

INVESTIGACIÓN

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

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

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

Resumen

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

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

Resumo

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

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

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

Abstract

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

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

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

Aprovação CEP-MEAC 1.553.658

Declararam não haver conflito de interesse.

La hospitalización es una práctica terapéutica que data de fines del siglo XVIII. Durante la Edad Media, los hospitales eran asociados a monasterios e iglesias, como instituciones de caridad con el fin de acoger a los leprosos y a las personas víctimas del hambre y de las epidemias que atormentaban a Europa. Por lo tanto, la institución pasó a ser reconocida como un lugar destinado a la cura recién cerca de 1780, pues hasta entonces solo era el lugar en el que se acogía a los pobres enfermos¹.

En Brasil, el primer hospital fue la Santa Casa de la Misericordia de Santos, en São Paulo, inaugurado en noviembre de 1543, por iniciativa del portugués Braz Cubas. Durante la Colonia y el Imperio, surgieron otros hospitales bajo el modelo de las Santas Casas de Portugal, con los objetivos primordiales de prestar caridad y acoger a los pobres y desahogados².

Con el mejoramiento del área médica, posterior a las décadas de 1930 y 1940, la elección del tipo de tratamiento se tornó más compleja, y la relación médico-paciente dejó de ser solo inmatista y pasó a considerar la subjetividad del paciente. No obstante, las prácticas de salud no habían sido mejoradas y las actitudes colectivas no se basaban en la comunicación, la observación, ni en el trabajo en equipo³.

Durante la internación hospitalaria, estando el paciente bajo los cuidados de un médico, es prerrogativa de éste decidir el mejor momento para conceder (o no) el alta hospitalaria. Sin embargo, hay casos en los que el propio paciente, por diversos motivos, solicita el alta hospitalaria, la denominada alta a pedido⁴, como en los siguientes casos: falta de acompañante para dar apoyo, dificultad para dejar a los hijos con cuidadores de su confianza o incluso en períodos de internación de larga permanencia.

El alta a pedido forma parte de la cotidianidad médica; no obstante, sus aspectos legales y éticos no están bien definidos⁴. En esta situación, se recomienda que, no existiendo riesgo para la vida del paciente, ni el médico responsable, ni el hospital pueden lesionar el principio de autonomía, cerceando sus libertades individuales y su derecho de ir y venir. Sin embargo, en los casos de inminente peligro para la vida del individuo, el médico puede negarse a conceder el alta a pedido, prerrogativa prevista en el art. 56 del Código de Ética Médica (CEM), la cual, admite que el médico puede intervenir contrariamente a la voluntad del paciente⁵.

Además de ser una demanda médica, el alta a pedido es una situación que recae sobre el equipo multiprofesional que trabaja conjuntamente en el cuidado del paciente. Así, podemos destacar las

categorías profesionales a ser convocadas en tales situaciones: enfermería, servicio social, psicología y medicina. Además de brindar los cuidados terapéuticos, el equipo se encarga también de orientar e informar al paciente sus condiciones clínicas y las posibles consecuencias de su decisión.

En la práctica, el paciente debe ser informado y orientado sobre el procedimiento que le es propuesto, ya sea un examen diagnóstico o un tratamiento. Destacamos que le compete al médico el papel preponderante de ofrecer informaciones del estado de salud en un lenguaje accesible para el paciente, cabiéndole también a los demás profesionales un abordaje que complemente las orientaciones en salud⁶.

Sobre los derechos de los usuarios de los sistemas de salud, públicos o privados, tenemos la "Carta de los Derechos de los Usuarios de Salud"⁷, en la cual se definen seis principios básicos que aseguran al ciudadano el derecho básico de ingresar en estos sistemas. Entre los principios, el cuarto asegura una atención que respete los valores y derechos del paciente procurando preservar su ciudadanía durante el tratamiento.

Se deben enfatizar algunas reflexiones sobre el significado del alta y de la autonomía del usuario en el servicio de salud, además de los procedimientos que el equipo debe adoptar colectivamente, como viabilizar el protagonismo y la autonomía de los pacientes, dado que se trata de servicios de salud pública de una sociedad desigual⁸. La autonomía puede ser pensada como una condición de salud y ciudadanía, un valor fundamental. Sin embargo, no es algo absoluto, pues cuando se la analiza en el campo más general de la política y de la vida de los individuos, se torna reducida. Las relaciones de autonomía/dependencia están siempre presentes, ya sea a nivel individual o a nivel de las sociedades⁹.

La bioética se basa en cuatro principios fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. En lo que concierne a los aspectos éticos del alta a pedido, destacamos que la autonomía se configura como uno de los más importantes a la par de la beneficencia. En este sentido, Silva y colaboradores¹⁰ afirman que el principio de la autonomía tiene sus raíces en la filosofía kantiana, que es uno de los pilares de la bioética clínica contemporánea de cuño principialista.

Este estudio tiene como objetivo central, analizar la percepción de las pacientes y del equipo multiprofesional, es decir, médicos, enfermeras,

psicólogas y trabajadoras sociales, sobre el alta a pedido solicitada por mujeres internadas en los diversos sectores de una maternidad pública de referencia localizada en la ciudad de Fortaleza, Ceará: enfermería de puerperio, post-cirugía y observación, emergencia y sala de parto.

