**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DOUGLAS ALEXSANDRO CORREA PETRONILHO

**O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES COM
DEPRESSÃO E VÍNCULO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

**SÃO PAULO
2016**

DOUGLAS ALEXSANDRO CORRÊA PETRONILHO

**O PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES COM
DEPRESSÃO E VÍNCULO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação/Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva e Psiquiátrica

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Petronilho, Douglas Alexsandro Corrêa

O planejamento da alta hospitalar de pacientes com depressão e vínculo com a Atenção Primária a Saúde: Revisão Integrativa / Douglas Alexsandro Corrêa Petronilho. São Paulo, 2016.

105 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva e Psiquiátrica

1. Alta hospitalar, 2. Depressão, 3. Enfermagem, 4. Atenção Primária à Saúde. I. O planejamento da alta hospitalar de pacientes com depressão e vínculo com a Atenção Primária a Saúde

Nome: Douglas Alexsandro Corrêa Petronilho

Título: O planejamento da alta hospitalar de pacientes com depressão e vínculo com a Atenção Primária a Saúde: Revisão Integrativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação/Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em : ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Deus, Jesus e a todos os anjos que me cercam e me guiam em todas as trajetórias;

À minha mãe, por ter me incentivado aos estudos;

*À Conceição Cruz e Bacy Bilyk, profissionais e queridas amigas que por serem tão
excelescentes, me ajudaram a despertar o interesse pela Psiquiatria;*

*Aos meus professores e mestres até aqui, Prof. Dr. José Vitor da Silva, Prof. Lucila
Junqueira Carneiro, Prof. Valdineia Luiz Hertel e, em especial, à minha orientadora Prof.^a
Dr.^a Anna Maria Chiesa, que me conduziram de maneira exemplar ao conhecimento;*

*Aos amigos Albertina Guimarães Prado, Simone Divino, Glauber Ferreira, Vânia, Evelyn,
Alexandre e Cristiano;*

Aos meus tantos colegas de trabalho;

Aos pacientes e familiares com quem estive durante esta jornada;

*E finalmente, ao poeta que disse:
“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena” (Fernando Pessoa)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço muitíssimo à Conceição Cruz, amiga, enfermeira psiquiátrica, mestre... que me ajudou em todo o curso deste trabalho e ensinou-me o cuidado à crianças e familiares com transtornos mentais;

À Psiquiatra exemplar, doutora Bacy Fleitlich Bilyk, com quem aprendi a valorizar o conhecimento teórico e a prática;

À minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa, que com muita competência, paciência e didática, soube conduzir meus passos para a conquista deste mérito.

“ ... podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.” (Elías Merhy, 1999)

Petronilho DAC. O planejamento da alta hospitalar de pacientes com depressão e vínculo com a Atenção Primária a Saúde: Revisão Integrativa. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2016.

RESUMO

Introdução: Com as Reformas Sanitárias e Psiquiátrica, a promulgação das Leis 8.080 de 1990 e 10.216 de 2001 (Lei Paulo Delgado), ocorreu a reformulação do modelo assistencial de saúde mental no Brasil. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com objetivo de articular a Desinstitucionalização, vinculada ao princípio da Integralidade devem ser a práxis do trabalho multiprofissional para garantir os cuidados integrais dos pacientes com transtornos mentais. A Enfermagem, como prática social, pode contribuir fundamentalmente na construção do cuidado afim de sistematizar a alta e vincular pacientes e familiares à rede.

Objetivos: Revisar a bibliografia acerca do processo de alta da internação dos pacientes com depressão; levantar os instrumentos ou estratégias de cuidado aplicados pelos enfermeiros; propor instrumento ou estratégias de sistematização do processo de alta. **Métodos:** Revisão Integrativa que buscou selecionar, organizar e sistematizar os artigos publicados no período de 2005 a 2015, afim de responder à pergunta elaborada pelo acrônimo PICO: “quais os instrumentos ou estratégias de cuidados estão sendo utilizados pelos enfermeiros no planejamento da alta hospitalar de pacientes com depressão?” A busca foi realizada nas bases de dados BDENf, LiLACS, ScieLO, PubMed e Cochrane e os dados foram organizados pelo software End Note Web™. **Resultados:** Foram encontrados 1630 artigos indexados nas bases de dados, e após triagem pelos critérios de inclusão/exclusão, obtivemos uma amostra de 14 trabalhos (n=14) que foram lidos integralmente e fichados. Os estudos trouxeram algumas estratégias, porém não foram encontrados instrumentos padronizados. A aplicação de check-list no momento da alta hospitalar e o enfermeiro de ligação, foram sugeridos como ponto de contato entre a rede de assistência, os profissionais, pacientes e seus familiares. Foi proposto um modelo de instrumento para sistematização da alta e vinculação formal com a Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: alta hospitalar, depressão, enfermagem, Atenção Primária à Saúde

Petronilho DAC. Planning the patient discharge with depression and relationship with primary health: Integrative Review. [Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: With the Sanitary and Psychiatric Reform, the enactment of Law 8080 of 1990 and 10.216 2001 (Paulo Delgado Law), was the reformulation of the care model of mental health in Brazil. The creation of the Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), in order to articulate the deinstitutionalization, linked to the principle of Completeness must be the practice of multi-professional work to ensure the comprehensive care of patients with mental disorders. Nursing, as social practice, can fundamentally contribute to the construction of care in order to systematize the high and link patients and families to the network. **Objectives:** To review the literature on the process of discharge from hospital of patients with depression; up instruments or care strategies applied by nurses; proposed instrument or systematic strategies of the discharge process. **Methods:** An Integrative Review that sought to select, organize and systematize the articles published from 2005 to 2015, in order to answer the question prepared by PICO: "which instruments or care strategies are being used by nurses in hospital discharge planning patients with depression?" The search was conducted in BDeinf databases, LiLACS, ScieLO, PubMed and Cochrane and data were organized by End Note Web™ software. **Results:** We found 1630 articles indexed in the databases, and after screening for inclusion / exclusion criteria, we obtained a sample of 14 studies (n = 14) were read in full and filed. The studies brought some strategies, but have not found standardized instruments. The application checklist at the time of hospital discharge and the connecting nurse, have been suggested as a contact point between the service network, professionals, patients and their families. An instrument model for systematizing the high and formal link with the Primary Health Care has been proposed.

Keywords: patient discharge, depression, nursing, Primary Health Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas metodológicas do estudo	56
Quadro 2 - Artigos selecionados na BDENf usando descritores “alta hospitalar” and “depressão”	60
Quadro 3 - Artigo selecionado na BDENf usando descritores “alta hospitalar” and “enfermagem”	60
Quadro 4 - Artigo selecionado na BDENf usando descritores “enfermagem” and “depressão”	61
Quadro 5 - Artigos selecionados na LiLACS usando descritores “alta hospitalar” and “enfermagem”	61
Quadro 6 - Artigos selecionados na LiLACS usando descritores “enfermagem” and “depressão”	62
Quadro 7 - Artigos selecionados na ScieLO usando descritores “alta hospitalar” and “depressão”	62
Quadro 8 - Artigos selecionados na ScieLO usando descritores “depressão” and “enfermagem”	63
Quadro 9 - Artigos selecionados na PubMed usando descritores “patient discharge” and “depression”	64
Quadro 10 - Artigos selecionados na Cochrane usando descritores “patient discharge” and “depression”	65
Quadro 11 - Artigos selecionados na Cochrane usando descritores “depression” and “nursing”	65
Quadro 12 - Sistematização dos dados da amostra (n=14)	67
Quadro 13 - Estratégias assistenciais e ideias centrais dos estudos considerados (n=14).....	69

LISTA DE FIGURA E GRÁFICOS

Figura 1 - Representação do n (amostra de estudos incluídos)66

Gráfico 1 - Número de estudos publicados por ano.....68

Gráfico 2 - Estratégias para a alta hospitalar de pacientes com depressão73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENf	Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
Cochrane	Cochrane Collaboration
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HEDIS	Healthcare Effectiveness Data and Information Set
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LiLACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Planejamento da Alta
PICO	(Participantes) (Intervenções) (Comparações ou Controles) (Outcomes)
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PubMed	Publisher Medline
RAPs	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	27
1 INTRODUÇÃO	31
1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DA RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	31
1.1.1 A Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e a Depressão.....	35
1.2 A Integralidade do cuidado em saúde mental.....	39
1.3 A alta hospitalar e a enfermagem	42
2 Objetivos	48
3 Metodologia.....	52
3.1 Tipo de estudo	52
3.2 Etapas do estudo	53
3.2.1 Etapa 1 - Questão problema	53
3.2.2 Etapa 2 - Coleta de dados	53
3.2.3. Etapa 3 - Seleção e avaliação dos estudos.....	55
3.2.4 Etapa 4 - Interpretação e análise dos dados.....	56
4 RESULTADOS	60
5 DISCUSSÃO	83
REFERÊNCIAS	98
ANEXO.....	104

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Trabalho como enfermeiro no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo há 6 anos. Nesta trajetória, pude acompanhar os diversos tratamentos durante a internação de diversos pacientes com transtornos mentais, bem como para as famílias.

