

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE

Renan Mendonça Alves

PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE ALTA ASSISTIDA EM UMA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Santa Maria, RS
2021

Renan Mendonça Alves

**PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE ALTA ASSISTIDA EM UMA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde**.

Orientadora: Dra. Daiana Foggiato de Siqueira
Coorientador: Me. Fabio Becker Pires

Santa Maria, RS
2021

Renan Mendonça Alves

**PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE ALTA ASSISTIDA EM UMA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.**

Aprovado em 19 de março de 2021:

Daiana Foggiato de Siqueira, Dra. (UFSM)
(Orientadora)

Fernanda Nunes da Rosa Mangini, Dra. (UFSM)

Marcelo da Rosa Maia, Me. (HUSM)

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE ALTA ASSISTIDA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

AUTOR: RENAN MENDONÇA ALVES
ORIENTADORA: Dra. DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA
COORIENTADOR: Me. FABIO BECKER PIRES

O objetivo é descrever a experiência de realização de Alta Assistida em uma Unidade de Internação em Saúde Mental. O Método: trata-se de um relato de experiência a partir do planejamento e implantação do processo de Alta Assistida em uma Unidade de Internação em Saúde Mental de um hospital universitário na região central do estado do Rio Grande do Sul. As experiências descritas ocorreram no período de setembro a dezembro de 2020, envolvendo 12 usuários/as da Política de Saúde Mental, que passaram por internação hospitalar nessa unidade e/ou seus respectivos familiares e/ou responsáveis. Os dados utilizados neste relato foram extraídos de diários de campo e prontuários eletrônicos dos usuários acessados no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Para a descrição dessa experiência, preservaram-se as recomendações éticas contidas na Resolução nº 466/12 e a de nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: as experiências perpassaram pelo seguinte processo: 1) Planejamento para a implantação da Alta Assistida em Unidade de Internação em Saúde Mental; 2) O desenvolvimento dessa Alta Assistida em uma Unidade de Atenção Psicossocial no contexto hospitalar; 3) As fragilidades e potencialidades para a sua consolidação. Considerações Finais: a Alta Assistida se mostra como uma estratégia potente para desfragmentação do cuidado e corresponsabilização dos profissionais, núcleo familiar e usuários/as pelo autocuidado e terapêutica. Nesse sentido, esse procedimento deve ser implementado em unidades de internação devido ao seu potencial para materialização da saúde mental, visando a integralidade no cuidado e o acompanhamento longitudinal e capilarizado no território; devendo ser promovido visando ao cumprimento das dimensões da promoção, prevenção e reabilitação psicossocial dos/as usuários/as.

Palavras-chave: Alta Assistida. Atenção Psicossocial. Atenção Hospitalar.

ABSTRACT**PLANNING AND DEPLOYMENT OF DISTRIBUTION ASSISTED IN A MENTAL HEALTH HOSPITALIZATION UNIT: REPORT OF EXPERIENCE**

AUTHOR: RENAN MENDONÇA ALVES
ADVISOR: Dra. DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA
CO-SUPERVISOR: Me. FABIO BECKER PIRES

The objective to describe the experience of High Assisted of a Mental Health Inpatient Unit.. The Method: it is an experience report from the planning and implementation of the assisted discharge process in an Inpatient Unit in Mental Health of a university hospital in the central region of the state of Rio Grande do Sul. The experiences described occurred in the period from September to December 2020, involving 12 users of the Mental Health Policy, who underwent hospitalization in this unit and / or their respective family members and / or guardians. The data used in this report were extracted from field diaries and electronic medical records of users accessed in the Management Application for University Hospitals (AGHU). For the description of this experience, the ethical recommendations contained in Resolution No. 466/12 and No. 510/16 of the National Health Council were preserved. Results: the experiences went through the following process: 1) Planning for the implementation of Assisted Discharge in Mental Health Inpatient Unit; 2) The development of assisted discharge in a Psychosocial Care Unit in the hospital context; 3) The weaknesses and potentialities for the consolidation of assisted care. Final considerations: assisted discharge is shown to be a powerful strategy for defragmenting care and co-responsibility of professionals, family nucleus and users for self-care and therapy. In this sense, Assisted Discharge must be implemented in inpatient units due to its potential for materializing mental health, aiming at comprehensive care and longitudinal and capillarized monitoring in the territory; it must be promoted with a view to fulfilling the dimensions of promotion, prevention and rehabilitation psychosocial behavior of users.

Keywords: Assisted Discharge. Psychosocial Care. Hospital Attention.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Normas da Revista Barbarói30

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	08
2	RESULTADOS.....	10
3	INTRODUÇÃO.....	11
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	12
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
5.1	PLANEJAMENTO PARA A IMPLANTAÇÃO DA ALTA ASSISTIDA NO CONTEXTO HOSPITALAR NA SAÚDE MENTAL	14
5.2	O DESENVOLVIMENTO DA ALTA ASSISTIDA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	17
5.3	LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ALTA ASSISTIDA	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO	31

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estudo tem sua origem e desenvolvimento no processo de trabalho da equipe multiprofissional da Unidade de Atenção Psicossocial Paulo Guedes (UAPPG) localizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo o trabalho inscrito entre os anos de 2019 e 2020. A vinculação dos profissionais residentes ocorreu pelo ingresso no Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada (PRMI) no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) na área de concentração da Saúde Mental, que tem como objetivo contribuir para formação de profissionais com competências para trabalhar na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM); a partir da inserção nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A experiência como residentes inseridos em um ponto de atenção de nível hospitalar proporcionou aproximação teórico-prática com o tema abordado neste trabalho – a Alta Assistida (AA). A partir da compreensão marxiana sobre trabalho, incluindo a Alta Assistida como processo hospitalar interdisciplinar¹, interinstitucional², e intersetorial³, ela é considerada uma “nova tecnologia em saúde”. Sendo assim entende-se que “[...] o trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto” (MERHY; FEUWERKER, 2009, p. 03)-

Nesse espaço sócio-ocupacional, a AA é um processo em construção, mobilizado conjuntamente com os/as tutores/as e preceptores/as dos diferentes núcleos profissionais e do campo. Para Menry apud Guizardi; Pinheiro (2004, p. 38):

[...] Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há uma produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo

¹Ocorre na articulação das diferentes instituições/serviços como Conselho Tutelares (CTs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) ou ainda Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

²Segundo Vasconcelos (2008) a interdisciplinaridade é a forma relação profissional em que as relações profissionais e de poder tendem a serem horizontalizadas; as estratégias de intervenções são comuns e com trocas recíprocas de conhecimento entre as diferentes profissões-

³Para (SCHUTZ; MIOTO, 2010), a **intersetorialidade** ocorre pela articulação das práticas entre as diferentes Políticas Públicas, isto é, entre Saúde, Assistência Social, Educação e Previdência Social.

e aceitação.