La investigación es fruto del Trabajo de Conclusión de la Carrera (TCC) de la Residencia Integrada Multiprofesional en Atención Hospitalaria de la Salud, en la que una de las autoras trabajó como residente de servicio social del área de concentración en salud de la mujer y del niño. En este contexto, la experiencia estuvo dada por la observación, la planificación y la ejecución de diversas acciones multiprofesionales e interdisciplinarias, como también por la asistencia a pacientes internadas, siendo el servicio social una de las categorías profesionales que se activan para acompañar y hacer la mediación de las demandas de alta a pedido.

Según el banco de datos de la unidad hospitalaria, en 2016 se solicitaron 104 altas a pedido, con un promedio de 8 solicitudes por mes. En el período de recolección de los datos, entre junio y septiembre, hubo 36 casos. Verificamos que la solicitud normalmente tiene lugar en algunos sectores específicos de la unidad, como las clínicas obstétricas, en las que las pacientes quedan internadas por un período mínimo de 48 horas; en las enfermería de observación, en las que, dependiendo del cuadro clínico, pueden permanecer internadas hasta el día del parto, es decir, días o meses; en las enfermería de cirugías ginecológicas; en la emergencia y en la sala de parto. Otros sectores de la maternidad como la UTI materna, los ambulatorios y el centro quirúrgico no estuvieron contemplados por no presentar la demanda de alta a pedido.

Método

Se trata de una investigación cualitativa¹¹, descriptiva y documental, por medio del estudio del documento de acuerdo para el “alta a pedido”, y de investigación bibliográfica, desarrollada en una maternidad pública de referencia en Fortaleza, Ceará, Brasil. La recolección de datos tuvo lugar en algunos sectores de la maternidad donde existiera solicitud de alta a pedido: clínicas obstétricas, clínica quirúrgica, sala de parto y emergencia. Considerando el cuadro de recursos humanos de los sectores citados, tenemos cerca de 35 profesionales actuantes que son convocados en caso de alta a pedido, en el período entre junio y septiembre de 2016.

El universo de la investigación estuvo compuesto por ocho profesionales del equipo de asistencia (médicos, enfermeros, asistentes sociales y psicólogos), y ocho pacientes. En cuanto a los últimos, se establecieron como criterios de inclusión a participantes mayores de 18 años, considerando que de esta forma el individuo tiene pleno derecho legal para actuar por cuenta propia, sin la necesidad de autorización de parte de terceros. Los criterios de exclusión contemplaron a niños y adolescentes.

En cuanto a la categoría de profesionales del equipo multiprofesional implicados en el flujo de atención de altas a pedido, compuestos por dos profesionales de cada categoría, tenemos como criterio de inclusión a profesionales que brindan asistencia en las clínicas obstétricas, emergencias o sala de parto y que, consecuentemente, son convocados en las altas a pedido. Por su parte, los criterios de exclusión se refieren a los profesionales que normalmente no son convocados en casos de alta a pedido, como fisioterapeutas, nutricionistas, farmacéuticos, entre otros.

Con relación al instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, con las siguientes preguntas orientadoras: cuáles son los motivos que conducen al alta a pedido; cómo se comprende el proceso de conducción del alta a pedido; cuáles son las razones que evitarían el alta a pedido; por qué incluso sin estar de alta médica un paciente puede salir del hospital; de qué manera la opinión de los familiares influye en la toma de decisiones. Las entrevistas fueron grabadas mediante la autorización de los sujetos y el documento de consentimiento libre e informado (DCLI).

Además, la observación simple fue fundamental para la investigación. No se trataba solo de ver, sino de examinar la realidad, conocer a las personas, las cosas, los hechos y fenómenos¹². Se registra que la investigación siguió el criterio de saturación de los datos por tratarse de un abordaje cualitativo – se conceptualiza la saturación teórica como la constatación del momento de interrumpir la captación de informaciones obtenidas con personas o grupos, sin desprestigiar informaciones con un potencial explicativo relevante¹³.

Luego de las entrevistas, las respuestas fueron transcritas literalmente, respetándose el coloquialismo de los discursos. Para identificar a los participantes, utilizamos los nombres de las categorías para los profesionales entrevistados y nombres de pájaros para las pacientes, dado que tal simbología remite a la idea de “libertad”, “seres libres”.

Para sistematizar los datos, recurrimos al análisis de contenido en tres etapas: pre-análisis, en la cual se organizó el material a ser analizado; exploración del material y tratamiento de los resultados, cuando se definieron las categorías y el contenido fue codificado; inferencias e interpretación, momento destinado al tratamiento de los resultados y al análisis crítico y reflexivo de los datos recogidos¹⁴.

En relación con los aspectos éticos, este estudio fue sometido al Comité de Ética e Investigación de la Maternidad Escuela Assis Chateaubriand (MEAC), siguiendo los preceptos éticos que rigen la beneficencia, la no maleficencia y la justicia reglamentadas por el Consejo Nacional de Salud (CNS) por medio de la Resolución CNS 466/2012¹⁵.

Resultados y discusión

En el segmento de profesionales hubo ocho entrevistados de cuatro categorías profesionales, totalizando dos de cada una de ellas. El intervalo etario varió de 28 a 48 años; el tiempo de trabajo en la institución era inferior a un año, así como el vínculo laboral estaba asociado con la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH), en lo que atañe a la mayor parte de los informantes. El Cuadro 1, con algunas informaciones sobre el perfil

profesional de los entrevistados, fue elaborado a partir del análisis documental.

