



Grupo Ser Educacional  Gente criando o futuro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO**

**JULIANA RODRIGUES DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DO PACIENTE**  
**CIRÚRGICO SOBRE ORIENTAÇÕES DE ALTA**

**Guarulhos**

**2019**

**JULIANA RODRIGUES DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DO PACIENTE  
CIRÚRGICO SOBRE ORIENTAÇÕES DE ALTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Maiara Rodrigues dos Santos

**Guarulhos**

**2019**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Fernando Gay da Fonseca

S586a

Silva, Juliana Rodrigues da  
Avaliação da compreensão do paciente cirúrgico sobre orientações de  
alta. / Juliana Rodrigues da Silva. - 2019.  
75 f.; 31 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maiara Rodrigues dos Santos

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de pós-graduação  
em enfermagem, Universidade Guarulhos, 2019.

1. Alta do Paciente 2. Comunicação em Saúde 3. Segurança do  
Paciente 4. Comunicação não verbal 5. Hospitalização I. Título II. Santos,  
Maiara Rodrigues dos (orientadora) III. Universidade Guarulhos.

CDD. 610.73

## ATA DA DEFESA



Grupo Ser Educacional



Gente criando o futuro

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada "Avaliação da Compreensão do paciente cirúrgico sobre orientações de alta", em sessão pública realizada em 20 de dezembro de 2019, considerou a candidata Juliana Rodrigues da Silva aprovada.

1. Profa. Dra. Maiara Rodrigues dos Santos Maiara Santos

2. Profa. Dra. Ana Claudia Giesbrecht Puggina Rosa A. Puggina

3. Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes Rosa Áurea Q. Fernandes

*É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.*

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que estão ao meu lado, em todas as circunstâncias. Aos meus pais, **Maria de Lourdes e Valdeci Rodrigues**. Ao meu esposo, **Leonardo Lopes**, pelo amor, pelo companheirismo, pela dedicação, pelo empenho, por não me deixar desistir, por perseverar ao meu lado e por me incentivar em toda essa jornada. À minha filha, por quem busco sempre o melhor de mim, **Esther Vitória**. E aos meus amigos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço esse momento a Deus, por toda jornada de lutas e vitórias.

À toda minha família, que se fez presente nos momentos mais árduos, contribuindo com compreensão e ânimo.

À Professora Dra. **Ana Cláudia Puggina**, por todo apoio, ensinamentos, questionamentos e incentivo.

À minha orientadora Professora Dra. **Maiara Rodrigues dos Santos**, por ter aceitado o desafio e por ter me orientado com dedicação, apoio e compreensão.

Uma amiga especial de turma, Professora **Raquel Porto**, pelos diálogos enriquecedores, inspiração e coragem.

Às amigas, Greecy Mirian, Grecilene Rodrigues, Luciana Martins Grinauria Nunes, Marcia Cibele, Rayanne Nayara, Aline Louise, Aline Dyelle por toda torcida, mesmo de longe.

A todo quadro docente, que contribuiu direta e indiretamente na minha qualificação profissional.

Aos funcionários do Hospital Memorial Jaboatão, que me apoiaram e me receberam com todo carinho para que esse sonho fosse realizado.

## EPÍGRAFE

"Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem. Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo"

(Walter S. Landor)

Silva JR. Avaliação da Compreensão do paciente cirúrgico sobre orientações de alta. [Dissertação] Guarulhos (SP): Universidade Univeritas UNG Guarulhos, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A comunicação é um instrumento crucial no processo de orientação de alta de pacientes, para redução de eventos adversos, melhoria na segurança do paciente e adequada continuidade do cuidado. Falhas na comunicação e no encaminhamento aos serviços de atenção primária, após a saída do hospital, são as principais dificuldades encontradas no processo de alta hospitalar.

**Objetivos:** Avaliar a compreensão do paciente cirúrgico sobre as orientações de alta e verificar se as características socioeconômicas e os dados hospitalares interferem na compreensão do paciente cirúrgico sobre as orientações de alta hospitalar. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório realizado em uma unidade cirúrgica de um hospital público de média complexidade, situado no estado de Pernambuco. A amostra foi composta por conveniência com 152 pacientes internados na unidade cirúrgica e que haviam recebido orientações de alta hospitalar pela equipe. Os dados foram coletados de março a maio de 2019. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicada a “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta”, construída e validada no Brasil, que mensura o processo de comunicação entre profissionais e pacientes em relação às orientações de alta hospitalar. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais dos dados quantitativos. A verificação da normalidade dos dados foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk.

**Resultados:** Foi verificada discrepância significativa entre as médias da compreensão referida pelo paciente ( $99,62 \pm 3,66$ ) e da compreensão observada pelo pesquisador ( $51,40 \pm 5,05$ ). Houve associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o escore de compreensão referida ( $p=0,002$ ), bem como com os fatores “compreensão sobre medicamentos” ( $p=0,002$ ), “compreensão sobre tratamento e diagnóstico” ( $p=0,002$ ) e “compreensão sobre o retorno” ( $p=0,045$ ). Este último fator também apresentou correlação estatisticamente significativa com a renda mensal ( $p=0,005$ ). **Conclusão:** Este estudo identificou diferenças entre a avaliação da compreensão referida pelo paciente e dos sinais não verbais analisados na compreensão observada pelo pesquisador. Também demonstrou que o nível de escolaridade e a renda mensal familiar estão associados ao processo de compreensão dos pacientes sobre as orientações de alta hospitalar. A aplicação de um instrumento para avaliação da compreensão de pacientes pode beneficiar o planejamento de alta de hospitalar, pois possibilita acessar a qualidade da troca de informações no processo de orientação de alta, norteando a equipe interdisciplinar para aprimoramento da comunicação e para garantia da segurança do paciente. Os resultados deste estudo contribuem para compreender variáveis que podem interferir no processo de orientação de alta hospitalar e que devem ser levadas em consideração no planejamento do cuidado.

**Descritores:** Alta do Paciente; Comunicação em Saúde; Segurança do Paciente; Comunicação não Verbal; Hospitalização.



Silva JR. Assessment of the patient's understanding of discharge guidelines. [Dissertation]. Guarulhos (SP): Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019.

## ABSTRACT

**Introduction:** Communication is a crucial tool in the patient discharge orientation process to reduce adverse events, improve patient safety and adequate continuity of care. Communication failures and difficulty in accessing health services after leaving hospital are the main difficulties encountered in the discharge process. **Objectives:** To evaluate the surgical patient's understanding of discharge guidelines; to verify if socioeconomic characteristics and hospital data interfere with the surgical patient's understanding of hospital discharge guidelines. **Method:** This is an exploratory descriptive quantitative study conducted in a surgical unit of a medium complexity hospital, located in the state of Pernambuco. The sample consisted of 152 patients admitted to the surgical unit who had been discharged from the team. The "Patient Comprehension Assessment Scale on Discharge Guidelines" was constructed and validated in Brazil, which measures the communication process between professionals and patients regarding discharge guidelines, through the patient's perception, as well as the an observer's perception of the patient's nonverbal communication during scale completion. Descriptive and inferential analyzes of quantitative data were performed. Verification of data normality was performed by the Shapiro-Wilk test. The 95% reliability margin. Data were entered into the EXCEL spreadsheet and analyzed using the SPSS version 23 software. **Results:** A discrepancy was found between the means of comprehension reported by the patient ( $99.62 \pm 3.66$ ) and the comprehension observed by the researcher ( $51, 40 \pm 5.05$ ). There was a statistically significant association between education and the referred comprehension score ( $p = 0.002$ ), as well as with the factors "drug comprehension" ( $p = 0.002$ ), "treatment and diagnosis comprehension ( $p = 0.002$ )" and " understanding about return ( $p = 0.045$ ) ". This last factor also showed a statistically significant correlation with monthly income ( $p = 0.005$ ). **Conclusion:** This study identified differences between the assessment of comprehension referred by the patient and the nonverbal signs analyzed in the comprehension observed by the researcher. It also demonstrated that educational attainment and monthly family income are associated with patients' understanding of discharge guidelines. The application of an instrument to assess patients' understanding can benefit hospital discharge planning, as it allows access to the quality of information exchange in the discharge orientation process, guiding the interdisciplinary team to improve communication and ensure patient safety.

**Descriptors:** Patient discharge; Health Communication; Patient Safety; Non-Verbal Communication; Hospitalization.

Silva JR. Evaluación de la comprensión del paciente de las pautas de alta. [Disertación]. Guarulhos (SP): Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019.

## RESUMEN

**Introducción:** la comunicación es una herramienta crucial en el proceso de orientación del alta del paciente para reducir los eventos adversos, mejorar la seguridad del paciente y la continuidad adecuada de la atención. Las fallas de comunicación y la dificultad para acceder a los servicios de salud después de salir del hospital son las principales dificultades encontradas en el proceso de alta. **Objetivos:** evaluar la comprensión del paciente quirúrgico de las guías de alta; verificar si las características socioeconómicas y los datos del hospital interfieren con la comprensión del paciente quirúrgico de las pautas de alta hospitalaria. **Método:** estudio cuantitativo descriptivo exploratorio realizado en una unidad quirúrgica de un hospital de mediana complejidad, ubicado en el estado de Pernambuco. La muestra consistió en 152 pacientes ingresados en la unidad quirúrgica que habían sido dados de alta del equipo. La "Escala de Evaluación de la Comprensión del Paciente sobre las Pautas de alta hospitalaria" fue construida y validada en Brasil, que mide el proceso de comunicación entre profesionales y pacientes con respecto a las pautas de alta, a través de la percepción del paciente, así como la percepción de un observador de la comunicación no verbal del paciente durante la finalización de la escala. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales de datos cuantitativos. La verificación de la normalidad de los datos se realizó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. El margen de fiabilidad del 95%. Los datos se ingresaron en la hoja de cálculo EXCEL y se analizaron utilizando el software SPSS versión 23. **Resultados:** se encontró una discrepancia entre los medios de comprensión informados por el paciente ( $99,62 \pm 3,66$ ) y la comprensión observada por el investigador ( $51,40 \pm 5,05$ ). Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la educación y el puntaje de comprensión referido ( $p = 0.002$ ), así como con los factores "comprensión de drogas" ( $p = 0.002$ ), "comprensión de tratamiento y diagnóstico" ( $p = 0.002$ ) y "comprensión sobre el retorno" ( $p = 0.045$ ). Este último factor también mostró una correlación estadísticamente significativa con el ingreso mensual ( $p = 0.005$ ). **Conclusión:** Este estudio identificó diferencias entre la evaluación de la comprensión referida por el paciente y los signos no verbales analizados en la comprensión observada por el investigador. También demostró que el logro educativo y el ingreso familiar mensual están asociados con la comprensión de los pacientes de las pautas de alta. La aplicación de un instrumento para evaluar la comprensión de los pacientes puede beneficiar la planificación del alta hospitalaria, ya que permite acceder a la calidad del intercambio de información en el proceso de orientación del alta, guiando al equipo interdisciplinario para mejorar la comunicación y garantizar la seguridad del paciente.

**Descriptor:** Alta del Paciente; Comunicación en salud; Seguridad del Paciente; Comunicación no Verbal; Hospitalización.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico de pacientes em unidades cirúrgicas. Recife, PE, Brasil – 2019.....	43
Tabela 2	Dados hospitalares de pacientes em unidades cirúrgicas. Recife, PE, Brasil – 2019.....	44
Tabela 3	Estatística dos escores de compreensão referida e compreensão observada. Recife, PE, Brasil – 2019.....	45
Tabela 4	Estatística dos domínios da compreensão referida segundo o perfil sociodemográfico. Recife, PE, Brasil – 2019.....	47

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EA	Eventos Adversos
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>155</b>
1.1 O processo de alta hospitalar.....	215
1.2 A comunicação com o paciente.....	19
1.3 Segurança do Paciente .....	21
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>24</b>
<b>3. Método .....</b>	<b>25</b>
3.1 Tipo do estudo.....	25
3.2 Local do estudo .....	25
3.3 Participantes e Amostra .....	25
3.3.1 Critério de Inclusão .....	26
3.3.2 Critério de Exclusão .....	26
3.4 Recrutamento dos participantes.....	26
3.5 Instrumentos utilizados.....	27
3.5.1 Instrumento de caracterização dos pacientes.....	27
3.5.2 Escala de Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta.....	277
3.6 Procedimentos de coleta de dados .....	288
3.7 Análise dos dados .....	30
3.8 Procedimentos Éticos.....	31
<b>4. Resultados.....</b>	<b>31</b>
Artigo - Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta de unidades cirúrgicas .....	32
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>56</b>
<b>Referências.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>
Apêndice A – Instrumento de caracterização dos pacientes.....	62
Apêndice B - Carta de autorização do hospital .....	65
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	66
<b>ANEXOS .....</b>	<b>688</b>
Anexo A - Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de alta .....	69

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	73
---	----

## **1. INTRODUÇÃO**

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído no Brasil, através da Portaria nº 529, de 2013, com intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Nesta portaria, a segurança do paciente foi definida como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”<sup>1</sup>.