Dessa forma, a consubstanciação em forma de relato do novo processo de trabalho, se constitui como esforço de sistematização científica da práxis relacional multiprofissional. Ao discorrer sobre essa nova tecnologia, que em si tem por finalidade fortalecer as redes de atenção aos/às usuários/as da PNSM e contribuir para reconstrução de suas vidas em seus diferentes territórios, de forma integral e longitudinal, se destaca a importância de se apreender a realidade em uma perspectiva de totalidade. Essa perspectiva é biológica, psicológica, social, política e econômica, e necessita ser compreendida para apreensão dos processos que incidem para a implantação, realização e consolidação da Alta Assistida no contexto hospitalar.

Assim sendo, se destaca a aproximação com a temática – Alta Assistida no contexto de unidade de internação em saúde mental, decorrente do movimento contraditório da realidade; Essa experiência pode ser vivenciada no espaço sócio-ocupacional, com a presença da disputa pela hegemonia entre os dois modelos de atenção em saúde mental o “psiquiátrico” e o da “atenção psicossocial”, que hora coexistem e hora atritam simbioticamente no fazer diário.

Se sublinha que o relato não pretende esgotar a apreensão do processo de trabalho ou propor qualquer tipo de generalização empírica. Antes, objetiva a narrativa crítica da experiência, para que a mesma possa ser observada e apreendida em suas nuances, em seus sentidos e significados, e que possa inspirar novos movimentos de mudança nos diferentes cenários.

Ao perfazer o caminho sócio-histórico, nos deparamos com mais de 30 anos da vigência do novo modelo de atenção em Saúde Mental, isto é, o “modelo de atenção psicossocial”, que visa substituir/superar o antigo modelo “o psiquiátrico”. Dessa forma, o relato de experiência busca descrever, através da matriz materialista-dialético-crítica, o processo de trabalho na UAPPG/HUSM, inovando ao propor a práxis multiprofissional que transborda a abordagem hospitalocêntrica e biomédica.

Com isso, também de forma transversal o trabalho explicita, os limites e possibilidades para a efetivação do novo modelo de atenção psicossocial na Saúde Mental. O Estado pela PNSM ainda tem por desafio a viabilização dos equipamentos públicos previstos, a produção e a consolidação de uma cultura de atenção psicossocial e a normatização jurídico legal para efetivação do modelo substitutivo; sendo essa a proposta contra hegemônica à lógica manicomial.

Para elaboração do relato, foram utilizados diários de campo com base nos registros das experiências de Alta Assistida e revisão bibliográfica. A relevância da produção decorre da pouca produção na área a respeito do tema. Dessa forma, mostra-se mento crítico reflexivo e

técnico interventivo, acerca das novas práticas na saúde mental no contexto hospitalar.

Ainda, se sublinha a relevância para o serviço de atenção psicossocial, que tem por horizonte a superação de práticas fragmentadas e unilaterais, que não contemplam os princípios da universalidade e da integralidade na saúde mental. Por fim, a relevância científica que decorre da importância da sistematização da práxis multiprofissional, exercida no espaço sócio ocupacional, aqui já supracitado; potencializando assim o desenvolvimento de novos projetos de pesquisa-intervenção na área.

2 RESULTADOS

Este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) será apresentado em formato de artigo científico e segue as normas dispostas em diretrizes para autores da Revista Barbarói (Anexo A), periódico do Departamento de Ciências Humanas da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), ao qual será submetido para apreciação.

3 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, os processos de cuidado perpetuaram a utilização do isolamento social, como terapia de cuidado. Esse modelo, intitulado hospitalocêntrico, coaduna com a perspectiva de segregação social, aos tidos como “doentes mentais”. Essa lógica de cuidado se perpetuou do período de industrialização brasileiro, até o final do período dos governos de regime militar, isso é desde a República Velha até o período de redemocratização em 1986, (BISNETO, 2007).

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou-se entre os anos 1978 e 1980, em que a população usuária, diversas instituições, entidades e movimentos mobilizaram-se na busca de formular a Política de Saúde Mental (AMARANTE, 1998). Outro marco histórico considerado importante para reforma da atenção em saúde mental foi a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, estabelecida a partir de bases da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986 (BRASIL, 1994).

Após o período de redemocratização com a Constituição Federal de 1988 e posteriormente com a aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, se regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, as pessoas com transtornos mentais passaram a ser asseguradas de proteção e de direitos. A lei redirecionou o modelo assistencial em saúde mental para as pessoas e seus familiares ou responsáveis (BRASIL, 2001). No seu artigo 5º, especificamente, garante ao paciente institucionalizado a um longo período no âmbito

hospitalar, por seu quadro clínico ou falta de suporte social, além de benefícios gerados pela própria política nos aspectos referentes à alta planejada e reabilitação psicossocial, a qual garante, quando houver necessidade, a continuidade do tratamento ao usuário (BRASIL, 2001; 2014).

Levando em consideração o Modelo de Atenção Psicossocial, verifica-se que a internação, deveria se constituir como último recurso a ser acessado no enfrentamento aos agravos biopsicossociais. No entanto, essa forma de intervenção historicamente focada na patologia, ainda apresenta a resposta simplista para a resolução das demandas dos/as usuários/as da saúde mental. Na tentativa de ampliação do olhar para a saúde mental, diversas ações vêm sendo pensadas e instituídas como forma de evitar, ou até mesmo retardar ao máximo possível a necessidade do acesso a uma nova internação psiquiátrica. A intervenção proposta via Alta Assistida (AA) como uma estratégia, isto é, ação multiprofissional de cuidado terapêutico singular aos/as usuários/as, tem sua base nos princípios do SUS, sendo esses contemplados pela integralidade do cuidado proposto, a longitudinalidade nas ações e a territorialização intersetorial, interinstitucional e interdisciplinar nas ações.

