

Recebido: 05.02.2021
Aceito: 29.12.2021

Como citar
este artigo

Lima ISO, Batista B, Cucolo DF, Perroca MG. Orientações para Alta Hospitalar: Satisfação do Paciente como Instrumento para Melhoria do Processo. Rev Paul Enferm. 2022;33:A04. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2022v33a04>

Orientações para Alta Hospitalar: Satisfação do Paciente como Instrumento para Melhoria do Processo

Discharge Guidelines: Patient Satisfaction as a Tool for Process Improvement

Orientaciones para el Alta Hospitalaria: la Satisfacción del Paciente como Instrumento para la Mejora del Proceso

Isabelle Souza de Oliveira Lima^I ORCID: 0000-0002-6552-3246

Bruna Batista^{II} ORCID:0000-0002-7617-9743

Danielle Fabiana Cucolo^{III} ORCID: 0000-0002-9926-1192

Marcia Galan Perroca^{IV} ORCID:0000-003-2931-8429

^I UNIMED. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

^{II} Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

^{III} Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil

^{IV} Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

RESUMO

Objetivo: Investigar a satisfação de pacientes quanto às orientações recebidas pela equipe para o cuidado em casa e identificar os fatores relacionados com o paciente, internação e alta intervenientes na satisfação. **Método:** Estudo *Survey* realizado em 12 unidades de internação de um hospital de ensino. O questionário, construído e testado em formato escala Likert foi distribuído aos pacientes ou seus acompanhantes incluídos no plano de alta responsável no período de abril e agosto de 2019. **Resultados:** A satisfação dos 111 pacientes com as orientações recebeu mediana 3,0(3,0-4,0), destacando-se o manuseio de sondas e curativos e uso de artefatos e serviços existentes na comunidade. Houve, também, associação com internação cirúrgica ($p=0,007$). **Conclusão:** Os pacientes relataram estar satisfeitos com as orientações recebidas. Entretanto, elas não foram realizadas com a totalidade de pacientes e/ou não contemplaram aspectos importantes para preparar o paciente/familiar para a alta. O único fator interveniente na satisfação foi a modalidade de internação cirúrgica.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente, Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde, Alta do Paciente, Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To investigate the satisfaction of patients regarding the guidance received by the team for care at home and to identify the factors related to patient, hospitalization, and discharge that intervene in

Autora
Correspondente

Marcia Galan Perroca
marcia.perroca@gmail.com

satisfaction. **Method:** Survey study conducted in 12 inpatient units of a teaching hospital. The questionnaire, constructed and tested in Likert scale format was distributed to patients or their companions included in the responsible discharge plan in the period April and August 2019. **Results:** The 111 patients' satisfaction with guidelines received a median 3.0(3.0-4.0), highlighting the handling of probes and dressings and use of existing artifacts and services in the community. There was also an association with surgical hospitalization ($p=0.007$). **Conclusion:** Patients reported being satisfied with the orientation received. However, they were not given to all patients and/or did not include important aspects to prepare the patient/family for discharge. The only intervening factor in satisfaction was the surgical admission modality.

Descriptors: Continuity of Patient Care, Process Assessment, Health Care, Patient Discharge, Nursing Staff, Hospital, Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la satisfacción de pacientes con respecto a las orientaciones recibidas por el equipo para el cuidado en casa e, identificar los factores relacionados con el paciente, la hospitalización y el alta que interfieren en la satisfacción. **Método:** Estudio Survey realizado en 12 unidades de hospitalización de un hospital universitario. El cuestionario, construido y probado en formato Escala Likert, se distribuyó a los pacientes o sus acompañantes incluidos en el plan de alta responsable en el período de abril a agosto de 2019. **Resultados:** La satisfacción de los 111 pacientes con las orientaciones recibió una mediana de 3,0 (3,0-4,0), destacándose el manejo de sondas y apósitos, uso de artefactos y servicios existentes en la comunidad. Hubo una asociación con hospitalización quirúrgica ($p=0,007$). **Conclusión:** los pacientes relataron estar satisfechos con las orientaciones recibidas. Sin embargo, éstas no fueron realizadas para la totalidad de pacientes y/o no consideraron aspectos importantes para preparar al paciente/familiar para el alta. El único factor que interfirió en la satisfacción fue la modalidad de hospitalización quirúrgica. **Descriptor:** Continuidad de la Atención al Paciente, Evaluación de Procesos, Atención de Salud, Alta del Paciente, Personal de Enfermería en Hospital, Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Alta hospitalar responsável, instituída no Brasil em 2013⁽¹⁾, compreende mecanismos de desospitalização e continuidade do cuidado no domicílio, articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fortalecimento da autonomia e do autocuidado do paciente. Esta diretriz da política nacional tem como alvo pacientes que demandam colaboração da equipe multiprofissional devido à necessidade de uso de dispositivos ou equipamentos de saúde.

