

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

Júlia Luciane Vidal

**EFEITOS DA ALTA ASSISTIDA DA INTERNAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO MONITORAMENTO
TELEFÔNICO**

Santa Maria, RS
2021

Júlia Luciane Vidal

EFEITOS DA ALTA ASSISTIDA DA INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO MONITORAMENTO TELEFÔNICO

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

Orientadora: Daiana Foggiato de Siqueira
Coorientador: Fábio Becker Pires

Santa Maria, RS
2021

Júlia Luciane Vidal

**EFEITOS DA ALTA ASSISTIDA DA INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UMA
ANÁLISE A PARTIR DO MONITORAMENTO TELEFÔNICO**

Artigo de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 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, Profa. Dra.
(Orientadora)

Fábio Becker Pires, Psico. Me.
(Coorientador)

Valquíria Toledo Souto, Enf. Me.
(Examinadora)

Fabiane Schott, Psico. Esp.
(Examinadora)

Marcelo da Rosa Maia, Enf. Me.
(suplente)

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

EFEITOS DA ALTA ASSISTIDA DA INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO MONITORAMENTO TELEFÔNICO

AUTORA: JÚLIA LUCIANE VIDAL
ORIENTADORA: DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA
COORIENTADOR: FÁBIO BECKER PIRES

A Alta Assistida é considerada um conjunto de práticas multiprofissionais que objetiva a efetivação da continuidade da linha de cuidado ao usuário após uma internação em saúde mental. Delimitou-se como objetivo do estudo: caracterizar os usuários selecionados para a alta assistida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; e analisar a realização de monitoramento telefônico pós-alta como estratégico para a alta assistida e continuidade do cuidado na rede de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com usuários de saúde mental que passaram por internação em uma Unidade de Atenção Psicossocial de um hospital universitário do interior do estado. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2020, a partir de prontuários eletrônicos do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários e de entrevistas semiestruturadas. Quanto à análise desses registros, esta ocorreu de forma descritiva. Participaram do estudo 12 usuários, sendo sete mulheres e cinco homens com média de 39,5 anos de idade. Quanto ao estado civil e o suporte familiar, a maioria é solteiro e reside com algum parente de primeiro ou segundo grau, ou ambos. Observou-se que a maioria dos participantes apresentava transtorno de humor. No que se refere à continuidade do cuidado em saúde mental, os resultados mostraram que todos os participantes da pesquisa estavam em uso das medicações prescritas e que também já haviam acessado os serviços para os quais foram encaminhados na alta hospitalar. Entre as ações de Alta Assistida, o encaminhamento obteve resultados satisfatórios quanto à efetivação da continuidade no cuidado e adesão ao tratamento. A Alta Assistida demonstrou ser um dispositivo que permite, principalmente, que o usuário possa retornar a sua vida assegurado de uma linha de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Alta do Paciente.

ABSTRACT

EFFECTS OF HIGH-ASSISTED HOSPITALIZATION IN MENTAL HEALTH: ANALYSIS FROM TELEPHONE MONITORING

**AUTHOR: JÚLIA LUCIANE VIDAL
SUPERVISOR: DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA
CO-SUPERVISOR: FÁBIO BECKER PIRES**

Assisted discharge is considered to be a set of multiprofessional practices that aims to effect the continuity of the line of care to the user after a mental health hospitalization. The objective of the study was delimited: to characterize the users selected for assisted discharge according to sociodemographic and clinical variables; and to analyze post-discharge telephone monitoring as strategic for assisted discharge and continuity of care in the mental health network. This is a descriptive research with a qualitative approach carried out with mental health users who have been admitted to a Psychosocial Care Unit of a university hospital in the interior of the state. Data were collected from September to December 2021, from electronic medical records of the Management Application for University Hospitals and semi-structured interviews. As for the analysis of these records, this occurred in a descriptive manner. Twelve users participated in the study, seven women and five men with an average of 39.5 years of age. As for marital status and family support, most are single and live with a first or second degree relative, or both. It is observed that the majority of the participants present mood disorder. With regard to the continuity of mental health care, the results show that all research participants were using the prescribed medications and that they had also accessed the services to which they were referred at hospital discharge. Among the assisted discharge actions, the referral obtained satisfactory results regarding the effectiveness of continuity of care and adherence to treatment. The Assisted Discharge proved to be a device that mainly allows the user to return to their life assured by a line of care in the Psychosocial Care Network.

Keywords: Mental Health; Mental Health Assistance; Patient Discharge.

LISTA DE SIGLAS

AA - Alta Assistida

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

HD - Hipótese Diagnóstica

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

TC - Termo de Confidencialidade

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAPPG - Unidade de Atenção Psicossocial Paulo Guedes

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

Sumário

1 APRESENTAÇÃO	7
2 RESULTADOS	8
EFEITOS DA ALTA ASSISTIDA DA INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO MONITORAMENTO TELEFÔNICO	9
Resumo.....	9
Abstract	9
Introdução	10
Método	11
Resultados e discussão	13
Caracterização dos usuários que receberam Alta Assistida	13
Alta assistida como recurso terapêutico em saúde mental	20
Considerações finais.....	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	27
ANEXO B - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA	30

1 APRESENTAÇÃO

Para contextualizar nossa aproximação com a temática que será apresentada neste trabalho, reportamos às experiências vividas durante a trajetória acadêmica no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde atuamos como residentes das áreas da psicologia e serviço social na Unidade de Atenção Psicossocial Paulo Guedes (UAPPG), do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Nesse cenário nos deparamos com muitos desafios, inquietando-se especialmente com questões referentes à alta do paciente e a continuidade do seu cuidado/tratamento. Dessa forma, nos mobilizamos a intervir de alguma forma nisso, engajando-se na implantação e qualificação do processo de alta assistida (AA), que é considerada um conjunto de práticas multiprofissionais que objetiva a efetivação da continuidade da linha de cuidado ao usuário após uma internação em saúde mental.

A Alta Assistida vem sendo exercida por residentes de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar (enfermagem, psicologia e serviço social) desde o ano de 2018. Esta atividade iniciou na UAPPG de maneira esporádica e realizada somente por alguns profissionais, sendo desta forma, uma proposta de trabalho que estava inativa já há algum tempo dentro do serviço, e por esse motivo não se pode explanar aqui sobre sua criação. Entretanto, no ano de 2019, esse formato de prática começou a ser repensado pelo desejo dos novos residentes (R1s), sendo uma atividade até este momento restrita à residência.

Nesse sentido, visando reunir subsídios que mobilizem a adoção de práticas que qualificam a assistência em saúde mental no âmbito hospitalar e nos demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial, este trabalho apresenta como objetivo: caracterizar os usuários selecionados para a alta assistida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; e analisar a realização de monitoramento telefônico pós-alta como estratégico para a AA e continuidade do cuidado na rede de saúde mental.

2 RESULTADOS

O Trabalho de Conclusão da Residência será apresentado na forma de um artigo científico, de acordo com as normas de submissão da Revista Saúde (Santa Maria), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a que será submetido para apreciação (ANEXO B).