Diante da heterogeneidade conceitual sobre os estudos da AA, os resultados encontrados e a sua eficácia na literatura, objetiva-se fazer frente à baixa produção de estudos na área em âmbito nacional. Portanto, propõe-se o presente trabalho para o aprofundamento e apreensão da experiência desenvolvida na Unidade de Internação, que poderá se aproximar ou não dos resultados apontado pelos autores internacionais (SMITH et al., 2017; TYLER; WRIGHT; WARING, 2019).

Destaca-se no cenário nacional, as autoras da área do Serviço Social elas apresentam conceitos correlatos ampliando a discussão da temática sobre o processo de acompanhamento pós-alta. Como podemos ver na obra das autoras (SEIBERT et al, 2019), apresenta-se o conceito de Alta Social⁴, que abrange a intervenção específica do Serviço Social no contexto hospitalar, resumindo a um núcleo profissional específico. Quanto à Alta Hospitalar⁵ Rosa (2011) sustenta que a mesma deve ser a resultante da articulação entre a Alta Médica e a Alta Social, pois o modelo de atenção psicossocial engloba não apenas os aspectos

⁴A alta social, por sua vez, é um processo por meio do qual a liberação e a saída do hospital dependem da avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes/usuários. Trata-se de uma iniciativa que vem sendo desenvolvida pelos Assistentes Sociais e expressa um processo de responsabilização não somente do médico, mas também da equipe multiprofissional pela saúde do usuário dentro e fora do ambiente hospitalar (SEIBERT; MANGINI; KOCOUREK, 2019, p. 2).

⁵

Alta Hospitalar é a soma das intervenções multiprofissionais entre Alta Médica e Alta Social articulada com o/a usuário/a e seu núcleo familiar (ROSA, 2011).

biológicos, mas também a dimensão psíquica e social.

Nesse sentido, o objetivo é descrever a experiência de realização de alta assistida em uma Unidade de Internação em Saúde Mental, visto que essa investigação se justifica por três pontos: a) importância da contribuição ao processo de produção científica no que se refere à sistematização da práxis profissional; b) realização de elaboração teórica interventiva no processo de formação; c) Entrega de um produto social através de uma produção técnica, que poderá ser replicada e aperfeiçoada nos territórios e na atenção hospitalar.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um relato de experiência a partir do planejamento e implantação do processo de Alta Assistida em uma Unidade de Internação em Saúde Mental de um hospital universitário na região central do estado do Rio Grande do Sul.

O cenário da experiência localiza-se no 3º andar da instituição, e dispõe de 30 leitos, sendo 15 femininos e 15 masculinos, para pessoas adultas com problemas decorrentes de transtornos psíquicos. Possui uma equipe composta de psiquiatras, psicólogo, assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes em psiquiatria e residentes multiprofissionais dos núcleos Psicologia, Serviço Social e Enfermagem. É também campo de estágio para cursos de graduação e técnico da área da saúde.

A aproximação com o cenário e com o tema deste relato ocorreu durante o período de vivências em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde. Identificou-se a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial 17 (RAPS) e das demais Redes de Atenção à Saúde no âmbito local para a produção da saúde e a efetivação de uma linha de cuidado em saúde mental. Tal fragilidade refletia no cotidiano vivido, verificou-se com frequência a descontinuidade do tratamento após a alta e os constantes casos de reinternações. Essas demandas sinalizaram para a necessidade de disparar ações que visassem qualificar a alta hospitalar e a comunicação com os outros pontos de atenção da RAPS.

Assim, em reuniões de planejamento e tutorias, momentos nos quais são garantidos os espaços de discussão, sobre os diferentes fazeres que envolvem residentes, tutores e preceptores, identificou-se a necessidade da oferta de uma ação de intervenção multiprofissional que fosse ao encontro dessa demanda, reemergindo a discussão sobre a implantação e consolidação da Alta Assistida nesse cenário.

Inicialmente, a AA foi uma intervenção vinculada à pesquisa “Alta Assistida em uma

Unidade de Atenção Psicossocial no Contexto Hospitalar”, com registro no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, sob nº 4.264.092. As experiências descritas ocorreram no período entre os meses de setembro a dezembro de 2020, envolvendo 12 usuários/as da Política de Saúde Mental, que passaram por internação hospitalar na unidade nesse período e/ou seus respectivos familiares e/ou responsáveis. Esses usuários foram acessados após autorização institucional e em comitê de ética da pesquisa original ao qual se vincula. Os critérios de inclusão dos usuários na intervenção foram: usuários internados na Unidade de Internação Hospitalar e que passaram pelo processo de Alta Assistida durante o período de coleta de dados, tendo recebido alta há até 30 dias; usuários com condições cognitivas de responder à pesquisa ou (diante da ausência de tais condições) seus familiares e/ou responsáveis. Ainda, como critérios de exclusão: usuários que passassem pelo processo de alta assistida, mas que os pesquisadores não conseguiram contato telefônico, seja com o usuário ou seus respectivos responsáveis, após a alta.

As informações utilizadas neste relato foram extraídas de prontuários eletrônicos dos usuários, acessados no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e diários de campo dos residentes. Para registro dessas informações, seguimos roteiros elaborados pelos autores, constando dados sociodemográficos e dados clínicos a serem retirados dos prontuários, e dados referentes às intervenções realizadas junto ao usuário/familiar/profissionais a serem registrados em diário de campo.

Para a descrição dessa experiência, preservamos as recomendações éticas contidas na Resolução nº 466/12 e a de nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente relato está organizado em três eixos emergidos a partir da análise da vivência e seus registros: a) Planejamento para a implantação da Alta Assistida no contexto hospitalar na saúde mental; b) O desenvolvimento da Alta Assistida em uma Unidade de internação em Saúde Mental c) Limitações e potencialidades para a consolidação da Alta Assistida.

5.1 PLANEJAMENTO PARA A IMPLANTAÇÃO DA ALTA ASSISTIDA NO CONTEXTO HOSPITALAR NA SAÚDE MENTAL

Ao tecer os fios da história antecedentes ao planejamento para a implantação da Alta Assistida, se costura a constituição de processos de trabalho multiprofissional que criam as condições objetivas para o desenvolvimento dessa nova tecnologia. O conhecimento e as

experiências acumuladas pelos profissionais residentes que estiveram nesse espaço sócio-ocupacional anteriormente fomentaram a leitura crítica da realidade e proporcionaram releitura de práticas do *modus operandi* posto nesse lócus de trabalho.

