; 2009 [acesso 22 fev 2016]. p. 42. Disponível: <http://bit.ly/2u8iFBZ>
9. Soares JCRS, Camargo Junior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2007 [acesso 22 fev 2017];11(21):65-78. Disponível: <http://bit.ly/2puZpxY>
10. Silva JAC, Dias ACS, Machado AA, Fonseca RMM, Mendes RS. A importância da autonomia como princípio bioético. Rev Para Med [Internet]. 2012 [acesso 20 out 2016];26(2):8-11. p.5. Disponível: <http://bit.ly/2prWKkK>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso 1º nov 2017];24(1):17-27. Disponível: <https://bit.ly/214DfK5>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
15. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [acesso 1º ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/20ZpTqy>
16. Macena CS, Lange ESN. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. Psicol Hosp [Internet]. 2008 [acesso 22 fev 2017];6(2):20-39. Disponível: <http://bit.ly/2HTLCU>
17. Fongaro MLH, Sebastiani RW. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: Camon VA, organizador. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira; 1996. p.213.
18. Campos TCP. Psicologia hospitalar: a atuação de psicólogos em hospitais [Internet]. São Paulo: EPU; 1995 [acesso 14 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2laUgCl>
19. Camon VA. Psicologia hospitalar: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2010.
20. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde [Internet]. Brasília: CFESS; 2010 [acesso 28 nov 2016]. p. 82. (Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais). Disponível: <http://bit.ly/2IKjGmW>
21. Sant'Anna DB. Pacientes e passageiros. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2000 [acesso 15 nov 2016];4(6):11-20. Disponível: <http://bit.ly/2G1xFmV>
22. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad Saúde Pública [Internet]. 1998 [acesso 22 fev 2017];14(2):355-65. Disponível: <http://bit.ly/2pw7gan>
23. Santos SR, Lacerda MCN. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. Rev Bras Enferm [Internet]. 1999 [acesso 30 out 2016];52(1):43-53. Disponível: <http://bit.ly/2HRwkPZ>
24. Peres GM, Lopes AMP. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. Psicol Hosp [Internet]. 2012 [acesso 22 fev 2017];10(1):17-41. Disponível: <http://bit.ly/2FXcgPB>
25. Marçal VM. Autonomia do paciente [Internet]. In: Anais do V Encontro de Iniciação Científica, IV Encontro de Extensão Universitária, I Encontro de Iniciação Científica para o Ensino Médio; 2009; Presidente Prudente. Presidente Prudente: Etic; 2009 [acesso 5 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2G0FLff>
26. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. Art. 5º, inciso XV. p. 6.
27. Carvalho SC. A liberdade e a igualdade em Kant: fundamentos da cidadania. Virtuajus [Internet]. 2002 [acesso 2 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2HTYZUT>
28. Rousseau JJ. O contrato social. São Paulo: Abril Cultural; 1973. (Coleção Os Pensadores, 24).
29. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70; 1948.
30. Sudati MN, Cavalcante JTD. O respeito aos pacientes na escolha dos tratamentos médicos [Internet]. In: Anais do V Encontro de Iniciação Científica, IV Encontro de Extensão Universitária, I Encontro de Iniciação Científica para o Ensino Médio. Op. cit. Disponível: <http://bit.ly/2HUQk45>
31. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde Soc [Internet]. 2004 [acesso 22 fev 2017];13(3):30-5. Disponível: <http://bit.ly/2G0wSCE>
32. Barreto FAFD, Menezes ASB. Desenvolvimento econômico do Ceará: evidências recentes e reflexões [Internet]. Fortaleza: Ipece; 2014 [acesso 2 mar 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2GgEX9w>
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso 2 mar 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2pvASoh>

Correspondência

Lorena Loiola Batista – Rua 41, 1.701, Conjunto dos Bancários, Vila Velha CEP 60348-350. Fortaleza/CE, Brasil.

Lorena Loiola Batista – Mestranda – loreloiolab@hotmail.com
 Ana Karla Batista Bezerra Zanella – Mestre – anakarlabbz@yahoo.com.br
 Sarah Maria Fraxe Pessoa – Doutora – sarahfraxe2005@yahoo.com.br
 Analice Pereira Mota – Mestre – analice_mota@yahoo.com.br

Participação dos autores

Todas as autoras participaram da elaboração e revisão final do manuscrito. A coleta de dados em campo foi realizada por Lorena Loiola Batista. O planejamento de investigação e a análise dos dados foram feitos por Lorena Loiola Batista e Ana Karla Batista Bezerra Zanella.



Anexo

Entrevista com o paciente

Dados pessoais

Nome: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Quantos dias de internação: _____

Número de filhos: _____

Qual motivo da internação: _____

Possui acompanhante: Sim () Não ()

1. Quais os motivos que a levaram a solicitar a alta a pedido?

2. Como você comprehende o processo de condução da alta a pedido pelos profissionais? Teve autonomia?

3. Qual a importância das orientações dos profissionais sobre a alta a pedido? (Qual opinião levou mais em consideração)

4. Quais as razões que evitariam a solicitação da alta a pedido?

5. Para você, por que, mesmo não estando de alta médica, um paciente pode sair do hospital?

6. De que maneira a opinião dos familiares influencia sua tomada de decisão?

Entrevista com o profissional

Dados pessoais

Nome completo: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Quanto tempo de serviço: _____

7. Para você, quais motivos levam o paciente a solicitar a alta a pedido?

8. Como você comprehende o processo de condução da alta a pedido em seu passo a passo?

9. Qual a importância das orientações dos profissionais sobre alta a pedido?

10. Quais fatores você destaca que evitariam de a paciente solicitar a alta a pedido?

11. Qual o respaldo legal da alta a pedido? De onde vem esse direito?

12. De que maneira a opinião dos familiares influencia a tomada de decisão do paciente? (Os familiares ajudam ou atrapalham nesse processo?)