EFEITOS DA ALTA ASSISTIDA DA INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO MONITORAMENTO TELEFÔNICO

EFFECTS OF HIGH-ASSISTED HOSPITALIZATION IN MENTAL HEALTH: AN ANALYSIS FROM TELEPHONE MONITORING

Júlia Luciane Vidal, Daiana Foggiato De Siqueira,
Fábio Becker Pires, Valquíria Toledo Souto, Fabiane Schott, Marcelo da Rosa Maia

Resumo

Objetivo: caracterizar os usuários selecionados para a alta assistida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; e analisar a realização de monitoramento telefônico pós-alta como estratégico para a alta assistida e continuidade do cuidado na rede de saúde mental. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com usuários de saúde mental que passaram por internação em uma Unidade de Atenção Psicossocial de um hospital universitário do interior do estado. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2020, a partir de prontuários eletrônicos do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários e de entrevistas semiestruturadas. Quanto à análise desses registros, esta ocorreu de forma descritiva. **Resultados:** Participaram do estudo 12 usuários, sendo sete mulheres e cinco homens com média de 39,5 anos de idade. Quanto ao estado civil e o suporte familiar, a maioria é solteiro e reside com algum parente de primeiro ou segundo grau, ou ambos. Observou-se que a maioria dos participantes apresentava transtorno de humor. No que se refere à continuidade do cuidado em saúde mental, os resultados mostraram que todos os participantes da pesquisa estavam em uso das medicações prescritas e que também já haviam acessado os serviços para os quais foram encaminhados na alta hospitalar. **Considerações finais:** entre as ações de Alta Assistida, o encaminhamento obteve resultados satisfatórios quanto à efetivação da continuidade no cuidado e adesão ao tratamento. A Alta Assistida demonstrou ser um dispositivo que permite, principalmente, que o usuário possa retornar a sua vida assegurado de uma linha de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Alta do Paciente.

Abstract

Objective: to characterize the users selected for assisted discharge according to sociodemographic and clinical variables; and to analyze post-discharge telephone monitoring as strategic for assisted discharge and continuity of care in the mental health network. **Methods:** This is a descriptive research with a qualitative approach carried out with mental health users who were admitted to a Psychosocial Care Unit of a university hospital in the state. Data were collected from September to December 2021, from electronic medical records of the Management Application for University Hospitals and semi-structured interviews. As for the analysis of these records, this occurred in a descriptive manner. **Results:** 12 users participated

in the study, seven women and five men with an average of 39.5 years of age. As for marital status and family support, most are single and live with a first or second degree relative, or both. It is observed that the majority of the participants present mood disorder. With regard to the continuity of mental health care, the results show that all research participants were using the prescribed medications and that they had also accessed the services to which they were referred at hospital discharge. Final considerations: among the Assisted Discharge actions, the referral obtained satisfactory results regarding the effectiveness of the continuity of care and adherence to treatment. The Assisted Discharge proved to be a device that mainly allows the user to return to their life assured by a line of care in the Psychosocial Care Network.

Keywords: Mental Health; Mental Health Assistance; Patient Discharge.

Introdução

A Alta Assistida (AA) é considerada um conjunto de práticas multiprofissionais que objetiva a efetivação da continuidade da linha de cuidado ao usuário após uma internação em saúde mental. Esse tema vem sendo discutido e investigado há décadas internacionalmente^{1,2}, no entanto, a produção sobre Alta Assistida, no Brasil, é escassa. Revisões internacionais sobre a eficácia das diversas práticas de AA e seu planejamento evidenciam resultados heterogêneos^{3,4,5}. Dessa forma, ainda não há segurança sobre quais ações de fato funcionam e em que circunstâncias.

Diferentes conjuntos de procedimentos já foram implementados com o intuito de qualificar o processo de alta e encaminhamento, como: Alta Planejada ou Planejamento de Alta¹, Modelo de Gestão de Caso com seguimento e Modelo de Transição de Caso⁵. Essas propostas têm em comum o contato prévio da equipe do hospital com a equipe de referência (do ambulatório/território); e, a elaboração de plano de alta que identifique necessidades específicas do paciente e proponha a mobilização de recursos para contemplar essas necessidades após a alta. Especifica-se que o próprio usuário deve estar incluído na elaboração deste plano^{1,5}.

Os Modelos de transição de Caso e de Gestão de Caso são semelhantes à proposta de Dimenstein e Bezerra⁶, chamada de “Alta Assistida”. Essas propostas incluem, além do Projeto Terapêutico Singular (PTS), algum tipo de atendimento conjunto (profissional do hospital + profissional do serviço de destino) e/ou de monitoramento pela equipe hospitalar após a alta. Para a seleção dos casos que necessitavam de alta assistida, os autores estabeleceram critérios, sendo estes, o elevado número de reinternações do paciente ou histórico considerável de rejeição do paciente por parte da família⁶.

Embora haja dificuldade de avaliar os resultados, devido à multiplicidade de variáveis possivelmente envolvidas no fenômeno, de qualquer forma, os procedimentos de planejamento de alta e de AA são amplamente recomendados como parte importante de um tratamento de qualidade em saúde mental¹.

Diante da heterogeneidade conceitual sobre os estudos da Alta Assistida, e sobre os resultados encontrados sobre sua eficácia na literatura, com o objetivo de fazer frente à baixa produção de estudos na área a âmbito nacional, o presente trabalho propõe-se aprofundar e aferir de dados que corroborem ou não para os resultados apontados pelos autores internacionais. Frente ao exposto, tem-se como objetivo caracterizar os usuários selecionados para a alta assistida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; e analisar a realização de monitoramento telefônico pós-alta como estratégico para a AA e continuidade do cuidado na rede de saúde mental.

Método

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo com abordagem qualitativa. Esta pesquisa tem como cenário a Unidade de Atenção Psicossocial Paulo Guedes (UAPPG) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria – RS. A unidade está localizada no 3º andar da instituição, dispõe de 30 leitos, sendo estes 15 femininos e 15 masculinos, para pessoas adultas com transtornos mentais graves. A equipe de profissionais desta unidade é composta por psiquiatras, psicólogos, assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem e por residentes em psiquiatria e residentes multiprofissionais dos núcleos psicologia, serviço social e enfermagem.

A pesquisa teve como participantes os usuários de saúde mental que passaram por internação nesta Unidade e/ou seus respectivos familiares e/ou responsáveis. Os critérios de inclusão na pesquisa foram os seguintes: usuários que internaram na Unidade de Atenção Psicossocial Paulo Guedes e que passaram pelo processo de Alta Assistida durante o período de setembro a dezembro de 2020, e que haviam recebido alta há até 30 dias (período crítico de manutenção do tratamento); e usuários com condições cognitivas de responder à pesquisa ou (diante da ausência de tais condições) seus familiares e/ou responsáveis. Como critérios de exclusão delimitou-se: usuários que passaram pelo processo de alta assistida, mas que os pesquisadores não conseguirem contato telefônico, seja com o usuário ou seus respectivos responsáveis, após a alta.

Nesta pesquisa os dados foram produzidos a partir de prontuários eletrônicos dos usuários, no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), e entrevistas semiestruturadas com usuários e/ou seus familiares/responsáveis.

As Altas Assistidas ocorreram conforme a organização terapêutica pactuada no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário, e discutidas semanalmente entre residentes e preceptores da UAPPG. Com base na divisão de responsabilidades e pactuações com o usuário e seu núcleo familiar, promoviam-se as seguintes ações de planejamento da intervenção:

1) Seleção dos usuários para AA, a partir de discussão e análise dos PTS (conforme critérios: alto índice de reinternação, histórico de baixa adesão ao tratamento; fragilidade de suporte familiar/social);

2) Contato telefônico com o serviço de referência do usuário para o compartilhamento do PTS, que ocorreu via ligação ou de forma presencial em reunião entre as equipes para o compartilhamento do caso.

3) Realização da vinculação do usuário ao serviço de referência (pré-agendamento de acolhimento/ consulta) durante a internação, no momento da alta, ou posteriormente via agendamento com o serviço e núcleo familiar e usuário/a. A Realização da Alta Assistida foi viabilizada pelo Profissional de Referência do usuário e, eventualmente, pode-se contar com o apoio de outros profissionais, quando necessário.