As orientações planejadas para a alta são indispensáveis ao processo de cuidar e, na equipe de enfermagem, de responsabilidade do profissional enfermeiro. Quando realizadas apropriadamente, proporcionam segurança emocional ao paciente, favorecendo as alterações em seus hábitos e rotinas⁽²⁾.

Dificuldades, no entanto, têm sido elencadas com relação ao processo de alta e sua interferência na qualidade das orientações para a transferência do cuidado. Em algumas instituições hospitalares, a alta programada ocorre apenas em casos complexos, sendo, em sua maioria, definida no próprio dia, dificultando, dessa forma, a comunicação entre os membros da equipe. Com isso, as orientações para a alta só chegam ao paciente no momento de sua saída do hospital de forma rápida e superficial, sem valorizar as particularidades individuais e checar a compreensão das orientações recebidas⁽³⁾.

Além da fragilidade quanto às informações fornecidas aos pacientes e seus familiares, ocorre, ainda, comunicação deficiente entre os profissionais de saúde dos hospitais e os cuidadores domiciliares dificultando a continuidade da assistência⁽⁴⁾. O planejamento inadequado da alta torna o cuidado fragmentado e descontínuo, colocando os pacientes em risco após a desospitalização podendo acarretar, posteriormente, reinternação desnecessária⁽⁵⁾.

As orientações devem ser realizadas de forma completa, transferindo a responsabilidade do cuidado para o paciente e seu cuidador. Apresentam qualidade quando se iniciam no momento da admissão, são oferecidas em linguagem adequada ao grau de entendimento dos pacientes e levando em conta suas preferências e, ainda, que abordem os cuidados domiciliares e a quem recorrer em casos de emergência⁽⁶⁾.

A satisfação do paciente com os cuidados realizados e com as informações de educação recebidas durante a hospitalização é considerada um indicador de qualidade assistencial. Desta forma, a satisfação com as orientações para a alta tem sido, rotineiramente, avaliada no processo após a desospitalização⁽⁷⁾. Na presente investigação, este conceito é entendido como o grau de atendimento às expectativas do paciente/família abrangendo aspectos como capacidade de atender às necessidades de cuidados⁽⁸⁾, vínculo com os profissionais de enfermagem e informações sobre saúde⁽⁹⁾, dentre outros.

Este estudo vincula-se ao grupo de pesquisa Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE). Visa responder às seguintes questões: *Os pacientes e seus familiares mostram-se satisfeitos com as orientações recebidas pela equipe, durante o período de hospitalização, para o cuidado em casa? Fatores relacionados com o paciente, internação e alta interferem nessa satisfação?* Tem por objetivo investigar a satisfação de pacientes quanto às orientações recebidas pela equipe para o cuidado em casa e identificar os fatores relacionados com o paciente, internação e alta intervenientes na satisfação.

MÉTODO

Utilizou-se o método de pesquisa *Survey* para a interrogação direta de pessoas por meio de questionário. O estudo foi realizado em 12 unidades de internação, sendo cinco clínicas médico-cirúrgicas e sete unidades especializadas de um hospital de ensino da região noroeste do estado de São Paulo. Esta instituição, de capacidade extra e nível quaternário, atende 102 municípios sendo 85% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No período entre janeiro e dezembro de 2018, foram documentadas 1517 altas responsáveis pelo Serviço de Gerenciamento de Leitos da instituição, perfazendo, em média, 126 altas/mês. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a agosto de 2019.