Na internação, uma grande dificuldade da equipe multiprofissional está presente quando é necessário o encaminhamento destes pacientes para a rede. Apesar de estar previsto nos documentos oficiais, a constituição da rede de assistência psicossocial, no Brasil, ainda é escassa e esbarra-se na dificuldade de manter ou dar continuidade ao tratamento no domicílio, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) é corresponsável pelo atendimento das demandas de cuidados de saúde, sobretudo pelo seu caráter de longitudinalidade.

Na experiência profissional, percebo que muitos pacientes são encaminhados para a rede de uma forma desorganizada e sem repassar as informações do tratamento de uma forma sistematizada, prejudicando assim a continuidade do cuidado, uma vez que estamos vinculando o trabalho de expertise de um hospital psiquiátrico ao trabalho de expertise da APS. Alguns casos sempre retornavam ao serviço especializado, com dificuldade de manter os cuidados com a medicação, higiene, alimentação e justificavam a re-internação devido aos riscos à integridade física e psíquica ou re-agudização do quadro, provocados pela falta dos cuidados mencionados.

Dessa forma, este projeto busca propor uma ferramenta que possa repassar, de forma sistematizada, as informações sobre os cuidados terapêuticos e as necessidades que foram supridas durante a internação e as necessidades que ainda precisam ser supridas no domicílio, com a supervisão e auxílio direto da equipe da APS.

Tomamos como foco do estudo o problema da depressão em função da sua magnitude e relevância no cenário epidemiológico nacional e local.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DA RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No final da década de 70 o movimento denominado Reforma Psiquiátrica surgiu em paralelo à Reforma Sanitária. Esta última, por sua vez, buscou reformular as práticas de saúde no campo da assistência, inspiradas na reforma da estrutura do Sistema de Saúde italiano (Cohn, 1989).

Paiva e Teixeira (2014, p.17) compreendem que a Reforma Sanitária:

“Refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”.

A Reforma Psiquiátrica surge no contexto da Reforma Sanitária e segundo Amarante (1995, p.91) é considerada como:

“O processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70, não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização”.

A Reforma Psiquiátrica foi também influenciada pelas experiências ocorridas em países como Estados Unidos, França, Inglaterra e, especialmente, pela Psiquiatria Democrática Italiana. O movimento contou com a maciça participação dos trabalhadores em saúde mental e seus familiares e as questões versavam acerca da garantia dos direitos dos usuários e da inclusão destes no cotidiano social. No Brasil podemos entender a Reforma como um movimento contra hegemônico que foi construindo paradigmas, produzindo cisões em vários

segmentos, ampliando e estabelecendo alianças com outros setores da sociedade (Nicácio, 2003).

A partir da década de 80 essas mudanças começam a se instalar no aparelho estatal em substituição às antigas lideranças administrativas, com o objetivo de elaborar novas propostas e produzir mudanças no Sistema de Saúde. Neste caminho é realizado o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental que, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” produziu uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então existentes, abrindo um novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos (Nicácio, 2003).

De acordo com Amarante (2001, p.76) o lema citado acima retomou a questão da violência praticada nos manicômios, ganhando espaço nos meios sociais e, sendo assim, deve ser entendido como estratégico quando:

“...propositalmente utiliza a expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, para denunciar que não existe diferença entre este ou um hospital psiquiátrico qualquer.”

Ainda de acordo com o autor acima é também no Congresso de Bauru – nome pelo qual ficou conhecido o II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental – que surge a ideia de instituir o Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Esta trajetória deflagrou a necessidade de novas instituições e intervenções que possibilitassem mais do que a saída dos pacientes de hospitais, ou seja, que possibilitassem trocas subjetivas, materiais e sociais e, consequente apropriação da vida.

Desta forma dá-se à criação do Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira, o primeiro no Brasil, que se propunha a uma nova prática assistencial aos doentes mentais e, sendo assim sua equipe profissional foi:

“...constituída, portanto, de profissionais em sua grande maioria, com experiência na rede pública e, mais do que isso, com um forte desejo de transformar os modelos de atenção em saúde mental. Participar da construção daquele trabalho, naquele momento histórico era participar, por um lado, de uma espécie de núcleo de resistência e desmontagem que

estava sendo empreendido e, por outro, da construção de um lugar de possibilidade, de invenção, de criação” (Yasui, 2010, p.46).

Em 1989 dá-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos e, posterior criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), serviços que se pretendiam substituir às internações. Neste contexto e no mesmo ano foi proposto ao Senado Federal o projeto de Lei 3657/89 (Projeto de Lei Paulo Delgado), que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação compulsória (Nicácio, 2010).

No ano seguinte foi aclamada a Declaração de Caracas (OMS/OPAS), que dispunha acerca da necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica da América Latina (Brasil, 2005).

Mais adiante, em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, produto da mobilização de milhares de pessoas, e que tinha os seguintes temas centrais: Rede de Atenção em Saúde Mental; Transformação das leis e cumprimento das mesmas; Direito à atenção e cidadania (Brasil, 1994).

As recomendações, no relatório final desta Conferência versavam sobre a garantia e reconstrução dos direitos da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e, a transformação do modelo assistencial em saúde mental de forma a superar o hospital psiquiátrico (Brasil, 1994).

Nos anos que seguiram diversas experiências e iniciativas foram realizadas, nos campos assistencial, jurídico e cultural, demonstrando a viabilidade de uma rede substitutiva ao modelo asilar. Depois de vários trâmites no Senado e às várias mudanças, o Projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado sob a forma de Lei número 10.216 de 06 de abril de 2001, que prevê a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, normatizando e regulando a expansão da rede de CAPs em todo o território nacional (Ministério da Saúde, 2002). Diante das transformações que vieram ocorrendo, neste mesmo ano ocorreu a III Conferência de Saúde Mental.

A III Conferencia de Saúde Mental ocorreu em dezembro de 2001 e trazia a seguinte insígnia: *“Cuidar sim. Excluir não – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”*. A mesma teve como eixo temático central a reorientação do modelo assistencial e, este por sua vez teve os seguintes subtemas: Financiamento; Recursos humanos; Controle social e acessibilidade; Direitos e cidadania (Ministério da Saúde, 2002).

Para Paim (1994), o hospital foi pensado para ser o local onde a população deveria ser atendida para suprir uma demanda de cuidados especializados, de urgência, emergência ou internações e que, por outro lado, seria contra referenciado para serviços primários de atenção à saúde.

Neste caso, os serviços primários ou secundários incluíam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os pronto-atendimentos clínicos, as comunidades terapêuticas, CAPs, entre outros. O hospital, portanto, deveria ser a retaguarda para os serviços da APS, ocupando a posição de referência para as diversas instituições de contra referência no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Rotelli (2001, p.14), os hospitais psiquiátricos são *“espaço zero de troca”* devido aos mecanismos de atenção destinados aos usuários, que sequestram toda e qualquer possibilidade de trocas afetivas/materiais, ou seja, os atores da Reforma apontavam para o fato de tal tratamento ser ineficaz.

O Apoio Matricial (AM) é outra estratégia de articulação em rede onde a equipe de referência é composta por um conjunto de distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo problema, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, cada um dentro de sua especialidade. (Campos, Domitti, 2007).

Segundo Brasil (2011) a RAPS, proposta pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo formada por 7 componentes:

I - Atenção Básica em Saúde

II - Atenção Psicossocial Especializada

III - Atenção de Urgência e Emergência

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório

V - Atenção Hospitalar

VI - Estratégias de Desinstitucionalização

VII Reabilitação Psicossocial.

Fazem parte da RAPS as UBS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultórios Na Rua, os Centros de Convivência, os CAPs, a Atenção de Urgência e Emergência, as Unidades de Acolhimento, os leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (Brasil, 2011).

Na perspectiva da RAPS, a UBS e/ou ESF deverá ser constituída de equipe multiprofissional que promova ações de saúde, para prevenção das doenças e que atendam às necessidades da população, servindo como referência por exemplo para outros serviços como os consultórios de rua e os serviços residenciais de caráter transitório, assim como para os centros de convivência. Os CAPs, capazes de fornecer a atenção psicossocial especializada, também devem contar com equipe multiprofissional e atender coletivamente aos pacientes com transtornos mentais. Ainda são componentes da RAPS, o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental Serviços Residenciais Terapêuticos, além dos Programas de Volta para Casa proposto pela Lei N. 10.708/2003 (Brasil, 2001).