4) O acompanhamento para monitoramento e avaliação da AA, aconteceu em até 30 dias após a alta. Neste momento, foi realizada a entrevista semiestruturada pelos pesquisadores.

A entrada dos participantes na pesquisa somente ocorreu após a compreensão, leitura e assinatura do Termo de Ciência Livre e Esclarecido (TCLE), o qual assegura ao pesquisador a ciência da autorização do usuário para sua participação na pesquisa em questão. As entrevistas semiestruturadas ocorreram entre os meses de setembro a dezembro do ano de 2020 por contato telefônico, estratégia pertinente ao contexto da pandemia pela Covid-19 e pela necessidade de distanciamento social no período da produção dos dados. As questões norteadoras das entrevistas versaram sobre a situação de saúde atual do usuário; o uso regular das medicações prescritas; se precisou de serviço de emergência; se necessitou de nova internação; e, se teve continuidade no tratamento em serviço de saúde. As respostas foram registradas por meio de gravação com dispositivo digital e após transcritas integralmente para posterior análise.

Os dados provenientes dos prontuários eletrônicos foram coletados a partir de um roteiro padronizado e serviram de suporte para a caracterização dos participantes em relação aos aspectos sociodemográficos e clínicos. Quanto à análise desses registros, esta ocorreu de forma

descritiva, a fim de apresentar o perfil destes usuários, o histórico e frequência de internações, e demais informações registradas que fossem relevantes para a discussão do tema em estudo.

Tais procedimentos de coleta de dados foram respaldados eticamente junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (Cep) da UFSM, tendo o projeto sido aprovado sob nº CAAE: 37099620.1.0000.5346. Em todas as suas etapas essa pesquisa respeitou os princípios e diretrizes da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde⁷, garantindo aos participantes a preservação de sua identidade e privacidade dos dados. Para preservar a identidade dos participantes envolvidos, estes foram identificados pela letra “U”, que é a letra inicial da palavra usuário, seguida de um número arábico (U1, U2, U3...).

Resultados e discussão

Participaram do estudo 12 usuários, sendo sete mulheres e cinco homens, que internaram na UAPPG e foram selecionados, por meio dos critérios pré-estabelecidos, a receberem AA.

Caracterização dos usuários que receberam Alta Assistida

Conforme os dados informatizados disponíveis no AGHU do local da pesquisa, os participantes apresentaram uma média de 39,5 anos de idade. Entre as mulheres, a média de idade é de 43 anos e entre os homens de 34,8 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Informações sobre sexo, idade, estado civil, suporte familiar domiciliar e externo dos usuários que receberam AA.

Prontuário	Sexo	Idade	Estado civil	Suporte familiar domiciliar	Suporte familiar externo
U1	F	45	Solteira	Irmão/a	Pai
U2	F	51	Casada	Marido/Filhos	-
U3	F	28	Solteira (c/ companheiro)	Companheiro	Mãe/ Irmão
U4	F	28	Solteira	Mãe/ Irmão (s)	Pai

U5	M	21	Solteiro	Pai/ Irmão (s)	-
U6	F	45	Casada	Marido	Filhos
U7	M	52	Casado	Irmão (s)	Irmão (s)
U8	F	47	Viúva	Irmão (s)	-
U9	F	57	Casada	Marido	Filhos
U10	M	18	Solteiro	Tia	-
U11	M	47	Solteiro	Mãe	Irmão (s)
U12	M	36	Solteiro	Mãe	-

Total 12

Fonte: Informações retiradas dos prontuários, AGHU- HUSM, 2020.

Em sua maioria, os participantes foram do sexo feminino. Quanto ao estado civil e o suporte familiar, a maioria era solteiro e residia com algum parente de primeiro ou segundo grau, ou ambos (pai, mãe, irmã ou irmão), concomitantemente, recebendo o apoio necessário, com exceção de dois participantes solteiros, que recebem apoio de outros familiares. O primeiro (U3) reside com o companheiro e as filhas, recebendo, ainda, apoio externo da mãe e irmãos; e o segundo (U10) reside com uma tia paterna, sendo esta a única pessoa que lhe oferece suporte familiar. Já os casados residiam com cônjuge e ainda recebiam apoio de algum outro familiar que residia junto ou não do participante, como por exemplo filho (a, as, os), irmão (ã, ãs, ãos). Especifica-se que o participante U7, expressou o desejo de separar-se da esposa e optou por residir com a irmã após alta da internação, no entanto, não se sabe se o participante entrou com processo de separação. Este também recebe apoio externo dos filhos. A tabela acima mostra que o U2, U5, U8, U10 e U12 não recebiam apoio familiar externo ao domicílio. Notou-se a falta de rede de apoio familiar entre os participantes solteiros, sendo este muitas vezes exercido por apenas um ou dois membros familiares.

Corroborar com tais resultados acima, outro estudo realizado com 96 usuários de saúde mental entrevistados, onde 53,1% destes eram mulheres, na média da faixa etária de 44 anos, sendo a maior parte dos participantes solteiros, cerca de 51%, e 26% eram divorciados ou viúvos. Ainda nesse estudo, quando questionados acerca de quantas pessoas poderiam solicitar

ajuda, se necessário (apoio social), a média ficou em torno de 2,64 pessoas que de fato ajudariam. Ao serem interrogados sobre quem de fato poderiam contar do seu núcleo familiar, ou na comunidade, no trabalho ou profissional de saúde, os 91 participantes referiram que (94,8%) mencionou que tinha o apoio familiar, 41 (42,75%) destacou indivíduos da comunidade, 31 (32,3%) mencionou algum profissional de saúde, e 5 (5,2%) relataram alguém do trabalho⁸. Também, outro estudo brasileiro, realizado na unidade psiquiátrica, do hospital geral, em Ribeirão Preto, apontou a prevalência de 55,8% dos usuários sendo do sexo feminino, na faixa etária de 37 anos⁹.

Já um estudo longitudinal realizado no Canadá, evidenciou que 67% dos transtornos mentais manifestava-se em mulheres separadas ou viúvas, em comparação àquelas mulheres casadas¹⁰. Conforme esse estudo, homens e mulheres separados ou viúvos desenvolvem níveis mais altos de estresse do que os que permanecem casados por dois anos¹¹. Consoante, uma meta-análise, realizada com 126 artigos publicados nos últimos 50 anos, indicou que a qualidade da relação conjugal está associada a bons prognósticos de saúde. A manifestação de sentir-se satisfeito com a união esteve relacionada a marcadores biológicos saudáveis de pressão arterial, e diminuição do risco de doenças cardiovasculares e de morte entre adultos¹⁰. Estes autores sugerem que o casamento é visto com um apoio social. E esse apoio é capaz de minimizar os fatores estressantes do dia. No casamento, o casal compartilha de diversas atividades conjuntas, tais como: fazer refeições juntos, tarefas domésticas, cuidado com os filhos, lazer, descanso, e recursos financeiros, muitas vezes, em maior grau do que aqueles que vivem juntos, mas não são casados. Quando não há esse apoio mútuo, podem surgir conflitos, prejudicando a relação, desencadeando sentimentos de angústia psicológica e comprometimento da saúde física^{10,11}.

Quanto à renda individual dos participantes, apenas dois têm renda própria (U7, U9), há três que não possuem renda (U1, U8, U10) e os demais tem renda proveniente de algum benefício assistencial (U2, U3, U4, U5, U6, U11, U12). Os participantes que recebem benefício assistencial se dividem em auxílio-doença (U6, U11, U12), bolsa família (U3, U4), benefício de prestação continuada (U5) e aposentadoria por invalidez (U2).