O tamanho amostral para aplicação dos questionários foi fixado em N=307 pacientes e calculado com base no número de altas responsáveis documentadas, em 2018. Estabeleceu-se o nível de significância de 5% sendo os valores divididos, proporcionalmente, de acordo com o número de altas de cada unidade (amostra estratificada). Fizeram parte da investigação todos os pacientes inseridos no programa de alta responsável, que atenderam aos critérios de elegibilidade: pacientes crônicos, em cuidados paliativos e/ou em uso de dispositivos (sondas, estomias), medicamentos e equipamentos que demandam atenção de profissionais da saúde, em especial da enfermagem, independente de sexo e idade.-

A construção do questionário baseou-se em outros instrumentos documentados na literatura^(8, 10-11) adaptado à população-alvo e objetivos do estudo. A parte inicial referiu-se ao perfil do paciente e solicitou informações como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e, quando respondente em nome do paciente, o grau de parentesco; dados sobre a internação (motivo, unidade, especialidade médica, cirurgia realizada, internação anterior e recebimento de orientações em internação anterior) e alta. Na parte que se seguiu, o participante assinalou se recebeu ou não as orientações listadas (n=20) e seu nível de satisfação com as mesmas em uma escala Likert de cinco pontos de zero (nada satisfeito) a quatro (completamente satisfeito).

Uma vez que a proposta desta investigação não foi construir um instrumento para mensurar a satisfação do paciente, mas sim uma listagem de ações educativas realizadas por enfermeiros

fundamentadas em revisão de literatura e instrumentos validados, não foi realizada trajetória metodológica específica para validação de escalas de mensuração. Dessa forma, o questionário foi submetido a um pré-teste para avaliar seu conteúdo e clareza mediante aplicação junto a cinco pacientes internados em diferentes unidades. Os pontos frágeis identificados sofreram ajustes para facilitar a compreensão dos respondentes.

Para distribuir os questionários aos pacientes elegíveis (incluídos no plano de alta responsável), consultou-se, previamente, a listagem disponibilizada pelo Serviço de Gerenciamento de Leitos da instituição, e os enfermeiros das unidades de internação foram contactados para informar a previsão de alta desses pacientes. Então, no dia da alta hospitalar, o paciente foi convidado para participar da pesquisa, recebendo esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e conteúdo do instrumento e, mediante aceite, uma das pesquisadoras entregava o questionário para preenchimento. Nas situações em que apresentaram alteração do nível de consciência, deficiência motora ou impossibilidade de leitura/redação foi solicitado que o familiar/acompanhante preenchesse o questionário em nome do paciente.

De acordo com os princípios éticos para pesquisa com seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP e aprovado sob parecer número 3.198.240.

Para análise estatística foi utilizado o programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA adotando-se o nível de significância $p \leq 0,05$.

Realizaram-se:

- Análise descritiva com medidas de tendência central;
- Comparação das variáveis categóricas: Testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher (para valores esperados menores que 5);
- Comparação das variáveis numéricas: Teste de Mann-Whitney (duas categorias) e o teste de Kruskal-Wallis (três ou mais categorias), devido à ausência de distribuição normal das variáveis;
- Correlações entre variáveis numéricas e o escore médio total: coeficiente de correlação de Spearman;

O agrupamento e a categorização dos dados subjetivos ocorreram segundo os objetivos do estudo.

RESULTADOS

Foram obtidas 111 avaliações (erro amostral de 9%), sendo 22(19,8%) respondidas pelo próprio paciente e 89(80,2%) por seus cuidadores familiares e não familiares, em sua maioria, filhos 44(51,2%) e maridos/esposas 13(15,1%).

Os pacientes investigados eram do sexo masculino 58(53,2%), com idade média de 62,8 (Dp=16,3), na faixa etária entre 60 e 79 anos - 58(52,7%) (não apresentado na tabela), casados/união estável 62(55,9%), com ensino fundamental incompleto 44(40%) e aposentados 64(58,2%). Destaca-se 27(24,5%) deles sem escolaridade (Tabela 1).

A internação ocorreu, em sua maioria, na modalidade clínica 67(61,5%), com tempo médio de 16,7(Dp=18,3) dias. Os participantes - 62(55,9%) - não referiram ter tido hospitalização anterior pelo mesmo diagnóstico. Dentre os 49 que já haviam sido hospitalizados, 35(71,4%) relataram ter recebido orientações sobre alta (Tabela 2).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019, N=111

Varáveis	N	%
Sexo*		
Feminino	51	46,8
Masculino	58	53,2
Idade*		
M(Dp)	62,8 (16,3)	
Variação	14-97	
Estado civil		
Solteiro	12	10,8
Casado/união estável	62	55,9
Divorciado	13	11,7
Viúvo	24	21,6
Ocupação*		
Ativos	46	41,8
Aposentados	64	58,2
Escolaridade*		
Sem escolaridade	27	24,5
Fundamental incompleto	44	40,0
Fundamental completo	9	8,2
Médio incompleto	4	3,6
Médio completo	18	16,4
Ensino superior	8	7,3