En cuanto a los pacientes, el intervalo etario fue entre 21 y 37 años. Hay predominancia de mujeres casadas o viviendo en unión estable; todas tienen hijos y un tiempo de internación con un promedio superior a cuatro días. Con relación al cuadro clínico, hubo: 4 post-partos por cesárea, 3 gestantes y 1 post-legrado uterino. En el Cuadro 2 se describen las informaciones sobre el perfil de las pacientes entrevistadas:

Cabe destacar que cuando una paciente solicita el alta de la unidad hospitalaria sin finalizar el tratamiento adecuado indicado, puede estar colocando en riesgo su vida y la del bebé. Por ejemplo, las pacientes con hipertensión arterial pueden presentar sufrimiento fetal en caso de que no consigan controlar la presión; las que fueron diagnosticadas con pielonefritis, infección en los riñones, pueden tener serios problemas en la gestación.

En este artículo se consideraron cuatro categorías, a partir del discurso de los participantes, para la discusión de los resultados: 1) alta a pedido: motivos que conducen a la toma de decisiones; 2) desistiendo del alta a pedido; 3) conducción del proceso de alta a pedido; 4) alta a pedido: prerrogativa de autonomía.

Cuadro 1. Perfil de los profesionales entrevistados

Profesionales	Edad	Tiempo de servicio	Vínculo laboral
Médico	40	11 años	EBSERH
Médico	28	1 año	RESMED
Asistente social	48	5 meses	EBSERH
Asistente social	39	5 meses	EBSERH
Enfermera	34	10 meses	EBSERH
Enfermera	38	1 año	EBSERH
Psicóloga	32	5 meses	EBSERH
Psicóloga	30	5 meses	EBSERH

Cuadro 2. Perfil de las pacientes entrevistadas

Pacientes	Edad	Estado civil	Tiempo de internación	nº de hijos	Cuadro clínico
Beija-flor	21	Unión estable	7 días	1	Gestante/pielonefritis
Sabiá	24	Casada	7 días	1	Cesárea
Tico-tico	24	Casada	21 días	1	Cesárea/eclampsia
Canário	28	Unión estable	7 días	2	Cesárea
Curio	29	Casada	4 días	2	Cesárea
Quero-quero	31	Unión estable	4 días	1	Gestante/hipertensión
Pardal	33	Soltera	5 días	3	Gestante/hipertensión
Andorinha	37	Soltera	1 día	3	Legrado

Alta a pedido: motivos que conducen a la toma de decisiones

Sobre el proceso de internación, se discuten los diversos factores que interfieren en la vida del individuo durante la hospitalización, pues muchos pacientes durante este período permanecen solos, no son llamados por el propio nombre, acaban siendo identificados por el número de camilla o por el nombre del diagnóstico, siendo muchas veces sometidos a la realización de exámenes y procedimientos restrictivos¹⁶.

En cuanto al interrogante sobre cuáles son los principales motivos que conducen al paciente a solicitar el alta a pedido, identificamos en los discursos del 62,5% de las pacientes que el cansancio y el estrés generado por la internación hospitalaria son los principales motivos que las hacen querer irse a su casa antes de lo indicado. Verificamos que la hospitalización, al tratarse de una enfermedad, frecuentemente no representa para la paciente algo positivo y puede ser sentida como una experiencia no deseada: *“No estoy sintiendo más nada. Estoy cansada de estar aquí, una se enferma más”* (Beija-flor); *“Estoy cansada de estar aquí, quiero mi casa”* (Curió).

La hospitalización es una situación nueva para muchas personas, lo que provoca recelos y temores. El paciente, como forma de garantizar su integridad, utiliza mecanismos de defensa, como la negación, la regresión y el aislamiento, en muchos casos, comprometiendo su relación con el tratamiento y hasta incluso agravando su estado clínico¹⁷. Cuando el paciente es internado, se quiebra su rutina personal, lo que puede ocasionar factores estresantes resultantes del sufrimiento, de la sensación de abandono, del miedo a lo desconocido, y el hospital termina teniendo una función separadora¹⁸.

Corroborando la idea anterior, percibimos en los discursos de los profesionales que el 87,5% de ellos creen que los principales motivos para que la paciente solicite el alta a pedido están anudados a cuestiones familiares, principalmente a la dificultad de dejar a los hijos bajo los cuidados de otras personas: *“Están las cuestiones sociales, tiene otros hijos en la casa, el marido no los puede cuidar, así que los hijos tienen que quedarse con la vecina, creo que es más por eso”* (Médico); *“También veo mujeres que tienen muchos hijos y no tienen apoyo familiar, esto hace que se quieran ir”* (Psicóloga).

Además de la separación de lo que es familiar y trae seguridad (casa, trabajo, amigos), el paciente se encuentra con un equipo de profesionales desconocidos y con ubicaciones generalmente incómodas. Además, existe la posibilidad de compartir el cuarto con otro paciente y de sentir dolor físico¹⁹.

Colaboran con intensificar la solicitud de alta la desinformación en cuanto al tratamiento y a los

procedimientos, los aspectos culturales y religiosos, la necesidad de supervivencia/mantenimiento familiar, la demanda de las mujeres en cuanto al cuidado de los hijos, de la casa y de no faltar al trabajo, dado que muchas de ellas han asumido el papel de jefas de familia²⁰.

Desistiendo del alta a pedido

Durante el período de hospitalización, el paciente enfrenta momentos de soledad, principalmente cuando el tiempo de visita de las personas queridas y los familiares es reducido o cuando no pueden comparecer al hospital por motivos diversos. A la dependencia de los cuidados de otros se suman las prácticas que constituyen el día a día en el hospital, donde el cuerpo del enfermo pasa a ser el principal lugar de manipulaciones diversas, realizadas por diferentes manos: profesionales de enfermería, médicos, estudiantes, entre otros²¹.