No âmbito hospitalar, as organizações de saúde buscam investigar causas e efeitos relacionados à segurança do paciente, com o intuito de engajar e conscientizar os profissionais para investigar e propor medidas que reduzam os riscos de danos/eventos adversos aos pacientes<sup>2</sup>.

Para que haja equilíbrio entre a satisfação do paciente e da família e a garantia da segurança do paciente, busca-se a diminuição do tempo de permanência hospitalar, com intuito de evitar complicações da internação. Assim, a comunicação efetiva, que envolve organização das informações compartilhadas com o paciente de forma que possam compreender, é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar<sup>3</sup>.

Considerando a importância de garantir o sucesso na continuidade do tratamento no regresso domiciliar e a segurança do paciente, este estudo buscou verificar a compreensão dos pacientes sobre as orientações de alta hospitalar, oferecendo uma análise sobre a comunicação verbal e não verbal neste processo.

### **1.1 O processo de alta hospitalar**

O processo de transição do paciente do hospital para o domicílio exige o planejamento de alta pela equipe multidisciplinar, que deve envolver tanto o paciente quanto a família, a fim de garantir o prosseguimento e a qualidade do cuidado no domicílio<sup>4</sup>. O plano de alta hospitalar deve ser aplicado em todas as unidades hospitalares de internação, para reduzir o risco de reinternação<sup>5</sup>.

O planejamento da alta é uma atividade interdisciplinar que tem o enfermeiro como o responsável para fazer o elo entre os profissionais, visando o bem-estar e os recursos necessários para garantir a segurança do cuidado do paciente em casa<sup>6</sup>.

A alta hospitalar é um período de vulnerabilidade para o paciente, pois configura-se uma transição entre a assistência profissional e o automanejo domiciliar<sup>7</sup>. Tão importante quanto reconhecer tal particularidade, é entender o processo de alta como uma etapa chave. Apesar de não ser o único momento para informar e ensinar, é uma fase crítica para se resumir os procedimentos realizados e recomendar um plano terapêutico e de seguimento. Para o paciente, é a oportunidade final para formular dúvidas e esclarecer preocupações<sup>8</sup>.

O plano de alta é uma ferramenta para garantir a continuidade do cuidado após a hospitalização. É parte integrante de um processo educativo, incluindo orientações ao paciente e à família acerca do que necessitam saber e compreender, considerando-se os aspectos biopsicosocioespirituais<sup>9</sup>.

A alta hospitalar é um momento de mudanças no cotidiano dos pacientes, no qual há acréscimo de medicações e cuidados no domicílio. Essas mudanças, por vezes, não são abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar, proporcionando fragmentação dos cuidados pós-alta<sup>10</sup>.

O retorno para casa após a alta hospitalar é um momento de ansiedade para o paciente e para os familiares, pois podem sentir-se desprotegidos, da vigilância constante da equipe de saúde, fora do hospital. O início de um processo de reabilitação pode ser particularmente estressante para o doente e para a família<sup>11</sup>.

Muitas dúvidas podem surgir nos primeiros dias após a alta, tais como questões relacionadas ao tratamento, ao aparecimento e/ou manutenção de sinais e sintomas e ao surgimento de novos problemas<sup>11</sup>. A enfermagem, cujo instrumento de trabalho é o cuidado, tem papel importante no tratamento e nas orientações educativas a pacientes e familiares, promovendo recuperação e bem-estar durante a internação e capacitando os pacientes para o autocuidado após a alta hospitalar<sup>12</sup>.

Por ser um profissional com grande proximidade ao paciente e ao familiar, o enfermeiro ocupa posição favorável para avaliar o processo educativo, levantando as necessidades educacionais desses indivíduos, suas crenças e valores, o autoconhecimento sobre suas condições de saúde e sobre serviços de apoio existentes para o processo de reabilitação<sup>11</sup>.



A orientação ao paciente tem por objetivo ajudá-lo a obter os maiores benefícios com o uso de seus medicamentos; auxiliar na resolução de problemas existentes; prevenir a ocorrência de problemas futuros; e desenvolver a capacidade do indivíduo em lidar com problemas relacionados ao uso de medicamentos que possam vir a ocorrer em seu domicílio<sup>13</sup>.

Para obter melhor resultado durante o processo de educação em saúde, é fundamental que o profissional possua conhecimento sobre as informações que serão passadas, para sanar as dúvidas dos pacientes, considerando suas particularidades, sejam elas físicas, emocionais, sociais ou espirituais. Desta forma, as orientações devem envolver a alta qualidade na comunicação interpessoal e não a quantidade de informações. Outro aspecto importante é estabelecer a troca de informações de forma clara e objetiva, em vocabulário simples, não ritualizada e/ou repetitiva, uma vez que as pessoas são diferentes e precisam, portanto, de orientação individualizada<sup>14</sup>.

No momento de alta hospitalar, os profissionais de saúde que acompanham o paciente devem considerar um plano com a participação integrada entre a família, os cuidadores e os serviços necessários para facilitar a transição do hospital para o domicílio<sup>15</sup>.

A alta hospitalar gera para a família um sentimento ambíguo; ou seja, ao mesmo tempo em que se sente feliz e aliviada por ver seu ente voltando para casa, a família sente medo e insegurança de cuidar dele, muitas vezes pela mudança no estilo de vida que a própria condição impõe à família. Saber como o paciente e os familiares percebem a alta fornece subsídios ao enfermeiro para o preparo adequado do paciente<sup>11</sup>.

Portanto, para considerar que esta seja uma etapa de sucesso, deve existir um alinhamento entre o processo de enfermagem e as melhores práticas, garantindo que os recursos e as inovações de enfermagem favoreçam as práticas cotidianas da assistência, para o efetivo plano de cuidado na alta dos pacientes<sup>16</sup>.

Então, para que um plano de alta hospitalar seja considerado eficiente, é necessário o planejamento no qual o profissional de saúde envolva não apenas os aspectos clínicos, mas também as singularidades dos pacientes. Desta maneira, o enfermeiro poderá projetar, de forma mais adequada, a continuidade

do cuidado após o término do período hospitalar aos pacientes, cuidadores e familiares<sup>11</sup>.

Tendo em vista que esses cuidados são desenvolvidos por profissionais com preparo técnico e científico para o desempenho de tal função, surge uma preocupação após a alta hospitalar, pois os cuidados passam a ser desenvolvidos pelo próprio paciente, por familiares e/ou por cuidadores<sup>14</sup>.

Diante desse contexto, a orientação ao paciente tem por objetivo ajudá-lo a obter os maiores benefícios e auxiliar na resolução de problemas existentes; prevenir a ocorrência de problemas futuros; e desenvolver a capacidade do indivíduo em lidar com problemas relacionados<sup>14</sup>.

Como forma de assegurar a continuidade dos cuidados e a garantia do atendimento das necessidades do paciente, espera-se que um programa de alta possa contribuir efetivamente para que a família seja capaz de desenvolver ações necessárias, para dar prosseguimento ao tratamento iniciado na vivência no hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria do estado de saúde<sup>14</sup>.

Acredita-se que o plano de alta é uma ferramenta para garantir a continuidade do cuidado após a hospitalização<sup>14</sup>. A internação hospitalar deve integrar um processo educativo, incluindo orientações ao paciente e à família, pois estes necessitam receber as orientações e compreender como proceder no dia a dia com os cuidados após a alta hospitalar.

Portanto, durante o processo de alta hospitalar, deve-se planejar como realizar a transferência do cuidado do paciente do hospital para outros serviços de saúde, visando assegurar que paciente e família estejam engajados no plano terapêutico e compreendam as informações relevantes para continuidade do cuidado e manutenção da saúde<sup>17</sup>. Com isso, deve existir uma relação direta da comunicação dos profissionais de saúde com os pacientes sendo estabelecidas relações de confiança, com uma linguagem acessível, garantindo que os procedimentos tenham continuidade no tratamento do paciente em domicílio.

É, portanto, imprescindível que haja uma comunicação efetiva entre os profissionais e o paciente, com adequada compreensão dos cuidados pós-alta, assegurando todas as ferramentas necessárias para dar continuidade ao tratamento.

A comunicação é imprescindível para a orientação de alta hospitalar como instrumento para promover educação em saúde, pois permite o estabelecimento de colaboração e parceria entre pacientes e equipe interdisciplinar. Portanto, assegurar a eficácia da comunicação nesse processo envolve acessar a compreensão do paciente sobre o processo de orientação de alta antes do retorno ao domicílio, garantindo melhores condições de segurança e continuidade do cuidado.

Entretanto, há lacunas nas pesquisas e na prática da enfermagem para a utilização de estratégias que permitam avaliar a compreensão do paciente no processo de alta hospitalar. Por isso, este estudo buscou analisar o processo de alta hospitalar, por meio da compreensão do paciente sobre as orientações realizadas pela equipe interdisciplinar durante a internação, utilizando uma escala recentemente construída e validada no Brasil.

A “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta” foi construída e validada em 2016 e tem como objetivo mensurar o processo de comunicação entre profissionais e pacientes em relação às orientações de alta hospitalar<sup>18</sup>. Tal instrumento permite a avaliação da compreensão referida pelo paciente em relação às orientações de alta, bem como a avaliação da percepção de um observador sobre a comunicação não verbal do paciente durante o preenchimento da escala. Portanto, permite acessar, de maneira objetiva, a compreensão de pacientes sobre as orientações de alta hospitalar. Com isso, acredita-se que este estudo poderá proporcionar novas evidências sobre o processo de comunicação em relação às orientações de alta de pacientes.

## **1.2 A comunicação com o paciente**

Um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é enfatizar a comunicação efetiva, como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar. Nesse sentido, a comunicação é fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho (de um profissional para outro) e na prestação de cuidados (do profissional para o paciente), pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe interdisciplinar e o paciente<sup>19</sup>.

Comunicação constitui um processo de troca de sinais que auxilia as pessoas na atribuição de sentido para. A comunicação se reveste de objetivos e metas a serem alcançadas, de forma que se produza certa reação; então, quando aprendemos a exprimir nossos objetivos, em termos de respostas específicas da parte daqueles que recebem nossas mensagens, estamos dando o primeiro passo para a comunicação positiva e eficiente<sup>20</sup>.

A comunicação é um ato intrínseco ao existir do ser humano<sup>21</sup>. É o meio pelo qual pessoas interagem umas com as outras. O homem utiliza a comunicação nas ações do cotidiano, compartilhando com os demais pensamentos e emoções. Nessa partilha, ele está sujeito a receber aprovação e desaprovação das outras pessoas, determinando sua sensação de segurança e satisfação<sup>22</sup>.

Na assistência de enfermagem, a comunicação é vista como uma ferramenta importante, que promove o elo entre a equipe de enfermagem, o paciente e a família, mediante o uso tanto da comunicação verbal quanto da não verbal<sup>22</sup>.

Sabe-se que uma comunicação ineficiente na assistência implica em uma série de problemas que repercutem nas condições de recuperação dos indivíduos<sup>23,24</sup>. Os principais fatores que comprometem a comunicação efetiva e a assistência de qualidade são falhas relacionadas ao compartilhamento de informações entre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, como, também, as longas jornadas de trabalho e os registros de saúde realizados de maneira ilegível e incompleta. A própria cultura organizacional pode comprometer o fluxo da comunicação entre os diversos níveis hierárquicos, dificultando que as fragilidades da organização sejam visualizadas<sup>25</sup>. Nesse sentido, estudos retratam que, para a comunicação ser efetiva, é necessária entender os elementos da comunicação, que podem ser verbais e não verbais<sup>26</sup>.

A comunicação, verbal e não verbal, é fundamental para intermediar as relações interpessoais entre cuidador e quem recebe o cuidado; logo, a comunicação é inerente ao cuidado<sup>27</sup>. A comunicação não verbal modula a interação humana, por meio da expressão de sentimentos, emoções, qualidades e em contexto que permite ao indivíduo ir além do significado das palavras, mas também entender os sentimentos de quem a reproduz (interlocutor). Até mesmo

o silêncio é expressivo, transmitindo inúmeras mensagens em determinado contexto<sup>28</sup>.

A comunicação não verbal é responsável por 93% das possibilidades de expressão em um contexto de interação social, sendo 38% das oportunidades de comunicação por signos paralinguísticos, como a entonação da voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e os suspiros provocados por tensão; por outro lado, sendo 55% com os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial e as características físicas<sup>28</sup>.

Em relação à comunicação verbal, as principais referências são a linguagem, a escrita ou falada e os sinais não verbais emitidos. A linguagem é o recurso utilizado pelo ser humano para exposição de ideias e compartilhamento de experiências. Sem a linguagem, a pessoa se limitaria na sua capacidade de passagem de informações e de ser compreendida. A forma verbal de interação é um meio de expressão, classificação ou validação de alguma coisa<sup>27</sup>.

Para que a comunicação seja propagada de maneira efetiva, é preciso haver coerência nas palavras e na comunicação não verbal<sup>27</sup>. A mensagem deve ser transmitida pelo emissor e recebida pelo receptor, pois a mensagem é um objeto de comunicação que deve ser entendido entre a equipe, evitando erros na codificação e proporcionando, assim, uma comunicação eficaz, para garantir a segurança do paciente<sup>26</sup>.