Sendo assim, destaca-se que o planejamento da AA aconteceu com apoio dos/as preceptores⁶: e tutores/as⁷. Esses profissionais analisaram as práticas multiprofissionais e das análises emergiu a necessidade de reorganização das ações desenvolvidas no espaço sócio-ocupacional. Entre as ações, o dispositivo do Profissional de Referência, inserido no ano de 2011, passou a ser adotado em um formato ampliado, isto é, não só por uma única profissão. Antes, priorizou-se o acolhimento por uma Equipe de Referência do usuário/a e seu núcleo familiar.

Dessa forma, pelas discussões de caso, compartilhamento do cuidado e da terapêutica a ser adotada, promoveu-se a transição de intervenções multiprofissionais presente na atenção hospitalar para ações interdisciplinares. Com isso, o planejamento da AA emerge, inicialmente, a partir da revisão de práticas e dispositivos desenvolvidos no contexto hospitalar, entre os quais cito: o trabalho do/da Profissional/Equipe de Referência e a gestão do cuidado via Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segundo Campos (2007, p. 400) “[...] a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário”. Destaca-se ainda a Equipe de Referência e PTS como dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003) que agrega ao planejamento da atenção à saúde mental. Por esse motivo, Campos (2007, p. 400) afirma:

[...] Equipes de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

No cenário deste relato, esses “diálogos” eram desenvolvidos pelas construções com os diferentes trabalhadores/as que prestavam o conjunto da assistência aos/às usuários/as do serviço, passando a ser desenvolvidos pelas escolhas de condutas, intervenções, interconectadas ou não a partir de espaços de discussão, território de conflito, atrito e tensão pelas questões éticas políticas, teórico metodológicas e técnico operativas de cada profissão.

⁶Profissionais do serviço de nível superior, que, conforme sua área de atuação, dão suporte aos profissionais residentes em suas práticas cotidianas.

⁷Profissionais Docentes vinculados à instituição de nível superior, responsável pela articulação teórico prática nas ações desenvolvidas no espaço socio-ocupacional, isto é, no ambiente de trabalho.

Isso ocorreu, porque, na construção dos PTS de cada usuário/a, a equipe passou a ser requisitada para discutir junto as possibilidades de cuidado terapêutico adotado como intervenção em saúde;

Soma-se ao contexto a implantação do PTS para todos os/as usuários/as da unidade. Em um primeiro momento, foi uma exigência do Conselho Regional de Medicina em virtude de um conjunto de denúncias; situação que reforçou a necessidade de rediscussão sobre como se operacionaliza no cotidiano. Com isso, a partir dos espaços de reunião na unidade, foram acordados diferentes procedimentos burocráticos, como a efetivação do PTS físico anexo em prontuário, bem como o estabelecimento de processos interdisciplinares, para estabelecimento do contato com as redes de atenção aos/as usuários/as e seus núcleos familiares.

Dessa forma, na tentativa de aproximação entre os profissionais residentes multiprofissionais e residentes uniprofissionais do núcleo da medicina, o espaço se mostrou contraditório. Nos processos de elaboração do PTS e constituição da Equipe de Referência para cada usuário/a, revelaram-se diferentes perspectivas teórico-metodológicas, que incidem no fazer técnico operacional de cada núcleo em função de uma orientação epistemológica diversa. Para Vasconcelos (2016) os tensionamentos entre os diferentes profissionais são resultados das diferentes matrizes de formação, e dos diferentes procedimentos técnicos que se orientam nessas bases teóricas.

Tendo isso em vista, se sublinha a presença de práticas profissionais unilaterais, pragmáticas e fragmentadas no que tange a inserção colegiada das práticas, seja pela inabilidade dos profissionais na construção processos interdisciplinares, seja pela compreensão a respeito da terapêutica e do cuidado a ser ofertado a começar na atenção hospitalar.

Com as reuniões de tutoria de campo, planejamento e preceptorias, amadureceram se as premissas para o desenvolvimento de ambos os processos, orientados pela literatura que embasa a prática interdisciplinar na saúde mental/saúde coletiva. Ao longo de três semestres, foi desenvolvida de maneira progressiva a efetivação da Equipe de Referência Multiprofissional, que passou a seguir o fluxo de internação e a divisão dos/das usuários/as por profissionais residentes uni e multiprofissionais, bem como enfermeiros do serviço de forma equitativa, com base no vínculo.

O PTS foi estabelecido para todos os/as usuários/as, viabilizando a implementação da Alta Assistida como objeto de pesquisa no ano de 2020, o que possibilitou a presente elaboração do relato de experiência.

A necessidade de tornar claro como a AA iria se inserir na rotina da unidade estabeleceu-se coletivamente, e, com base na literatura correlata. Alguns critérios de seleção dos/das usuários/as: Elevado número de reinternações ocorridas; fragilidade e/ou ruptura dos

vínculos familiares; presença de vulnerável e/ou risco social; baixo suporte social; e histórico de má adesão terapêutica.

Assim, o profissional/equipe de referência que identificasse no caso sob sua responsabilidade uma ou mais dessas características, poderia incluir como parte do PTS desse usuário/família a realização de AA. Os critérios estabelecidos pela equipe se relacionam enquanto fatores risco para manutenção terapêutica e do cuidado dos/as usuários/as, caracterizando um quadro de alta complexidade dentro dos casos graves e persistentes.

Com isso, para a realização do suporte aos usuários, focou-se em uma abordagem multiprofissional no intuito de casa profissão ofertar um alto aporte tecnológico com base nas intervenções profissionais dos núcleos do Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Medicina e demais profissionais que via interconsulta compunham os cuidados clínicos, psíquico e social.

Entre as ações que poderiam ser disparadas quanto ao reconhecimento da necessidade de AA, tem-se: desenvolver um trabalho com os familiares conjuntamente com os serviços de saúde e de assistência social, para garantir o adequado tratamento do usuário em seu território e dessa forma evitar as reinternações; verificar qual a situação do município do usuário e quais os serviços disponíveis a ele; comunicar aos municípios as alternativas de cuidado e orientar sobre a responsabilidade na promoção de atenção ao usuário com transtorno mental; unir a família e a sociedade no tratamento do paciente, com intuito de banir estigmas e julgamentos acerca da saúde mental, pois isso é fundamental na reinserção do paciente em sua comunidade (DIMENSTEIN; BEZERRA, 2009).