Nesse aspecto referente à renda, as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais acabam tendo mais dificuldade de acesso para entrar no mercado de trabalho, é o que indicam as pesquisas. Salienta-se que isso ocorre pela singularidade de suas características individuais, tais como, nível de escolaridade baixo, produtividade diminuída, baixa renda, e associação entre o estado mental associado a doença, e a doença vista como incapacitante. Essa relação estigmatizadora extingue a possibilidade de o sujeito por vezes demonstrar ou melhorar o seu

potencial profissional e assim melhorar sua qualidade de vida, no geral. Sabe-se que o trabalho potencializa a autonomia, e a capacidade do sujeito de acreditar em si. O trabalho é um fator de proteção às pessoas com transtornos mentais, no entanto, a ausência de programas de incentivo de trabalho específicos para pessoas com transtornos mentais colabora para a exclusão desses sujeitos¹².

Conforme a Organização Mundial de Saúde¹³, a injustiça social intensifica ainda mais as desigualdades sociais, e afeta diretamente as condições de saúde e doença dos cidadãos. Negrini salienta que quem está trabalhando apresenta uma melhora tanto da autoestima quanto do funcionamento psicológico, e controle mais eficaz dos sintomas quando comparados a quem não está trabalhando¹⁴. Para tanto, para uma qualidade de saúde mental, é importante que se crie políticas sociais que busquem quebrar as barreiras das desigualdades, para restabelecer a autonomia do usuário, para adequar a integralidade da atenção à saúde mental¹⁵.

Quanto ao encaminhamento para a internação, os participantes provenientes do município de execução da pesquisa foram encaminhados para internação a partir de três unidades de pronto-atendimento (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U8, U9, U12) e por encaminhamento pelo médico assistente do Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil (CAPSi) (U10). Os participantes U7 e U11, residem em outros municípios. Logo, o U7 foi encaminhado pelo hospital de sua procedência, mas o U11 por residir num município limite, deslocou-se até uma unidade de pronto-atendimento de Santa Maria, onde foi realizado o encaminhamento para internação. Esclarece-se que o hospital, local da pesquisa, é referência para 32 municípios que compõem a 4ª região de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A internação é um dos recursos terapêuticos, para casos graves, onde há risco de vida a si, e aos outros. Por vezes, esse recurso é requerido por familiares do sujeito em sofrimento psíquico, para o seu cuidado, e passa a ser inserido no itinerário terapêutico do usuário¹⁶. O itinerário terapêutico funciona como um dispositivo de preservação e/ou recuperação da saúde do indivíduo¹⁷. As tomadas de decisões no âmbito hospitalar são de grande importância para as necessidades individuais dos pacientes e podem ajudar a reduzir a complexidade dos episódios individuais por meio da identificação de padrões comuns, objetivando um manejo eficiente no cuidado do paciente¹⁸.

Já os encaminhamentos após a internação para continuidade do cuidado em saúde mental, foram realizados englobando serviços de saúde, de saúde mental e de assistência social, conforme as particularidades de cada caso visualizadas a partir da elaboração do PTS. Pretende-se dessa forma, permitir que o usuário exerça a autonomia, responsabilidade mútua, e exercício

da cidadania, através da integração e organização dos serviços prestados pela rede¹⁹. A Tabela 2 apresenta os encaminhamentos realizados para continuidade do cuidado após internação em saúde mental.

Tabela 2 – Encaminhamentos realizados após alta da internação em saúde mental.

Prontuário	Encaminhamentos
U01	Atenção básica/ Serviço ambulatorial
U02	Serviço Especializado
U03	Atenção básica/ Serviço Especializado
U04	Atenção básica/ Serviço Especializado/ Serviço Assistencial
U05	Atenção básica/ Serviço ambulatorial / Serviço Assistencial
U06	Atenção básica/ Serviço ambulatorial
U07	Atenção básica
U08	Atenção básica/ Serviço Especializado
U09	Atenção básica/ Serviço ambulatorial
U10	Atenção básica/ Serviço Especializado
U11	Atenção básica
U12	Serviço Especializado
Total 12	

Fonte: Informações retiradas dos prontuários, AGHU- HUSM, 2020.

Como apresentado na tabela acima, os encaminhamentos foram realizados para serviços da atenção primária e secundária em saúde, e de assistência. Entre os serviços que foram envolvidos nesta ação está a Unidade Básica em Saúde (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), os Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), álcool e drogas (CAPSad) e infanto juvenil (CAPSi), e o ambulatório hospitalar e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) preconiza a continuação dos serviços

prestados aos usuários em saúde mental, e que estes possam ser realizados por meio do acolhimento, cuidado, acompanhamento contínuo e principalmente, que permaneçam vinculados aos serviços de atenção da rede, a fim de garantir esses cuidados²⁰.

Na análise realizada por Magalhães e Helvécio²¹, parte do desafio seria avançar nos processos de governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a unicidade do Sistema Único de Saúde (SUS), observando: informação e comunicação; regulação; financiamento; transparência e controle da gestão; insuficiência da oferta de serviço e planejamento da expansão²¹. Visto que, a conformação das Redes ainda é um grande desafio, e requer forte investimento do Estado, com uma política que as impulse e as apoie. Sendo necessário o aprimoramento das dimensões técnicas e políticas, com fortes mecanismos de regulação, evitando disputas de poder e conflitos no âmbito regional, inclusive as formatadas pelo sistema de serviços de saúde privado. Assim, convergindo para a proteção e responsabilidade nas condições de saúde e no acesso da população às ações e serviços²².

Para contribuir com a caracterização, utilizou-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) para apresentar as hipóteses diagnósticas que levaram os participantes a recorrer a uma internação para minimização ou remissão dos sintomas apresentados por estes. A Tabela 2 apresenta os dados dos prontuários já citados, codificando as informações referentes a hipótese diagnóstica, tempo de internação (data de internação e data de alta) e data em que se realizou a ligação de monitoramento após a alta hospitalar.

Tabela 3 – Informações presentes nos prontuários de pacientes de saúde mental, após alta hospitalar. 2020.

Prontuário	CID 10/ Hipótese diagnóstica	Internação hospitalar	Alta hospitalar	Ligação de monitoramento
U01	F25 - Transtorno esquizoafetivo	01/03/20	25/09/20	26/10/20
U02	F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	09/09/20	09/10/20	13/11/20
U03	F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos F14 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	02/10/20	27/10/20	27/11/20
U04	F31 - Transtorno afetivo bipolar	02/10/20	30/10/20	30/11/20

U05	F25 - Transtorno esquizoafetivo	19/07/20	03/11/20	02/10/20
U06	F32.9 - Episódio depressivo não especificado	30/10/20	17/11/20	14/12/20
U07	F33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	29/10/20	23/11/20	23/12/20
U08	F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	29/09/20	24/11/20	-
U09	F33.9 - Transtorno depressivo recorrente sem especificação	24/10/20	27/11/20	17/12/20
U10	F71.1 – Retardo mental moderado	24/11/20	09/12/20	29/12/20
U11	F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	05/11/20	07/12/20	29/12/20
U12	F60.9 - Transtorno não especificado da personalidade F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	29/09/20	08/12/20	18/12/20
Total 12				

Fonte: Informações retiradas dos prontuários, AGHU- HUSM, 2020.

Quanto às hipóteses diagnósticas, os participantes apresentavam transtornos depressivos, episódios depressivos, transtorno afetivo bipolar, transtorno esquizoafetivo, transtorno de personalidade, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína e retardo mental. Observou-se que a maioria dos participantes apresentava transtorno de humor. O transtorno depressivo e o transtorno afetivo bipolar possuem alta taxa de prevalência na população geral. Esses transtornos são graves, e afetam principalmente o estado de humor, e emocional dos indivíduos, podendo ocorrer recaídas com frequência²³.