### **1.3 Segurança do paciente**

Nas últimas décadas, a qualidade assistencial tem se tornado uma preocupação no que concerne as políticas de saúde, que buscam a redução de eventos que promovam danos ao paciente – em especial aos que encontram-se em âmbito hospitalar<sup>29</sup>.

Os avanços na área da saúde não são suficientes para barrar as iatrogenias cometidas por profissionais, refletindo diretamente na segurança e na qualidade de vida do paciente, ocasionando consequências que podem ser danosas e desagradáveis aos pacientes, assim como para os profissionais e para a instituição hospitalar<sup>30</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, componente constante e intimamente relacionado com o atendimento<sup>30</sup>. Alguns dados têm demonstrado que, em países de primeiro mundo, a cada dez pacientes, um sofre prejuízos durante a administração de cuidados hospitalares<sup>29</sup>.

A prevalência de erros ou acidentes adversos, com agravos aos pacientes e instituições, é tão recorrente que a OMS nomeou comissões de identificação de fenômenos de risco e elaboração de soluções que sirvam de recurso de prevenção. O resultado dos trabalhos das comissões evidenciou a importância da comunicação e do trabalho interdisciplinar de saúde como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos<sup>31</sup>.

A segurança do paciente torna-se elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, esclarecendo as consequências dos danos causados pela assistência à saúde, tais como o afastamento dos familiares e de suas atividades diárias<sup>32</sup>.

Um dos primeiros trabalhos publicados sobre a segurança do paciente foi o de Schimmel, em 1964 – *The Hazards of Hospitalization* (1964). Em sua pesquisa, é relatado que 20% dos pacientes admitidos para tratamento médico sofreram um ou mais episódios de intercorrências decorrentes do cuidado, sendo que 19% deles foram classificados como graves ou fatais. Apontou-se a necessidade de que seja ponderado o benefício de cada exame ou tratamento contra o possível risco, escolhendo somente os que se justificam, estando-se preparado para alterar o procedimento diante de um dano real ou potencial. No artigo, foram referidos somente dois estudos – que eram da década anterior e que tratavam dos riscos de reações e acidentes na assistência hospitalar<sup>33</sup>.

A OMS criou, em novembro de 2003, uma Aliança Internacional para a Segurança do Paciente, que congregou países-membros, organismos interessados e especialistas para a promoção da segurança do paciente. Como desdobramento, em 2004 foi estabelecida a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o propósito de coordenar ações de abrangência internacional e concentrar esforços para o enfrentamento do problema de segurança do paciente<sup>34</sup>.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2007, tendo como base o projeto da OMS para segurança do paciente, criou um projeto para identificar problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde brasileiros<sup>35</sup>.

O Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), considerando a relevância e a magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país e a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde<sup>34</sup>.

O PNSP tem por objetivo prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos – incidentes que resultam em danos ao paciente, como quedas, administração incorreta de medicamentos e erros em procedimentos cirúrgicos nos serviços de saúde públicos e privados<sup>34</sup>.

Os protocolos básicos de segurança do paciente são instrumentos para a implantação de medidas voltadas para a segurança do paciente. A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovaram os protocolos básicos de segurança do paciente e um desses protocolos básicos é a comunicação<sup>36</sup>.

O envolvimento do próprio paciente na segurança em serviços de saúde é um elemento fundamental para a qualidade assistencial. Nesse sentido, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) abriu frentes de comunicação com a sociedade que preveem apresentação de suspeitas de irregularidades pela Anvisa, notificação de queixas técnicas e divulgação de informes direcionados especificamente ao paciente, ao acompanhante e à sociedade em geral<sup>37</sup>.

## 2. OBJETIVOS

- Avaliar a compreensão do paciente cirúrgico sobre as orientações de alta.
- Verificar se as características socioeconômicas e os dados hospitalares interferem na compreensão do paciente cirúrgico sobre as orientações de alta hospitalar.



### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo do estudo**

Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa.

A variável dependente deste estudo é a compreensão do paciente sobre as orientações de alta. As variáveis independentes são as características socioeconômicas e os dados hospitalares.

#### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital de média complexidade, situado no estado de Pernambuco. O hospital conta com a parceria entre a prefeitura municipal e o governo do estado.

Trata-se de instituição de referência que atende aproximadamente 85 cidades de Pernambuco, destinando 100% dos seus leitos ao Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição conta, ao todo, com 690 funcionários, distribuídos em 84 enfermeiros, 73 médicos e 248 técnicos de enfermagem.

Este estudo foi realizado na clínica cirúrgica, que conta com 21 leitos, atendendo cerca de 320 pacientes por mês. São realizados procedimentos cirúrgicos de média complexidade, como herniorrafias, hemorroidectomia, colecistectomia, tratamento cirúrgico do dedo em martelo ou em garra, entre outros. O tempo médio de internação médio dos pacientes nesta unidade é de 3 a 4 dias.

#### **3.3 Participantes e amostra**

A amostra foi por conveniência, constituída por pacientes que haviam recebidos orientações de alta no período da coleta dos dados e que aceitaram participar do estudo.

Foi estimado o tamanho amostral referente à população de interesse para este estudo, por meio do Laboratório de Epidemiologia e Estatística do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Ao se calcular a amostra desta forma, supõe-se que a variável de interesse segue uma distribuição normal, com desvio padrão supostamente conhecido.

Considerando o desvio padrão (DP=19,2) e a média (m=77,4) do estudo anterior de validação da Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta (parte I), foi calculado o coeficiente de variação (CV=DP/Média; CV=0,248). O erro máximo da estimativa foi estimado pela multiplicação de CV e s (0,248 x 19,2), resultando em 4,76. O nível de significância foi pré-estabelecido em 1% e o tamanho amostral mínimo estimado para aplicação deste instrumento foi de 108 participantes.

Participaram 152 pacientes internados na clínica cirúrgica no local do estudo.

### **3.3.1 Critérios de inclusão**

- Adultos com idade superior a 18 anos de ambos os sexos;
- Pacientes internados na unidade selecionada para o estudo;
- Escolaridade mínima de ensino fundamental completo devido as características do instrumento utilizado para compreensão dos itens, já que se trata de uma escala autoaplicável.
- Pacientes que já haviam recebido notificação sobre a alta hospitalar pela equipe.

### **3.3.2 Critérios de exclusão**

- Pacientes com alterações mentais e/ou cognitivas;
- Pacientes com transtornos psiquiátricos.

## **3.4 Recrutamento dos Participantes**

Para recrutamento dos participantes, o pesquisador acompanhou, em dias alternados durante a semana, o censo de alta hospitalar dos pacientes da instituição. Para tanto, por meio do contato com os profissionais médicos e enfermeiros da unidade, foram identificados os pacientes que receberiam alta. A pesquisadora apresentou os objetivos do estudo aos profissionais que sabiam o motivo da presença da mesma na unidade. Não foi compartilhado com os

profissionais quais pacientes seriam abordados para evitar qualquer viés para as orientações de alta.

Após os pacientes terem recebido as orientações de alta pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), eles foram abordados individualmente no leito hospitalar pela pesquisadora, momento que receberam o convite para participar do estudo. Para tanto, o pesquisador explicou os objetivos e procedimentos da pesquisa e, daqueles que aceitaram participar do estudo, foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da aplicação do instrumento para coleta dos dados.

Aos participantes que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, foi aplicada a Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta (partes I e II)<sup>16</sup> e um instrumento de caracterização do paciente.

### **3.5 Instrumentos utilizados**

#### **3.5.1 Instrumento de caracterização dos pacientes**

O instrumento de caracterização dos pacientes possui 22 variáveis (Apêndice A). As variáveis foram subdivididas em 2 grupos: dados socioeconômicos e dados hospitalares. Os 11 dados socioeconômicos questionados envolviam: idade, sexo, cor/etnia, naturalidade, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, renda mensal familiar, participação do entrevistado na renda mensal familiar e quantidade de pessoas que vivem dessa renda. Os 9 dados hospitalares/alta questionados foram: diagnósticos médicos, dias de internação, medicamentos prescritos, procedimentos para realização na residência, profissional que orientou o paciente na alta, avaliação de sua compreensão quanto ao que foi passado, se conseguirá realizar todas as orientações, se terá quem o ajude no tratamento domiciliar e com qual frequência a pessoa o ajudará.

#### **3.5.2 Escala de Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta**

A Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta (Anexo 1) tem como objetivo mensurar o processo de comunicação profissionais-paciente, por meio da compreensão do paciente em relação às orientações de alta hospitalar<sup>16</sup>.

A escala foi elaborada considerando uma parte (parte I) que se refere à compreensão referida para ser respondida pelo paciente; outra parte (parte II) diz respeito à compreensão percebida, e deve ser respondida por um observador que deve avaliar sinais não verbais manifestados pelo paciente enquanto preenche a parte I da escala<sup>16</sup>.

A parte I contém 14 itens; a mensuração é feita por meio de uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 (“não recebi orientação”) a 5 (“concordo”). Após o preenchimento, o paciente tem a opção de escrever por extenso se há dúvidas em relação às orientações de alta<sup>16</sup>. A parte I compreende quatro fatores: (1) compreensão sobre medicamentos; (2) compreensão sobre tratamento e diagnóstico; (3) compreensão sobre restrição e (4) compreensão sobre retorno. No processo de validação, esta escala obteve consistência interna excelente ( $\alpha=0,918$ )<sup>16</sup>.

A parte II da escala contém 8 itens, variando, em uma escala do tipo *Likert*, entre 1 (“nunca”) a 5 (“sempre”). O observador avalia a frequência de sinais não verbais do paciente durante o preenchimento da primeira parte do instrumento, bem como controla o tempo de preenchimento da parte I. Essa parte contém pictogramas, símbolos que representam um objeto ou um conceito por meio de desenhos figurativos, para facilitar a identificação dos sinais não verbais. Outro indicador é a identificação do item em que o paciente teve maior hesitação em responder. Após avaliação, o observador pode identificar e registrar dúvidas do paciente, que devem ser orientadas novamente<sup>16</sup>.

A escala possui 4 itens negativos (Q16, Q17, Q19 e Q21) e o escore total é obtido pela soma após reversão desses itens e pelo reescalamento de cada fator e parte do instrumento (I e II) de 0 a 100; sendo assim, quanto maior o escore, maior a percepção de compreensão do paciente em relação ao seu tratamento e à sua alta no fator estudado<sup>16</sup>.

### **3.6 Procedimentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, entre março e maio 2019. Nesse período, a pesquisadora esteve presente, na unidade, em três dias da semana, em dias alternados no período da manhã, quando ocorriam as orientações de alta.

Essas orientações eram realizadas pela equipe médica e pela enfermeira, no leito, na presença do acompanhante. Durante as primeiras semanas, a pesquisadora acompanhou as orientações realizadas pela equipe para reconhecimento do campo e familiarização com as práticas realizadas na unidade. Durante esse período de reconhecimento, pacientes não foram abordados para participar do estudo, por orientação dos autores da escala, que não recomendam a aplicação por um profissional que tenha participado da última orientação para evitar o viés de constrangimento de o paciente assumir que não compreendeu as orientações imediatas<sup>16</sup>.

As orientações recebidas pelos pacientes abrangiam esclarecimentos sobre os cuidados necessários para dar continuidade ao tratamento em casa. Por se tratarem de pacientes cirúrgicos, tais cuidados envolviam realização de curativos com correto uso de técnica asséptica, tempo de repouso para evitar esforço físico e orientações sobre horário das medicações.

Para a coleta de dados, a pesquisadora realizou a primeira abordagem com os pacientes após eles terem recebido as orientações de alta, quando foram esclarecidos os objetivos do estudo e a forma de participação da pesquisa, bem como eles foram orientados sobre todas as garantias contidas no TCLE. Este foi lido junto com o participante. Daqueles que aceitaram participar do estudo, foi obtida assinatura do TCLE. Posteriormente, os pacientes receberam instruções sobre o preenchimento da escala.

Desta forma, para coleta de dados, foi seguido, passo a passo, cuidados preconizados pelos autores da escala:

- 1- Após orientações de alta hospitalar, o paciente foi abordado sobre o interesse em participar da pesquisa. Sendo sua resposta positiva, o participante assinou o TCLE no próprio leito, sem ter acesso à escala antes de preenchê-la.

- 2- O participante foi convidado a sentar-se em uma cadeira ao lado do seu leito para responder a escala.
- 3- Em seguida, as orientações para preenchimento da escala “Avaliação de compreensão do paciente sobre orientações de alta” foram lidas pelo paciente.
- 4- Após lidas as orientações, foram entregues a parte I ao paciente, contendo 14 questões, enquanto a parte II, contendo 8 questões, ficou com o pesquisador, para que ambas fossem preenchidas ao mesmo tempo.
- 5- Durante o preenchimento, o paciente se manteve sentado na poltrona e o observador se posicionou com o corpo voltado ao paciente, resguardando uma distância mínima de dois passos largos, conforme orientação dos autores, cerca de 3 metros, para que pudesse visualizar o paciente como todo.
- 6- Após o preenchimento da escala, foi preenchido o questionário de caracterização do participante. Posteriormente, os instrumentos foram entregues imediatamente ao pesquisador.