5.2 O DESENVOLVIMENTO DA ALTA ASSISTIDA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O desenvolvimento da AA decorre a partir dos PTS(s) da unidade de internação hospitalar pelas Equipes de Referência que verificaram um conjunto de fragilidades presentes no que se refere à efetivação terapêutica e do cuidado apoiado aos usuários/as, pelos serviços das redes de atenção. Os/As usuários/as eram todos adultos com a média de idade de 39 anos, sendo 55% mulheres e 45% homens, em sua maioria solteiros, e residindo com um familiar de primeiro ou segundo grau; em sua maioria, cerca de 80%, acessam benefício socioassistencial (Benefício de Prestação Continuada- BPC) e previdenciário (Auxílio Doença). Os/as usuários/as possuem transtornos mentais graves, com a prevalência de transtorno de humor; com o destaque para a Depressão e o Transtorno Afetivo Bipolar.

A Equipe de Referência da unidade é composta por Médico Psiquiatra, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social do Serviço e profissionais residentes de cada núcleo. Esse

planejamento partiu da organização terapêutica pactuada via PTS, com base na divisão de responsabilidades com o usuário e seu núcleo familiar.

Para realização das 12 (doze) AA, promovidas no período da pesquisa sobre o tema, foram realizadas as seguintes ações:

1) Seleção: ocorreu a partir de análise dos PTS dos/as usuários/as que passaram pela internação na unidade. A seleção ocorreu conforme critérios mencionados anteriormente.

2) Contato com o serviço de referência⁸: para o compartilhamento do PTS, que ocorreu via ligação, e-mail e/ou de forma presencial em reunião entre as equipes para o compartilhamento do caso e estabelecimento de metas.

3) Realização da vinculação do usuário ao serviço de referência territorial: ocorreu durante a internação, no momento da alta, ou ainda posteriormente a mesma por meio de pré-agendamento de uma consulta ou acolhimento com o serviço em que o usuário passaria a ser acompanhado.

4) Monitoramento pós-alta: ocorreu até o 30º (trigésimo) dia após a alta. Nesse momento, foi realizado contato telefônico.

O monitoramento via contato telefônico foi realizado com os/as usuários/as que passaram pelo processo de AA durante a internação, tendo recebido alta há até 30 dias, pois se considera é um período crítico de manutenção do tratamento (WRIGHT et al., 2016), devido ao maior risco de recrudescimento de ideação suicida (BURNS et al., 2017).

As primeiras semanas imediatamente posteriores à alta são consideradas período de alto risco para eventos adversos e para piores resultados, em parte devido à dificuldade de estabelecer uma transição que assegure continuidade (SMITH et al., 2017; TYLER; WRIGHT; WARING, 2019). Assim, as entrevistas ocorreram dentro desse período dos 30 dias, por contato telefônico, a priori, tendo em vista a situação de pandemia por COVID-19 e a necessidade de distanciamento social. No entanto, ressalta-se que esta pode ser uma estratégia que facilita a comunicação com os/as usuários/familiares sem despender grandes custos, além de otimizar o tempo dos profissionais.

As AA foram realizadas, em sua maioria, nas sextas-feiras, no turno da tarde. O hospital, por questão de logística, disponibilizou o transporte institucional para unidade especificamente nesse turno de trabalho. A viabilização das mesmas ocorreu por meio do/a

⁸Entre os serviços de referência dos/as usuários/as estão os pontos de atenção em saúde, como Atenção Primária em Saúde (APS), isto é, nas Estratégias de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)- bem como a Rede Especializada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades. De forma intersetorial, seguem-se os postos de atenção Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), os Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

Profissional de Referência de cada usuário/a, contando com o apoio dos/as outros/as profissionais envolvidos, quando avaliado/pactuado necessário.

Como o contexto da pandemia da COVID 19 impôs normas sanitárias de distanciamento e isolamento social, houve a necessidade da utilização de recursos de tecnologias digitais como facilitador do acompanhamento. Segundo Coelho (2000, p. 192), é “[...] notório o aumento do uso das tecnologias digitais, visto que se tornaram um dos principais meios de comunicação e interações entre cidadãos e o Estado”.

Ao se recuperar a aproximação com o dispositivo AA, retoma-se o processo que originou e desenvolveu o mesmo. Foi a partir de espaços de construção coletiva, como Assistência Social (CREAS) reuniões de planejamento, tutorias e preceptorias, que houve a aproximação com literatura específica. Dessa forma, possibilitou-se a apreensão das demandas evidenciadas no campo de atuação profissional: Projeto Terapêutico Singular (PTS) e da Equipe de Referência, além do estudo para a implantação da nova tecnologia em saúde, intitulada AA.

Essa forma de trabalho ocorreu durante todos os processos de AA, sendo que na grande maioria dos casos a ausência da gestão do cuidado via instrumento do PTS pela Atenção Básica e Especializada, seja pela inexistência desses dispositivos nos outros pontos da RAPS, seja pela incapacidade operacional dos serviços em gerenciar a grande quantidade de demanda na pandemia, impôs à Atenção Hospitalar a necessidade da gestão do compartilhamento do cuidado com os outros pontos de atenção em saúde.

No âmbito local quando aferida a Atenção Primária em Saúde, o percentual de cobertura é de 46,11% (BRASIL, 2019, p. 6) sendo que esse percentual é de apenas 25,5% quando levadas em consideração as Estratégias de Saúde da Família - ESF (FARIA, 2018, p.8), bem abaixo do contexto da média de cobertura brasileira, que é de 56,2% e a do Rio Grande do Sul, que é de 49,5% (MALTA et al, 2016). Compreende-se que a inexistência de PTS decorre da inexistência de equipamentos públicos para a garantia do acesso, visto que quando se fala em APS se evidencia a composição de equipes mínimas. Posto isso, sublinha-se que não há como viabilizar PTS para população adstrita nos territórios sem a efetivação de Equipes da Saúde da Família, entendendo que é inviável a operacionalização do PTS.

O compartilhamento do cuidado na Saúde Mental segundo os estudos de Silveira et. al (2019, p. 2) “[...] pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde”. Compreende-se que o trabalho em rede, entre os diferentes serviços, pode potencializar os princípios do SUS como o da integralidade no cuidado em saúde, já que o cuidado em uma perspectiva biopsicossocial não se esgota durante o período da hospitalização, pois isso se segue no território dos/as

usuários/as.

Um dos principais elementos na constituição do processo de AA é o da vinculação do usuário ao serviço de referência no território, isto é, onde o/a usuário/a experimenta suas vivências, seus significados e as histórias das relações com seus projetos de vida. Durante o compartilhamento do cuidado, as equipes têm a possibilidade de apreensão dos processos vivos dos sujeitos imbricados no PTS e na AA com o objetivo de corresponsabilização pela promoção de saúde nos diferentes contextos.

