

Artigo Original

Monitoramento telefônico como componente da alta assistida em saúde mental

Telephone monitoring as a component of assisted discharge in mental health

<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v11i3.9738>

Júlia Luciane Vidal^{1*} ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1079-5751>, Fábio Becker Pires² ORCID, <https://orcid.org/0000-0003-0293-4803> Valquíria Toledo Souto³ ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7606-5685>, Fabiane Schott¹ ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3283-2218>, Marcelo da Rosa Maia² ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6712-2609>, Renan Mendonça Alves⁴ ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3118-5573>, Alice Dias Pasche¹ ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2829-2052>, Igor Dourado Pereira¹ ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3723-9985>, Daiana Foggiato De Siqueira¹ ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8592-379X>

RESUMO

Objetivo: caracterizar os usuários selecionados para a alta assistida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; e analisar o monitoramento telefônico como componente da alta assistida em saúde mental.

Materiais e Métodos: pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com usuários de uma Unidade de Internação em Saúde Mental de um Hospital Universitário. 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 dos dados, esta ocorreu de forma descritiva. **Resultados:** participaram do estudo 12 usuários com média de 39,5 anos de idade. Quanto ao estado civil e o suporte familiar, a maioria era solteiro e residia com algum parente de primeiro ou segundo grau, ou ambos. A maioria dos participantes apresentava transtorno de humor. Entre as ações de Alta Assistida, o encaminhamento obteve resultados satisfatórios quanto à efetivação da continuidade no cuidado e adesão ao tratamento. **Considerações finais:** o monitoramento 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.

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

1 Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

2 Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

3 Hospital SOS Cardio, Florianópolis/SC, Brasil.

4 Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Santa Rosa/RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to characterize the users selected for assisted discharge according to sociodemographic and clinical variables; and to analyze telephone monitoring as a component of assisted mental health discharge. **Materials and methods:** descriptive research with a qualitative approach carried out with users of an Inpatient Mental Health Unit of a University Hospital. Data were collected from September to December 2020, from electronic medical records of the Management Application for University Hospitals and semi-structured interviews. As for the data analysis, this occurred in a descriptive way. **Results:** 12 users with a mean age of 39.5 years participated in the study. As for marital status and family support, most were single and lived with a first- or second-degree relative, or both. Most participants had a mood disorder. Among the Assisted Discharge actions, the referral obtained satisfactory results regarding the effectiveness of continuity in care and adherence to treatment. **Final considerations:** the telephone monitoring carried out by the professionals is a construction of care that allows the assisted discharge to be carried out safely and carefully, both for the user and for those accompanying him.

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 hospitalar. 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 Caso². 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^{1,2}.

Os Modelos de transição de Caso e de Gestão de Caso são semelhantes à proposta de Dimenstein e Bezerra³, 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 família³.

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. Nessa estratégia considerou-se também, que desde 2020, o Brasil vem enfrentando a maior pandemia de todos os tempos, da COVID-19, onde a estratégia adotada permitiu o acompanhamento e seguimento do tratamento dos pacientes, considerando as medidas de biossegurança.

Esse tema vem sendo discutido e investigado há décadas internacionalmente^{1,4}, no entanto, a produção sobre Alta Assistida, no Brasil, é incipiente. Revisões internacionais sobre a eficácia das diversas práticas de AA e seu planejamento evidenciam resultados heterogêneos^{2,5-6}. Dessa forma, ainda não há segurança sobre quais ações de fato funcionam e em que circunstâncias.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos caracterizar os usuários selecionados

para a alta assistida segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; e analisar o monitoramento telefônico como componente da alta assistida em saúde mental.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Esta pesquisa tem como cenário uma Unidade de Internação em Saúde Mental de um Hospital Universitário do estado do Rio grande do Sul. A unidade 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 referida unidade e que passaram pelo processo de AA 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 delimitaram-se: usuários que passaram pelo processo de alta assistida, mas que os pesquisadores não conseguiram contato telefônico, seja com o usuário ou seus respectivos responsáveis, após a alta.

Nessa 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 unidade. 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.

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 dos dados, esta ocorreu de forma descritiva, sendo apresentada por meio de duas categorias: Caracterização dos usuários que receberam Alta Assistida e Alta Assistida potencializada por monitoramento telefônico. 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...).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 08 de setembro de 2020, sendo registrado sob o número do parecer: 4.264.092 e CAAE: 37099620.1.0000.5346. Em todas as suas etapas essa pesquisa respeitou os princípios e diretrizes conforme Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 12 usuários, sendo sete mulheres e cinco homens, que internaram na Unidade de Saúde Mental 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, 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, recebia o apoio necessário, com exceção de dois participantes solteiros, que recebiam apoio de outros familiares. O primeiro (U3) residia com o companheiro e as filhas, recebia, ainda, apoio externo da mãe e irmãos; e o segundo (U10) residia com uma tia paterna, sendo esta a única pessoa que lhe oferecia 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, exprimiu 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 recebia 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.