### **3.7 Análise dos dados**

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais dos dados quantitativos. As técnicas de estatísticas utilizadas, para as variáveis categóricas, foram frequências absolutas e percentuais e, para as variáveis numéricas, foram obtidas as medidas: média, desvio padrão (média  $\pm$  DP), coeficiente de variação, mediana percentis.

As técnicas de estatística inferencial corresponderam aos testes estatísticos, para a comparação entre categorias em relação às variáveis numéricas, sendo utilizado teste de Mann-Whitney, no caso de duas categorias, e Kruskal-Wallis, na comparação de mais de duas categorias. No caso de diferença significativa pelo teste de Kruskal-Wallis, foram obtidos testes de comparações múltiplas do referido teste. A escolha dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foi devido a ausência de normalidade dos dados. Após digitados na planilha EXCEL os dados foram analisados por meio da análise descritiva e inferencial com o uso do *software* SPSS, versão 23. A verificação da normalidade

foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi considerando um p-valor de 0,05.

### **3.8 Procedimentos éticos**

A coleta foi iniciada após a aprovação deste projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Maurício de Nassau, parecer número 2.893.107 (Anexo 2), e autorização da instituição em que os dados foram coletados (Apêndice B). Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, foram esclarecidos quanto aos objetivos e assinaram o TCLE (Apêndice C).

## 4. RESULTADOS

Como resultado deste estudo, obteve-se a elaboração de um artigo científico “Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta de unidades cirúrgicas”.

---

### ARTIGO

#### Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta em unidades cirúrgicas

##### RESUMO

**Introdução:** A comunicação é um instrumento crucial no processo de orientação de alta de pacientes para redução de eventos adversos, melhoria na segurança do paciente e adequada continuidade do cuidado. Falhas na comunicação e dificuldade no acesso aos serviços de saúde após a saída do hospital são as principais dificuldades encontradas no processo de alta hospitalar. **Objetivos:** Avaliar a compreensão do paciente cirúrgico sobre as orientações de alta; verificar se as características socioeconômicas e os dados hospitalares interferem no processo de compreensão sobre as orientações de alta hospitalar. **Método:** Estudo transversal quantitativo, com 152 pacientes que receberam orientações de alta hospitalar em uma unidade cirúrgica de um hospital no estado de Pernambuco. Foi aplicada a “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta”, construída e validada no Brasil. Os dados foram analisados por meio da análise descritiva e inferencial. **Resultados:** Foi verificada discrepância entre as médias da compreensão referida ( $99,62 \pm 3,66$ ) e da compreensão observada ( $51,40 \pm 5,05$ ). Houve associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o escore de compreensão referida ( $p=0,002$ ), bem como com os fatores “compreensão sobre medicamentos” ( $p=0,002$ ), “compreensão sobre tratamento e diagnóstico” ( $p=0,002$ ) e “compreensão sobre o retorno” ( $p=0,045$ ). Este último fator também apresentou correlação estatisticamente significativa com a renda mensal ( $p=0,005$ ). **Conclusão:** Este estudo identificou diferenças entre a avaliação da compreensão referida pelo paciente e dos sinais não verbais analisados na compreensão observada. Também demonstrou que nível de escolaridade e renda mensal familiar estão associados ao processo de compreensão dos pacientes sobre as orientações de alta hospitalar.

**Descritores:** Comunicação em Saúde; Segurança do Paciente; Alta do Paciente.

##### INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído, no Brasil, através da Portaria nº 529, de 2013, com intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do



território nacional. Nesta portaria, a segurança do paciente foi definida como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”<sup>1</sup>.

No âmbito hospitalar, as organizações de saúde buscam investigar causas e efeitos relacionados à segurança do paciente, com o intuito de engajar e conscientizar os profissionais para investigar e propor medidas que visem reduzir os riscos de danos/eventos adversos aos pacientes<sup>2</sup>.

A alta deve ser planejada durante a internação do paciente desde o momento da admissão<sup>6</sup>, visando minimizar a descontinuidade do cuidado no momento da alta do hospital para a casa ou para os serviços de atenção primária<sup>7-8</sup>. Isso é particularmente importante em situações de pacientes cirúrgicos para os quais as orientações de pós-operatório no domicílio podem demandar cuidados com curativos, suturas, uso de sondas, colostomias, drenos e outros procedimentos invasivos, que causam estresse e tensão nos pacientes e familiares<sup>9</sup>. Pacientes cirúrgicos referem a falta de informação e o acesso aos profissionais após a saída do hospital como principais dificuldades encontradas na alta hospitalar<sup>10-11</sup>.

Portanto, durante o processo de alta hospitalar, deve-se planejar como realizar a transferência do cuidado do paciente do hospital para outros serviços de saúde e/ou para o domicílio, visando assegurar que paciente e família estejam engajados no plano terapêutico e compreendam as informações relevantes para continuidade do cuidado e manutenção da saúde<sup>13</sup>.

Sabe-se que o trabalho em equipe e a comunicação entre os profissionais proporciona diminuição de erros médicos e eventos adversos, melhorando a qualidade do cuidado prestado<sup>6,12</sup>. Essa integração e coordenação nas atividades de cuidado garante que as informações sejam compartilhadas de maneira segura entre profissionais e pacientes. Desta forma, a melhoria da comunicação é fundamental para garantir a segurança do paciente<sup>2</sup>.

A internação hospitalar deve integrar um processo educativo, incluindo orientações ao paciente e à família que facilitem o aprendizado para sustentar e fortalecer o autocuidado, garantir a adesão ao tratamento e reduzir as readmissões hospitalares. Apesar disso, as orientações de alta, muitas vezes, são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições

e as necessidades de cada paciente. Os profissionais de saúde compreendem que a alta hospitalar envolve acentuado foco na patologia, acontecendo de forma mecanizada, rotineira e em um ambiente inadequado e hostil, repleto de ruídos na comunicação<sup>4</sup>.

Tais ruídos favorecem a desatenção do paciente para as orientações, devido ao fluxo de pessoas com atividades laborais diversas no mesmo espaço, que contribui para excesso de estímulos<sup>5</sup>. A falta de controle desses fatores reflete o pouco planejamento para a alta por parte da equipe interdisciplinar envolvida na assistência, o que culmina em um modelo contrário à promoção da saúde<sup>4</sup>. Por isso, a comunicação é instrumento crucial no processo de orientação de alta de pacientes, para garantir adequada compreensão dos novos cuidados que devem seguir o fim da internação hospitalar.

Para que haja equilíbrio entre a satisfação do paciente e da família e a garantia da segurança do paciente, busca-se a diminuição do tempo de permanência hospitalar, com intuito de evitar complicações da internação. Assim, a comunicação efetiva é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar<sup>3</sup>. Considerando a importância de garantir o sucesso na continuidade do tratamento no regresso domiciliar, é fundamental verificar a compreensão dos procedimentos e cuidados necessários pós-alta hospitalar, visando reduzir os riscos de esses pacientes retornarem ao hospital.

Associando a importância da comunicação, para garantir a continuidade dos cuidados, e observando as dificuldades no controle dos ruídos da comunicação no processo de orientação da alta, seja pelo ambiente desfavorável ou pelo desafio relatado pelos profissionais sobre diferenças culturais, educacionais ou limitações físicas com os pacientes<sup>4-5</sup>, justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa, ao proporcionar evidências sobre a avaliação da compreensão do paciente sobre a alta hospitalar e uma análise das características sociodemográficas e dos dados hospitalares de pacientes em unidades cirúrgicas nesse processo. A finalidade de tal avaliação é proporcionar ferramentas para o planejamento da alta, evitando que ruídos na comunicação possam levar a erros nas condutas do cuidado e a falha na segurança do paciente.

Com isso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a compreensão do paciente cirúrgico sobre as orientações de alta e verificar se as características socioeconômicas e os dados hospitalares interferem na compreensão do paciente cirúrgico sobre as orientações de alta hospitalar.

## **MÉTODO**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal quantitativo.

### **Participantes**

O cálculo amostral foi realizado considerando o desvio padrão (DP=19,2) e a média (m=77,4) do estudo anterior de validação da Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta (parte I), foi calculado o coeficiente de variação (CV=DP/Média; CV=0,248). O erro máximo da estimativa foi estimado pela multiplicação de CV e s (0,248 x 19,2), resultando em 4,76. O nível de significância foi pré-estabelecido em 1% e o tamanho amostral mínimo estimado para aplicação deste instrumento foi de 108 participantes.

Participaram do estudo 152 pacientes internados na clínica cirúrgica. A amostra foi por conveniência, constituída por pacientes que haviam recebidos orientações de alta no período da coleta dos dados e que aceitaram participar do estudo. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: adultos com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos; pacientes internados na unidade selecionada para o estudo e que já haviam recebido orientação de alta pela equipe; e ter escolaridade mínima de ensino fundamental completo, devido as características do instrumento utilizado para compreensão dos itens, já que se trata de uma escala autoaplicável<sup>14</sup>. Como critérios de exclusão foram observados pacientes com alterações mentais, psiquiátrica e/ou cognitivas, que pudessem interferir na compreensão da escala.

### **Local do estudo**

O estudo foi realizado em uma clínica cirúrgica de um hospital de média complexidade do estado de Pernambuco. A clínica tem 21 leitos e atende cerca de 320 pacientes por mês, submetidos a procedimentos cirúrgicos de média complexidade, como herniorrafias, hemorroidectomia, colecistectomia, tratamento cirúrgico do dedo em martelo ou em garra, entre outros. O tempo de internação médio dos pacientes nesta unidade é de 3 a 4 dias de permanência.

### **Coleta de Dados**

As orientações recebidas pelos pacientes envolviam esclarecimentos sobre os cuidados necessários para dar continuidade ao tratamento em casa. Por se tratarem de pacientes cirúrgicos, tais cuidados compreendiam a realização de curativos com correto uso de técnica asséptica, tempo de repouso para evitar esforço físico e orientações sobre horário das medicações.

Para a coleta de dados, a pesquisadora realizou a primeira abordagem dos pacientes após eles terem recebido as orientações de alta, quando foram esclarecidos os objetivos do estudo e a forma de participação da pesquisa, bem como orientado sobre todas as garantias contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido junto com o participante; daqueles que aceitaram participar do estudo, foi obtida assinatura. Posteriormente, os pacientes receberam instruções sobre o preenchimento da escala.

Para preenchimento da escala, o participante foi convidado a sentar-se em uma cadeira ao lado do seu leito. Em seguida, as orientações para preenchimento da escala foram lidas pelo paciente. Depois, paciente e observador preencheram as partes I e II, respectivamente, ao mesmo tempo. Conforme orientações dos autores, durante o preenchimento, o observador se posicionou em pé, com o corpo voltado ao paciente, resguardando a distância mínima de dois passos largos, cerca de 3 metros, para que pudesse visualizar o paciente como todo. Após o preenchimento da escala, foi entregue o questionário de caracterização do participante. Por último, os instrumentos foram entregues ao pesquisador.

A coleta dos dados dos questionários foi realizada mediante consentimento dos participantes, após receberem as orientações de alta por um

profissional do hospital (médico ou enfermeiro) e durante o período entre a entrega do resumo de alta e a liberação do registro de saída, no setor de internação do hospital.

### *Instrumentos aplicados*

A fim de caracterizar a amostra e verificar se as características socioeconômicas e os dados hospitalares interferem no processo de compreensão do paciente frente às orientações de alta hospitalar, utilizou-se um questionário contendo dados socioeconômicos (idade, sexo, cor/etnia, naturalidade, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, renda mensal familiar, participação do entrevistado na renda mensal familiar e quantidade de pessoas que vivem dessa renda)<sup>15</sup> e dados hospitalares (diagnósticos médicos, dias de internação, medicamentos prescritos, procedimentos para realização na residência, profissional que orientou o paciente na alta, avaliação de sua compreensão quanto ao que foi orientado, se conseguirá realizar todas as orientações, se terá quem o ajude no tratamento domiciliar e com qual frequência a pessoa o ajudará).

Para avaliação da compreensão da alta, foi aplicada a “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta”, construída e validada no Brasil, para utilização de profissionais de saúde<sup>14</sup>. Essa escala tem como objetivo mensurar o processo de comunicação profissionais-paciente por meio da compreensão do paciente em relação às orientações de alta hospitalar. Possui duas partes, com mensuração feita por uma *Likert*, sendo que a parte I (14 itens) refere-se à compreensão referida para ser respondida pelo paciente; e a parte II (8 itens) refere-se à compreensão percebida, que deve ser respondida por um observador que avalia os sinais não verbais manifestados pelo paciente enquanto preenche a parte I da escala<sup>14</sup>.

A parte I compreende quatro fatores: (1) compreensão sobre medicamentos; (2) compreensão sobre tratamento e diagnóstico; (3) compreensão sobre restrição e (4) compreensão sobre retorno. No processo de validação, a escala obteve consistência interna excelente ( $\alpha=0,918$ )<sup>14</sup>. A escala possui 4 itens negativos, referentes à compreensão percebida (Q16, Q17, Q19 e Q21). O escore total é obtido pela soma após reversão desses itens e pelo

reescalonamento de cada fator e parte do instrumento (I e II) de 0 a 100. Desta forma, quanto maior o escore, maior a percepção de compreensão do paciente em relação ao seu tratamento e alta no fator estudado<sup>14</sup>.