*Dados perdidos; M(Dp) – Média (Desvio padrão)

Tabela 2 - Dados sobre internação e alta dos pacientes. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019. N=111

VARIÁVEIS	N	%
UNIDADE DE INTERNAÇÃO		
CLÍNICA MÉDICO-CIRÚRGICA	61	54,9
UNIDADE ESPECIALIZADA	50	45,1
MODALIDADE*		
CLÍNICA	67	61,5
CIRÚRGICA	42	38,5
TEMPO DE INTERNAÇÃO*		
M(DP)	16,7(18,3)	
VARIÇÃO (DIAS)	1-111	
INTERNAÇÃO MESMO PROBLEMA		
SIM	49	44,1
NÃO	62	55,9
ORIENTAÇÃO ANTERIOR		
SIM	35	71,4
NÃO	14	28,6

*Dados perdidos; M(Dp) – Média (Desvio padrão)

Dentre as especialidades médicas ressaltam-se ortopedia 21(19,3%), neurologia 18(16,6%) e oncologia 16(14,4%) nas modalidades clínica e cirúrgica (Tabela 3).

As áreas de cuidados mais orientadas pela equipe, segundo o paciente/família foram: segurança para o autocuidado 98(88,3%), serviços existentes na comunidade 95(85,6%), cuidados diários 81(73%) e uso de medicamentos 73(65,8%). No que se refere à forma como as orientações foram realizadas, salientam-se: abertura para fazer perguntas 104(93,7%), clareza 98(88,3%) e forma verbal 97(87,4%), conforme apresentados na tabela 4.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes por especialidade nas modalidades clínica e cirúrgica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019. N=111

Especialidade*	Cirúrgica		Clínica		Total	
	n	%	n	%	N	%
Gastroenterologia	6	5,5	1	0,9	7	6,4
Ortopedia	14	12,8	7	6,5	21	19,3
Oncologia	2	1,8	14	12,8	16	14,6
Paliativo	-	-	7	6,4	7	6,4
Cardiovascular	4	3,7	3	2,8	7	6,5
Neurologia	9	8,3	9	8,3	18	16,6
Transplante	2	1,8	9	8,3	11	10,1
Pneumologia	2	1,8	10	9,2	12	11,0
Nefrologia	-	-	1	0,9	1	0,9
Urologia	-	-	4	3,7	4	3,7
Infectologia	2	1,8	-	-	2	1,8
Endocrinologia	-	-	1	0,9	1	0,9
Otorrinolaringologia	1	0,9	-	-	1	0,9
Dermatologia	-	-	1	0,9	1	0,9
Total	42	38,4	67	61,6	109	100

*Dados perdidos

Tabela 4 – Respostas dos participantes sobre as orientações recebidas durante a hospitalização. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019, N=111

Afirmações	Sim		Não		Não necessário	
	n	%	n	%	N	%
Cuidados diários	81	73	25	22,5	5	4,5
Uso de medicamentos	73	65,8	36	32,4	2	1,8
Manuseio de sondas	39	35,1	14	12,6	58	52,3
Manuseio de drenos e ostomias	12	10,8	9	8,1	90	81,1
Colocação de comadre/papagaio	11	9,9	8	7,2	92	82,9
Cuidados com curativos	44	39,6	17	15,3	50	45,1
Atividades após a alta	67	60,4	30	27,0	14	12,6
Uso de artefatos de mobilidade	29	26,1	27	24,3	55	49,6
Orientações verbais	97	87,4	12	10,8	2	1,8
Orientações escritas	59	53,2	51	45,9	1	0,9
Explicações com clareza	98	88,3	13	11,7	-	-
Abertura para fazer perguntas	104	93,7	6	5,4	1	0,9
Explicações com folhetos/vídeo	20	18	82	73,9	9	8,1
Segurança para o autocuidado	98	88,3	12	10,8	1	0,9
Participação plano alta - paciente	54	48,7	44	39,6	13	11,7
Participação plano alta - família	63	56,8	43	38,7	5	4,5
Plano de alta explicado - paciente*	49	44,6	46	41,8	15	13,6
Plano de alta explicado - família*	64	58,2	42	38,2	4	3,6
Serviços existentes na comunidade	95	85,6	15	13,5	1	0,9
Utilização suprimentos médicos	73	65,8	28	25,2	10	9

*Dados perdidos

A satisfação dos pacientes quanto ao recebimento de orientações para a alta hospitalar variou de Md 3(2:4) para atividades após a alta - média 3,1(Dp=0,9) - e colocação de comadre/papagaio - média 3,0(Dp=1,0) - a Md 4(3:4) - cuidados com curativos, explicações com clareza,

abertura para fazer perguntas, plano de alta explicados para o paciente, serviços existentes na comunidade - todas com média 3,4(Dp=0,7). A satisfação geral obtida recebeu Md 3(3:4) (Tabela 5).