Corroborando com tais resultados acima, 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 anos⁸. Já um estudo longitudinal realizado no Canadá, evidenciou que 67% dos transtornos mentais manifestava-se em mulheres separadas ou viúvas, em comparação

àquelas mulheres casadas⁹. Conforme estudo, homens e mulheres separados ou viúvos desenvolvem níveis mais altos de estresse do que os que permanecem casados por dois anos¹⁰.

A qualidade da relação conjugal está associada a bons prognósticos de saúde pois 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 casados⁹.

Quando não há esse apoio mútuo, podem surgir conflitos, prejudicando a relação, desencadeando sentimentos de angústia psicológica e comprometimento da saúde física. 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 adultos⁹.

Quanto à renda individual dos participantes, apenas dois tinham renda própria (U7, U9), e três que não possuíam renda (U1, U8, U10) e os demais tinham renda proveniente de algum benefício assistencial (U2, U3, U4, U5, U6, U11, U12). Os participantes que recebiam benefício assistencial se dividiam 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 e doença, e desta ser 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 sujeitos¹¹.

Conforme a Organização Mundial de Saúde¹², a injustiça social intensifica ainda mais as desigualdades sociais, e afeta diretamente as condições de saúde e doença dos cidadãos. 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 mental¹³.

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 Infância e Adolescência (CAPSi) (U10). Os participantes U7 e U11, moravam 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 usuário em sofrimento psíquico, para o seu cuidado, e passa a ser inserido no itinerário terapêutico do usuário¹⁴. O itinerário terapêutico funciona como um dispositivo de preservação e/ou recuperação da saúde do indivíduo¹⁵. 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 paciente¹⁶.

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 rede¹⁷. 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, 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 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 cuidados¹⁸.

Na análise realizada por Magalhães e Helvécio¹⁹, 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 expansão¹⁹. 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 serviços²⁰.

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 3 apresenta os dados dos prontuários já citados, codificando as informações referentes a hipótese diagnóstica, tempo de internação hospitalar e período entre a alta hospitalar e a ligação de monitoramento.

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

Prontuário	ID 10/ Hipótese diagnóstica	Tempo de Internação hospitalar	Período entre a alta hospitalar e a ligação de monitoramento
U01	25 - Transtorno esquizoafetivo	6 meses e 24 dias	31 dias
U02	F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	1 mês	34 dias
U03	F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos F14 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	25 dias	25 dias
U04	31 - Transtorno afetivo bipolar	28 dias	30 dias
U05	25 - Transtorno esquizoafetivo	1 mês e 15 dias	30 dias
U06	32.9 - Episódio depressivo não especificado	18 dias	27 dias
U07	F33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	25 dias	30 dias
U08	F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	1 mês e 26 dias	-
U09	F33.9 - Transtorno depressivo recorrente sem especificação	1 mês e 3 dias	20 dias
U10	F71.1 – Retardo mental moderado	15 dias	20 dias
U11	F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	1 mês e 2 dias	22 dias
U12	F60.9 - Transtorno não especificado da personalidade F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	2 meses e 9 dias	10 dias
Total 12			

Fonte: Informações retiradas dos prontuários, AGHU, 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 frequência²¹.

Os participantes U1, U2, U4, U5, U6, U8, U11 e U12 apresentavam 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 manifestaram sintomas depressivos. O U7 internou após duas tentativas de suicídio consecutivas, e o U9 internou apresentando ideação suicida. Quanto ao tratamento, o U7 fazia uso de antidepressivo e interrompeu o 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). Assim como em outros centros de hospitalização em saúde mental, há um perfil de reinternações, que precisa de acompanhamento para garantir um curso mais brando do transtorno e reintegração social desses sujeitos³.

Alta Assistida potencializada por monitoramento telefônico

A alta de uma unidade de internação em saúde mental pode ser um período estressante para o paciente²². 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 alta²³. O período de 30 dias logo após a alta é considerado crítico, devido ao maior risco de recrudescimento de ideação suicida²⁴. 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^{6,2}.

Neste sentido, para qualificar a transição do cuidado, entende-se que o monitoramento telefônico, como componente da AA, é uma estratégia potente. 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 3). Esclarece-se que não foi possível entrar em contato telefônico com U8 devido ao fato dele encontrar-se naquele momento 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 internações²⁵.