### **Considerações éticas**

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer n. 2.893.107) pela própria pesquisadora, entre março e maio de 2019. Nesse período, a pesquisadora esteve presente na unidade três dias da semana, em dias alternados, no período da manhã, quando ocorriam as orientações de alta. Durante as primeiras semanas, a pesquisadora acompanhou as orientações realizadas pela equipe para reconhecimento do campo e familiarização com as práticas realizadas na unidade. Durante esse período de reconhecimento, pacientes não foram abordados para participar do estudo, por orientação dos autores da escala, que não recomendam a aplicação por um profissional que tenha participado da última orientação, para evitar o viés de constrangimento de o paciente assumir que não compreendeu as orientações imediatas<sup>14</sup>.

### **Análise de Dados**

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais dos dados quantitativos. As técnicas de estatísticas utilizadas, para as variáveis categóricas, foram frequências absolutas e percentuais e, para as variáveis numéricas, foram obtidas as medidas: média, desvio padrão (média  $\pm$  DP), coeficiente de variação, mediana percentis.

As técnicas de estatística inferencial corresponderam aos testes estatísticos, para a comparação entre categorias em relação às variáveis numéricas, sendo utilizado teste de Mann-Whitney, no caso de duas categorias, e Kruskal-Wallis, na comparação de mais de duas categorias. No caso de diferença significativa pelo teste de Kruskal-Wallis, foram obtidos testes de comparações múltiplas do referido teste. A escolha dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foi devido a ausência de normalidade dos dados. Após digitados na planilha EXCEL os dados foram analisados por meio da análise descritiva e inferencial com o uso do *software* SPSS, versão 23. A verificação da normalidade

foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi considerando um p-valor de 0,05.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 152 pacientes. A idade dos pacientes variou de 23 a 78 anos, com média de 49,36 anos ( $\pm 13,52$ ), a distribuição por sexo foi equivalente para ambos os sexos (n=76; 50%); o maior percentual entre os participantes correspondeu aos que tinham cor/etnia branca (n=71; 46,7%), seguido de pardos (n=52; 34,2%) e negros (n=21; 13,8%). Todos eram naturais do estado de Pernambuco, prevaleceram participantes católicos (n=80; 52,6%), casados (n=109; 71,7%), com renda mensal familiar de dois salários mínimos (n=108; 71,1%), com ensino médio completo (n=73; 48%), que exerciam atividade remunerada (n=128; 84,2%), responsáveis pelo sustento da família (n=97; 63,8%) e que referiram três pessoas como dependentes dessa renda (n=71; 46,7%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico de pacientes em unidades cirúrgicas. Recife, PE, Brasil – 2019.

Variável	n	%
<b>Faixa etária</b>		
23 a 39	43	28,3
40 a 49	40	26,3
50 a 59	29	19,1
60 a 78	40	26,3
<b>Sexo</b>		
Masculino	76	50,0
Feminino	76	50,0
<b>Cor/Etnia</b>		
Branca	71	46,7
Parda	52	34,2
Negra	21	13,8
Não informado	8	5,3
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	43	28,3
Casado/União estável	109	71,7
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental I	20	13,2
Fundamental II	51	33,6
Médio	73	48,0
Técnico	7	4,6
Superior	1	0,7
<b>Religião</b>		
Católico	80	52,6
Evangélico	70	46,1
Outro	2	1,3
<b>Renda mensal (salários mínimos)</b>		
Um	13	8,6
Dois	108	71,1
Três ou mais	31	20,4
<b>Participação na vida econômica da família?</b>		
Trabalha e é responsável pelo sustento da família	97	63,8
Não trabalha e seus gastos são custeados	37	24,3
Trabalha, mas não é independente financeiramente	9	5,9
Trabalha e é independente financeiramente	5	3,3
Não informado	4	2,6
<b>Número de pessoas que dependem da renda mensal</b>		
Até duas	51	33,6
Três	71	46,7
4 ou mais	30	19,7
<b>Naturalidade</b>		
Recife e Região Metropolitana	146	96,0
Interior	6	3,9
<b>Ocupação</b>		
Sem atividade remunerada	24	15,8
Com atividade remunerada	128	84,2
<b>TOTAL</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>



Em relação aos dados hospitalares, os diagnósticos médicos mais frequentes foram: hérnia umbilical (n=41; 27,0%), hérnia inguinal (n=35; 23,0%), hérnia epigástrica (n=23; 15,1%) e colelitíase (n= 22; 14,5%); os dois medicamentos prescritos mais citados foram Nimesulida (n= 141; 92,8%) e Cefalexina (n=135; 88,8%); a maioria expressiva (n=150; 98,7%) afirmou que terá procedimento para realizar em casa e todos participantes referiram que terão ajuda para realização dos cuidados (Tabela 2).

**Tabela 2.** Dados hospitalares de pacientes em unidades cirúrgicas. Recife, PE, Brasil – 2019.

Variável	n	%
<b>Diagnóstico médico</b>		
Hérnia umbilical	41	27,0
Hérnia inguinal	35	23,0
Hérnia epigástrica	23	15,1
Colelitíase	22	14,5
Hérnia incisional	11	7,2
Dedo de gatilho	10	6,6
Outro	10	6,6
<b>Número de dias internado</b>		
Um	76	50,0
Três ou mais	56	36,8
Dois	20	13,2
<b>Medicamento prescrito <sup>(1)</sup></b>		
Nimesulida	141	92,8
Cefalexina	135	88,8
Dipirona	11	7,2
Outra	5	3,3
<b>Terá que fazer procedimento em casa?</b>	150	98,7
<b>Sua compreensão nas orientações da alta hospitalar foi:</b>		
Boa	48	31,6
Ótima	104	68,4
<b>Quem irá ajudar nos cuidados em casa?</b>		
Cônjuge	25	16,4
Filho/Filha	21	13,8
Mãe	12	7,9
Irma	8	5,3
Amigo	1	0,7
Nora	1	0,7
Sobrinha	1	0,7
Tia	1	0,7
Não informado	82	53,9
<b>TOTAL</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** <sup>(1)</sup> Considerando que um mesmo pesquisado tenha utilizado mais de um medicamento a soma das frequências foi superior ao número de participantes.

A análise descritiva da “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta” identificou diferenças de médias entre a compreensão referida (pelo paciente) e a compreensão observada (pela

pesquisadora), apresentando média de 99,62 (DP±3,66) e 51,40 (DP±5,05), respectivamente. A média do escore total foi 82,09 (DP±3,05) (Tabela 3).

O escore do paciente e do observador foi obtido após o reescalonamento do escore bruto, variando de 0 a 100, para tornar os dados comparáveis. O escore bruto foi obtido pela soma das pontuações atribuídas aos itens de cada uma das partes do instrumento (parte I – do paciente; parte II – do observador). O tempo médio para preenchimento da escala foi de 16,5 minutos, variando de 7 a 26 minutos.

**Tabela 3.** Estatística dos escores de compreensão referida e compreensão observada. PE, Brasil – 2019.

Variável/dimensão	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Compreensão referida:</b>	<b>99,62 ± 3,66</b>	<b>100,00</b>	<b>57,14</b>	<b>100,00</b>
Sobre medicamentos	99,34 ± 6,40	100,00	25,00	100,00
Sobre tratamento e diagnóstico	99,67 ± 2,92	100,00	70,00	100,00
Sobre restrição	100,00 ± 0,00	100,00	100,00	100,00
Sobre retorno	99,51 ± 6,08	100,00	25,00	100,00
<b>Itens da compreensão referida:</b>				
Q1	4,98 ± 0,24	2,00	5,00	5,00
Q2	4,95 ± 0,40	1,00	5,00	5,00
Q3	4,98 ± 0,24	2,00	5,00	5,00
Q4	4,98 ± 0,24	2,00	5,00	5,00
Q5	4,97 ± 0,29	2,00	5,00	5,00
Q6	4,97 ± 0,29	2,00	5,00	5,00
Q7	4,98 ± 0,24	2,00	5,00	5,00
Q8	4,98 ± 0,24	2,00	5,00	5,00
Q9	5,00 ± 0,00	5,00	5,00	5,00
Q10	5,00 ± 0,00	5,00	5,00	5,00
Q11	5,00 ± 0,00	5,00	5,00	5,00
Q12	5,00 ± 0,00	5,00	5,00	5,00
Q13	5,00 ± 0,00	5,00	5,00	5,00
Q14	5,00 ± 0,00	5,00	5,00	5,00
<b>Compreensão observada</b>	<b>51,40 ± 5,05</b>	<b>50,00</b>	<b>43,75</b>	<b>75,00</b>
<b>Itens da compreensão observada:</b>				
Q15	3,16 ± 0,57	1,00	3,00	5,00
Q16	2,99 ± 0,33	1,00	3,00	5,00
Q17	2,97 ± 0,28	1,00	3,00	5,00
Q18	3,00 ± 0,43	1,00	3,00	5,00
Q19	3,13 ± 0,59	1,00	3,00	5,00
Q20	3,03 ± 0,28	1,00	3,00	5,00
Q21	3,14 ± 0,61	1,00	3,00	5,00
Q22	3,03 ± 0,28	1,00	3,00	5,00
<b>Escore total</b>	<b>82,09 ± 3,05</b>	<b>81,82</b>	<b>52,27</b>	<b>90,91</b>

Na comparação entre a compreensão das orientações de alta dos pacientes (parte I) e do observador (parte II), não houve correlação significativa do ponto de vista estatístico ( $r=0,027$ ,  $p=0,738$ ). Entre o escore total do

observador e os fatores da escala, verificou-se correlação estatisticamente significativa apenas para o fator “compreensão sobre retorno”, apresentando correlação positiva fraca ( $r=0,279$ ,  $p< 0,001$ ), o que sugere que quanto maior a percepção do paciente sobre a compreensão do retorno, mais o observador percebeu essa compreensão pela análise dos sinais não verbais. A compreensão do escore total e o observado com os demais fatores não obtiveram correlações significativas.

A tabela 4 mostra os valores das correlações entre a compreensão sobre as orientações de alta e o perfil sociodemográfico dos pacientes. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e os fatores “compreensão sobre medicamentos” ( $p=0,002$ ), “compreensão sobre tratamento e diagnóstico” ( $p=0,002$ ) e “compreensão sobre o retorno” ( $p=0,045$ ), sugerindo que quanto menor a escolaridade, menor a compreensão de orientações de alta sobre medicamentos, tratamento e diagnóstico e condições de retorno. As médias foram menos elevadas entre os pacientes que tinham ensino fundamental I do que entre aqueles que possuíam ensino fundamental II, ensino médio e ensino técnico, para os três fatores.

O fator “compreensão sobre retorno” apresentou correlação estatisticamente significativa com a variável renda mensal ( $p=0,005$ ), sugerindo que quanto menor a renda da família, menor a compreensão sobre as condições de retorno. Os pacientes que possuíam apenas renda de um salário mínimo apresentaram menores valores de média (94,23;  $DP\pm 20,80$ ), em comparação com aqueles que recebiam dois ou mais salários.

Na associação entre os fatores da escala e as demais características sociodemográficas (faixa etária, sexo, etnia, estado civil, religião e número de dependentes), não houve diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 4.** Estatística dos domínios da compreensão referida segundo o perfil sociodemográfico. Recife, PE, Brasil – 2019.

Variável	N	Domínios da compreensão referida sobre			
		Medicamentos Média $\pm$ DP (Mediana)	Tratamento e diagnóstico Média $\pm$ DP (Mediana)	Restrição Média $\pm$ DP (Mediana)	Retorno Média $\pm$ DP (Mediana)
<b>Faixa etária</b>					
23 a 39	43	99,42 $\pm$ 3,81 (100,00)	99,53 $\pm$ 3,05 (100,00)	100,00 $\pm$ 0,00 (100,00)	100,00 $\pm$ 0,00 (100,00)

40 a 49	40	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
50 a 59	29	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
60 a 78	40	98,13 ± 11,86 (100,00)	99,25 ± 4,74 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	98,13 ± 11,86 (100,00)
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(1)</sup> = 0,641</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,641</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,423</b>
<b>Sexo</b>					
Masculino	76	99,67 ± 2,87 (100,00)	99,74 ± 2,29 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
Feminino	76	99,01 ± 8,60 (100,00)	99,61 ± 3,44 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	99,01 ± 8,60 (100,00)
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(2)</sup> = 0,993</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 0,993</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 0,317</b>
<b>Cor/Etnia</b>					
Branco	71	98,94 ± 8,90 (100,00)	99,58 ± 3,56 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	98,94 ± 8,90 (100,00)
Pardo	52	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
Negro	21	98,81 ± 5,46 (100,00)	99,05 ± 4,36 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(1)</sup> = 0,297</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,297</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,598</b>
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	43	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
Casado/União estável	109	99,08 ± 7,55 (100,00)	99,54 ± 3,44 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	99,31 ± 7,18 (100,00)
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(2)</sup> = 0,373</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 0,373</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 0,530</b>
<b>Escolaridade</b>					
Fundamental I	20	95,00 ± 17,40 (100,00) <sup>(A)</sup>	97,50 ± 7,86 (100,00) <sup>(A)</sup>	100,00 ± 0,00 (100,00)	96,25 ± 16,77 (100,00) <sup>(A)</sup>
Fundamental II	51	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>
Médio	73	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>
Técnico	7	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(1)</sup> = 0,002*</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,002*</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,045*</b>
<b>Religião</b>					
Católico	80	99,06 ± 8,39 (100,00)	99,63 ± 3,35 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	99,06 ± 8,39 (100,00)
Evangélico	70	99,64 ± 2,99 (100,00)	99,71 ± 2,39 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(2)</sup> = 0,983</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 0,983</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(2)</sup> = 0,638</b>
<b>Renda mensal</b>					
Um	13	94,23 ± 20,80 (100,00)	97,69 ± 8,32 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	94,23 ± 20,80 (100,00) <sup>(A)</sup>
Dois	108	99,77 ± 2,41 (100,00)	99,81 ± 1,92 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>
Três ou mais	31	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00) <sup>(B)</sup>
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(1)</sup> = 0,098</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,098</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,005*</b>
<b>Número de dependentes da renda mensal</b>					
Até dois	51	98,53 ± 10,50 (100,00)	99,41 ± 4,20 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	98,53 ± 10,50 (100,00)
Três	71	99,65 ± 2,97 (100,00)	99,72 ± 2,37 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
4 ou mais	30	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)	100,00 ± 0,00 (100,00)
<b>Valor de p</b>		<b>p<sup>(1)</sup> = 0,752</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,752</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 1,000</b>	<b>p<sup>(1)</sup> = 0,372</b>

(\*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Através do teste Kruskal-Wallis

(2) Através do teste Mann-Whitney

Obs. Se as letras entre parênteses são todas distintas, comprova-se diferença significativa entre as categorias correspondentes pelas comparações pareadas do referido teste.