Corresponsabilizando as redes de atenção em saúde pelo processo de monitoramento, o acompanhamento dos/as usuários/as mostra-se acertivo e efetivo quanto à longitudinalidade do cuidado. A linha de cuidado em Saúde Mental trabalha em uma perspectiva e integração das ações, mesmo que isso signifique um contínuo acompanhamento, seja pela Atenção Hospitalar, seja pelos outros pontos de atenção como a Atenção Especializada e Atenção Básica; dessa forma o/a usuário/a sempre recebe suporte às suas demandas.

Ao se refletir sobre as responsabilidades da Atenção Hospitalar durante a realização das AA, explicita-se o fortalecimento das ações que materializam o conjunto de diretrizes do SUS. Mendes (2019, p. 7) aponta:

[...] o quão imprescindível é que se invista no uso de instrumentos e estratégias, como o Projeto Terapêutico Singular e a Alta Assistida, para fomentar a vinculação dos usuários nos serviços da rede de atenção à saúde e, dessa forma, efetivar o cuidado longitudinal.

A Alta Assistida faz parte desse novo conjunto de práticas que passaram a ser desenvolvidas no modelo de atenção psicossocial, pela sua coerência com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e dos SUS. Nesse sentido, no contexto hospitalar, o processo de Alta Assistida se apresenta enquanto estratégia de cuidado por três eixos:

1º) O da transdisciplinaridade, que está para além da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, em uma perspectiva de cogestão e cogovernança dos processos pois possibilita o diálogo horizontal na construção da terapêutica e do cuidado pelos pontos de atenção.

2ª) O compartilhamento do cuidado, que promove a superação de processos fragmentados presentes no modelo proposto por Mendes (2011) de “níveis de atenção”, que ocasiona descontinuidade e a desresponsabilização pela oferta de atenção à saúde aos/às usuários/as;

3ª) A clínica centrada no/a sujeito, isto é, sujeito de direito; na perspectiva italiana o “*Fareassieme*” (CORREA, 2019, p. 1), que insere o sujeito na produção de suas vidas, de forma longitudinal e territorializada.

5.3 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ALTA ASSISTIDA

Durante a realização do processo de Alta Assistida, os/as profissionais, a partir da práxis multiprofissional, verificaram um conjunto de fatores limitantes para consolidação dessa nova tecnologia em saúde. Não há como negligenciar e não levar em consideração o contexto sócio histórico, sociopolítico e socioeconômico da realidade contemporânea que incide na forma através da qual as Políticas Públicas serão ofertadas à população usuária. E, há que considerar a forma como os sujeitos envolvidos no processo de Alta Assistida vão perceber essas influências no seu contexto local.

Na realização das Altas Assistidas, entre os fatores limitantes destacaram-se: 1. Insuficiência de Recursos Humanos (RH) para que se operacionalize o dispositivo de Profissional/Equipe de Referência; 2. Não efetivação de práticas interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais via dispositivo PTS, tendo a Atenção Primária em Saúde como reguladora e ordenadora desse processo; 3. Fragilidades no compartilhamento do cuidado com alguns serviços da rede, predominando em alguns casos a lógica do encaminhamento; 4. Falta de apropriação via educação permanente sobre as temáticas Equipe de Referência, PTS e Alta Assistida; 5. Falta de logística específica, quanto ao transporte institucional para realização das Altas Assistidas; 6. Limitantes específicos a partir da Pandemia *Corona Virus Disease* 2019 (COVID 19) como: a) Veto parcial ou integral para realização de Alta Assistida; b) Instituição dos protocolos de biossegurança a serem adotados no contexto da Pandemia COVID 19 para com os usuários; c) Introdução do trabalho remoto para realização das Altas Assistidas.

Esse conjunto de limitantes deu-se não só com a percepção da fragmentação dos processos terapêuticos e de cuidado, mas também como a desresponsabilização longitudinal dos serviços, usuários e familiares nas redes de atenção. Dessa forma, evidenciou-se a baixa resolutividade das intervenções realizadas apenas na internação que posteriormente à alta hospitalar fragilizam-se pela descontinuidade no tratamento e o cuidado nos seus territórios.

Ao perceber as potencialidades no processo de trabalho desenvolvido pela Alta Assistida desenvolvida pela equipe multiprofissional, apreende-se a práxis como processo de trabalho relacional e técnico, que fortalece a manutenção terapêutica do cuidado, na realização da promoção, prevenção, proteção e reabilitação apoiada nos processos de produção de vida.

Em razão disso, destacam-se enquanto elementos que potencializam a consolidação do processo de Alta Assistida: a) A promoção da vinculação dos/as usuários/as aos serviços de

referência pela AA; b) A percepção da AA enquanto trabalho que prepara o retorno do/a usuário/a para sua casa/território; c) A realização do monitoramento do usuário após a alta, por meio de visita domiciliar ou através de ligação telefônica, para verificação da efetividade da ação AA, demonstrou que a ação vai ao encontro do fortalecimento e qualificação dos vínculos entre usuário-família-profissionais; d) A potência que AA tem na qualificação das condutas terapêuticas junto aos usuários, que passam a contar com os registros das intervenções, podendo melhor registrar adesão ou não do usuário ao tratamento a partir do PTS. Conforme destaca Azevedo (2013):

A sistematização é uma forma metodológica de elaboração do conhecimento. É mais do que a organização de dados, é um conjunto de práticas e conceitos que propiciam a reflexão e a reelaboração do pensamento, a partir do conhecimento da realidade (AZEVEDO, 2013, p. 173).

A com isso soma-se as ações anteriormente citadas, e) A promoção do fortalecimento de vínculo profissional entre usuários/as e seus núcleos familiares em uma perspectiva de corresponsabilização pela divisão de metas e demais objetivos; f) A demonstração da capacidade que esse dispositivo tem nas articulações de redes de saúde, diminuindo a necessidade das reinternações; g) A capacidade de incentivo à adesão ao tratamento, que a Alta Assistida promove pelo acesso à informação, esclarecendo aos usuários e familiares a importância da continuidade à linha de cuidado; h) A promoção das experiências de trabalho desenvolvido com as famílias, com os serviços da Política de Saúde e da Assistência Social pela articulação com as redes, a fim de assegurar o tratamento dos usuários/as em seu território.