1.1.1 A Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e a Depressão

Após a reformulação no modo de pensar e produzir saúde no Brasil, com a criação da Lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990 (também denominada Lei

Orgânica da Saúde) e o advento da Constituição de 1988, temos vivenciado as transformações no modelo de assistência em saúde, inclusive no campo da saúde mental, com consequente proposição das práticas de Desinstitucionalização com objetivo de fortalecer a Integralidade da assistência aos pacientes e familiares com transtornos mentais, fortalecer o vínculo e a autonomia (Reis et al., 2013).

Neste cenário, podemos citar o CAPs, os NASF, os SRT, bem como as UBS e ESF como serviços de saúde que têm condições de atender às necessidades de saúde dos pacientes com depressão, compartilhando as responsabilidades por este cuidado.

Bezerra e Dimenstein (2008) referem que a estratégia do Apoio Matricial (AM) surgiu neste contexto, o da necessidade de articular o trabalho entre as equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental, propondo como referência um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS/ESF para levantar a demanda em saúde mental que chega à atenção básica, controlar os fluxos no Sistema de Saúde e promover a articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), triando os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pela ESF, ou pelo menos serem acolhidos e direcionados.

Os mesmos autores acima citados, acreditam que as ações de saúde mental e a articulação com a rede básica de saúde estão subordinadas a um modelo de rede circunscrito ao território da comunidade e que outros serviços de saúde, estratégias de cuidado e as políticas públicas devem proporcionar acolhimento e fortalecer vínculos. Para tanto, todo serviço de saúde mental deve ser capaz de trabalhar com a noção de território, realizando a práxis da intersetorialidade e multiprofissionalidade, da Desinstitucionalização, da promoção da cidadania e da reabilitação psicossocial para contribuir na construção da autonomia de usuários e familiares, e assim reforçar a organização da atenção à saúde mental em rede.

O caderno denominado Saúde Mental na Atenção Básica, de número 34, publicado pelo Ministério da Saúde, afirma que há

“Evidências sólidas que o sofrimento mental tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde, seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou ainda piorando o prognóstico.

Pesquisas que estudaram sintomas depressivos e ansiosos mostraram que esses estão relacionados à doença cardíaca e cerebrovascular e também ao diabetes...” (Brasil, 2013,p.36).

Segundo Bromet et al (2011) a depressão maior é um grave distúrbio, que provoca perda significativa do funcionamento global e está relacionada com altas taxas de morbidade e mortalidade. Os autores se recorrem à Organização Mundial de Saúde, ao citar o impacto da doença ao redor do mundo, classificando-a como a quarta principal causa de incapacidade, e ainda referem que de acordo com as estimativas epidemiológicas, em 2020, será a segunda principal causa de incapacitação.

De acordo com os estudos *“Epidemiologia transnacional do Episódio Depressivo Maior”* e *“São Paulo Megacity Mental Health Survey”* (Viana, et al. 2009), realizados respectivamente ao redor do mundo e no Brasil pelos mesmos autores citados no parágrafo anterior, nos dez países de alta renda incluídos na pesquisa, 14,6% das pessoas, em média, já tiveram o episódio depressivo maior. Nos 12 meses anteriores da realização da coleta de dados terminada em 2009, a prevalência foi de 5,5%. Nos oito países de baixa ou média renda considerados, 11,1% da população teve episódio depressivo alguma vez na vida e 5,9% nos 12 meses anteriores. O que nos chamou a atenção, o que também foi apontado por este estudo epidemiológico de maior relevância na publicação internacional, é que a maior prevalência nos últimos 12 meses de episódio depressivo maior foi registrada no Brasil, com 10,4% e a menor foi no Japão, com 2,2%.

Segundo a *“Pesquisa Nacional de Saúde 2015 – Indicadores de Saúde e Mercado de Trabalho”* realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) com dados coletados a partir do ano de 2013, 10,2% dos brasileiros com 18 anos ou mais que estavam fora do mercado de trabalho (um em cada dez) sofriam de algum tipo de depressão, de um total de 61,8 milhões de pessoas que não trabalhavam, nem procuravam emprego - em um universo de 93 milhões de empregados e que 12,6% tomavam algum tipo de remédio para dormir.

Dessa forma, considerando os estudos epidemiológicos apontados, há a necessidade de atender esta demanda de pacientes com transtornos psiquiátricos, em rede compartilhada de cuidados de forma articulada e integral, objetivamente descentralizando a assistência do nível hospitalar para a APS.

1.2 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

No capítulo II da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), o princípio de Integralidade é

“Entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 2015);

A Integralidade deve assegurar que os cuidados terapêuticos sejam ajustados às necessidades de saúde dos indivíduos utilizando serviços capazes de atender a estas necessidades nos diferentes níveis de atenção à saúde (Starfield, 2002).

Portanto a Integralidade é um dos componentes que integram os princípios fundantes do SUS juntamente com a Universalidade e Equidade, que se constituem, por sua vez, como componentes estruturantes do modelo de atenção à saúde no Brasil.

A dimensão abordada no presente estudo compreende a Integralidade referente ao cuidado, quanto à relação profissional e usuário, e nesta perspectiva o entendimento por parte dos profissionais da concepção ampliada de saúde quando o atendimento aos usuários não se limita apenas aos profissionais médico e enfermeiro, mas se constitui por uma equipe multiprofissional.

Como escreve Machado et al. (2007, p.338) sobre o cuidado integrado:

“A ideia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente. Assim, partilhamos de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado. ”

Deste modo, busca-se o atendimento integral, entendendo que o usuário deve ser compreendido na sua totalidade, não apenas como portador de doença, mas percebendo que a doença está ligada com a forma como vivem. Neste sentido, o modo de vida que dispõem os sujeitos interfere diretamente no acesso aos direitos

sociais, sendo que a doença não deve ser considerada como elemento à parte do contexto social.

Segundo Machado et al. (2007, p. 336) o princípio da Integralidade compreende

“O cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere”

Se pensarmos no hospital como um local onde circulam várias pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, podemos reconhecer como o princípio da Integralidade implica no reconhecimento de um contexto complexo para o cuidado.

Por exemplo, a alta de cada paciente deve ser pensada como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária para atender às demandas de saúde àquele paciente específico.

O período da internação é um momento que pode ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de vida, uma vez que durante este período, os profissionais podem trabalhar juntamente com o paciente e família no intuito de auxiliá-los nas necessidades de saúde que o levaram à internação (Merhy, Cecílio, 2003).

Os mesmos autores acima citados reforçam que a coordenação do cuidado deve acontecer através da criação de pontos de contato entre os profissionais envolvidos no cuidado e a articulação entre as variadas formas de prestar esse cuidado no Sistema de Saúde.

Porém o "*Sistema de Saúde*" (entre aspas) nos traz implícita a ideia de um funcionamento harmonioso entre as partes, denotando uma concepção idealizada que não se sustenta na prática. O SUS possui várias lógicas de funcionamento de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas. Uma das consequências desta forma de

funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a Integralidade do cuidado, quando nosso ponto de observação é o usuário e não este ou aquele serviço de saúde (Merhy, Cecílio, 2003).

O AM, conforme já citado anteriormente no capítulo que abordou as questões da articulação em rede para atender aos pacientes com depressão, fornece suporte especializado às equipes de saúde da Atenção Primária. A ideia central do AM é a responsabilização compartilhada dos casos, visando à exclusão da lógica de encaminhamento e o aumento da resolutividade dos casos que se apresentam para as equipes de saúde e de matriciadores. A equipe de saúde mental desempenha ações de supervisão e de capacitação junto às equipes, além de atendimento em conjunto e específico (Campos, Domitti, 2007).

As equipes de saúde e matriciadores irão distinguir as situações individuais e coletivas; as situações que são do cotidiano da vida e, que, portanto, podem ser acolhidas pela equipe do centro de saúde e por outros recursos sociais da comunidade das situações que demandam atuação especializada de saúde mental (Figueiredo, 2005).

Faz-se necessário destacar que a equipe de apoiadores matriciais também tem por missão difundir a noção das práticas antimanicomiais, além de articular a rede de recursos do território a que pertence.

Segundo Campos (1998, p73):

“Sistema Matricial combina o Método de Referência (trabalho tendente à polivalência e à integralidade) com a oferta horizontal de serviços (trabalho mais específico e especializado) e permite valorizar todas as profissões de saúde, tanto conservando a identidade de cada uma delas, quanto empurrando-as para superar uma postura burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde. ”

O Ministério da Saúde (2006) ainda refere que nos municípios onde o número de CAPs é insuficiente para garantir o AM a todas as equipes de Atenção Primária é possível compor e implantar uma equipe matriciadora e/ou planejar a expansão do número de CAPs.

Nesta perspectiva de cuidado integral e multiprofissional, o enfermeiro como líder e gestor de cuidados, tem papel importante na condução do cuidado entre os diferentes níveis de assistência, uma vez que o trabalho do enfermeiro é de articulador entre as diferentes profissões e especialidades, e ainda como um ponto de contato entre pacientes, familiares, profissionais e serviços oferecidos pela rede do Sistema de Saúde.