Tabela 5 - Satisfação dos pacientes que receberam orientação para a alta hospitalar durante o período de internação, de acordo as afirmações da escala Likert. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019. N=111

Afirmarções	N	M (Dp)	Md (Q1:Q3)	Variação
Cuidados diários	81	3,3 (0,7)	3 (3:4)	2 – 4
Uso de medicamentos	73	3,2 (0,8)	3 (3:4)	1 – 4
Manuseio de sondas	39	3,2 (0,9)	4 (2:4)	1 – 4
Manuseio de drenos e ostomias	12	3,5 (0,5)	3,5 (3:4)	3 – 4
Colocação de comadre/papagaio	11	3,0 (1,0)	3 (2:4)	1 – 4
Cuidados com curativos	44	3,4 (0,9)	4 (3:4)	0 – 4
Atividades após a alta	67	3,1 (0,9)	3 (2:4)	1 – 4
Uso de artefatos de mobilidade	29	3,3 (1,0)	4 (3:4)	1 – 4
Orientações verbais	97	3,2 (0,9)	3 (3:4)	0 – 4
Orientações escritas	59	3,8 (0,2)	3 (3:4)	1 – 4
Explicações com clareza	98	3,4 (0,7)	4 (3:4)	2 – 4
Abertura para fazer perguntas	104	3,4 (0,8)	4 (3:4)	1 – 4
Explicações com folhetos/vídeo	20	3,3 (0,9)	3,5 (3:4)	1 – 4
Segurança para o autocuidado	98	3,2 (0,9)	3 (3:4)	1 – 4
Participação plan. alta – paciente	54	3,3 (0,6)	3 (3:4)	2 – 4
Participação plano de alta – família	63	3,2 (0,9)	3 (3:4)	0 – 4
Plano de alta explicado - paciente *	49	3,4 (0,7)	4 (3:4)	2 – 4
Plano de alta explicado - família*	64	3,3 (0,8)	3 (3:4)	1 – 4
Serviços existentes na comunidade	94	3,4 (0,7)	4 (3:4)	1 – 4
Utilização suprimentos médicos	73	3,3 (0,8)	3 (3:4)	1 – 4
Satisfação geral*	110	3,1 (1,0)	3 (3:4)	0 – 4

M(Dp) – Média (Desvio padrão); Md (Q1:Q3) – Mediana e Quartis; *Dados perdidos

Para identificar os fatores que influenciaram a satisfação foram realizadas comparações entre o escore médio de satisfação geral e as variáveis numéricas e categóricas. Não foram encontradas correlações significativas para idade ou tempo de internação e mesmo associação com unidade de internação, respondentes, grau de parentesco, faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, internação anterior e recebimento de orientações pelo mesmo diagnóstico. Verificou-se, apenas, diferença significativa para a modalidade de internação (p=0,007 - teste de Mann-Whitney) com maiores escores de satisfação geral para os pacientes cirúrgicos. Ainda, a comparação entre as variáveis numéricas e categóricas entre os grupos de satisfeitos x insatisfeitos não evidenciou diferença significativa entre satisfação geral para nenhuma das variáveis.

No espaço destinado aos comentários adicionais, os participantes registraram: falta de orientação (no período pós-operatório, de algum sintoma, sobre estado de consciência, alimentação, permanência do acompanhante junto ao paciente) e um elogio ao desempenho da equipe profissional. Ainda, dois comentários referiam-se às orientações não recebidas de assuntos ligados à especialidade médica.

DISCUSSÃO

Os pacientes avaliados apresentaram idade média de 62,8 anos e a maioria estava na faixa etária entre 60 e 79 anos. Outra pesquisa realizada em hospital de ensino também identificou esse perfil de participantes - 49% - com mais de 60 anos de idade⁽¹²⁾. A idade pode ser

um fator significativo com correlação positiva em relação à confiança dos pacientes sobre a equipe de enfermagem⁽¹³⁾. Houve alta média de permanência dos pacientes (16,7 dias), valor superior ao encontrado em hospitais de porte especial (13,6 dias) e hospitais de ensino (6,8 dias)⁽¹⁴⁾. Contudo, os pacientes incluídos no presente estudo faziam parte do processo de alta responsável e não da alta convencional como nos demais citados.