Constatamos que diversos factores pueden contribuir a amenizar el estrés generado por la hospitalización. Las pacientes, cuando se les pregunta sobre cuáles son los motivos que señalarían como determinantes para cambiar de opinión y desistir del alta a pedido, destacaron varios aspectos diferentes: dos entrevistadas (25%) alegaron que si no fuese por la ausencia del acompañante continuarían el tratamiento: *“No hay nadie que se quede conmigo y no quiero quedarme sola. No me gusta estar internada”* (Pardal). Tres entrevistadas (37,5%), sin embargo, afirmaron que permanecerían si no hubiese demora en los resultados de los exámenes: *“Si el resultado del examen que está faltando saliese para el mediodía yo esperaría, pero parece que va a salir recién a las 18:00 de la noche. No aguanto más estar aquí”* (Canário).

Diversas posibilidades fueron planteadas por las pacientes como motivo para evitar el alta a pedido; no obstante, entre las citadas, la que nos llama más la atención está relacionada con la demora de los resultados de los exámenes. El hecho de tener que quedarse esperando un examen genera gran estrés para la paciente que ya está hace varios días internada. La demora de los resultados, por lo tanto, influye en la capacidad del usuario de soportar la incomodidad de permanecer internado en la institución y puede perjudicar la salud de la población, llevándola a buscar respuestas más fáciles, como la automedicación, el abandono del tratamiento, entre otras²².

Como información complementaria, aludimos al estudio de satisfacción realizado por Santos y Lacerda²³, en seis hospitales de João Pessoa, Paraíba, Brasil, que contó con 170 pacientes. De estos, el 61% manifestaron insatisfacción en cuanto a los medicamentos, debido a atrasos de la prescripción médica por no estar el medicamento en la

institución, llevándolos a tomar el remedio fuera de hora, perjudicando así la eficacia del tratamiento. El 76% reclamaron por la demora en la entrega de los exámenes de laboratorio, señalándola como una de las principales causas de la prolongación del período de permanencia de los pacientes en los hospitales públicos.

Retornando a los hallazgos de esta investigación, identificamos en el grupo de los profesionales que para el 62,5% el alta a pedido podría ser evitada si las pacientes tuviesen más apoyo familiar, acompañantes constantes y visitantes. Una de las entrevistadas ejemplifica esta cuestión: *“Yo creo que, si ella tuviese apoyo de la familia, la información del equipo, por qué ella está ahí, qué examen está esperando, pues muchas no entienden el proceso salud/enfermedad de ellas”* (Enfermera). Así, vemos que el profesional repite la misma alegación de la categoría discutida anteriormente, siempre refiriéndose a la ausencia de la familia como factor determinante en el alta a pedido.

En base a tales presupuestos, diversos factores pueden ser la causa de la ausencia familiar durante el período de internación de un paciente, como residir en otro municipio, no poder dejar a los familiares solos en la casa, no tener condiciones financieras para trasladarse al hospital, tener problemas de salud que impidan acompañar o visitar al paciente, o incluso que el espacio hospitalario no sea de su agrado. Se desprende que falta definir prácticas que promuevan la inclusión de familiares en el espacio hospitalario, pues muchos de ellos encuentran dificultades para entender que están en pleno derecho de acompañar al paciente en el hospital²⁴.

Se percibe, a partir de los discursos de los profesionales, que la ausencia de la familia en el período de internación, ya sea como visita o como acompañante, es uno de los grandes factores para que la paciente quiera irse de la unidad hospitalaria. Sin embargo, cuando se les pregunta sobre el papel de los familiares en la situación del alta a pedido, todos los profesionales respondieron que más obstaculizan de lo que ayudan en la toma de decisiones del paciente: *“En mi práctica del día a día yo veo que infelizmente la familia influye más negativamente”* (Médico). Otras profesionales corroboran esa idea: *“Es muy relativo. A veces es el familiar el que quiere irse y presiona al paciente”* (Psicóloga); *“La familia molesta en ese aspecto, sí. Hacen presión para que el paciente se vaya”* (Enfermera).

En el contenido de los dichos se hace claro que hay una gran contradicción en los discursos, pues al mismo tiempo en que la familia es criticada por no estar presente apoyando a la paciente, también termina siendo rechazada por el equipo por “influir negativamente”. A los ojos del equipo, los

acompañantes, familiares y amigos son desvalorizados cuando son conniventes con la decisión de la paciente y están en contra de las orientaciones de los profesionales.

Con relación a este aspecto, vimos en los discursos de las pacientes que, generalmente, la familia es aliada en la toma de la decisión de salir con alta a pedido, sin embargo, para el 62,5% de las entrevistadas, el familiar prefería que saliesen solo con el alta médica. *“Mi marido no estuvo de acuerdo con que yo saliese sin alta médica, pero no intentó convencerme de lo contrario, vino a firmar el documento”* (Beija-flor); *“Mi esposo no quiere que me vaya, pero tampoco quiere verme ansiosa y estresada”* (Sabiá). No obstante, informan, los familiares aceptan responsabilizarse por el alta sin indicación, entendiendo que la paciente está cansada o presenta otras dificultades que le impiden quedarse internada.