1.3 A ALTA HOSPITALAR E A ENFERMAGEM

A enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos a partir de Florence Nightingale, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, iminentemente intuitiva e empírica (Silva, Ciampone, 2003). No Brasil, a preocupação com o desenvolvimento de teorias de enfermagem surgiu na década de 70.

Nessa época difundiu-se o ensino das Teorias de Enfermagem nas escolas, a partir da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Horta, 1979).

A implementação de um módulo e/ou uma fórmula predeterminada de assistência, não é garantia de maior qualidade na assistência de saúde, se fazendo necessário estabelecer complexas relações e interações profissionais para apreender o ser humano de forma ampla e integral. Isso faz com que o desejo de compreender a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a partir de novas referências, capazes de ampliar o campo de visão para além das formulas prescritas e normativas, e, sobretudo para além dos modelos formalmente instituídos como norteadores de uma assistência centrada no ser humano (Nascimento, 2008).

A enfermagem, como prática social, possui um conjunto de ideias e modos de atuar que constituem o conhecimento para a prestação de serviços à sociedade. Pensando assim, a enfermagem moderna defende ser obrigação de cada profissional de sua equipe, contribuir para o crescimento e a renovação dos conhecimentos de sua área, resultando na autonomia profissional. A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem além de constituir a essência de sua

prática profissional possibilita o enfermeiro atingir essa autonomia profissional (Souza, 2002).

O enfermeiro é o profissional indispensável na prestação da assistência de enfermagem de forma integral, compreendendo os sujeitos nas suas particularidades e individualidade e assumindo um papel de cuidador enquanto necessita prestar algum nível de atenção para quem será cuidado (Garcia, Nóbrega, 2009). Através da SAE, o enfermeiro conhece a realidade dos pacientes e levanta as possibilidades terapêuticas no seu campo de atuação, que é o cuidado, dentro do Processo de Enfermagem.

Contudo, o Processo de Enfermagem como é proposto não contempla a alta dos pacientes, ainda que este seja um momento importantíssimo para o fortalecimento de vínculos e da responsabilidade compartilhada entre as equipes nos seus diferentes níveis de atenção à saúde e ainda para a manutenção de uma linha de cuidados aos usuários e familiares.

O enfermeiro deverá ter uma visão como todo e humanizada de todo o processo de Enfermagem. O trabalho dos enfermeiros destaca-se entre os outros profissionais por ser articulador, educador e pela presença estável junto ao cliente e familiares analisando as modificações necessárias em seu estado geral. A Enfermagem, além de ciência, ressalta-se por ser uma arte de cuidar, construindo conhecimentos próprios para o cuidado e o cuidador (Silva, Ciampone, 2003).

A relação entre enfermeiro e cliente se torna mais estreita com a SAE. O profissional tem um maior envolvimento com o paciente devido a necessidade de sua presença mais efetiva ao lado do mesmo. Para que o enfermeiro possa realizar o histórico de Enfermagem, é preciso conversas e visitas frequentes, em busca da constatação de diagnósticos, para que ações sejam planejadas, e as intervenções realizadas e avaliadas, a cada momento em que se façam necessárias. Através da realização da SAE, são justificados não somente o cuidado de Enfermagem que foi prestado, mas a própria razão de ser da profissão. Documentá-los, portanto, deveria ser uma decorrência não somente rotineira, mas, sobretudo, necessária (Garcia, Nóbrega, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é implementada por profissionais comprometidos com uma assistência de qualidade, visando o cuidado interativo, respaldo seguro, devido aos registros e proximidade do enfermeiro, usuário e família (Garcia, Nobrega, 2009).

Neste sentido, a pergunta de pesquisa que norteia a revisão é:

Quais são os instrumentos ou estratégias de cuidado aplicados pelos enfermeiros no processo de alta de pacientes com depressão?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Os objetivos estabelecidos foram:

- Revisar a bibliografia acerca do processo de alta da internação dos pacientes com depressão;
- Levantar os instrumentos ou estratégias de cuidado aplicados pelos enfermeiros;
- Propor instrumento ou estratégias de sistematização do processo de alta.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo consistiu em uma Revisão Integrativa. Nesta modalidade de revisão conforme Campos (2005) o pesquisador realiza uma síntese dos resultados das pesquisas e das conclusões de especialistas sobre o assunto, onde os estudos são analisados em relação aos seus objetivos, possibilitando reunir conclusões a respeito de um corpo de conhecimento.

Toledo (2008) propõe cinco etapas a serem cumpridas para a elaboração de uma revisão integrativa: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

1. **Formulação do problema:** Nesta etapa ocorre a formulação da questão norteadora. O pesquisador deve identificar o propósito da revisão, de maneira clara e específica, facilitando a definição dos critérios de inclusão/exclusão do estudo, a extração e análise das informações e a identificação das estratégias de buscas, definindo os descritores e os periódicos a serem pesquisados.
2. **Coleta de dados:** Nesta etapa, Toledo (2008) descreve que são definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, bem como as estratégias utilizadas na busca dos estudos nas bases de dados.
3. **Avaliação dos dados coletados:** Conforme Broome (1993) apud Toledo (2008) este é o momento para sumarizar e documentar, de modo fácil e conciso, as informações sobre os artigos incluídos na revisão, além de possibilitar a síntese dos artigos incluídos, considerando suas semelhanças e diferenças.
4. **Análise e interpretação dos dados:** Os dados extraídos dos artigos são discutidos nesta etapa de acordo com Toledo (2008), sendo sintetizados e comparados com o conhecimento teórico.
5. **Apresentação dos resultados:** As conclusões podem ser publicadas em forma de tabela ou gráfico, de modo que não existem modelos fixos a serem seguidos para a apresentação dos resultados (Toledo, 2008).

3.2 ETAPAS DO ESTUDO

3.2.1 Etapa 1 - Questão problema

Para a realização deste estudo foi formulada a seguinte questão: Quais são os instrumentos ou estratégias de cuidado aplicados pelos enfermeiros no processo de alta de pacientes com depressão?

3.2.2 Etapa 2 - Coleta de dados

3.2.2.1 Fontes para a busca dos dados

Foram objetivos do estudo revisar a bibliográfica em bases de dados, levantar quais são os instrumentos aplicados pelos enfermeiros e propor a sistematização do processo de alta da internação dos pacientes com depressão e, dessa forma, as fontes utilizadas foram bases de dados nacionais e internacionais.

O levantamento bibliográfico foi realizado via internet, nas bases de dados LiLACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), na base de dados BDENf (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) que é composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem e ainda na ScieLO (Scientific Electronic Library Online), PubMed (Publisher Medline) e Cochrane (Cochrane Collaboration).

O levantamento de dados da pesquisa ocorreu no último semestre do ano de 2015, afim de contemplar todas as publicações indexadas do período delimitado pelo presente estudo, que foi de 2005 a 2015.

A busca foi orientada pela pergunta de pesquisa que foi elaborada com elementos do acrônimo PICO (**P**articipantes dos estudos primários, **I**ntervenções que foram estudadas, **C**omparações ou Controles destas intervenções e **O**utcomes ou desfechos clínicos encontrados).

Este tipo de estratégia de buscas em banco de dados foi elaborado pelo Grupo Cochrane de Colaboração e está publicado no Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins, Green, 2005).

Dessa forma, ao correlacionar o acrônimo PICO com a pergunta deste estudo, estabeleceu-se:

P (Participantes) = Pacientes diagnosticados com depressão e em processo de alta hospitalar, sem restrição de raça, sexo, grupo social, país de origem;

I (Intervenções) = Processo de alta hospitalar;

C (Comparações ou Controles) = não se aplica.

O (Outcomes) = Aplicação de instrumentos que sistematizam o processo de alta hospitalar ou Instrumentalização do processo de alta hospitalar e vinculação com a rede de atenção básica de saúde.

3.2.2.2 Estratégias de busca nas bases de dados

A busca consistiu na seleção da coleção de Literatura Científica e Técnica, onde foram utilizados os descritores de busca. Estes descritores foram selecionados de acordo com a pergunta da pesquisa e considerando a publicação dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), organizado e publicado pela BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

Portanto, foram utilizados os seguintes descritores para as buscas no idioma inglês e português: “patient discharge”; “alta hospitalar”; “depression”; “depressão”; “nursing”; “enfermagem”. A composição utilizada em cada base de dados será apresentada nos resultados.

3.2.2.3. Definição dos critérios de inclusão e de exclusão

Foram critérios de inclusão:

- Estudos que fizessem abordagem da temática “alta de pacientes com depressão” e “enfermagem e o processo de alta”, ressaltando a

necessidade de sistematização da alta e descrevendo o trabalho do enfermeiro, com o uso de algum instrumento ou estratégia de cuidado.