Os participantes U1, U2, U4, U5, U6, U8, U11 e U12 apresentam um histórico de internações prévias no local da pesquisa e estavam passando por uma reinternação. Os U3 e U11 já haviam sido internados em outros hospitais e no momento estavam internados pela primeira vez no local da pesquisa. E os participantes U7 e U9, encontravam-se em sua primeira internação em saúde mental, ambos apresentando sintomas depressivos. O U7 internou após duas tentativas de suicídio consecutivas, e o U9 interna apresentando ideação suicida. Quanto ao tratamento, o U7 fazia uso de antidepressivo e interrompeu do tratamento medicamentoso

alguns meses antes da internação, já U11 realizava tratamento ambulatorial, mas em consequência da pandemia COVID-19, estava sem acompanhamento, renovando as prescrições em Unidade Básica de Saúde (UBS).

Alta assistida como recurso terapêutico em saúde mental

A alta de uma unidade de internação em saúde mental pode ser um período estressante para o paciente²⁴. O planejamento da alta consiste em uma estratégia que busca identificar as necessidades individuais e formular um plano de cuidados para o paciente durante o período de hospitalização, com o intuito de dar continuidade ao cuidado após a alta²⁵. O período de 30 dias logo após a alta é considerado crítico, devido ao maior risco de recrudescimento de ideação suicida²⁶. Para Smith⁴, as primeiras semanas imediatamente posteriores à alta são consideradas período de alto risco para eventos adversos, apresentando resultados pobres, em parte, devido à dificuldade de estabelecer uma transição que assegure continuidade do tratamento^{4,5}.

O monitoramento por contato telefônico dessa pesquisa ocorreu para a maioria dos participantes, no período de até 30 dias após a alta hospitalar. Com exceção de dois participantes (U1, U2), que receberam a ligação, respectivamente, 31 e 34 dias após a alta, excedendo poucos dias do prazo; e, de um terceiro (U8) que não recebeu ligação (Tabela 4). Esclarece-se que não foi possível entrar em contato telefônico com U8 devido que este, no momento, encontrava-se em um serviço de emergência para abatimento de sintomas agudos e em seguida, reinternou. Dessa forma, constatou-se falta de adesão da medicação com presença de fragilidades no apoio familiar, o qual era exercido por um único membro. Ainda se especifica que o U1 reinternou após o monitoramento devido a presença de doenças psiquiátricas graves nos familiares, o que prejudicou a adesão ao tratamento. O papel da família é fundamental na recuperação, uma vez que é com esse grupo que o usuário convive, e é onde ele terá o seu acolhimento. Ou seja, a melhora do indivíduo depende também do apoio e suporte familiar, e do ambiente onde vive. A família nesse sentido, colabora com a equipe de saúde, funcionando como um recurso na promoção do conforto, e segurança para o usuário sentir-se confiante e obter a sua melhora. O ideal seria que a família pudesse ser um recurso terapêutico aliado, justamente para diminuir o número de internações²⁷.

As entrevistas foram realizadas com os próprios usuários de saúde mental participantes da pesquisa, porém, na falta da presença do usuário, o familiar responsável respondeu a entrevista, como no caso do U7, U10 e U12.

Tem-se discutido sobre o suporte online ou telepsiquiatria como uma forma de atender a necessidade de aplicar intervenções em saúde mental, como a terapia cognitivo-comportamental baseada em computador. A telepsiquiatria já é utilizada nos Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, e na Europa, demonstrando aceitação dos usuários pela melhora na qualidade de vida, e pela vantagem econômica²⁸. No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia por meio da Resolução nº 4, de 26 de março de 2020, regulamentou os serviços psicológicos prestados por meios de tecnologia da informação e da comunicação durante o período de pandemia da COVID-19²⁹. Nesse contexto, podemos demonstrar a importância do acompanhamento e monitoramento como estratégia para continuidade do cuidado e suporte aos pacientes.

Tabela 4 - Situação dos usuários pós-alta hospitalar de acordo com monitoramento telefônico.

Pergunta	Especificação	U01	U02	U03	U04	U05	U06	U07	U08	U09	U10	U11	U12
Entrevistado	Usuário	X	X	X	X	X	X			X		X	
	Familiar							X			X		X
Condições de saúde	Com sintomas				X	X	X	X				X	
	Sem sintomas	X	X	X						X	X		X
Uso da medicação prescrita	Em uso	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
	Sem adesão												
Precisou de serviço de emergência	Sim												
	Não	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Reinternação	Sim								X				
	Não	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Teve continuidade do tratamento em serviço de saúde	Sim	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
	Não												
Total													12

Fonte: Informações retiradas dos prontuários, AGHU- HUSM, 2020.

Quanto à situação atual de saúde (no monitoramento), os participantes U4 e U6 referiram estabilidade em seu quadro clínico. O familiar do U7 referia uma melhora progressiva do quadro do U7 após a internação. O U5 acreditava estar bem, mas referiu estar ainda em processo de adaptação de sua rotina. Já o U11, percebe certa estabilidade em seu quadro

comparado ao seu quadro anterior à internação. Os pacientes (U1, U2, U3, U9) e os familiares (U10, U12) relataram a presença de algum grau de sofrimento mental como: tristeza, isolamento, ansiedade, crise de pânico, insegurança, nervosismo, perda de sono e pseudoalucinação. No caso específico do paciente U3, a ansiedade pode estar relacionada à falta do uso de drogas e álcool, já que ele é usuário de drogas.

No que se refere à continuidade do cuidado em saúde mental, os resultados mostraram que todos os participantes da pesquisa estavam em uso das medicações prescritas e que também já haviam acessado os serviços para os quais foram encaminhados na alta hospitalar. A continuidade do tratamento pode ter evitado a necessidade de busca por serviço de emergência, assim como uma nova internação até o momento do monitoramento.

As reinternações frequentes dos usuários estão associadas a ausência de continuidade do tratamento e da própria configuração da rede de atenção no território, devido à alta incidência delas. Todavia, as reinternações seguidas prejudicam os laços afetivos do usuário com sua família, ocasionando dificuldades de relacionamento, podendo sofrer preconceito e estigma. Portanto, esse deve ser um recurso que precisa ser avaliado minuciosamente, e quando possível encontrar alternativas de tratamento, objetivando evitar o adoecimento permanente do indivíduo e da doença³⁰.

Considerações finais

Por meio do monitoramento, verificou-se que entre as ações de Alta Assistida, o encaminhamento obteve resultados satisfatórios quanto à efetivação da continuidade no cuidado e adesão ao tratamento. Todos os pacientes haviam acessado o serviço de encaminhamento para acolhimento/reacolhimento, consulta e/ou renovação de receitas, assim como estavam fazendo uso das medicações conforme a prescrição médica. A efetivação do dispositivo utilizado pela equipe multidisciplinar vai ao encontro das políticas de atenção em saúde mental propostas pela RAPS, as quais sinalizam o cuidado integral do usuário em saúde mental. Por meio dessa prática realizada por acompanhamento telefônico, foi possível manter o acompanhamento dos usuários, mesmo durante a pandemia da COVID-19, e desse modo, assegurar o cuidado, a atenção e o vínculo do usuário com o território e a equipe que o acompanha. Embora diante do contexto pandêmico, a saúde mental dos usuários não deve ser deixada em segundo plano, justamente pelo agravamento que pode ocorrer em pacientes com

diagnóstico para transtornos mentais. O acolhimento e a assistência ao adoecimento precisam prosseguir.