Conducción del proceso de alta a pedido

El alta a pedido es un procedimiento único y requiere un conjunto de instrumentos, como el formulario o el documento utilizado en la solicitud de alta. No existe actualmente un documento estandarizado entre las instituciones de salud del país, normado por las agencias reguladoras. Algunos hospitales, incluso, no tienen un formulario propio y registran el procedimiento en el historial. El consentimiento informado puede ser oral o escrito, pero la forma escrita, principalmente desde el punto de vista legal, es la más recomendable.

Algunos documentos de autorización son denominados “solicitud de alta hospitalaria”, “alta a pedido contra la indicación médica”, “alta a pedido”, “documento de alta hospitalaria voluntaria” y “documento de alta a pedido del paciente”. A pesar de los diferentes nombres, todos tienen la misma finalidad, pues lo que se ve en estas situaciones es la presencia de una cláusula de no indemnizar, en la cual el paciente asume toda la responsabilidad resultante de su acto. No obstante, la expresión más apropiada sería “alta a pedido contra la indicación del médico”⁴.

Cabe resaltar que, en algunas instituciones, el documento es firmado por un familiar que va a responsabilizarse por el alta a pedido, es decir, el documento no es firmado solo por el paciente. Queda el interrogante: si el paciente es un sujeto con autonomía, ¿no debería responsabilizarse por su propia decisión? En el hospital en el que fue realizada esta investigación, la manifestación de la voluntad de la paciente en la solicitud del alta sigue un recorrido institucional: el equipo multiprofesional y el médico conversan con la paciente sobre su cuadro clínico, la orientan sobre los riesgos de la decisión y, en caso de que no obtengan éxito en el intento de disuadirla, el

médico hace el informe resumiendo las circunstancias del alta, y el paciente y un familiar responsable firman el documento de acuerdo de alta a pedido.

En lo que concierne a las orientaciones del equipo multiprofesional, el 100% de los participantes (profesionales y pacientes) citaron la importancia del diálogo en estas situaciones, presentando los riesgos y la comprensión del cuadro clínico al paciente: *“Es muy importante la participación de todo el equipo implicado, para que la paciente se sienta más segura, que entienda la importancia de la internación y no quiera salir”* (Enfermera). *“Yo sé que es importante, ellos están intentando ayudarme, pero yo estoy bien y estoy cansada de estar aquí”* (Tico-tico). Vemos que las orientaciones son cruciales para el proceso de conducción del alta a pedido, considerando que el paciente debe ser consciente de todos los riesgos y consecuencias de su actitud.

Cuando se les pregunta respecto de las orientaciones que más tomaron en consideración, el 100% de las pacientes citaron el diálogo con el médico. Concomitantemente, el 76% mencionaron al asistente social, el 62% citaron el trabajo de la enfermera y solo el 37% citaron a la psicóloga. Así, se percibe cómo la opinión médica aún tiene una gran importancia para las pacientes con relación a otras categorías profesionales.

La conducción del alta a pedido exige un procedimiento específico. Sobre el proceso, el 62,5% de las pacientes consideraron la situación como tranquila, siendo orientadas por los profesionales y apoyadas por los familiares: *“Fue tranquilo, yo quise salir, me orientaron, y mi mamá firmó el documento”* (Quero-quero). El 75% de los profesionales ven este tipo de alta como un proceso burocrático que involucra a todo el equipo multiprofesional que, por su parte, va a orientar al paciente: *“La burocracia es importante, los documentos son esenciales. Yo creo que es un proceso necesario, dejamos claro que el hospital no va a punirla”* (Asistente social).

Frente a esto, se puede decir que el proceso no es tan burocrático para la paciente, incluso porque no es ella quien debe seguir los procedimientos definidos en el hospital del alta a pedido. Por los discursos percibimos que el equipo consigue brindar las informaciones necesarias e incluso generar confianza. Para los profesionales lo que fue caracterizado como burocracia es esencial, ya sea porque responde a las demandas de registrar la situación o incluso porque creen que cuanto más demorada fuera la finalización del proceso de alta, más aumentan las chances de convencer a la paciente de desistir de la idea.

En este contexto, observamos que algunos profesionales, debido a los riesgos a los que la paciente está expuesta, se sintieron decepcionados por no conseguir

revertir su decisión, incluso considerando su condición de derecho. Otra cuestión observada es que generalmente el tiempo de la paciente para tomar la decisión no siempre es el mismo del equipo, pues a partir del momento en que se solicita el alta, la rutina del profesional es modificada, es decir, deja de lado la atención de otros pacientes para intentar cambiar la decisión de la solicitante, generando tensión en el contexto de trabajo.

Alta a pedido: prerrogativa de autonomía

En el contexto actual, en el que el paciente es considerado integral, cuya subjetividad debe ser ponderada en el proceso de atención, ya no es aceptado el tradicional modelo paternalista de la medicina en el que el médico decide por el paciente el mejor tratamiento. El paciente se tornó el protagonista de su tratamiento, tiene su libertad resguardada y toma las decisiones sobre su cuidado. Por lo tanto, se exige una postura más independiente de los tratamientos, y los profesionales de salud deben ser conscientes de este hecho y saber lidiar con los diversos desafíos que surgirán en el día a día²⁵.

Al ser consultadas sobre por qué no estando de alta médica, un paciente podría salir del hospital, el 75% de las pacientes entrevistadas se refirieron intuitivamente a la ciudadanía, a la Constitución Federal y a la mayoría de edad, amparadas en el sentido común, sin presentar una reflexión muy profunda sobre lo que serían los derechos civiles y sociales: *“Porque como ciudadana yo tengo derecho a ir y venir, no estoy presa en el hospital. Yo soy responsable de mi bebé y comprendo lo que sucede con él y conmigo”* (Andorinha). Otra entrevistada citó la cuestión de la mayoría de edad: *“Ah no sé explicarlo, yo sé que estoy equivocada, pero soy mayor de edad y decido eso”* (Sabiá).