Observou-se, também, que 40% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto e 24,5% apontaram não ter educação formal. O nível de escolaridade pode influenciar a adesão ao tratamento de saúde, exigindo dos profissionais a utilização de estratégias de orientação que facilitem a compreensão por meio de linguagem simples e uso de manuais ilustrativos⁽¹⁵⁾. A utilização de vídeos educativos, dentre outros recursos tecnológicos, também se constitui em aliado dos profissionais na educação em saúde. Destaca-se o uso desta estratégia no ensino sobre os cuidados, bem como na redução da ansiedade e no desenvolvimento da autonomia dos pacientes⁽¹⁶⁾.

No entanto, a maior parte dos pacientes/acompanhantes relatou não ter recebido orientações por meio de folhetos/vídeos e um percentual relevante não obteve orientações por escrito. No cotidiano das equipes de saúde a utilização de estratégias tecnológicas parece fragilizada por deficiência no conhecimento dos profissionais ou pela falta de materiais/equipamentos e de apoio técnico⁽¹⁷⁾, ou seja, por carência de investimentos.

Sabe-se que as orientações verbais predominam no âmbito da saúde, mas outras estratégias educativas precisam ser empregadas visando atender às necessidades e capacidades individuais⁽¹⁶⁾. Além disso, para que o paciente não se sinta sobrecarregado de informações e desinteressado pelos materiais fornecidos, faz-se necessário associar orientações verbais, escritas, demonstrações e solicitar a participação do familiar/cuidador durante os esclarecimentos⁽¹⁸⁾.

Os participantes avaliados relataram ter recebido orientações na internação anterior, embora não em sua totalidade, sendo expressiva a quantidade daqueles que não as receberam. Com respeito à atual internação, aponta-se a abertura da equipe de enfermagem aos questionamentos e clareza nas explicações realizadas, na maioria das situações, de forma verbal. Esses resultados corroboram outro estudo⁽¹⁹⁾ quanto à disposição dos profissionais para responder questionamentos; porém, diferem quanto à clareza na linguagem utilizada pelos enfermeiros e na celeridade com que as informações foram transmitidas, dificultando o entendimento.

Destaca-se que a maioria dos questionários foi respondida por acompanhantes familiares e não familiares, considerando as condições de alteração do nível de consciência ou deficiência motora dos pacientes internados pelas especialidades de ortopedia, neurologia, oncologia, transplante e pneumologia ou, ainda, pela dificuldade de leitura, compreensão e redação. Estudo⁽⁸⁾ que avaliou a satisfação em relação ao atendimento das necessidades de cuidados identificou melhor nível de escolaridade do acompanhante em relação ao paciente, mas, a opinião entre eles mostrou-se semelhante. Assim, mesmo diante da alta permanência dos pacientes na instituição pesquisada e da possível rotatividade de acompanhantes, é importante considerar o binômio paciente/família na desospitalização e continuidade dos cuidados.

Neste estudo, parece existir uma preocupação da equipe quanto à orientação de alguns itens relacionados com a segurança no autocuidado, serviços existentes na comunidade, cuidados diários, uso de medicamentos e utilização de suprimentos médicos que geram impacto na continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Entretanto, apesar do elevado percentual de orientações, elas ainda não alcançam a totalidade dos pacientes representando, assim, um desafio para o profissional de enfermagem. As ações educativas têm sido destacadas como uma das mais frequentes no cuidado não realizado e sofrem impacto do ambiente de trabalho. Neste aspecto, destaca-se a indisponibilidade de tempo e carga de trabalho elevada, dificultando o gerenciamento das orientações para a alta pelo enfermeiro⁽²⁰⁾. Também, na percepção de pacientes, as ações educacionais precisam ser aprimoradas⁽²¹⁾.

A participação do paciente e do familiar no plano de alta mostrou-se deficiente, assim como em outros estudos⁽²²⁾. Os profissionais de saúde precisam apoiar e desenvolver capacidades de cuidado junto ao paciente e, também, junto ao familiar que, muitas vezes, expõe sua saúde para cuidar do outro. E, nesta transição do hospital para o domicílio, o enfermeiro deve facilitar a interação e a inclusão nos cuidados⁽²³⁾.