Não se pode afirmar que a AA foi o que causou os resultados observados. Contudo, considerando que os participantes do estudo foram usuários com transtornos graves e com histórico de reinternações, de má adesão a tratamento e de vulnerabilidade social, e considerando ainda as dificuldades adicionais impostas pela pandemia, os resultados são animadores e indicam a potencialidade das ações de alta assistida para efetivar os encaminhamentos.

Conforme a perspectiva do SUS, que trata da saúde como um direito universal, o novo modelo assistencial além de prestar a prática clínica, assume o compromisso com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, amplo acesso aos serviços, cuidado multiprofissional e interdisciplinar, vinculação aos territórios, participação da comunidade e incidência sobre determinantes sociais. Todos esses desafios que os profissionais que trabalham com a saúde mental diariamente enfrentam, objetivam a integração tanto da APS, quanto dos serviços especializados, para que o usuário seja assistido de forma integral e satisfatória. O acompanhamento telefônico que os profissionais realizaram é uma construção de cuidado que oportuniza que a alta assistida seja efetivada com segurança e zelo, tanto para o usuário, quanto para quem o acompanha.

As evidências apontadas neste estudo sinalizam a importância da construção de relações diretas e indiretas dos profissionais, com os usuários, com os familiares, e com as equipes. Denota ainda, a necessidade de edificar pontes para além do cuidado presencial, propõe a readequação dos modelos assistenciais, no intuito de colocar em prática toda a estrutura e fluxo que se estabelecem de acordo com o que preconiza a RAPS. Há ainda diversos desafios para consolidar as políticas de saúde mental e suas diversas ações em torno do indivíduo, e nesse sentido, a AA demonstrou ser um dispositivo que permite principalmente que o usuário possa retornar a sua vida assegurado de uma linha de cuidado na RAPS. Sugere-se que intervenções futuras sobre a alta assistida possam ser desenvolvidas através de estudos longitudinais, para acompanhar o progresso ao longo do tempo dos usuários assistidos via contato telefônico

REFERÊNCIAS

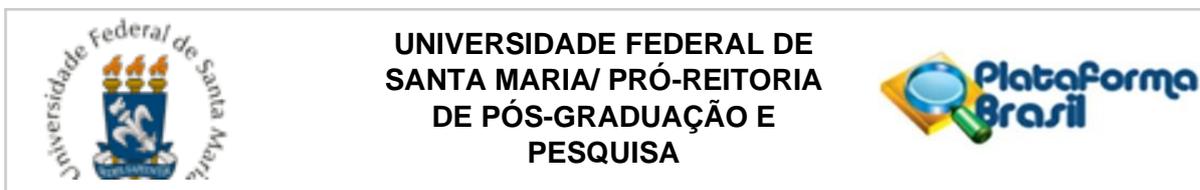
1. Alghzawi HM. Psychiatric Discharge Process. ISRN Psychiatry. 2012;2012. DOI: 10.5402 / 2012/638943

2. Nurjannah I, Mills J, Usher K, Park T. Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(9-10):1175-1185. DOI: 10.1111 / jocn.12297
3. Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, Ciutan M, Scintee G, Vladescu C, et al. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):227. DOI: 10.1186 / s12888-017-1386-z
4. Smith TE, Abraham M, Bolotnikova NV, Donahue SA, Essock SM, Olfson M, et al. Psychiatric Inpatient Discharge Planning Practices and Attendance at Aftercare Appointments. *Psychiatr Serv*. 2017;68(1):92-95. DOI: 10.1176 / appi.ps.201500552
5. Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):883. DOI: 10.1186 / s12913-019-4658-0
6. Dimenstein M, Bezerra CG. Alta assistência de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis [Internet]*. 2009;19(3):829-848. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300016&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300016>
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
8. Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev. bras. epidemiol. [Internet]*. 2017;20(3):460-474. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X20170003000460&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972017000300009>.
9. Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2011;45(5):1164-1170. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500019>.
10. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2014;140(1):140-187. DOI: 10.1037 / a0031859
11. Lindstrom M, Rosvall M. Marital status, social capital, economic stress, and mental health: a population-based study. *The Social Science Journal*. 2012; 49(3):339-342. DOI: 10.1016 / j. soscij.2012.03.004
12. Brohan E, Thornicroft G. Stigma and discrimination of mental health problems: workplace implications. *Occup Med Lond*. 2010; 60(6):414-415. DOI: 10.1093/occmed/kqq048

13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - CDSS Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. 2010.
14. Negrini A, Corbière M, Fortin G, Lecomte T. Psychosocial well-being construct in people with severe mental disorders enrolled in supported employment programs. *Community Ment Health J.* 2014;50(8):932-42. DOI: 10.1007 / s10597-014-9717-8
15. Ottonelli J, Mariano JL. Pobreza multidimensional nos municípios da Região Nordeste. *Revista de Administração Pública.* 2014;48(5):1253-1279. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 02 de março de 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-76121724>. [.http:// dx.doi.org/10.1590/0034-76121724](http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121724)
16. Braga RB, Pegoraro RF. Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso? *Rev. Psicol. Saúde [Internet].* 2020;12(1):61-73. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.820>
17. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista Política & Trabalho.* 2015;42:29-43.
18. Wolff J, Gary A, Jung D, Normann C, Kaier K, Binder H, et al. Predicting patient outcomes in psychiatric hospitals with routine data: a machine learning approach. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2020;20(1):21. DOI: 10.1186 / s12911-020-1042-2
19. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência coletiva [Internet].* 2011;16(7):3051-3060. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>.
20. 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.
21. Magalhães J, Helvécio M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde em Debate.* 2014;(52):15-37.
22. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis [Internet].* 2013;23(4):1101-1122. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>.
23. Wittchen HU. The burden of mood disorders. *Science.* 2012;338(6103):15. DOI: 10.1126 / science.1230817

24. Wright N, Rowley E, Chopra A, Gregoriou K, Waring J. From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expect.* 2016;19(2):367-376. DOI: 10.1111 / hex.12361
25. Fialho FH, Lacerda LHR, Borborema TRF, Pereira FR. Planejamento de alta hospitalar de enfermagem e transição hospital/domicílio do paciente: uma revisão sistemática. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce. 2019.
26. Burns J, Flynn S, Lowe R, Turnbull P, Baird A, Stones P, et al. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland and Wales. University of Manchester. 2017.
27. Barros MMM, Jorge MSB, Vasconcelos MGF. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. *Physis* [Internet]. 2013;23(3):821-841. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300009&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300009>.
28. Oestergaard CU, Dinesen B. Video communication as a tool for psychosocial support for people recovering from severe mental disorder: social workers' experiences. *Mhealth.* 2019;5:38. DOI: 10.21037 / mhealth.2019.08.09
29. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Resolução nº 4, de 26 de março de 2020. 2020.
30. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011;15(37):519-527. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=en. Epub May 13, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015>.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALTA ASSISTIDA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Pesquisador: Daiana Foggiato de Siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37099620.1.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.264.092

Apresentação do Projeto:

O estudo terá por objetivo analisar a alta assistida em uma Unidade de Atenção Psicossocial no contexto hospitalar. Para que se realize o objetivo geral, se conformou o presente trabalho a partir de quatro objetivos específicos: a) Desenvolver o processo da alta assistida em uma Unidade de Atenção Psicossocial no contexto hospitalar; b) Caracterizar os participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; c) Descrever os efeitos da implantação da alta assistida em uma Unidade de Atenção Psicossocial no contexto hospitalar; d) Identificar se a alta assistida contribui para minimizar a necessidade de reinternações e/ou prorrogar o período de manutenção do tratamento extra-hospitalar. Trata-se de uma pesquisa intervenção com abordagem qualitativa, que será realizada em uma Unidade de Atenção Psicossocial de um hospital universitário na região central do estado do Rio Grande do Sul. Terá como participantes usuários de saúde mental adultos que passaram por internação nesta Unidade e/ou seus respectivos familiares e/ou responsáveis. Os dados serão produzidos a partir de diário de campo, prontuários eletrônicos dos usuários no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), e entrevistas semiestruturadas por contato telefônico. A análise dos dados ocorrerá a partir da Análise Temática. Esta pesquisa seguirá os princípios éticos para pesquisas com seres humanos, contidos no Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/12 e a nº 510/16. Entre os resultados esperados está a qualificação do cuidado e a maior responsabilização dos serviços de saúde da rede na continuidade do cuidado.