Verificamos que las pacientes no tienen conciencia de la salud como un derecho ni de que su bienestar implica criterios de dimensión subjetiva, pues presentan un discurso superficial que remite a aspectos legales de la Constitución Federal de 1988. El análisis de los discursos mostró la fragilidad de ese conocimiento, en lo que respecta a la noción de ciudadanía, considerando tanto los derechos como un todo, como al derecho a la salud específicamente²². No obstante, no se pueden menospreciar los dichos de las pacientes, que articulan un discurso sobre el derecho de poder salir de la institución como parte de la garantía de ir y venir asegurada en el artículo 5º, inciso XV de la Constitución Federal²⁶.

A partir de este punto de vista, destacamos algunos filósofos que discuten la libertad como algo inherente a la ciudadanía. Analizando el trabajo de Rousseau y Kant a partir de la perspectiva de la libertad, Carvalho²⁷ afirma que en la obra “El contrato social”²⁸ de Rousseau, la palabra “libertad” puede ser

tomada como sinónimo de autonomía, no es el actuar sin normas, al contrario, implica la disposición a seguir las normas que el propio sujeto moral impone. Ahora bien, para Kant²⁹, la libertad se subdivide en interna (obligación moral) y externa (obligación jurídica). Así, el derecho es la libertad exteriorizada.

Al hablar de derecho, se debe recuperar una importante cuestión sobre esta prerrogativa: ¿el paciente está respaldado en su toma de decisiones al salir sin indicación médica? Primeramente, el paciente tiene que ser consciente y estar instruido, no pudiendo existir desconocimiento sobre los actos médicos. Sus decisiones tienen que estar acompañadas de un grado suficiente de reflexión. Así, incluso estando informado/a, si el sujeto opta por la renuncia, debe estar amparado por el derecho³⁰. No obstante, verificamos que muchas entrevistadas no reconocen plenamente o incluso desconocen ese derecho a estar jurídicamente amparadas.

La opinión de los profesionales es formulada en discursos diferentes de los identificados en los dichos de las pacientes: el 75% de ellos señalan a la autonomía del paciente como el principal motivo para solicitar el alta a pedido: *“Existe el principio de autonomía. Si usted está internada, consciente, informada y tiene consciencia de su cuadro clínico, tiene todo el derecho a pedir el alta”* (Médico). Otra entrevistada afirma: *“Yo creo que la paciente tiene el derecho a elegir, y la autonomía está presente en las políticas de salud. Nosotros tenemos que considerar el protagonismo de la paciente”* (Psicóloga).

Fue posible percibir en el 87,5% de los discursos de los profesionales la comprensión de lo que es la autonomía del paciente, así como referencias a los derechos de los usuarios que orientan las políticas públicas de salud. Cabe resaltar que los sistemas de salud, en la década de 1980, se organizaban en base a los principios de la eficacia, la optimización y la eficiencia, y a partir de los años 1990 se incorporaron las nociones de calidad, equidad, satisfacción y autonomía del usuario, construyendo la base para la humanización de la salud³¹.

Una de las principales legislaciones referidas al asunto es la “Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud”⁷, que introduce seis principios básicos de ciudadanía y garantiza el derecho indispensable y digno en los sistemas de salud. De estos principios podemos destacar el cuarto como el más interesante para esta discusión. Éste determina qué es el derecho el derecho del usuario a consentir o rechazar de forma libre, voluntaria e informada cualquier procedimiento diagnóstico, preventivo o terapéutico, luego de recibir las debidas informaciones y el pleno esclarecimiento del individuo, salvo si su deliberación acarrearía un riesgo para la salud pública⁷.

Frente a esto, podemos afirmar, en síntesis, que los entrevistados presentan percepciones diferentes y, principalmente, complementarias sobre el alta a pedido, dado que la libertad está anudada a la autonomía. Sin embargo, falta aún, por parte de las pacientes, el discernimiento de la garantía de los derechos, el entendimiento más ampliado sobre las políticas públicas de salud y de su papel en tanto protagonista de su proceso salud-enfermedad. En contrapartida, les compete a los profesionales percibir, más allá de las cuestiones legales, las necesidades de cada paciente, fomentando, cada vez más, la autonomía de estos.

Para alcanzar tal conocimiento ampliado y comprender mejor su protagonismo, no les compete a los usuarios solo frecuentar hospitales y puestos de salud; es necesario que toda la población tenga acceso a la efectiva educación formal, en escuelas equipadas, con profesores bien preparados. Tomando como referencia los datos de la Investigación Nacional por Muestra de Domicilios del Instituto Brasileño de geografía y Estadística de 2012, con relación a la población adulta de Ceará, vemos que la escolaridad promedio de adultos (de 25 años o más de edad) está en torno a los 6,1 años de estudio. En 2008, ese promedio era de 5,7 años de estudio. Así, percibimos un aumento en los años de estudio por adultos³².

En los datos brasileños de 2014 (IBGE/PNAD)³³, se registró mayor escolaridad de las mujeres con relación a los hombres. En general, las mujeres tienen, en promedio, 08 años de estudios, contra 7,5 de los hombres; en el Nordeste, específicamente, estos números varían 7 años para las mujeres y 6,2 años para los hombres. En cuanto al nivel de instrucción, más de la mitad de la población de 25 años o más de edad estaba concentrada en los niveles de instrucción formados por la enseñanza básica incompleta (32,0%) y por la enseñanza media completa (25,5%).