As entrevistas foram realizadas com os próprios usuários de saúde mental participantes da pesquisa, porém, na ausência da presença do usuário, o familiar responsável respondeu a entrevista, como no caso do U7, U10 e U12. Os efeitos da AA na percepção dos participantes foram percebidos como positivos e benéficos. Os usuários verbalizaram sentir-se bem e seguros, e também, manifestaram-se mais engajados em prosseguir com seu tratamento, quando acompanhados pela AA.

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

Pergunta	Especificação	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Entrevistado	Usuário	X	X	X	X	X	X			X		X	
	Familiar							X			X		X
Condições de saúde	Com sintomas	X	X	X		X	X	X			X	X	X
	Sem sintomas												
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, 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 reinternações 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 doença²⁶.

Observou-se que a AA com monitoramento por contato telefônico oportunizou o acompanhamento dos usuários mesmo diante das restrições sociais implícitas da pandemia. Logo, tal recurso é viável

financeiramente, se comparado à uma visita domiciliar. Novamente, reitera-se que nessa estratégia, há uma previsão acerca do estado de saúde mental do usuário, permitindo que a equipe que o acompanha observe seu quadro e sua evolução ou agravamento.

Por meio dessa prática realizada por acompanhamento telefônico, foi possível manter o contato com os 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 AA 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 AA seja efetivada com segurança e zelo, tanto para o usuário, quanto para quem o acompanha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do monitoramento telefônico, 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 às políticas de atenção em saúde mental propostas pela RAPS, as quais sinalizam o cuidado integral do usuário em saúde mental.

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.

Como limitação do estudo, aponta-se que os dados são de apenas uma unidade de internação hospitalar, porém traz como contribuição subsídios para o cuidado integral do usuário em saúde mental por meio da AA potencializada pelo monitoramento telefônico. Assim, sugere-se a ampliação do estudo em outras instituições.

Contribuição dos autores

JLV: Contribui substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; obtenção, análise e/ou interpretação dos dados; redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

FBP: Contribui substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

VTS: Contribui substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

FS: Obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; redação e aprovação final da versão publicada.

MRM: Contribui substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

RMA: Contribui substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; obtenção, análise e/ou interpretação dos dados.

ADP: Obtenção, análise e/ou interpretação dos dados; redação e aprovação final da versão publicada.

IGP: Obtenção, análise e/ou interpretação dos dados; redação e aprovação final da versão publicada.

DFS: Contribui substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; redação e revisão crítica e aprovação final da versão publicada

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Alghzawi HM. Psychiatric Discharge Process. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012:1-7. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/638943>
2. 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: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4658-0>
3. Dimenstein M, Bezerra CG. Alta assistência de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis*. 2009;19(3):829-848. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300016>
4. Nurjannah I, Mills J, Usher K, Tânia P. Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23(9-10):1175-1185. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12297>
5. 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: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1386-z>
6. Smith TE, Abraham M, Bolotnikova NV, Donahue SA, Essock SM, Olfson M et al. Psychiatric Inpatient Discharge Planning Practices and Attendance at Aftercare Appointments. *Psychiatric Services*. 2017; 68(1):92-95. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500552>.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília: DF, 2012.

8. Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011;45(5):1164-1170. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500019>
9. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 2014; 140(1):140-187. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031859>
10. 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: <https://doi.org/10.1016/j.socij.2012.03.004>
11. Brohan E, Thornicroft G. Stigma and discrimination of mental health problems: workplace implications. *Occup. Med.* 2010;60(6):414-415. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq048>
12. 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. Portugal: OMS, 2010.
13. Ottonelli J, Mariano JL. Pobreza multidimensional nos municípios da Região Nordeste. *Revista de Administração Pública.* 2014;48(5):1253-1279. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121724>
14. Braga RB, Pegoraro RF. Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso? *Rev. Psicol. Saúde.* 2020;12(1):61-73. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.820>
15. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista Política & Trabalho.* 2015; 1(42):29-43. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>
16. 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: <https://doi.org/10.1186/s12911-020-1042-2>
17. 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.* 2011; 16(7):3051-3060. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
18. 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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília: DF, 2011.
19. Magalhães J, Helvécio M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde em Debate.* 2014; 52:15-37. [acesso em 11 fev. 2022]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774066>
20. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis.* 2013;23(4): 1101-1122. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>
21. Wittchen HU. The burden of mood disorders. *Science.* 2012;338(6103):15, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1230817>
22. 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: <https://doi.org/10.1111/hex.12361>.
23. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* 2013; 7(esp):7151-7159. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201324>
24. Appleby L, Kapur N, Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Ibrahim S 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. [acessado 2023 set 23]. Disponível em: <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=37560>

25. Barros MMM, Jorge MSB, Vasconcelos MGF. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. *Physis*. 2013; 23(3):821-841. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300009>
26. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2011;15(37):519-527. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015>