O presente projeto trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa. Na página 14 do projeto está apresentado: Esta pesquisa tem como cenário a Unidade de Atenção Psicossocial Paulo Guedes (UAPPG) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria – RS. A unidade está localizada no 3º andar da instituição, dispõe de 30 leitos, sendo estes 15 femininos e 15 masculinos, para pessoas adultas. Possui uma equipe que conta com psiquiatras, psicólogo, assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes em psiquiatria e residentes multiprofissionais dos núcleos psicologia, serviço social e enfermagem. A pesquisa terá

como participantes usuários que passaram por internação nesta Unidade e/ou seus respectivos familiares e/ou responsáveis.

Dessa forma, por se tratar de uma pesquisa com abordagem qualitativa, os usuários serão escolhidos intencionalmente devido o interesse dos pesquisadores nos detalhes clínicos desse grupo, mais especificamente para aqueles que mais precisavam da intervenção proposta no momento da pesquisa. Quanto ao número de participantes que farão parte do estudo, este número não foi pré-definido, porém espera-se um quantitativo capaz de abranger todas as dimensões do objeto de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a alta assistida em uma unidade de atenção psicossocial no contexto hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação na pesquisa poderá oferecer riscos de ordem emocional ou psicológica, devido a relembrar alguma situação de vida, nessas situações os pesquisadores se comprometem em oferecer suporte emocional com um profissional de sua escolha.

Em relação aos benefícios estes serão indiretos, pois a participação na pesquisa ajudará em melhorias nos processos de trabalho na UAPPG. Salienta-se, ainda, que não haverá compensação financeira e nem custos relativos a participação na pesquisa. Os custos serão de responsabilidade das pesquisadoras e estão descritos no orçamento deste projeto.

No TCLE, página 2, primeiro parágrafo, o texto descrito : A participação na pesquisa poderá oferecer riscos de ordem emocional ou psicológica, devido a relembrar alguma situação de vida, nessas situações os pesquisadores se comprometem em oferecer suporte emocional com um profissional de sua escolha. Em relação aos benefícios estes serão indiretos, pois a participação na pesquisa ajudará em melhorias nos processos de trabalho na UAPPG. Salienta-se, ainda, que não haverá compensação financeira e nem custos relativos a participação na pesquisa. Os custos serão de responsabilidade das pesquisadoras e estão descritos no orçamento deste projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados:

Em postado em 28/08/2020 foram postados: Registro na PB, Folha de rosto

27/08/2020 foram postados: TCLE, Termo de Confidencialidade, Registro no GAP e Autorização Institucional.

Cronograma (descrito na página 5 do registro da PB e no projeto na página 18)

Autorização Institucional postado em 27/08/2020.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As descrições apresentadas no Projeto, no TCLE e no registro da PB para o item riscos e benefícios dever ser igualmente escritas nos três documentos apresentados.

No Cenário da pesquisa, página 14 do projeto (postado em 27/08/2020) recomenda-se informar o detalhamento para tamanho amostral . O mesmo foi apontado somente no registro da PB (postado em 28/08/2020).

Atenção ao cronograma quando postar o projeto na PB, para que a data de coleta não anteceda a apreciação do Projeto pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1620394.pdf	28/08/2020 10:44:30		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/08/2020 10:43:46	Daiana Foggiato de Siqueira	Aceito
Outros	autorizacaointitucional.pdf	27/08/2020 12:11:15	Daiana Foggiato de Siqueira	Aceito
Outros	registroGAP.pdf	27/08/2020 12:10:51	Daiana Foggiato de Siqueira	Aceito
Outros	TC.pdf	27/08/2020 12:10:14	Daiana Foggiato de Siqueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2020 12:09:43	Daiana Foggiato de Siqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCR_UAPPG.pdf	27/08/2020 12:09:23	Daiana Foggiato de Siqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 08 de Setembro de 2020

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

ANEXO B - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA



Submissões

- [Submissões Online](#)
- [Diretrizes para Autores](#)
- [Declaração de Direito Autoral](#)
- [Política de Privacidade](#)

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Saúde (Santa Maria)?

ACESSO

Não tem login/senha?

ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

NÃO É COBRADO TAXA EM NENHUMA ETAPA DE PUBLICAÇÃO

As publicações podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol na Revista **Saúde (Santa Maria)**, dentro das seguintes seções: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia, Medicina Veterinária, Biomedicina, Biotecnologia, Ciências Biológicas e Ambientais, Saúde Coletiva e Interdisciplinar. Cada edição publicará manuscritos que podem ser apresentados nas categorias:

(A quantidade máxima de palavras do artigo não inclui os resumos e referências - LEIA ATENTAMENTE)

1- Artigos originais: destinados a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. A sua estrutura deve conter os seguintes itens: Resumos, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações Finais e Referências (**máximo 300 palavras-resumo, 3.500 palavras-artigo e até 30 referências**).

2- Artigos de revisão: revisão sistemática da literatura, os quais apresentam uma metodologia padronizada, com procedimentos de busca, seleção e análise bem delineados e claramente definidos. (**máximo 300 palavras-resumo, 4.500 palavras-artigo e sem número máximo de referências**)

3- Relato de caso: deve apresentar um caso raro e de interesse à comunidade científica. Deve conter uma breve introdução sobre a importância do assunto e ser escrito com base em relatórios de exames, tratamento e prognóstico do caso. Assim como, uma breve discussão sobre a importância dos achados e apresentação do caso em relação à literatura. A sua estrutura deve conter os seguintes itens: Breve Introdução com revisão de literatura atualizada, Relato do Caso, Considerações Finais e Referências (**máximo 150 palavras-resumo, 3.500 palavras-artigo e até 15 referências**).

4- Carta ao editor: as cartas para o editor podem ser escritas em resposta a conteúdo publicado anteriormente na revista Saúde (Santa Maria), ou sobre qualquer assunto de interesse geral, atuais e relacionados à saúde que apresente impacto a comunidade. A sua estrutura deve conter os seguintes itens: Título e Texto título. As cartas ao Editor não passarão por revisão de pares e serão publicadas de acordo com a avaliação dos editores. (**máximo 2 páginas-artigo e até 5 referências**).

5- Comunicações breves (Nota prévia): A sua estrutura deve conter os seguintes itens: Resumo, Texto, Figuras ou Tabelas, Considerações Finais e Referências (**máximo 200 palavras-resumo, 10 páginas-artigo, 2 figuras ou tabelas ou 1 de casa e até 15 referências**).