Frente a esto, no podemos afirmar con certeza qué aspecto puede ser tomado en consideración para la falta de conocimiento de las pacientes sobre sus derechos en tanto usuarias del SUS, pues puede ser debido tanto a la baja escolaridad o al bajo grado de instrucción, como al acceso a una educación sin calidad.

Consideraciones finales

El análisis de la percepción de los pacientes y los profesionales sobre el alta a pedido presenta como punto de partida un fuerte recorte socio-histórico de género, pues ha sido competencia de la mujer, a lo largo del tiempo, la responsabilidad del cuidado del ámbito privado, la casa, los hijos, hecho que agudiza las preocupaciones, sobre todo cuando ella necesita atención de

su salud, como es el caso de las pacientes que solicitan el alta hospitalaria, participantes de este estudio.

Denotamos que la alegación de estrés y cansancio de este público resulta en parte del peso de ese valor atribuido a la mujer de preservación de la prole. El hecho es validado también por las opiniones de los profesionales entrevistados, que asocian cuestiones personales y familiares, principalmente, la dificultad de dejar a los hijos bajo el cuidado de otras personas.

Otro punto relevante del análisis se refiere a las fragilidades de la política de salud pública, de la atención de las necesidades de las pacientes, de la falta de insumos durante la internación, además de la dificultad en la resolución de las conductas, demora en la realización y resultados de exámenes, entre otros factores mencionados en el texto que corroboran la permanencia o la abreviación del tiempo en el hospital.

Destacamos además que las pacientes tienen un conocimiento superficial sobre su derecho como usuarias del SUS. Incluso sin que podamos afirmar si las limitaciones de la conciencia ciudadana advienen del nivel de instrucción adquirido o la calidad de la educación que recibieron, no podemos pormenorizar que la más vaga idea de derecho civil es lo que ancla su condición autónoma. Por su parte, los profesionales presentaron un discurso más politizado, reconociendo la autonomía del paciente como factor principal para justificar el derecho al alta a pedido.

En síntesis, identificamos que los profesionales consideran especialmente los aspectos formales que están en la arena del derecho (leyes, regulaciones, rutinas y procedimientos institucionales) o si las pacientes cuentan o no con apoyo de los familiares y acompañantes; las pacientes traen a tono preocupaciones de

su contexto y de las relaciones sociales, cuyo apartamiento conduce a lo que denominamos estrés hospitalario, aliado a limitaciones de infraestructura hospitalaria y en el cuidado en salud.

Más allá de los participantes, la observación simple amplió la mirada del investigador sobre la cuestión del alta a pedido. Sobre eso, en cuanto a la limitación de la investigación, identificamos algunos aspectos, como la disponibilidad del investigador para realizar la investigación, dado que la solicitud de alta puede tener lugar en cualquier turno, pudiendo no coincidir con la presencia del investigador.

Otro punto importante observado es que cuando la paciente hacía el pedido, ya estaba bastante ansiosa, muy tensa y queriendo irse pronto. Frente a eso, la investigadora tenía que ser sutil y respetuosa para no sonar como si estuviese intentando hacerla cambiar de idea. Incluso considerando la carga emocional de la situación, las pacientes se mostraron solícitas a realizar la entrevista.

Las entrevistas con los profesionales fueron realizadas en turnos y momentos aleatorios, tomando en consideración su experiencia con situaciones anteriores. En este contexto, los profesionales pudieron exponer sus opiniones de forma más tranquila.

Además, buscamos enfocar el prisma de análisis sobre el alta a pedido para mejorar los procesos institucionales, así como para fomentar la importancia de la autonomía de las pacientes. Oír, entender y validar las necesidades, deseos, sentimientos y perspectivas de cada paciente que solicita el alta a pedido, más allá del estatuto legal (que ya garantiza formalmente ese derecho), son desafíos importantes para los equipos que trabajan cotidianamente en el contexto de la internación.

Referências

1. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Machado R, organizador. Microfísica do poder [Internet]. Rio de Janeiro: Graal; 1979 [acesso 21 fev 2017]. p. 57-64. Disponível: <http://bit.ly/2u6FsOH>
2. Mello IM. Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais [monografia] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008 [acesso 14 nov 2016]. p. 81. Disponível: <http://bit.ly/2GdYszl>
3. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2004 [acesso 21 fev 2017];9(1):139-46. Disponível: <http://bit.ly/2FWt12B>
4. Lauffer J. Alta a pedido e suas implicações éticas e legais [monografia] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007 [acesso 22 fev 2017]. p. 32. Disponível: <http://bit.ly/2G00mR5>
5. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 19 de setembro de 2009 (versão de bolso) [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 22 fev 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2gyRqtD>
6. Cano MV, Barbosa HF. Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 22 nov 2016];24(1):147-55. Disponível: <http://bit.ly/2ptpBol>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série E. Legislação de Saúde).
8. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (versão preliminar) [Internet]. Brasília: CFESS; 2009 [acesso 22 fev 2016]. p. 42. Disponível: <http://bit.ly/2u8iFBZ>