A associação entre os escores da escala (escore total, compreensão referida – parte I e compreensão observada – parte II) e as variáveis sociodemográficas identificou correlação estatisticamente significativa entre os níveis da escolaridade e o escore da compreensão referida ( $p=0,002$ ), apresentando média menor entre participantes com ensino fundamental I (média=97,14; DP±9,94), quando comparados aos demais níveis de escolaridade (média=100,00; DP±0,00). Este resultado sugere que quanto menores os níveis de escolaridade, menor a compreensão referida pelo paciente quanto às orientações de alta hospitalar. As demais variáveis (faixa etária, sexo, etnia, estado civil, religião, renda mensal e número de dependentes) não apresentaram associações significativas com a compreensão referida (parte I), com a compreensão observada (parte II) ou com o escore total da escala.

Na associação entre os dados hospitalares e os fatores da escala (compreensão sobre medicamentos, compreensão sobre tratamento e diagnóstico, compreensão sobre o retorno e compreensão sobre restrição) não houve associações estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) com as variáveis analisadas (diagnóstico médico, número de dias internado e avaliação da compreensão das orientações da alta).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo buscou avaliar a compreensão de pacientes cirúrgicos sobre as orientações de alta. Este é a primeira aplicação da “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de alta” em um estudo, que visa mensurar o processo de comunicação entre profissionais e pacientes por meio da compreensão em relação às orientações de alta hospitalar, bem como proporcionar maior segurança para o paciente no momento da alta hospitalar.

Foi realizada uma análise da compreensão referida pelo paciente e da compreensão percebida pelo observador, mostrando que o paciente refere compreender as orientações sobre orientação de alta, em relação às medicações, ao tratamento e diagnóstico, às restrições e ao retorno. Houve importante discrepância na comparação das médias entre a compreensão observada e a compreensão referida, mostrando que a percepção do observador quanto aos sinais não verbais dos pacientes é maior do que a percepção dos

pacientes sobre a compreensão das orientações de alta. Esta tendência também foi encontrada no estudo de validação da escala<sup>14</sup>, que apresentou média da compreensão percebida menor do que a média da compreensão referida. No entanto, comparando-se as médias dos escores da escala, neste estudo, os pacientes obtiveram maiores escores de compreensão das orientações de alta e menor média do escore da percepção do observador<sup>14</sup>.

Uma possível explicação para tal discrepância pode estar relacionada à temática do estudo, associada ao contexto do local do estudo e às características socioculturais e psicológicas da amostra, manifestando comportamentos de acordo com a desajustabilidade social. A discussão cultural do nordeste reflete uma tendência dos participantes para atribuírem respostas consideradas como socialmente mais aceitáveis e a negar associação pessoal com opiniões ou comportamentos considerados socialmente desabonadores<sup>16-18</sup>.

Tais padrões de resposta podem ser conscientes ou não e com motivações diversas, como autoengano, fraca afirmação pessoal, necessidade de atenção, necessidade de aprovação (desejo de agradar ao examinador), necessidade de autoproteção (desejo de proteger a sua própria imagem), fuga à crítica, conformismo social, entre outros<sup>16,19</sup>.

Este estudo foi realizado em um hospital de referência no estado de Pernambuco, para atendimento de médio porte, que atende, em sua totalidade, pacientes do Sistema Único de Saúde. Além disso, foi realizado em uma unidade cirúrgica, com procedimentos para correção de afecções agudas, com rápida resolução, o que resulta em média de pouco tempo de internação. Sendo assim, é possível que a oportunidade do atendimento com rápida resolução da demanda caracterize circunstâncias que manifestem a desajustabilidade social, o que é uma das causas para o enviesamento de respostas em pesquisas<sup>16</sup>. A desajustabilidade social foi correlacionada com menor escolaridade e menor *status* socioeconômico dos sujeitos – ambas características atribuídas ao perfil dos participantes deste estudo<sup>17</sup>.

Ademais, o construto avaliado pela escala (compreensão das orientações de alta) pode remeter à avaliação de condutas realizadas pelos profissionais de saúde que ofereceram o atendimento aos participantes. Desta forma, é possível que a interpretação dos participantes para uma avaliação do atendimento

recebido, associada à deseabilidade social, tenham diminuído a probabilidade de os pacientes relatarem deficiências no processo de orientações de alta hospitalar.

Neste estudo, houve relação apenas entre a compreensão percebida e a referida pelos pacientes quanto ao retorno, mostrando que, neste fator, a compreensão de alta dos pacientes e os sinais verbais expressos por eles estão diretamente relacionados. Esses dados se assemelham à literatura quanto à análise deste fator (“compreensão sobre o retorno”), mas divergem nos demais fatores, pois, neste estudo, não foi encontrada correlação com a compreensão sobre medicações e tratamento/diagnóstico<sup>14</sup>.

A discrepância entre a compreensão percebida e a compreensão referida também pode ser explicada pelas manifestações da comunicação não verbal. A comunicação pode ser verbal, quando expressa por fala e escrita, ou não verbal, quando envolve manifestações de comportamento não expressas por palavras – como gestos, silêncio, expressões faciais e postura corporal<sup>20</sup>.

A comunicação não verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se, em 38% das oportunidades, por sinais paralinguísticos, tais como a entonação da voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o sujeito dentro de seu contexto específico<sup>21</sup>.

A forma de comunicação não verbal ganha importância porque ela pode confirmar ou negar a mensagem transmitida através da expressão verbal e pelo fato de estar sempre presente, esteja a comunicação verbal sendo emitida ou não<sup>24</sup>. Desse modo, quando a equipe multidisciplinar consegue comunicar-se com o paciente comprometido verbalmente, ela passa a relacionar-se com ele e a ocasionar melhor adaptação.

Este estudo verificou associação da escolaridade com a compreensão referida e a compreensão percebida sobre medicamentos, retorno, tratamento e diagnóstico dos participantes. Assim, observa-se uma tendência de que quanto menor a escolaridade, menor a compreensão de orientações de alta.



A literatura ressalta a importância de avaliar habilidades cognitivas e o nível de escolaridade para adequar as orientações de alta, apontando para dificuldades na comunicação quando o cuidador não compreende as orientações sobre os medicamentos devido ao nível de escolaridade<sup>4</sup>.

Em pacientes cirúrgicos, os cuidados pós-alta hospitalar precisam ser reforçados, por meio de orientações e avaliações educativas, visando compreensão do processo de recuperação cirúrgica e execução do autocuidado para alertar quanto aos sinais e sintomas de infecção e cuidados com a incisão cirúrgica<sup>23</sup>. Nesse processo, é de fundamental importância considerar a singularidade de cada paciente, para que as orientações ocorram conforme a necessidade dos indivíduos e suas famílias<sup>10</sup>.

Sabe-se que a escolaridade pode contribuir para reduzida compreensão da doença e déficits na continuidade do cuidado. Entretanto, pondera-se pontuar essa variável como fator de interferência, levando em consideração que a baixa compreensão também pode estar associada ao número insuficiente de informações ou com orientações indevidas realizadas pontualmente no dia da alta, quando o paciente pode ter a concentração reduzida pelo anseio de ir para casa<sup>24</sup>.

Outra associação estaticamente significativa encontrada neste estudo foi com a renda da família, verificando-se que quanto menor a renda da família, menor a compreensão sobre as condições de retorno. Entre os fatores sociais, destaca-se, neste estudo, que o perfil da amostra foi o de maior parte das famílias vivendo com até dois salários mínimos e três dependentes desta renda por domicílio. Também os pacientes moravam em locais distantes do hospital e dependiam de transporte de terceiros. Ressalte-se que essa condição facilitou a coleta dos dados para este estudo, já que, após receberem a alta, muitos pacientes ficavam ainda algumas horas no hospital, enquanto aguardavam transporte para voltar ao domicílio.

Além disso, todos os pacientes referiram ter um acompanhante para ajudar nos cuidados em casa, o que pode representar um fator positivo para a compreensão da alta hospitalar. Destaca-se que tais condições sociais são importantes de serem analisadas, pois podem influenciar na compreensão dos cuidados pós-alta hospitalar. A literatura mostra que o planejamento do

tratamento para pacientes cirúrgicos depende não apenas dos recursos disponíveis, mas também de fatores médicos, organizacionais e sociais, como histórico, recursos da comunidade, presença de um acompanhante, oportunidades de acesso ao sistema de saúde, pela distância ou transporte entre o local de moradia e o serviço de saúde, entre outros<sup>25</sup>.

Estratégias para melhorar a comunicação e a continuidade do cuidado, no processo de alta hospitalar, incluem: instruções de alta por escrito ou com cartões ilustrados<sup>11,27-28</sup>, atividades desenvolvidas por enfermeiros de ligação visando melhorar a articulação com os serviços extra-hospitalares<sup>8</sup>, implementação de *round* interdisciplinar no período da hospitalização<sup>6</sup> e uso de comunicação apropriada, por meio da capacitação da equipe multiprofissional, estruturação de protocolos assistenciais e realização de sessões educativas sistemáticas aos pacientes e cuidadores<sup>29</sup>.

Apesar de inúmeras estratégias, é fundamental avaliar se as orientações recebidas foram suficientes, pois a falta de informações e as estratégias indevidas não mostram efetividade para a continuidade do cuidado, principalmente pela carência de acesso ao sistema de saúde pós-alta hospitalar<sup>11,27</sup>.

Várias estratégias têm sido divulgadas para promover efetiva transição do cuidado na alta hospitalar e há evidências de que algumas intervenções podem ter impacto positivo sobre a segurança do paciente, especialmente aquelas com componentes educacionais e aquelas que combinam intervenções pré e pós-alta<sup>30</sup>.

Observou-se, neste estudo, que 100% dos pacientes entrevistados receberam alta com prescrição medicamentosa para continuidade de tratamento em sua residência. A compreensão sobre as orientações em relação à continuidade da medicação é de grande importância, visto que trata-se da segurança e da qualidade de vida do paciente.

Em situações de transição do cuidado, como a alta hospitalar, pacientes podem estar especialmente vulneráveis e a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos pode resultar em atendimento em serviços de urgência ou em readmissão hospitalar. Estudos demonstram que atividades como reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou ao cuidador e

seguimento domiciliar são desenvolvidas em hospitais como estratégias para minimizar os riscos de ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos após a alta hospitalar, contribuindo para evitar danos ao paciente e custos desnecessários ao sistema de saúde<sup>31</sup>.

Considerando que a desejabilidade social pode ter sido um fator de enviesamento de respostas, ponderamos tal condição como uma limitação deste estudo. Sugere-se que novos estudos com esta população possam futuramente mensurar este construto, para verificar se há correlações entre comportamentos de desejabilidade social e avaliação da compreensão das orientações de alta.

Este estudo contribui para as evidências sobre processo de alta hospitalar, uma vez que permite uma análise da comunicação verbal e não verbal envolvida nessas orientações, oferecendo possibilidades de aprofundamento das formas de avaliar a efetividade das intervenções para a alta hospitalar. Além disso, a análise dos fatores sociodemográficos e dados hospitalares envolvidos permite compreender as variáveis que podem interferir no processo de orientação de alta hospitalar e que devem ser levadas em consideração no planejamento do cuidado.

## **CONCLUSÃO**

A aplicação da “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta” permitiu identificar que pacientes cirúrgicos referem compreender as orientações de alta recebidas. No entanto, discrepâncias entre o observado e a comunicação não verbal de pacientes indicam possíveis dificuldades na compreensão dessas orientações.