O plano de alta é um instrumento de comunicação entre profissionais e pacientes/familiares e de articulação entre os serviços de saúde⁽²⁴⁻²⁵⁾. Os pacientes valorizam as orientações quando são participantes ativos no planejamento da alta. Esse envolvimento promove aproximação entre pacientes e profissionais da saúde podendo minimizar sentimentos de medo, ansiedade e, até mesmo, uma possível resistência ao tratamento^(12,26) além de poder gerar uma empatia para maior esclarecimento de dúvidas e outras inquietações. Ao gerenciá-lo, incluindo paciente/familiar nas decisões, o enfermeiro estará qualificando os cuidados, prevenindo danos e readmissões desnecessárias, além de melhorar a satisfação sobre os serviços prestados⁽²⁶⁾.

Para garantir uma melhor adaptação do paciente em casa, é fundamental que a alta comece a ser planejada em até 24 horas após a admissão hospitalar⁽⁵⁾ e, ainda, que o plano seja revisado diariamente com atualizações da data prevista de acordo com a evolução do paciente. Esta cultura precisa ser valorizada e incorporada na dinâmica de trabalho da equipe de saúde ao longo da internação.

Diante das orientações efetivamente realizadas, os pacientes/acompanhantes participantes desse estudo sentiram-se muito ou completamente satisfeitos. Dentre os itens mais pontuados destacam-se: receptividade da equipe aos questionamentos, clareza nas explicações, orientações sobre curativos, uso de artefatos para mobilidade, serviços para acompanhamento na comunidade e, quando realizado, o plano de alta. Pesquisa realizada com pacientes idosos, população semelhante a deste estudo, demonstrou que 78,4% deles consideram-se satisfeitos com o serviço de enfermagem e 21,6% relataram bom atendimento, no entanto, 80,4% não obtiveram esclarecimentos sobre a doença que motivou sua internação e 90,2% não receberam informações sobre o tratamento realizado⁽²⁶⁾.

Encontraram-se maiores escores de satisfação geral para os pacientes internados na modalidade cirúrgica, talvez, pelo menor tempo de permanência hospitalar, ou ainda, pela disponibilidade de orientação prévia sobre procedimentos e cuidados, quando provenientes de cirurgia eletiva. Não houve correlações significativas para as demais variáveis investigadas, até mesmo, na comparação entre os grupos de satisfeitos x insatisfeitos.

É importante destacar que os achados refletem a realidade de um contexto de prática sob o olhar subjetivo e temporal de pacientes e seus acompanhantes, mas podem subsidiar a transformação do processo de alta hospitalar melhorando a satisfação dos pacientes quanto às orientações recebidas e, conseqüentemente, os cuidados a serem continuados na comunidade. Por se tratar de um processo dinâmico, as altas nem sempre aconteceram na data prevista, dificultando a disponibilização do instrumento de avaliação ao paciente/acompanhante e gerando perda. O processo de alta responsável da instituição encontra-se em fase de reestruturação para aprimoramento, inclusive do sistema de comunicação. Após cinco meses de coleta de dados, e próximo à finalização do tempo programado para condução do estudo, optou-se por assumir o erro amostral de 9% com a conseqüente diminuição da precisão da estimativa e generalização dos achados.

As implicações de estudos de satisfação para a prática de enfermagem são inúmeras. Destacam-se, entre elas, a identificação do perfil dos pacientes assistidos possibilitando melhor adequação de recursos direcionados às suas reais necessidades e dificuldades para o autocuidado no domicílio. Percepções desfavoráveis ante as orientações recebidas na alta responsável podem ser utilizadas como instrumento para melhoria do processo tanto intra-institucional como em programas em saúde, promovendo a continuidade do cuidado.

Instrumentos similares ao utilizado para avaliar a satisfação dos pacientes/acompanhantes sobre o preparo para a alta podem ser incorporados ao contexto de prática tanto em âmbito hospitalar quanto domiciliar.

CONCLUSÃO

A satisfação dos pacientes quanto às orientações recebidas pela equipe de enfermagem mostrou-se elevada. Entretanto, elas não abrangeram a totalidade dos pacientes e alguns aspectos relevantes para a transição do cuidado no domicílio não foram abordados. Ainda, os pacientes referiram não se sentir incluídos no plano de alta. A internação cirúrgica foi a única modalidade interveniente na satisfação.