Por isso, uma das principais premissas para efetivação da AA é a construção de intervenções pelo vínculo, dado que se significa processo de mudança quando os sujeitos do processo se corresponsabilizam emocionalmente pela produção de seus projetos de vida e de saúde. Para os autores Torres e Ferreira (2019, p. 290) é importante se levar em conta potencialidade da diversidade dos diferentes vínculos:

A partir do diálogo da Teoria dos Vínculos, de Serge Paugam (2008), com a Teoria do Reconhecimento, de Axel Honneth (2009), identificamos três modalidades de vínculos: os vínculos familiares/afetivos, que geram a autoconfiança como padrão de reconhecimento, vínculos com as equipes dos serviços públicos, dos quais decorrem o sentimento de autor e conhecimento, e os vínculos nos territórios, que na elaboração de Honneth produzem a estima social, como padrão de reconhecimento. Esses vínculos sociais são complementares entre si, por isso, a proteção social do SUAS afirma: quanto mais diversificados os vínculos que os cidadãos tiverem e quanto mais eles forem sustentados no tempo, mais protegidas as pessoas estarão”.

Nesse sentido o vínculo com o/a usuário/a potencializa todos os demais elementos

supracitados para efetivação da AA. Sendo que todos eles estão diretamente embasados na PNH de 2013 (BRASIL,2013) que articula em seus princípios o acolhimento, a cogestão e a participação dos/as usuários/as.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização da experiência supracitada, se sublinha que o estudo dos processos de trabalho no contexto de internação são nichos férteis para as intervenções multiprofissionais que visam a quebra de paradigmas institucionais. O processo de trabalho promovido visou o cumprimento do papel social do hospital universitário e da universidade pela função do tripé ensino pesquisa e extensão na promoção, prevenção e reabilitação psicossocial dos/as usuários/as da saúde mental.

Com isso, ao finalizar o presente relato, destaca-se que a partir de um conjunto multiprofissional embasado teoricamente, alinhado a uma direção ético política que contempla a autonomia dos/as usuários/as, humanização do cuidado, e a cogestão horizontalizada dos processos de construção de projetos de vida a partir das demandas da saúde mental.

Ao final se espera que essa produção técnica científica colabore com a promoção de novas intervenções junto à população usuária e que cada vez mais as novas formas de intervenção no contexto local promovam espaços de aprendizado e saúde.

REFERÊNCIAS

ALGHZAWI, Hamzah. M. Psychiatric Discharge Process. **ISRN Psychiatry**, v. 4, 2012. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671711/pdf/ISRN.PSYCHIATRY2012-638943.pdf> > Acesso em 30 de out. de 2020.

AMARANTE, Paulo. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

AZEVEDO, Isabela Sarmet. A Relação Teoria/Método/Instrumentais: uma leitura a partir da concepção de profissão. **In: Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 325 – 333: jul./dez. 2013.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2011.

BRASIL **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório Final**. Brasília: MS/SAS, 1994.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão de 2019**. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Santa Maria (RS). Disponível em: < [file:///C:/Users/samsung/Downloads/relatorio-anual -de-gestao-2019.pdf](file:///C:/Users/samsung/Downloads/relatorio-anual-de-gestao-2019.pdf) > acessado em: 27 de Jun de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria_4279_301210.pdf Acesso em: 22 de Jun. de 2020.

BURNS, James; BAIRD, Alison; RODWAY, Cathryn; LOWE, Rebecca; STONES, Philip; HALL, Julie; WORTHINGTON, Nicola; NYATHI, Thabiso and DAUD, Huma. **The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness**. Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2017.

COELHO, Akeni Lobo; MORAIS, Indyara de Araujo . ROSA, Weverton Vieira da Silva. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil 2020. In **.Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Disponível em: < <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/709> > Acesso em: 06 de Fev. 2021.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em

Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n.2, p. 261-271, 2014.

CASTEL, Robert-. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CASTRO, Lucia Rebello.; BESSET, Vera. Lopes. (Orgs.) **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. NAU: Rio de Janeiro, 2008.

CONCEIÇÃO, Taina Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2009.

CORREA, M. R.. **Um olhar sobre a importância da Reforma Psiquiátrica Italiana e o fechamento dos manicômios**. Hospital Universitário de Santa Maria. 2019. Disponível em : < [http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/husm-ufsm/detalhes-das-noticias /- /asset_publisher/7d2qZu_cLDFo/content_id/4316906/2019-08-um-olhar-sobre-a-importancia -da-reforma-psiquiatrica-italiana-e-o-fechamento-dos-manicomios](http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/husm-ufsm/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZu_cLDFo/content_id/4316906/2019-08-um-olhar-sobre-a-importancia-da-reforma-psiquiatrica-italiana-e-o-fechamento-dos-manicomios) > . Acesso em: Maio de 2020.

DIMENSTEIN, Magda; BEZERRA, Cíntia Guedes. Alta assistência de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-848, 2009.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [s.l.], v. 29, n. 14, p.89-104, 9 out. 2018. EDUFU - Editora da Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/44129/24217>. Acesso em: 10 Jun. 2020.

FIALHO, Fábio Henrique, LACERDA, Lígia Hevellyn Rocha; BORBOREMA, Thamilly Ruas Figueirêdo. **Planejamento de alta hospitalar de enfermagem e transição hospital/domicílio do paciente: uma revisão sistemática**. 2019. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, MG, 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico singular. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 283-297.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo.(orgs.). **Métodos de Pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio-Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4-ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. In: **Rev. Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232016000200327&script=ci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 27 de Jun 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES. Valentine Cogo; TISOTT, Zaira Letícia; SOUTO, Valquíria Toledo; TERRA, Marlene Gomes, SIQUEIRA, Daiana Foggiato de; RODRIGUES, Bruno Vinicius. Percepção sobre a Alta Hospitalar de pessoas internadas em Unidade de Atenção Psicossocial 2019. In: **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**. Disponível em: < <file:///C:/Users/Renan/Downloads/9394-39343-1-PB.pdf> > . Acesso em: 01 de Março de 2021.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Merhy EE, Onocko, R. Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MERHY, c; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz . Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: **MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.)**. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NURJANNAH, Intansari. Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 9-10, p. 1175-1185, 2014.

NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões Sobre a Intersetorialidade entre as Políticas Públicas**. *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº 101. São Paulo: Cortez Editora, jan./mar., 2010. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf> >. Acesso em: 05 de Jan 2021.

PINEL, Philippe. **Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania**. Tradução Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007.