Foi verificado que o nível de escolaridade e a renda mensal familiar são variáveis sociodemográficas associadas ao processo de compreensão dos pacientes sobre as orientações de alta hospitalar.

Ter instrumentos que permitam aos profissionais avaliar se os pacientes compreendem as orientações é de suma importância, tendo em vista que podem aprimorar a comunicação com esses pacientes para melhoria da continuidade do cuidado pós-alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [acesso em 2019 mai 05]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
2. Oliveira RM, Leitão IMT de A, Silva LMS da, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2014;18(1). doi: 10.5935/1414-8145.20140018
3. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2014.
4. Fontana G, Chesani FH, Menezes M. As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. *Sau Transf Soc.* 2017 [acesso em 2019 mai 05];8(2):86–95. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/articloe/view/4230/4994>
5. Miasso AI, Cassiani SHDB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2005 Jun;39(2):136–44. doi: 10.1590/S0080-62342005000200003
6. Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Pai DD. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe). doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180353
7. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2019;53. doi: 10.1590/s1980-220x2018017803477
8. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Rev. latinoam. enferm. (Online).* 2019;27. doi: 10.1590/1518-8345.3069.3162

9. Martins KP, Macedo-Costa KNF, Oliveira DST, Valdevino SC, Rezende LCM, Costa TF. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2015 Jan 1;7(1):1756. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764
10. Chahin TTH, Mostardeiro SCTS, Terra MG, Silva CT, Maciel FB, Soccol KLS. Alta hospitalar do paciente cirúrgico ambulatorial: percepção da equipe de enfermagem na educação em saúde. *J Nurs Heal*. 2014;3(1):115–25. doi: 10.15210/jonah.v3i1.3708
11. Horstman MJ, Mills WL, Herman LI, Cai C, Shelton G, Qdaisat T, et al. Patient experience with discharge instructions in postdischarge recovery: a qualitative study. *BMJ Open*. 2017 Feb 22;7(2):e014842. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014842
12. Martins CCF, Santos VEP, Pereira MS, Santos NP. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática. *Cogitare Enferm*. 2014 Jun 29;19(2). doi: 10.5380/ce.v19i2.36985
13. Araujo MAN, Lunardi Filho WD, Da Silveira RS, Souza JC, Barlem ELD, Teixeira NDS. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enferm em Foco*. 2017;8(1):52. doi: 10.21675/2357-707x.2017.v8.n1.984
14. MOTA RJBS. Construção e validação da escala de avaliação da compreensão do paciente sobre orientações da alta. [Dissertação]. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2016.
15. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos S de C. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010 Dec;44(4):962–8. doi: 10.1590/S0080-62342010000400015
16. Almiro PA. Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Rev Avaliação Psicológica [Internet]*. 2017 [acesso em 2019 mai 15] Jul 15;16(03). Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712017000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712017000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
17. Ribas Jr. RC, Moura MLS, Soares ID, Gomes AAN, Bornstein MH. Socioeconomic status in Brazilian psychological research: I. validity,

- measurement, and application. *Estud Psicol.* 2003 Dec;8(3):375–83. doi: 10.1590/S1413-294X2003000300004
18. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol.* 1960;24(4):349–54. doi: 10.1037/h0047358
  19. Anastasi A, Urbina S. Testagem psicológica [Internet]. 7th ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2000 [acesso em 2019 mai 15]. 575 p. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000400013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400013&lng=pt&tlng=pt)
  20. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Rev Bras Educ Med.* 2010 Sep;34(3):363–70. doi: 10.1590/S0100-55022010000300005
  21. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2002.
  22. Santos CCV, Shiratori K. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2005 Aug;58(4):434–7. doi: 10.1590/S0034-71672005000400010
  23. Romanzini AE, Jesus APM, Carvalho E, Sasaki VDM, Damiano VB, Gomes JJ. Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. *REME Rev Min Enferm.* 2010;14(2):239–43.
  24. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. *Acta paul. enferm.* 2007 Sep;20(3):345–50. doi: 10.1590/S0103-21002007000300017
  25. Hanes A, Rebibo L, Sabbagh C, Badaoui R, Hubert V, Cosse C, et al. A critical analysis of factors leading to next-day discharge in ambulatory surgery patients. *J Visc Surg.* 2016 Dec;153(6):433–7. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2016.04.011
  26. Broca PV, Ferreira MA. Nursing staff and nonverbal communication. *REME rev. min. enferm.* 2014;18(3). doi: 10.5935/1415-2762.20140051

27. Stein R, Neufeld D, Shwartz I, Erez I, Haas I, Magen A, et al. Assessment of surgical discharge summaries and evaluation of a new quality improvement model. *Isr Med Assoc J* [Internet]. 2014 Nov [acesso em 2019 Ago 15];16(11):714–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25558702>
28. Reis PGTA, Nakakogue C, Nakakogue T, Nasr A, Tomasich FDS, Collaço IA. Orientações de alta: cartões padronizados ajudam na compreensão dos pacientes do pronto socorro? *Rev Col Bras Cir*. 2013 Aug;40(4):335–41. doi: 10.1590/S0100-69912013000400014
29. Lemos DMP, Barcellos RA, Borba DSM, Caballero LG, Goldraich LA, Echer IC. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe). doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180344
30. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2014;24(2):401–20. doi: 10.1590/S0103-73312014000200005
31. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. *Saúde e Soc*. 2014 Dec;23(4):1431–44. doi: 10.1590/S0104-12902014000400025
32. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos S de C. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010 Dec;44(4):962–8. doi: 10.1590/S0080-62342010000400015

## 5. CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu acessar a compreensão dos pacientes sobre as orientações de alta hospitalar, por meio da avaliação do paciente e da observação de sinais não verbais, realizadas por um observador. A “Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de Alta” identificou que pacientes cirúrgicos referem compreender as orientações de alta recebidas. No entanto, os sinais não verbais observados sugerem menor compreensão dessas orientações.

Foi verificado que o nível de escolaridade e a renda mensal familiar são variáveis sociodemográficas associadas ao processo de compreensão dos pacientes sobre as orientações de alta hospitalar.

Este estudo contribui para as evidências sobre processo de alta hospitalar, uma vez que permite uma análise da comunicação verbal e não verbal envolvida nessas orientações, oferecendo possibilidades de aprofundamento das formas de avaliar a efetividade das intervenções para a alta hospitalar.

A disponibilidade de instrumentos que possibilitem aos profissionais avaliar a compreensão de pacientes sobre as orientações de alta permite aprimorar a comunicação com esses pacientes para garantir a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Assim, há implicações deste estudo para prática do cuidado em saúde, uma vez que traz novas evidências sobre variáveis que podem interferir na compreensão da alta hospitalar, bem como fortalece a utilização de novas tecnologias de cuidado para aprimorar a comunicação nesse processo. Desta forma, oferece evidências sobre a melhoria do processo de orientação de alta para o desenvolvimento de novas pesquisas e estratégias na assistência – comprometidas com a segurança do paciente e qualidade do cuidado.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 529, de 1° de Abril de 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [acesso em 2019 mai 05]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2019 mai 05]. 42 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
3. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2014.
4. Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *J Adv Nurs*. 2002 Sep;39(5):450–8. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02310.x
5. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective Discharge Communication in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2012 Aug;60(2):152–9. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.10.023
6. Vashi A, Rhodes K V. “Sign Right Here and You’re Good to Go”: A Content Analysis of Audiotaped Emergency Department Discharge Instructions. *Ann Emerg Med*. 2011 Apr;57(4):315-322.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.08.024
7. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. *Acta Paul Enferm*. 2007 Sep;20(3):345–50. doi: 10.1590/S0103-21002007000300017
8. Bressan F, Jorge LC, Zientarski TR, Barbosa SFF. Cuidado de Enfermagem com enfoque no autocuidado de pacientes pós-infarto agudo

- do miocárdio. Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
9. Meyers AG, Salanitro A, Wallston KA, Cawthon C, Vasilevskis EE, Goggins KM, et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). *BMC Health Serv Res.* 2014 Dec 8;14(1):10. doi: 10.1186/1472-6963-14-10
  10. Rantucci MJ. *Pharmacists talking with patients: a guide to patient counseling.* 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
  11. Baggio MA, Teixeira A, Rodrigues Portella M. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. 2001;22(1):122–39.
  12. Dantas RAS. *Reabilitação de pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio.* Ribeirão Preto; 2001.
  13. Cieto BB, Garbuio DC, Camargo VB de, Napoleão AA. Nursing resources and innovations for hospital discharge: an integrative review. *REME Rev Min Enferm.* 2014;18(3). doi: 10.5935/1415-2762.20140055
  14. COREN-SP. *Processo de Enfermagem: guia para a prática [Internet].* São Paulo: Coren-SP; 2015 [Acesso em 2019 set 20]. Available from: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
  15. Viana SR. *Assistência de Enfermagem no planejamento para alta hospitalar: subsídios para continuidade do cuidado. [Monografia].* Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2016.
  16. Mota RJBS. *Construção e validação da escala de avaliação da compreensão do paciente sobre orientações da alta. [Dissertação].* Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2016.
  17. Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2011 Jun;45(3):632–7. doi: 10.1590/S0080-62342011000300012
  18. Stefanelli MC. *Comunicação com paciente teoria e ensino.* São Paulo: Robe Editorial; 1993.

19. Berlo DK. O Processo da Comunicação - Introdução à Teoria e à Prática. 10th ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
20. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos S de C. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010 Dec;44(4):962–8. doi: 10.1590/S0080-62342010000400015
21. Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev bras enferm*. 2006 Jun;59(3):327–30. doi: 10.1590/S0034-71672006000300014
22. Araujo MAN, Lunardi Filho WD, Da Silveira RS, Souza JC, Barlem ELD, Teixeira NDS. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enferm em Foco*. 2017;8(1):52. doi: 10.21675/2357-707x.2017.v8.n1.984
23. Broca PV, Ferreira M de A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev bras Enferm*. 2012 Feb;65(1):97–103. doi: 10.1590/S0034-71672012000100014
24. Mendes PSW. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2014. 208 p.
25. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. *Rev Enferm UFPE Line*. 2013;7(12):7151–9. doi: 10.5205/1981-8963-v7i12a12387p7151-7159-2013
26. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para Alta Hospitalar [Internet]. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. [acesso em 2019 Jun 15]. Available from: [https://www.into.saude.gov.br/upload/arquivos/publicacoes/folhetos/folder\\_orientacoes\\_alta\\_hospitalar.pdf](https://www.into.saude.gov.br/upload/arquivos/publicacoes/folhetos/folder_orientacoes_alta_hospitalar.pdf)
27. Broca PV, Ferreira MA. Nursing staff and nonverbal communication. *REME rev. min. enferm.*. 2014;18(3). doi: 10.5935/1415-2762.20140051

28. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2002.
29. Barros CG. Segurança do paciente como prioridade nas organizações hospitalares. [Apresentação do Hospital Albert Einstein; 2013; São Paulo].
30. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde Debate*. 2016 Dec;40(111):292–301. doi: 10.1590/0103-1104201611123
31. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Artigo Original. Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*. 2011;(10):47–57.
32. Reis AT, Silva CRA. Segurança do paciente. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3). doi: 10.1590/0102-311XRE020316
33. Gomes AQF, Martins MS, Travassos CMR. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório. 2008.
34. Donaldson SL, Philip P. Patient Safety – a global priority. *Bull World Health Organ*. 2004;82(12):2.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. ANVISA. 2011;1(1):1–12.
36. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm*. 2015 Sep 23;20(3). doi: 10.5380/ce.v20i3.40016
37. Balsanelli AP, Cunha ICKO. Liderança no contexto da enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2006 Mar;40(1):117–22. doi: 10.1590/S0080-62342006000100017

## APÊNDICES

## Apêndice A – Instrumento de caracterização dos pacientes

Participante Nº: \_\_\_\_

**DADOS SOCIOECONÔMICOS**

1) Idade:					
2) Sexo:	Masculino [ ]			Feminino [ ]	
3) Cor/etnia <sup>1</sup> :	[ ] Branco(a)	[ ] Pardo(a)	[ ] Negro(a)	[ ] Amarelo(a)	[ ] Indígena
4) Naturalidade (nascido em cidade/estado):					

5) Qual seu estado civil?

 Solteiro(a). Casado(a). Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a). Viúvo(a). União estável6) Religião:  Católica Evangélica Espírita Outra: \_\_\_\_\_7) Escolaridade completa:  Ensino fundamental 1 Ensino fundamental 2 Ensino Médio Ensino Técnico Ensino superior Especialista Mestre Doutor

8) Ocupação (o que você faz profissionalmente): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Cor segundo IBGE.

9) Qual a renda mensal de sua FAMÍLIA em salários mínimos (R\$937,00)? (considere a renda de todos os integrantes da família, inclusive você)

1  2  3  4  5  6  \_\_\_\_

10) Qual é a sua participação na vida econômica de sua família?

Você não trabalha e seus gastos são custeados.

Você trabalha e é independente financeiramente.

Você trabalha, mas não é independente financeiramente.

Você trabalha e é responsável pelo sustento da família.

11) Quantidade de pessoas que vivem da renda mensal familiar (incluindo você).