FOMENTO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP/SP) em 2019 e vinculado ao Grupo de Pesquisa "Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem" (GESTSAÚDE).

CONFLITOS DE INTERESSES

Não houve conflitos de interesses neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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) [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2019 Nov 08]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
2. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(1):1-105. <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD000313.pub5>
3. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Patient safety and medication use after discharge: exploratory study. *Saúde Soc*. 2014;23(4):1431-44. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400025>
4. 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;19:224. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>
5. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico FA, Bovenzi MF, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl*. 2017;19(Suppl D):D244-D255. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
6. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Intern Med*. 2013;173(18):1715-22. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9318>
7. Waniga HM, Gerke T, Shoemaker A, Bourgoine D, Eamranond P. The Impact of Revised Discharge Instructions on Patient Satisfaction. *J Patient Exp*. 2016;3(3):64-8. <https://doi.org/10.1177/2374373516666972>

8. Martins PF, Perroca MG. Patient and companion satisfaction regarding the meeting of nursing care needs. *Rev Eletrônica Enferm.* 2017;19:a18. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.41138>
9. Santos MA, Sardinha AHL, Santos LN. User satisfaction with the care of nurses. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(1):e57506. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.57506>
10. Hadjistavropoulos H, Biem H, Sharpe D, Bourgaultfagnou M, Janzen J. Patient perceptions of hospital discharge: reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire. *Int J Qual Health Care.* 2008;20(5):314-23. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn030>
11. Ferreira PL, Mendes AP, Fernandes IR, Ferreira RR. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planejamento da alta (PREPARED). *Rev Enferm Ref [Internet].* 2011 [cited 2019 Nov 08];3(5):121-33. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a13.pdf>
12. Molina L, Karine; Moura GMSS. Patient satisfaction according to the form of hospital stay at a teaching hospital. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(1):17-25. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600004>
13. Baracho VS, Caldeira ABR, Guedes CF, Ferreira PHC, Guedes HG, Ribeiro LCC. Visão dos clientes externos sobre a satisfação dos serviços de enfermagem hospitalar: abordagem interpessoal. *Rev Gest Saúde [Internet]* 2016 [cited 2019 Jan 20];7(2):608-22. Available from: periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/3513/3199/
14. Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Performance evaluation of hospitals that provide care in the public health system, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:43. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005748>
15. Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. An evaluation of elderly people's understanding of pharmacotherapy among those treated in the Primary Healthcare System in Belo Horizonte, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3469-81. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19812015>
16. Dalmolins A, Girardon-Perlinis NMO, Coppettis LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(n. esp.):e68373. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68373>
17. Guimarães SL, Mazza VA, Weissheimer G, Lima VF, Pereira Neto AF. Limitações dos enfermeiros na orientação ao uso de informações on-line em saúde. *J Health Inform. [Internet]* 2019 [cited 2019 Jan 20];11(3):79-84. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/672/366>
18. Nascimento EA, Tarcia RML, Magalhães LP, Soares MAL, Suriano MLF, Domenico EBL. Educational pamphlets on health: a reception study. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(3):432-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300011>
19. Caldeira ABR, Baracho VS, Guedes CF, Ferreira PHC, Guedes HM, Ribeiro LCC. Satisfação de pacientes quanto à assistência de enfermagem: dimensão educacional. *J Health Biol Sci.* 2016;4(4):245-50. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v4i4.742.p245-250.2016>
20. See MTA, Chee S, Rajaram R, Kowitlawakul Y, Liaw SY. Missed nursing care in patient education: a qualitative study of different levels of nurses' perspectives. *J Nurs Manag.* 2020;28:1960-1967. <https://doi.org/10.1111/jonm.12983>
21. Sales AE, Santos NC, Manoel JMS, Bendinelli PC, Soave BCR, Domenico EBL. Satisfação do paciente oncológico com atividades de enfermagem empreendidas por um programa de extensão universitária. *Rev Conexão UEPG.* 2019;15(1):31-6. <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.15.i1.0004>

22. Lopes VJ, Souza MAR, Schwyzer I, Vasconcelos J, Dzikovicz VL, Silva IA. Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. *Rev enferm UFPE*[Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 08];13(4):1142-50. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236850/31849>
23. Labegalini CMG, Nogueira IS, Moretti AZP, Carreira L, Baldissera VDA. Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2016;6(1):1994-2008. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.1129>
24. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 08];22(3): e47615. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876317/47615-209527-1-pb.pdf>
25. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39: e20180119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
26. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53: e03477. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>