ROSA, Lúcia Cristina Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SPECTU, Rabula; MUSAT, Simona; HAARAMO, Peija; CIUTAN, Marius. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, 2017.

SCHUTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Intersetorialidade e Política Social: subsídios para o debate**. Revista Sociedade em Debate, Pelotas, 16 (1): 59-75, jan.-jun./2010. Disponível em: < <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf> >. Acesso em: 05 jan. 2020.

SEIBERT, Deise; MANGINI, Fernanda da Rosa Nunes-; KOCOUREK, Sheila. Alta Social como dispositivo de proteção integral na saúde: Contribuições do Serviço Social. **In. Revista :Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.53**, p.<272-290>, jan./jun. 2019.
SMITH, Thomas E; ABRAHAM, Maria; BOLOTNIKOVA, Natalia V ;DONAHUE Sheila A; ESSOCK, Susan M; OLFSON, Mark; SHAO, Wenjun S; WALL, Melanie M; RADIGAN, Marleen . Psychiatric Inpatient Discharge Planning Practices and Attendance at Aftercare Appointments. **Psychiatr Serv.**, v. 68, n. 1, p. 92-95, 2017.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo**. 1987.

TORRES. Abigail Silvestre; FERREIRA. Stela da Silva. Trabalho Profissional: responsabilidade de proteção nos serviços socioassistenciais. 2019. **In. Rev. O Social em Questão**. Disponível em: < [http://osocialemquestao.ser.puc.rio.br/media/OSQ_45_art_13 .pdf](http://osocialemquestao.ser.puc.rio.br/media/OSQ_45_art_13.pdf) > Acesso em: 01 de Fev 2021.

TYLER, Natasha; WRIGHT, Nicola.; WARING, Justin. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: ROSA, L. C. S. et al. (orgs.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4. ed. São Paulo: Cortez. 2008. p. 35-67.

WRIGHT, Nicola.; ROWLEY, Emma.; CHOPRA, Arum; GREGORIOU, Kyriakos.; WARING, Justin. From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. **Health Expect**, v. 19, n. 2, p. 367-376, 2016.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; PERRONE, Claudia Maria. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

ANEXO A: Normas da Revista Barbarói

Os trabalhos devem obedecer às normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), segundo as normas da revista, detalhadas abaixo:

1 - Os artigos deverão conter título em português (para outros idiomas) inglês e espanhol, além do Resumo, Abstract e Resumen de RESPONSABILIDADE total do autor (até 250 palavras em parágrafo único), bem como palavras-chave (em português, espanhol e inglês, até 5), digitados em fonte Times New Roman, corpo 12, com espaço 1,5 nas entrelinhas e o mesmo entre parágrafos, com um número de páginas entre 15 e 30, no máximo.

2 - Correções ortográficas são de responsabilidade do autor, que deve submeter o artigo SOMENTE após efetiva revisão ortográfica do mesmo, que deve estar de acordo com as regras da Nova Ortografia Brasileira.

3 - Os textos serão aceitos, quando redigidos na terceira pessoa do singular em formato impessoal.

4 – Artigos derivados de pesquisas com seres humanos deverão apresentar o aceite do Comitê de Ética em Pesquisa (enviado no formato escaneado).

5 - O autor deve enviar uma declaração de que o artigo é inédito, que não foi enviado para nenhum outro periódico, juntamente com o termo de direitos autorais assinado pelos autores. Em caso de aceite, os direitos autorais do artigo serão de propriedade da revista.

6 - O artigo deverá conter folha de rosto, com o título do trabalho, em caixa alta, o(s) nomes(s) do(s) autor(es) com as iniciais maiúsculas e demais minúsculas. Deverá conter nota de como o autor será referido na publicação, contendo como itens obrigatórios a qualificação do autor: Nome, endereço eletrônico, titulação e vinculação institucional do autor.

7 - As fontes de citações, no decorrer do artigo, devem obrigatoriamente seguir as normas da ABNT(Associação Brasileira de Normas Técnicas), através do Sistema Autor Data, conforme

alguns exemplos: (OFFE, 1996) ou (OFFE,1996, p. 64). Diferentes títulos do mesmo autor publicados no mesmo ano serão identificados por uma letra após a data. Ex.: (EVANS,

1989a), (EVANS, 1989b).

8 - As notas de rodapé deverão vir como notas de fim, sendo de natureza substantiva, limitadas ao mínimo indispensável, e indicadas por algarismos arábicos em ordem crescente.

9 - As referências utilizadas deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo obrigatoriamente as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), portanto, listadas em ordem alfabética, observando-se os critérios:

Livro: SOBRENOME, Nome (abreviado). Título em itálico: subtítulo. Número da edição, caso não seja a primeira. Local da publicação: nome da editora, ano.

Coletânea: SOBRENOME, Nome (abreviado). Título do ensaio. In: SOBRENOME, Nome (abreviado) do(s) organizador(es). Título da coletânea em itálico: subtítulo. Número da edição, caso não seja a primeira. Local da publicação: nome da editora, ano.

Artigo em periódico: SOBRENOME, Nome (abreviado). Título do artigo. Nome do periódico em itálico, local da publicação, volume e número do periódico, intervalo de páginas do artigo, intervalo da periodicidade da publicação, ano.

Dissertações e teses: SOBRENOME, Nome (abreviado). Título em itálico. Local. Número total de folhas. Grau acadêmico e área de estudos [Dissertação (mestrado) ou Tese (doutorado)]. Instituição em que foi apresentada, ano.

Trabalhos apresentados em congresso: SOBRENOME, Nome (abreviado). Título do trabalho. In: TÍTULO DO CONGRESSO, data e local. Título dos Anais, local: editora, data, p. (intervalo de páginas).

Internet (documentos eletrônicos): SOBRENOME, Nome (abreviado). Título em itálico, [Online]. Produtor. Disponibilidade: acesso. Data de acesso.

Solicita-se observar rigorosamente a sequência e a pontuação indicadas. Quando o artigo tiver certificação, incluir o DOI.

10 – Qualquer tipo de ilustração aplicada ao artigo deve ser acompanhado de seu respectivo cabeçalho e a fonte.

Observações :

- a. Os trabalhos que não atenderem às diretrizes da revista serão automaticamente rejeitados.

- b. Os editores reservam-se o direito de proceder a pequenas modificações nos originais, visando sua adequação aos padrões da publicação. Modificações substanciais serão de responsabilidade dos autores que receberão cópias dos pareceres com as respectivas sugestões.