9. Soares JCRS, Camargo Junior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2007 [acesso 22 fev 2017];11(21):65-78. Disponível: <http://bit.ly/2puzpxY>
10. Silva JAC, Dias ACS, Machado AA, Fonseca RMM, Mendes RS. A importância da autonomia como princípio bioético. *Rev Para Med* [Internet]. 2012 [acesso 20 out 2016];26(2):8-11. p.5. Disponível: <http://bit.ly/2prWKKK>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 1º nov 2017];24(1):17-27. Disponível: <https://bit.ly/2I4DfK5>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
15. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [acesso 1º ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/20ZpTyq>
16. Macena CS, Lange ESN. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. *Psicol Hosp* [Internet]. 2008 [acesso 22 fev 2017];6(2):20-39. Disponível: <http://bit.ly/2HTLCUt>
17. Fongaro MLH, Sebastiani RW. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: Camon VA, organizador. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira; 1996. p.213.
18. Campos TCP. Psicologia hospitalar: a atuação de psicólogos em hospitais [Internet]. São Paulo: EPU; 1995 [acesso 14 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2IaUgCl>
19. Camon VA. Psicologia hospitalar: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2010.
20. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde [Internet]. Brasília: CFESS; 2010 [acesso 28 nov 2016]. p. 82. (Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais). Disponível: <http://bit.ly/2IKjGmW>
21. Sant'Anna DB. Pacientes e passageiros. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2000 [acesso 15 nov 2016];4(6):11-20. Disponível: <http://bit.ly/2G1xFmV>
22. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1998 [acesso 22 fev 2017];14(2):355-65. Disponível: <http://bit.ly/2pw7gan>
23. Santos SR, Lacerda MCN. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1999 [acesso 30 out 2016];52(1):43-53. Disponível: <http://bit.ly/2HRwkPZ>
24. Peres GM, Lopes AMP. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. *Psicol Hosp* [Internet]. 2012 [acesso 22 fev 2017];10(1):17-41. Disponível: <http://bit.ly/2FXcgPB>
25. Marçal VM. Autonomia do paciente [Internet]. In: Anais do V Encontro de Iniciação Científica, IV Encontro de Extensão Universitária, I Encontro de Iniciação Científica para o Ensino Médio; 2009; Presidente Prudente. Presidente Prudente: Etic; 2009 [acesso 5 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2G0FLff>
26. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. Art. 5º, inciso XV. p. 6.
27. Carvalho SC. A liberdade e a igualdade em Kant: fundamentos da cidadania. *Virtuajus* [Internet]. 2002 [acesso 2 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2HTYZUt>
28. Rousseau JJ. O contrato social. São Paulo: Abril Cultural; 1973. (Coleção Os Pensadores, 24).
29. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70; 1948.
30. Sudati MN, Cavalcante JTD. O respeito aos pacientes na escolha dos tratamentos médicos [Internet]. In: Anais do V Encontro de Iniciação Científica, IV Encontro de Extensão Universitária, I Encontro de Iniciação Científica para o Ensino Médio. Op. cit. Disponível: <http://bit.ly/2HUQk45>
31. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2004 [acesso 22 fev 2017];13(3):30-5. Disponível: <http://bit.ly/2G0wSCE>
32. Barreto FAFD, Menezes ASB. Desenvolvimento econômico do Ceará: evidências recentes e reflexões [Internet]. Fortaleza: Ipece; 2014 [acesso 2 mar 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2GgEX9w>
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso 2 mar 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2pvASoh>

Correspondência

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

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

Participación de los autores

Todos los autores participaron de la elaboración del manuscrito. La recolección de datos en el campo fue realizada por Lorena Loiola Batista. La planificación de la investigación y el análisis de los datos fueron realizados por Lorena Loiola Batista y Ana Karla Batista Bezerra Zanella. Lorena Loiola Batista, Ana Karla Batista Bezerra Zanella, Sarah Maria Fraxe Pessoa y Analice Pereira Mota fueron responsables de la revisión final del manuscrito.

Recebido: 8. 3.2017

Revisado: 4.10.2017

Aprovado: 9.11.2017

Anexo

Entrevista con el paciente

Datos personales

Nombre: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Cuántos días de internación: _____

Número de hijos: _____

Cuál es el motivo de la internación: _____

Tiene acompañante: Sí () No ()

1. ¿Cuáles son los motivos que la llevaron a solicitar el alta a pedido?

2. ¿Cómo comprende usted el proceso de conducción del alta a pedido por parte de los profesionales? ¿Tuvo autonomía?

3. ¿Cuál es la importancia de las orientaciones de los profesionales sobre el alta a pedido? (Qué opinión tomó más en consideración)

4. ¿Cuáles serían las razones que evitarían la solicitud del alta a pedido?

5. Para usted, ¿por qué, incluso no estando de alta médico, un paciente puede salir del hospital?

6. ¿De qué manera la opinión de los familiares influye en la toma de su decisión?

Entrevista con el profesional

Datos personales

Nombre completo: _____

Edad: _____

Profesión: _____

Cuánto tiempo de servicio: _____

7. Para usted, ¿cuáles son los motivos que llevan al paciente a solicitar el alta a pedido?

8. ¿Cómo comprende usted el proceso de conducción del alta a pedido en su paso a paso?

9. ¿Cuál es la importancia de las orientaciones de los profesionales sobre el alta a pedido?

10. ¿Qué factores destaca que evitarían que la paciente solicite el alta a pedido?

11. ¿Cuál es el respaldo legal del alta a pedido? ¿De dónde viene ese derecho?

12. ¿De qué manera la opinión de los familiares influye en la toma de decisión del paciente? (¿Los familiares ayudan u obstaculizan en este proceso?)