- Publicações nacionais e internacionais, divulgados em língua portuguesa e inglesa, nos últimos 10 anos, com acesso livre disponibilizado para leitura;
- Estudos que apresentassem algum instrumento ou estratégia para a realização da alta e consequente vinculação com a rede.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram:

- Publicações que correspondam a editoriais, resumos de congressos, anais, opiniões e comentários.
- Estudos indisponíveis para o acesso livre;
- Artigos que não respeitassem os objetivos, critérios de inclusão ou repetidos em duas ou mais bases de dados.

3.2.3. Etapa 3 - Seleção e avaliação dos estudos

Para a realização da seleção do estudo, primeiramente foi feita a leitura dos títulos e resumos de cada publicação localizada por meio da estratégia de busca, de modo que se verificasse a adequação aos critérios de inclusão determinados pela presente pesquisa. Foram excluídos os estudos que não se encontravam com o texto integralmente disponível e os que não atendiam à temática do processo de alta da internação de pacientes com depressão, ou repetidos em duas ou mais bases de dados.

Os artigos selecionados foram inseridos no programa End Note Web™, afim de organizar e sistematizar os dados, para exclusão de artigos disponíveis em bases de dados concomitantemente evitando a repetição dos mesmos. Este programa compila o material coletado e organiza de forma sistematizada permitindo o compartilhamento de informações e a seleção dos trabalhos.

Foi realizado o download do texto integral. Posteriormente, procedeu-se à leitura de cada estudo pré-selecionado na íntegra.

3.2.4 Etapa 4 - Interpretação e análise dos dados

Após o uso do programa End Note Web™, os artigos foram sistematicamente tratados e organizados para apresentar os resultados descrevendo o percurso metodológico utilizado.

Abaixo segue quadro demonstrativo demonstrando as etapas do estudo:

Quadro 1 - Etapas metodológicas do estudo

1. Formulação do problema
2. Coleta de dados - Escolha das bases de dados - Estratégia PICO
3. Avaliação dos dados coletados, - Definição dos critérios - Organização pelo Programa End Note Web
4. Análise e interpretação dos dados Resultados e discussão
5. Apresentação dos resultados Quadros, figuras e gráficos

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Realizou-se a busca pelos descritores “alta hospitalar” and “depressão” na base de dados BDENf e foram encontrados 52 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram descartados 40 artigos por não pertencerem à temática e 07 por não estarem disponíveis para acesso livre. Dessa forma, foram selecionados 05 artigos conforme quadro 2.

Quadro 2 - Artigos selecionados na BDENf usando descritores “alta hospitalar” and “depressão”

Título	Fonte/ano de publicação
Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa	Revista Mineira de Enfermagem 18(3):752-757, jul.-set.2014.
O processo de Desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral	Revista de enfermagem da UERJ:19(3):386-391, jul.-set. 2011
A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura	Acta paulista de enfermagem:21(2):351-355, 2008.
Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar	Revista da Escola de Enfermagem da USP:39(2):136-144, jun. 2005.
Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar	Revista gaúcha de enfermagem:27(1):92-99, mar. 2006.

Ainda na base de dados BDENf, foram encontrados 65 artigos utilizando os descritores “alta hospitalar” and “enfermagem”. Na leitura e análise dos resumos destes foram excluídos 35 estudos, por não pertencerem à temática. Dos 30 restantes, 19 não obedeceram os critérios de inclusão/exclusão e 10 não estavam disponíveis ao acesso livre. Dessa forma, foi selecionado um artigo conforme o quadro 3.

Quadro 3 - Artigo selecionado na BDENf usando descritores “alta hospitalar” and “enfermagem”

Título	Fonte/ano de publicação
Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde	Revista latino-americana de enfermagem: 11(1):7-13, jan.-fev. 2003

Na busca pelos descritores “enfermagem” and “depressão” na mesma base de dados, foram encontrados 141 artigos. Destes, foram descartados 119 por não pertencerem à temática do estudo, descartados 11 por não respeitarem os critérios estabelecidos e selecionados 11. Destes, foram ainda descartados 10 que não estavam disponíveis para acesso livre e, portanto, um estudo foi incorporado à amostra, conforme o quadro 4.

Quadro 4 - Artigo selecionado na BDENf usando descritores “enfermagem” and “depressão”

Título	Fonte/ano de publicação
Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de Saúde da Família no Município de Limoeiro - PE	Revista Mineira de Enfermagem:8(1):82-87, jan.-mar. 2014

Na base de dados LiLACS, utilizando os descritores “alta hospitalar” and “depressão” não foram encontrados artigos científicos sobre a temática. Optou-se pela busca utilizando-se “alta hospitalar” or “depressão” e também não foram obtidos resultados.

Procedeu-se a busca pelos descritores “alta hospitalar” and “enfermagem” sendo encontrados 23 artigos. Destes, 20 foram excluídos da amostra por não pertencerem à temática e 01 por constar na base de dados BDENf. Dessa forma, foram selecionados 02 artigos conforme o quadro 5.

Quadro 5 - Artigos selecionados na LiLACS usando descritores “alta hospitalar” and “enfermagem”

Título	Fonte/ano de publicação
Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica	Revista latino-americana de enfermagem: 19(5):1146-1154, set.-out.. 2011
Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar	Revista da Escola de Enfermagem da USP:45(1):87-94, mar. 2011

Ainda na base de dados LiLACS utilizando os descritores “enfermagem” and “depressão”, foram encontrados 310 artigos. Na leitura pelos títulos e resumos foram excluídos 286 pois não pertencerem à temática e não corresponderem aos critérios

de inclusão/exclusão do estudo. Dos 24 restantes, foram excluídos 21 por constarem na base de dados BDENf, um por não ter o acesso livre disponibilizado e selecionados 02 artigos por fazerem luz à temática e estarem disponíveis para leitura. Estes estudos estão representados no quadro 6.

Quadro 6 - Artigos selecionados na LiLACS usando descritores “enfermagem” and “depressão”

Título	Fonte/ano de publicação
As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família	Texto Contexto Enfermagem: 20(1): 85-89, Jan.-Mar. 2011
Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência	SANARE - Revista de Políticas Públicas: 6(2): 34-42, 2007

Na base de dados ScieLO, foi realizada a busca pelos descritores “alta hospitalar” and “depressão”, sendo encontrados 141 artigos. Destes, 19 foram descartados por constarem nas bases de dados pesquisadas anteriormente conforme dados do programa End Note Web™. Dos 122 restantes, foram descartados 117 por não contemplarem a temática deste estudo e selecionados 05 artigos por fazerem referência à temática, aos objetivos do estudo e por respeitarem os critérios de inclusão/exclusão, conforme mostra o quadro 7.

Quadro 7 - Artigos selecionados na ScieLO usando descritores “alta hospitalar” and “depressão”

Título	Fonte/ano de publicação
O cuidado em saúde mental na atualidade.	Revista da Escola de Enfermagem da USP: 45(3): 687 – 691, jun. 2011
O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica.	Revista Gaúcha de Enfermagem: 32(2): 309 – 315, jun. 2011
Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar	Revista da Escola de Enfermagem da USP: 45(1):87 – 94, mar. 2011
Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede	Revista Brasileira de Enfermagem: 63(3):459 – 463, jun. 2010
Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar	Revista da Escola de Enfermagem da USP: 39(2): 136 – 144, jun. 2010

Não foram encontrados artigos publicados nesta base de dados, utilizando a busca pelos descritores “alta hospitalar” and “enfermagem”, que já não tivessem sido encontrados na busca anterior pelos outros descritores.

Para a busca pelos descritores “depressão” and “enfermagem”, foram encontrados 192 artigos, sendo que destes foram excluídos 38, repetidos em outra base como verificou-se utilizando o programa End Note Web™. Dos 154 restantes foram excluídos 137 artigos por não pertencerem à temática e selecionados 17 artigos, por contemplarem à temática, objetivos do estudo e obedecerem aos critérios de inclusão/exclusão propostos. Dos 17 restantes, foram excluídos 15 artigos que não estavam disponíveis para acesso livre e os demais estão apresentados no quadro abaixo 8.

Quadro 8 - Artigos selecionados na ScieLO usando descritores “depressão” and “enfermagem”

Título	Fonte/ano de publicação
Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco	Revista Brasileira de Enfermagem: 62(5): 675 – 680, out. 2009
The many faces of depression in primary care	Texto & Contexto Enfermagem:1(18):164-167, mar. 2009

Na base de dados PubMed, foram encontrados 576 artigos utilizando a busca pelos descritores “patient discharge” and “depression”. Destes, 336 não estavam relacionados à temática, 132 não preencheram os critérios estabelecidos e 99 não estavam disponíveis para acesso livre, sendo descartados imediatamente. Dos 29 restantes, 20 não pertenciam ao tema e 09 artigos então, foram selecionados como consta no quadro 9.