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA SUBMISSÃO

a) Cabe aos autores a responsabilidade da revisão gramatical do português, inglês ou espanhol de seu manuscrito. Saúde (Sta Maria) se reserva o direito de solicitar, caso julgar necessário, o certificado do tradutor da língua inglesa e/ou espanhola.

b) Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos, de avaliação e nem de publicação.

c) Recomenda-se que os manuscritos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, mas apresentem uma análise ampliada que situe os achados da pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o manuscrito traz.

d) Saúde (Sta Maria) inclui em seus "**critérios para autoria**", portanto que devem ser consideradas autores, somente as pessoas que contribuíram diretamente com o conteúdo intelectual, mentor da ideia inicial, planejamento do estudo e ou interpretação dos resultados finais, auxílio na escrita, revisão nas versões sucessivas e aprovação final do artigo. Auxílio na coleta de dados e ou de outro tipo não são considerados critérios para autoria e, quando cabível, devem constar apenas na sessão de agradecimentos.

NORMAS DE FORMATAÇÃO

1. Página de título

Título completo: deve constar título completo (no idioma português e em inglês) ou para manuscrito em inglês (no idioma inglês e em português) ou para manuscrito em espanhol (no idioma espanhol e em inglês). **(máximo 50 palavras)**.

2. Resumo:

Conter as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos, em português e inglês (ou em outros idiomas como no título). **Para os artigos originais**, devem ser estruturados: Objetivo, Métodos, Resultados e Considerações Finais. **Para os artigos das demais seções**: não deve ser estruturado. **(máximo 300 palavras)**.

3. Descritores:

a) Devem ser fornecidos no **mínimo três e máximo cinco termos** em português e inglês (ou em outros idiomas como no título).

b) Os descritores devem ser baseados nos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)** publicado pela Bireme, que é uma tradução do *Medical Subject Headings* (MeSH), da *National Library of Medicine*, e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

4. Apresentação do texto:

a) Devem ser submetidos em arquivo Word®.

b) Corpo do texto: apresentado em folha A4, com fonte Times New Roman, tamanho 12, possuir espaçamento 1,5 (entrelinhas).

c) Deverá ser iniciado pela introdução e apresentado de maneira contínua, sem novas páginas para cada subtítulo.

d) As imagens e tabelas devem estar contidas no texto.

e) Para qualquer dúvida: seguir normas Vancouver.

5. Tabelas:

a) Devem ser numeradas consecutivamente e inseridas após sua citação no texto (não deve vir em arquivo separado).

b) Dever conter um título conciso, porém explicativo.

c) Conteúdo em fonte 12 com espaçamento simples.

d) Não usar linhas horizontais ou verticais internas.

e) Colocar no rodapé da tabela notas explicativas, quando necessária e legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

f) **(no máximo quatro)**.

6. Imagens:

- a) Todas as figuras (desenhos, gráficos, fotografias e quadros) devem estar citadas no texto e ser submetidas no tamanho exato ou acima do pretendido para a publicação.
- b) A numeração deve ser sequencial na ordem em que foram citadas no texto.
- c) Se as figuras já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando, na legenda da ilustração, a fonte original de publicação.
- d) **(no máximo quatro).**

7. Citações:

- a) As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, na medida em que ocorrerem no texto.
- b) As citações devem ser realizadas utilizando numeração arábica, sobrescrita, em ordem numérica crescente, com vírgula (Exemplo: Enfermagem^{1,2,3})

8. Referências:

- a) A quantidade de referências deve estar de acordo com a categoria do manuscrito.
- b) As referências listadas serão normatizadas de acordo com o "Estilo Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>).
- c) Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journals Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).
- d) Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "et al."
- e) Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Ao citar as referências, tenha cuidado, para evitar o erro no nome dos autores, na citação do periódico, ano, volume e no número de páginas. Para tanto, recomenda-se o uso do DOI.
- f) A apresentação das referências listadas deverá ser em espaço simples, sem parágrafos, sem recuos e ordenadas numericamente de acordo com a ordem apresentada no texto.
- g) As referências devem estar atualizadas e não mais de 10 anos.

Exemplos de citações de referência

Artigos: Safadi MA, Carvalhanas TR, Paula de Lemos A, et al. Carriage rate and effects of vaccination after outbreaks of serogroup C meningococcal disease, Brazil, 2010. *Emerg Infect Dis.* 2014;20:806-11

Livros: Griffin DE. Alphaviruses. In: Knipe DM, Howley PM, Griffin DE, editors. *Field's virology*. vol. 2 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Capítulo de Livro: Prazeres SJ, Silva, ACB. Tratamento de feridas: teoria e prática. In: Prazeres SJ, organizadora. *Úlceras por pressão*. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2009. p.112-38.

9. Agradecimentos:

Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor. Inserir agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc.

• **Manuscritos que necessitam** incluir informação referente a adoção de padrões para apresentação de resultados de pesquisa clínica indicados por ICJME e a **rede Equator (indicação checklist e ou fluxograma) que pode ser obtida no site <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>:** - Ensaio clínico randomizado - CONSORT (checklist e fluxograma); revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA (checklist e fluxograma).; estudos observacionais em epidemiologia - STROBE (checklist); relatos de Casos – CARE (checklist); estudos qualitativos - COREQ (checklist).

PROCESSO DE REVISÃO DOS MANUSCRITOS

1) Os manuscritos enviados serão primeiramente analisados pela equipe técnica da revista para garantir que esta submissão está de acordo com os padrões exigidos pela revista e atende todas as normas para envio dos originais, incluindo os aspectos éticos com seres humanos e animais. Nesta etapa poderão ser devolvidos aos autores para alterações necessárias, como: formatação do texto, originalidade, atualidade e relevância do tema, referências atuais, bem como, manuscrito redigido nas bases da redação científica.

2) **No caso do referido manuscrito não obedecer os critérios da revista Saúde (Santa Maria) poderá ser solicitada a reavaliação e adequação do texto aos autores, ou até mesmo ser solicitada uma nova submissão.**

3) Passando essa etapa, posteriormente, os manuscritos submetidos para apreciação serão encaminhados ao Editor, que fará uma análise inicial. Aqueles que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados sem processo formal de revisão por pares.

4) Após aprovação pelo Editor chefe ou de um dos editores por ele designados, o artigo será encaminhado para avaliação por dois ou mais revisores. A Revista Saúde (Santa Maria), assegura na política de avaliação aos pares mantendo o **anonimato dos autores**, bem como dos **revisores** convidados, o que lhes garante a liberdade para julgamento.

5) Após a devolução dos manuscritos, pelos **dois revisores** a Comissão Editorial analisa os pareceres efetuados e, com base nesses pareceres prossegue com os demais encaminhamentos. No processo o manuscrito poderá ser **aceito** ou requerido **correções obrigatórias** aos autores, sendo que, caso ocorram **divergência entre os pareceres** dos revisores, poderá ser **rejeitado** ou solicitada a opinião de um **terceiro** revisor.

6) Os pareceres dos revisores serão disponibilizados *online* ou via e-mail para o autor responsável pela submissão o qual terá o prazo máximo de 20 (vinte) dias para atender as solicitações. Os autores podem contatar a revista solicitando extensão desse prazo. Caso contrário, o manuscrito será **arquivado**, após envio de comunicado para todos os autores, por entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, se ainda houver interesse por parte dos autores em publicá-lo, o manuscrito deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares. Os autores deverão manter seus e-mails e telefones atualizados para receber todas as comunicações.

7) O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, sendo que não poderá ser acrescentado autor ou autores depois do manuscrito já ter sido enviado. Cabe a comissão editorial da revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação

8) Após o aceite, o autor deverá fazer as correções requeridas em outra cor ou em forma de comentários. Não será aceito alterações feitas sem marcações que a distingue.

PROOFS

Após o aceite de manuscrito, uma prova do mesmo será encaminhada ao autor correspondente o qual deverá em prazo máximo de 6 dias, retornar a revista com as últimas modificações, caso necessárias. Não havendo nesse prazo, será entendido que a versão de prova, está apta a publicação sem modificações.