1  2  3  4  5  6  \_\_\_\_

#### **DADOS HOSPITALARES/ALTA**

12) Diagnósticos Médicos<sup>2</sup>:

---



---



---



---

13) Dias de internação hospitalar: \_\_\_\_\_

14) Medicamentos prescritos para casa<sup>2</sup>:

Nome/apresentação	Dosagem (quantidade de comprimidos e vezes ao dia)	Duração do tratamento (dias, meses ou anos)

<sup>2</sup> Essas variáveis serão respondidas pelo paciente e confirmadas no prontuário ou com a equipe multidisciplinar pelo pesquisador.


15) Terá que fazer algum procedimento em casa? Qual?

---



---



---



---

16) Profissional que fez a última orientação para o paciente?

médico  enfermeiro

17) Como você avalia a sua compreensão em relação as orientações de alta hospitalar?  péssima  ruim  boa  ótima

18) Você conseguirá realizar todas as orientações que foram orientados?

Sim  Não

Se não, quais você terá mais dificuldade e por que?

---



---



---

19) Você terá alguém para te ajudar a dar continuidade ao seu tratamento em casa?

Sim  Não

Se sim, qual o seu parentesco com essa pessoa? \_\_\_\_\_

20) Com que frequência essa pessoa te ajudará nesse período mais curto logo após a alta hospitalar?

1 vez por semana

5 vezes por semana

2 vezes por semana

6 vezes por semana

3 vezes por semana

todos os dias

4 vezes por semana



## Apêndice B - Carta de autorização do hospital



## CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos a realização e execução do projeto de pesquisa intitulado: **AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DO PACIENTE SOBRE ORIENTAÇÕES DE ALTA**, que será desenvolvido pela Mestranda **Juliana Rodrigues da Silva** sob a orientação da pesquisadora **Prof.ª Dra. Ana Claudia Puggina**, docente do PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE GUARULHOS (UNG) a coordenação deste hospital, assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Salientamos ainda que para o início da pesquisa faz-se necessário a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Jaboatão dos Guararapes, 19 de Julho de 2018.

Fábio André F. Silva

Médico

CREMEPE 16667

Fabio Andre Ferreira da Silva

Diretor Assistencial HMJ



## Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participante Nº: \_\_\_\_

Prezado Colaborador,

Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre compreensão do paciente sobre orientações de alta sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cláudia Giesbrecht Puggina (Docente da Universidade Guarulhos).

Os objetivos são de avaliar a compreensão do paciente no momento em que ele recebe a alta hospitalar e verificar se as características socioeconômicas e dados hospitalares/alta interferem no processo de compreensão do paciente frente as orientações de alta hospitalar.

Sua contribuição será essencial, caso se disponha a responder os instrumentos de pesquisa: o instrumento de caracterização dos participantes (Apêndice 1 - 20 itens) e a Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de alta (Parte 1 – 14 itens), isso levará aproximadamente 20 minutos. O tipo de procedimento não apresenta risco ao participante.

Ressaltamos que sua participação é totalmente voluntária, ou seja, você tem total liberdade de participar ou não da pesquisa. Informo que essa pesquisa não envolve nenhuma despesa, nem prejuízo e compensações e que não citaremos seu nome, garantindo assim a sua privacidade.

Caso você sinta algum constrangimento ou qualquer outro incômodo, poderá abandonar a pesquisa e não será identificado em nenhum relatório, sendo seus dados excluídos do estudo.

Os resultados desta pesquisa podem te beneficiar diretamente pois os itens perguntados podem ser melhor esclarecidos no momento da alta hospitalar, proporcionando maiores esclarecimentos sobre o seu caso e indiretamente, espera-se obter melhora na qualidade do atendimento futuro.

Nesta pesquisa será respeitado a privacidade dos dados e os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Caso houver novas perguntas sobre este assunto, você pode entrar em contato com a mestranda Juliana Rodrigues da Silva, por email

juliana.rodrigues@mauriciodenassau.edu.br, telefone (81) 98682-0123 ou com a professora responsável pelo estudo, Profa. Dra. Ana Cláudia Giesbrecht Puggina (11) 99450-0502, email: apuggina@prof.ung.br. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ética ou me sinta prejudicado, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Memorial Guararapes, situado Av. Dr. Júlio Maranhão, 911, Prazeres - Jaboatão dos Guararapes e-mail cep@hmgpe.com.br.

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do R.G. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_,  
declaro ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e/ou que foram lidas por mim sobre o estudo **“Avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta”**. Autorizo publicação dos dados. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de ressarcimento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e estou ciente que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A aluna, Juliana Rodrigues da Silva certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa serão utilizados somente para fins científicos.

Telefones para contato: ( ) \_\_\_\_\_ ou ( ) \_\_\_\_\_

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Juliana Rodrigues da Silva  
Enfermeira, Mestranda da UNG  
COREN 340531

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**ANEXOS**

## Anexo 1 - Escala de Avaliação da Compreensão do Paciente sobre Orientações de alta

### Objetivos específicos da Escala:

(1) mensurar o processo de comunicação profissionais-paciente por meio da compreensão do paciente em relação às orientações de alta hospitalar. Considerando que estas orientações podem ser realizadas durante o tratamento, em um processo contínuo, a escala não se limita a avaliação de um profissional num momento específico. Sendo assim, tem-se como finalidade a avaliação de um processo de comunicação e não exatamente de uma relação interpessoal;

(2) proporcionar maior segurança para o paciente no momento de alta hospitalar em que ele deve ter plena compreensão do seu tratamento, pois dúvidas referidas ou percebidas serão abordadas novamente com o paciente após a aplicação da escala.

### Instruções gerais da escala:

Esta escala é dividida em duas partes. A parte I "Compreensão referida" refere-se à percepção do paciente sobre sua compreensão em relação às orientações de alta e deverá ser preenchida pelo paciente como forma de questionário, ou seja, ele lê e responde cada um dos itens. A parte II "Compreensão percebida" refere-se à percepção do observador sobre a comunicação não verbal do paciente durante o preenchimento da parte I do instrumento deverá ser preenchida por meio de observação. Antes do preenchimento, profissionais e pacientes deverão ler ou serem devidamente instruídos sobre as instruções específicas em cada uma das partes.

Participante n°: \_\_\_\_\_

### Instruções para o preenchimento da Parte I:

- Para cada afirmação marque um X na resposta que melhor reflete sua compreensão das orientações de alta durante toda sua internação até agora.
- Marque só uma alternativa em cada item e não deixe nenhuma questão em branco.
- Durante o preenchimento, não converse com o profissional, você poderá tirar suas dúvidas depois, mas durante o preenchimento isso poderá interferir no objetivo da escala.
- Seja honesto em suas respostas e reflita com muito cuidado.
- ATENÇÃO: Ser orientado de "não ter medicação", "não ter restrição física ou alimentar" ou "não ter cuidados especiais e/ou procedimentos", são consideradas orientações.

<b>Parte I – Percepção do paciente sobre sua compreensão em relação às orientações de alta (compreensão referida)</b>		1	2	3	4	5
		Não recebi orientação	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo
<b>1</b>	Compreendi o meu diagnóstico médico.					<b>1</b>
<b>2</b>	Saberei explicar para os outros o meu problema de saúde.					<b>2</b>
<b>3</b>	Compreendi quantas medicações precisarei tomar ou aplicar.					<b>3</b>
<b>4</b>	Compreendi os horários diários e os intervalos em que devo tomar cada uma das minhas medicações.					<b>4</b>
<b>5</b>	Compreendi até quando devo tomar ou aplicar cada uma das minhas medicações.					<b>5</b>
<b>6</b>	Compreendi para que serve cada uma das minhas medicações, ou seja, o benefício de tomar cada uma delas.					<b>6</b>
<b>7</b>	Compreendi se é preciso e quando deve ser o meu retorno para acompanhamento.					<b>7</b>
<b>8</b>	Compreendi quais os sinais de piora da minha doença, ou seja, quando devo procurar um serviço de emergência.					<b>8</b>
<b>9</b>	Compreendi cuidados que devo ter com a minha alimentação diária.					<b>9</b>
<b>10</b>	Compreendi a necessidade de restrição ou estímulo à atividade física no meu tratamento.					<b>10</b>
<b>11</b>	Compreendi cuidados especiais e/ou procedimentos que devo realizar após minha alta (ex.: curativo, sonda <u>nasointestinal</u> , sonda vesical de demora, <u>oxigenioterapia</u> ...)					<b>11</b>
<b>12</b>	Compreendi o período total do meu tratamento, ou seja, até quando devo seguir as orientações dadas.					<b>12</b>
<b>13</b>	Compreendi as orientações sobre o meu tratamento.					<b>13</b>
<b>14</b>	Fui esclarecido em minhas dúvidas					<b>14</b>

Quais foram suas dúvidas em relação as orientações de alta:

---



---



---



---



---



---



---



---



---











---

**Instruções para o preenchimento da Parte II:**

- Para cada afirmação marque um X na resposta que melhor reflete sua percepção sobre a frequência de sinais não verbais do paciente durante o preenchimento da parte I da escala.
- Marque só uma alternativa em cada item. Não deixe nenhuma questão em branco.
- Leia atentamente e mais de uma vez TODOS os itens antes de preencher a escala com o paciente, assim você terá uma visão geral do que irá avaliar.
- Mantenha uma distância mínima de aproximadamente 2 passos largos do paciente e em uma posição em que você possa visualizar a face como um todo do paciente. Essa recomendação irá diminuir a probabilidade do paciente se sentir invadido no espaço pessoal e irá permitir que você o observe como um todo.
- Tente não fixar o olhar na face do paciente por um tempo prolongado, isso poderá incomodá-lo e você precisa observar também outros sinais.
- O profissional que realizou a última orientação não deve ser o mesmo que irá observar para evitar o viés de constrangimento do paciente em assumir que não compreendeu as orientações imediatas.
- Durante o preenchimento, não interaja com o paciente.
- Ao identificar incompreensão referida ou percebida, o profissional deverá, por uma questão ética, esclarecer as dúvidas do paciente.

Tempo inicial do paciente no preenchimento da parte I: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Parte II – Percepção do observador sobre a comunicação não verbal do paciente durante o preenchimento da parte I do instrumento (compreensão percebida)		Pictograma ilustrativo					
		1 Nunca	2 Quase nunca	3 As vezes	4 Quase sempre	5 Sempre	
15	Expressão facial sorridente, mostrando satisfação ou compreensão.						
16*	Expressão facial de dúvida, sobrancelhas franzidas ou boca cerrada.						
17*	<u>Para</u> para pensar na resposta, olhando para cima ou direcionando o olhar para alguma direção.						

18	Meneio positivo com a cabeça, ou seja, dar sim com a cabeça.							
19*	Meneio negativo com a cabeça, ou seja, dar não com a cabeça.							
20	Postura relaxada, mas atenta.							
21*	Postura rígida, tensa ou mostrando preocupação.							
22	Responde prontamente as questões.							

Fotos e ilustrações isentos de royalties. Fonte: Clip-art do Office.com

Tempo final do paciente no preenchimento da parte I: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Qual foi o item de maior hesitação? \_\_\_\_\_

**Tempo de preenchimento  
do paciente na parte I:**

**Escore Parte I**  
**Escore Parte II**  
**Escore Total**

O que será necessário orientar novamente após a aplicação da escala e considerando as dúvidas apresentadas?

---



---



---



---



---



---



---

Fonte: Mota RJBS. Validação da escala de avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta [dissertação]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem: Universidade Guarulhos, 2016.



## Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
MAURÍCIO DE NASSAU -  
UNINASSAU



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA COMPREENSÃO DO PACIENTE SOBRE ORIENTAÇÕES DE ALTA

**Pesquisador:** JULIANA RODRIGUES DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 98234818.4.0000.5193

**Instituição Proponente:** Faculdade Maurício de Nassau/PE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.893.107

**Apresentação do Projeto:**

atende as normas

**Objetivo da Pesquisa:**

atende as normas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

atende as normas

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

atende as normas

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

atende as normas

**Recomendações:**

atende as normas

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

atende as normas

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Guilherme Pinto  
Bairro: Graças CEP: 52.011-200  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefones: (81)3413-4811 Fax: (81)3413-4811 E-mail: andremgalvao@hotmail.com

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
MAURÍCIO DE NASSAU -  
UNINASSAU**



Continuação do Parecer: 2.093.107

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1193157.pdf	21/08/2018 17:29:08		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Doc_anuencia.pdf	21/08/2018 14:21:19	JULIANA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_jul.pdf	18/08/2018 12:21:23	JULIANA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_jul.pdf	18/08/2018 12:20:29	JULIANA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento_jul.pdf	18/08/2018 12:19:09	JULIANA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma_jul.pdf	18/08/2018 12:18:57	JULIANA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_jul.pdf	18/08/2018 12:13:23	JULIANA RODRIGUES DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Neecessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 13 de Setembro de 2018

\_\_\_\_\_  
Assinado por:  
andre martins galvao  
(Coordenador)

Endereço: Rua Guilherme Pinto  
Bairro: Graças CEP: 52.011-300  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)3413-4811 Fax: (81)3413-4811 E-mail: andremgalvao@hotmail.com