Quadro 9 - Artigos selecionados na PubMed usando descritores “patient discharge” and “depression”

Título	Fonte/ano de publicação
First outpatient follow-up after psychiatric hospitalization: does one size fit all?	Psychiatry Service: 66(4):364-72, dez. 2015
Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with co-morbid mental health problems indicate complexity of care needs.	Age Ageing:42(5):582-8, jun. 2015
Continuity of outpatient treatment after discharge of patients with major depressive disorder.	Journal Nervous Mental Disturbia: 201(6):519-24, abr. 2015
Predictors of depressive symptoms at hospital discharge in patients with major depressive disorder.	International Journal Psychiatry:17(2):144-7, abr. 2012
Somatoform, factitious, and related diagnoses in the national hospital discharge survey: addressing the proposed DSM-5 revision.	Psychosomatics:54(2):142-8, mar.2013
Outpatient follow-up after psychiatric hospitalization for depression and later readmission and treatment adequacy.	Psychiatry Service: 63(12):1239-42, dez. 2012
Psychosocial characteristics of psychiatric inpatients at admissions and discharge: The Menninger Clinic Adult Outcomes Project.	Bull Menninger Clinics: 73(4):296-310,2009
Understanding rehospitalization risk: can hospital discharge be modified to reduce recurrent hospitalization?	Journal Hospital Medicine :(5):297-304, set. 2007.
Factors affecting time to rehospitalization for patients with major depressive disorder.	Psychiatry Clinics Neurosciense:61(3):249-54, jun. 2007

Não foram encontrados artigos científicos cruzando-se os descritores “patient discharge” and “nursing” e “nursing” and “depression” que já não estivessem contemplados na busca anterior quando foram utilizados os descritores “patient discharge” and “depression”. Também não foram encontrados artigos disponíveis para a leitura de texto integral e que obedecessem à temática e aos critérios estabelecidos utilizando o cruzamento dos descritores boleador “or”.

Na base de dados Cochrane, utilizando-se os descritores “patient discharge” and “depression”, foram encontrados 120 artigos. Destes, 46 estavam inclusos em outras bases de dados anteriormente consultadas e 72 não contemplavam os objetivos deste trabalho, portanto, foram selecionados 02, de acordo com critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, conforme mostra o quadro 10.

Quadro 10 - Artigos selecionados na Cochrane usando descritores “patient discharge” and “depression”

Título	Fonte/ano de publicação
Exercise and severe major depression: effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort..	Journal of psychiatric research: 61(25):15-18, 2015
Treatment matching in the posthospital care of depressed patients.	American journal of psychiatry: 162(11):21-31, set. 2007

Nesta mesma base utilizando os descritores “patient discharge” and “nursing” foram encontrados 02 estudos, porém nenhum destes contemplavam os objetivos desta revisão.

Realizando ainda a busca pelo cruzamento dos descritores “nursing” and “depression” foram encontrados 04 estudos, sendo que 03 destes não obedeceram aos critérios de inclusão /exclusão sendo descartados e apenas 01 foi incorporado à amostra, como apresentado no quadro 11.

Quadro 11 - Artigos selecionados na Cochrane usando descritores “depression” and “nursing”

Título	Fonte/ano de publicação
Collaborative care for depression and anxiety problems	Online Publication Date: October 2012 Acessed in 28/05/2015, 2pm.

Dessa forma, a amostra constou inicialmente de 30 estudos indexados nas bases de dados, conforme busca anterior realizada e descrita neste capítulo. Porém, após a leitura integral dos textos e o seu fichamento, considerando o critério de exclusão de que os estudos incorporados à amostra deveriam apresentar algum instrumento para sistematizar o processo de alta da internação e a vinculação na rede ou ainda alguma estratégia de cuidado, foram então descartados 16 por não obedecerem a este critério.

Dessa forma, a amostra constituiu-se de 14 artigos (n=14) publicados em âmbito nacional e internacional. Na figura abaixo temos a representação esquemática do método aplicado para a obtenção do n (amostra de estudos incluídos).

Figura 1 - Representação do n (amostra de estudos incluídos)

Após a seleção dos estudos e arquivamento pelo End Note Web™, considerando os critérios de inclusão e exclusão, os objetivos da pesquisa e sua metodologia, obtivemos uma amostra composta por 14 trabalhos (n=14).

Após a obtenção dos 14 estudos, os resultados obtidos na busca previamente sistematizados pelo programa End Note Web™, puderam ser organizados no quadro 13, pelo ano de publicação, título e autores, nome do periódico de publicação, país de origem e tipo de estudo, conforme abaixo:

Quadro 12 - Sistematização dos dados da amostra (n=14)

Ano	Título / autores	Periódico	País	Tipo de estudo
2005	Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG.	American Journal of Psychiatry	USA	Descritivo
2005	Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar Miaso AI, Cossiani SHB.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Descritivo-analítico
2006	Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar Glanzner CH, Zini LW, Lautert L.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil	Descritivo-retrospectivo
2007	Understanding rehospitalization risk: can hospital discharge be modified to reduce recurrent hospitalization? Strunin L, Stone M, Jack B.	J. Hosp. Med	UK	Descritivo-analítico
2007	Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência Tofoli L, Fortes S.	SANARE - Revista de Políticas Públicas	Brasil	Relato de experiência
2008	A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura Ganzella M, Zago MMMF.	Acta Paulista de Enfermagem	Brasil	Revisão integrativa
2009	Psychosocial characteristics of psychiatric inpatients at admissions and discharge: The Menninger Clinic Adult Outcomes Project. Latini, D.M.; Allen, J.G.; Seo, M.; Mahoney, J.S.; Ellis, T.E.; Frueh, B.C.	Bull Menninger Clin.	USA	Descritivo-analítico
2010	Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede Bernardino E, Segui MLH, Blum M, Maris A.	Revista Brasileira de Enfermagem	Brasil	Descritivo na modalidade estudo de caso
2011	O processo de Desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral Dutral VRM, Rochall RM.	Revista de Enfermagem da UERJ	Brasil	Descritivo-exploratório
2011	Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar Cardoso L, Galera LC.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Quantitativo exploratório
2011	O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. Oliveira RVG, Souza FR.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil	Qualitativa-exploratória-descritiva
2011	Following up patients with depression after hospital discharge: a mixed methods approach Desplenter FA, Laekeman GJ, Simoens SR.	International Journal of Mental Health Systems	UK	Follow up e descritivo
2012	Outpatient follow-up after psychiatric hospitalization for depression and later readmission and treatment adequacy. Pfeiffer PN, Ganoczy D, Zivin K, McCarthy JF, Valenstein M, Blow FC.	Psychiatr Serv.	USA	Follow-up e descritivo
2014	Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa Garbuio DC, Camargo VB, Napoleão AA.	REME – Revista Mineira de Enfermagem	Brasil	Revisão integrativa

Pelo quadro acima, podemos observar que é recente o interesse da área acadêmica sobre o tema deste estudo, datando do início do século XXI. As publicações tiveram origens diferenciadas, sendo que há uma maior publicação sobre o tema no ano de 2011, com a contribuição de quatro trabalhos que constituíram a amostra deste estudo, conforme representado pelo gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Número de estudos publicados por ano

Para integrar a amostra de estudos encontrados optamos por apresentar os instrumentos ou estratégias de cuidado encontradas afim de sistematizar o processo de alta e, de cada estudo, foram levantadas as ideias centrais destes instrumentos ou estratégias, conforme quadro 13.

Quadro 13 - Estratégias assistenciais e ideias centrais dos estudos considerados (n=14)

Artigo	Estratégias assistenciais	Ideias centrais
Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa	Enfermeira de ligação	Integração entre atenção primária, especializada e serviços sociais para a alta hospitalar, plano de gestão para a alta, gerenciamento de caso, acompanhamento por telefone pós-alta, telefone de contato da enfermeira responsável pelo cuidado durante hospitalização e protocolos de alta, check list, quadro branco, registro eletrônico de saúde (prontuário eletrônico), plano de cuidados impresso, informação escrita, fita de áudio, material educativo escrito e folheto com telefones e websites de serviços da comunidade, trabalho em equipe multidisciplinar, educação continuada dos profissionais de saúde, coordenador de alta, enfermeira facilitadora da alta e enfermeira educadora.
O processo de Desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral.	Reabilitação psicossocial em três etapas: o querer sair de alta, a conscientização do poder sair e a retomada da vida em sociedade.	Promoção de comunicação terapêutica e relacionamento humanizado. Superar as limitações consequentes da institucionalização, resgate da cidadania como emancipação, processo educativo como cuidado, resgate de habilidades e autonomia e operacionalização da nova moradia.
A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: revisão integrativa da literatura	Planejamento da alta (PA) do paciente considerando atividades cotidianas, continuidade das medicações e acompanhamento médico (onde, como e quando)	Estratégia educativa que considerou: conteúdo específico sobre a doença e a continuidade do tratamento, uso de recursos audiovisuais adequados e suas características educacionais, conduzidas num clima que permitia a sua participação ativa, que suprimam suas expectativas. Levantamento das suas necessidades de informação e elaboração do PA com base nesse levantamento; avaliação das suas condições físicas, psicológicas e sociais; foco específico na doença, na continuidade da terapêutica e nos cuidados necessários após a alta; participação ativa no processo; implementação do ensino, fornecendo informações orais, escritas, por meio de recursos audiovisuais, comunicação adequada entre profissionais, hospital e serviços comunitários.
Administração de medicamentos: orientação final para a alta hospitalar	Orientações dos profissionais de saúde (Não delimita quais as orientações)	Avaliar seu progresso no que se refere ao processo ensino-aprendizagem antes do horário previsto para sua saída formal do hospital; um telefone que possa ser fornecido para contato com a equipe hospitalar; Educação do paciente para o uso correto dos medicamentos de forma verbal e escrita
Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar	Programa de Admissão e Preparo para Alta dos Pacientes – PADAP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre): Planejamento da alta hospitalar para pacientes e familiares Encaminhamento e seguimento pós-alta	A enfermeira, quando necessário, faz encaminhamentos a outros serviços; A comunicação facilita o ensino saúde; Acolhimento e recepção dos pacientes na admissão e acompanhamento durante internação; planejamento da alta juntamente com os familiares e responsáveis, seguimento pós-alta.

Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar	Orientações dos profissionais de saúde (Não delimita quais as orientações e como realiza-las)	Adesão: importância da manutenção do tratamento psicofarmacológico; Necessidade de atuação sistematizada de enfermagem em saúde mental.
O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica	Intercâmbio	Agir multiprofissional; Integralidade da assistência e promoção da saúde. Reorientar o responsável pela criança sobre informações recebidas durante a internação e na própria alta, inclusive as orientações recomendadas pelo médico, e quando necessário, é fornecido a medicação para continuidade ao tratamento; Troca de informações, conhecimentos acerca do trabalho, estudos de casos e decidem em equipe uma resolução para os problemas de saúde dos pacientes
Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede	Enfermeira de ligação;	Meio de contato via telefone; enfatiza a prática multiprofissional e ações de educação em saúde, resgate da autonomia, redução do tempo de internação; Orientações na alta: estratégias educativas e comunicação participativa; Encaminhamento; Acompanhamento pós-alta. Estabelecer a comunicação com o usuário, identificar suas necessidades e capacidades; assegurar a colaboração de familiares após o regresso ao domicílio; estabelecer com as equipes da instituição hospitalar e extra-hospitalar os meios de auxílio à convalescença e manutenção dos cuidados ambulatoriais e em domicílio; Melhorar as condições de vida e ou prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar re-internações; Estabelecer vínculos efetivos.
Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência	Apoio Matricial (AM)	Realização da triagem por casos e do matriciamento da rede de atenção em saúde mental com apoio dos NASF. A consulta conjunta é realizada, em grande parte das vezes, com a participação de um número considerável de pessoas, incluindo médicos e enfermeiros da ESF, agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina e enfermagem que estejam estagiando na unidade ou na Saúde Mental.
Following up patients with depression after hospital discharge: a mixed methods approach	GIPPOZ - Informação Diferenciada para Pacientes Psiquiátricos na alta hospitalar Encaminhamento e seguimento pós-alta	Usando questionários para levantar dados relacionados com ansiedade e sintomas depressivos (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), sintomas somáticos (Symptom Checklist), qualidade de vida (Quality of Life Questionnaire) nos três primeiros contatos de acompanhamento. Um ano após a alta, readmissão e uso de antidepressivo. Eles usaram alguns parâmetros para avaliar a alta hospitalar: Diversidade no estado de saúde, Mudança ao longo do tempo, cuidado médico, retorno ao trabalho, vida diária, controle dos sintomas, medicação, personalidade, finanças, incapaz de trabalhar / sem emprego, relações sociais, atividades de lazer, cuidados em casa.

Outpatient Follow-Up After Psychiatric Hospitalization for Depression and Later Readmission and Treatment Adequacy	HEDIS (Healthcare Effectiveness Data and Information Set) – Medida de qualidade após alta hospitalar Planejamento da alta individualizada	Adequação do seguimento pós hospitalares durante 7 dias com a finalidade de ajustar o plano terapêutico e o planejamento da alta hospitalar, dar início ao seguimento ambulatorial e continuidade dos cuidados do uso dos antidepressivos, da terapia individual e familiar.
Psychosocial characteristics of psychiatric inpatients at admissions and discharge: The Menninger Clinic Adult Outcomes Project.	Programa de alta hospitalar vinculando aos serviços oferecidos - The Menninger Clinic	<p>Avaliações ambulatoriais: Este serviço 4,5 dias está disponível para indivíduos que buscam uma maior compreensão de saber se a doença comportamental é uma importante causa de questões atuais em sua vida pessoal ou no trabalho.</p> <p>Terapia ambulatorial: médicos oferecem terapia ambulatorial para crianças, adolescentes e adultos tanto individualmente como familiar.</p> <p>A eletroconvulsoterapia: Este serviço, que está disponível para pacientes ambulatoriais da comunidade, é um serviço complementar extremamente seguro e eficaz para certos transtornos psiquiátricos.</p> <p>Um programa comunitário de reintegração (Pathfinder) serve indivíduos que precisam de ajuda para reintegrarem à comunidade.</p> <p>The Gathering Place: Um clube psicossocial que ajuda a membros de doença mental grave a conquistar independência.</p>
Understanding rehospitalization risk: can hospital discharge be modified to reduce recurrent hospitalization?	Orientações dos profissionais de saúde (Não delimita como realiza-las)	Preparação do paciente e cuidador para seguimento do plano de cuidados, as mudanças na medicação, transporte do paciente, agendamento de cuidados de acompanhamento e da disponibilidade de cuidados;
Treatment Matching in the Posthospital Care of Depressed Patients	Planejamento da alta Orientações dos profissionais de saúde (Não delimita como realiza-las)	Farmacoterapia; 2) combinando a farmacoterapia e a terapia cognitiva; 3) combinando farmacoterapia e terapia familiar; e 4) a farmacoterapia combinada com terapia cognitiva e terapia familiar.

Após a extração dos dados acima representados pelo quadro 14 obtivemos como resultados:

- 21,5% (três estudos) citaram o planejamento da alta como sendo importante e o mesmo percentual demonstrou preocupação com o encaminhamento dos pacientes e seguimento pós-alta.
- 14,3% (dois estudos) citaram a enfermeira de ligação como sendo uma estratégia importante no processo da alta hospitalar, ressaltando com isso a importância do trabalho do enfermeiro.
- Apenas 7,2% (um estudo) apontou a necessidade da reabilitação psicossocial e outro (7,2%) ressaltou o intercâmbio como prática e outro estudo (7,2%) ressaltou o Apoio Matricial como práticas fundamentais para a alta dos pacientes.
- 28,3% (quatro estudos) limitaram a atividade do enfermeiro na alta às “orientações”, não especificando o tipo, métodos, resultados alcançados e a serem alcançados e seguimento pós-alta.
- 14,3% (dois artigos) demonstraram preocupação com o encaminhamento dos pacientes e seguimento pós-alta.
- Todos os trabalhos (100%) evidenciaram a importância da comunicação como forma de orientação profissional e facilitadora para o resgate da autonomia. Comunicação esta que foi relatada tanto como orientações fornecidas aos pacientes e familiares e ainda, entre os profissionais de saúde.

Os resultados encontrados descrevem alguns métodos que estão sendo seguidos ao redor do mundo para a efetivação do processo de alta de pacientes com depressão e em regime de internação. Todos os trabalhos que compuseram a amostra (n=14), chamam a atenção para o planejamento da alta, os cuidados com a medicação e o seguimento ambulatorial pós alta, porém não apresentaram instrumento validado e publicado que sirva como um meio de troca de informações entre os profissionais da rede. Cabe aqui considerar que a elaboração de check list e a enfermeira de ligação que foram citadas, assim como o intercâmbio, foram as

estratégias sistematizadas que mais se aplicaram à temática e objetivos deste estudo.

Abaixo segue gráfico ilustrativo dos instrumentos ou estratégias encontradas na amostra:

Gráfico 2 - Estratégias para a alta hospitalar de pacientes com depressão

Adendo: algarismos de menor significância foram arredondados

A partir dos resultados da literatura, podemos compilar algumas ferramentas de trabalho, como a SAE e o PTS, afim de elaborar um instrumento capaz de contemplar as metas de cuidado dos pacientes, tanto no ambiente hospitalar, como no extra-hospitalar.

Dessa forma, foi elaborado o seguinte instrumento:

Proposta de Instrumento de sistematização da alta na perspectiva do cuidado integrado

1. Fase 0																	
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem	<div>Ecomapa</div> <p>LEGENDA:</p> <table><tr><td>□ →</td><td>Homem</td><td>≡ →</td><td>Vínculos Fortes</td></tr><tr><td>○ →</td><td>Mulher</td><td>== →</td><td>Vínculos Moderados</td></tr><tr><td>◻ →</td><td>Pessoa Índice</td><td>— →</td><td>Vínculos Superficiais</td></tr><tr><td>--- →</td><td>Vínculos Negativos</td><td>... →</td><td>Vínculos Muito Superficiais</td></tr></table>	□ →	Homem	≡ →	Vínculos Fortes	○ →	Mulher	== →	Vínculos Moderados	◻ →	Pessoa Índice	— →	Vínculos Superficiais	--- →	Vínculos Negativos	... →	Vínculos Muito Superficiais
□ →	Homem	≡ →	Vínculos Fortes														
○ →	Mulher	== →	Vínculos Moderados														
◻ →	Pessoa Índice	— →	Vínculos Superficiais														
--- →	Vínculos Negativos	... →	Vínculos Muito Superficiais														
<ul style="list-style-type: none">Histórico de EnfermagemDiagnósticos de EnfermagemPlano de Cuidados	<p>Figura 2: Ecomapa da família de Guilherme, Pelotas, 2004.</p>																

2. Fase 15	
Reunião de equipe	PTS
Orientações da equipe multiprofissional e perspectivas de cuidado	Psiquiatra:
	Psicólogo / terapeuta cognitivo comportamental:
	Enfermeiro:
	Terapeuta ocupacional:

--	--

3. Fase 30		
Cuidado	Metas atingidas (Quais as necessidades de cuidado já atingidas)	Metas a serem atingidas
Higiene e pragmatismo		
Terapias e tratamentos		
Medicação		
Volição		
Sono e Repouso		
Ingesta e eliminações		
Projeto de vida		
Trabalho e escola		
Lazer		

4. Fase 45	
Rede de Assistência	Reunião de equipe
CAPs Referência: Endereço: Telefone:	Orientações da equipe multiprofissional e perspectivas de cuidado
UBS ou ESF Referência: Endereço: Telefone:	
SRT ou Comunidade Terapêutica Referência: Endereço: Telefone:	
CRAS e/ou CREAS Referência: Endereço: Telefone:	

5. Fase 60	
Grupo psicoeducativo e Reunião de equipe	Orientações para paciente, cuidador formal e/ou família
Entendendo o transtorno e o tratamento Tema: Objetivos: Resposta do paciente, família e/ou cuidador:	Higiene e pragmatismo:
	Terapias e tratamentos:
	Medicação:
	Volição:
A terapia e dos cuidados Indicação da terapia: Terapia familiar:	Sono e Repouso:
	Ingesta e eliminações:
	Projeto de vida:
	Trabalho e escola:
	Lazer:

Carta de Encaminhamento para o enfermeiro responsável**Prezado Enfermeiro**

Este instrumento de cuidado objetiva registrar de forma sistematizada a assistência multiprofissional garantida ao paciente Sr (a) _____ e seus familiares, tendo como referência o (a) cuidador (a) formal Sr (a) _____.

Encaminhamos o paciente com diagnóstico, prescrição médica e demais recomendações da equipe multiprofissional, assim como o plano de cuidados estabelecido e as metas que foram alcançadas na internação, bem como aquelas que precisarão ainda ser alcançadas no domicílio.

Para tanto, fizemos contato com os profissionais da rede de serviços assistenciais mais próximos da residência do paciente e de seus familiares, informação contida no campo 4 deste instrumento.

Colocamo-nos à disposição para a continuidade do cuidado a este paciente e familiares.

Segue abaixo os contatos referentes à Instituição de origem.

Referência:

Especialidade:

Endereço:

Contato:

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

No gráfico 2 representado anteriormente, podemos considerar várias estratégias no processo de alta dos pacientes, que foram levantadas a partir dos estudos encontrados.

Considerando a enfermeira de ligação e o check list como métodos mais convergentes com a finalidade deste estudo, optou-se por centralizar e identificar estas duas estratégias como as mais adequadas para os objetivos deste trabalho.

Na busca pela resposta da pergunta de pesquisa, especialmente no tocante aos outcomes da estratégia PICO, podemos ressaltar que o trabalho do enfermeiro no momento do processo de alta dos pacientes com depressão ainda não está bem delimitado. Mesmo que o enfermeiro tenha o papel fundamental no cuidado e que participe ativamente do processo de alta dos pacientes, seu trabalho ainda não está sendo evidenciado da forma como potencialmente poderia contribuir.

No Brasil, com a Reforma Psiquiátrica e o advento da Lei 10.216, o trabalho do enfermeiro no campo da Saúde Mental sofreu grandes transformações, porém não encontramos publicações na literatura que pudessem responder assertivamente à questão problema deste trabalho, uma vez que os instrumentos encontrados tiveram que ser considerados como estratégias já que não continham, nos estudos, instrumentos formais de alta hospitalar e que, de fato, pudessem evidenciar a participação do enfermeiro na articulação e planejamento da alta.

O Brasil passou por transformações políticas e sociais no final do século XX. As manifestações populares das décadas de 1970 e 1980, a árdua luta pelos direitos constitucionais e o processo de redemocratização do País, redirecionaram o modo de pensar e atuar na área da saúde como um todo que vem se reconfigurando através de novos saberes e novas práticas. Nestes últimos 30 anos, o campo da saúde mental vem passando por diversas transformações provocadas pela Reforma Psiquiátrica e assim, a organização dos serviços, o modo de abordar as pessoas com transtornos mentais, as práticas de saúde, o modelo assistencial e os saberes no campo da psiquiatria têm se modificado na nossa sociedade (Maciel et al., 2009).

O modelo de assistência em saúde mental tem se transformado ao longo dos últimos anos e vem demonstrando que é possível cuidar das pessoas com transtornos mentais através de um modelo de saúde que esteja integrado aos diversos níveis de complexidade do Sistema de Saúde e não somente restrito ao hospital psiquiátrico (Maciel et al, 2009).

É preciso modificar o modelo médico centrado de atenção focado na doença e no tratamento hospitalar como alternativa hegemônica, passando a enxergar os sujeitos pela ótica das necessidades sociais e interpretar o processo de saúde/doença de maneira ampliada para atuar frente às condições que determinam esse processo.

Teixeira (2006) amplia a discussão sobre os modelos assistenciais quando inclui três dimensões que vão além das práticas desenvolvidas em saúde propriamente ditas. São elas: **a dimensão gerencial**, relacionada aos meios de condução da organização das ações e dos serviços; **a dimensão organizativa**, que se refere a como se estabelecem as relações entre os níveis de complexidade do sistema; e **a dimensão técnico-assistencial**, que diz respeito a como se estabelecem as relações entre os sujeitos das práticas, mediadas pelo conhecimento e pelas tecnologias que operam nesse processo de trabalho em saúde, e seus objetos de trabalho em diversos planos, seja na promoção à saúde, seja na prevenção de riscos e agravos ou na recuperação e reabilitação.

Com a Reforma e o advento da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, a política nacional de atendimento às pessoas com transtornos mentais estabeleceu em seu artigo 4:

“A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.” (Brasil, 2015)

Podemos perceber que esta Lei determina conceitos muito importantes como *“a reinserção social”* e ainda a *“assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais”*, e que passa a sugerir a Desinstitucionalização dos doentes

mentais, afim de colocar um ponto final sobre os métodos asilares praticados nas décadas anteriores, quando estes eram isolados do convívio social, estigmatizados pela doença e tratados sob práticas não baseadas em evidências.

Nesta perspectiva, podemos afirmar que a literatura nacional e que os estudos que fizeram parte da amostra desta pesquisa são publicados a partir do início do século XXI e, portanto, há uma maior preocupação dos pesquisadores a respeito deste fenômeno no início deste século.

No campo da assistência, diversas possibilidades terapêuticas estão sendo utilizadas e articuladas no SUS afim de incorporar novos métodos de abordagem frente à doença mental e segundo Saraceno (2001, p.44)

“...o processo de Desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições de psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/resposta invalidante...”

Cabe aqui fundamentar que há ainda no País uma tendência a manter o vínculo do doente com o hospital (modelo médico-hospitalocêntrico), validando as práticas intra-hospitalares como as principais para a resolução dos problemas de saúde do doente e de seus familiares, desconsiderando a potência do cuidado longitudinal da APS.

Com a Reforma Psiquiátrica e o esforço da criação da RAPS, os CAPs, as comunidades terapêuticas, os Hospitais-Dia, e alguns outros aparatos de saúde, vêm sendo utilizados para atender à demanda de cuidados dos pacientes que saem da internação hospitalar (Maciel et al., 2009).

Estes serviços têm uma articulação em rede com os diferentes níveis de atenção, porém, percebemos que os estudos que foram encontrados e fazem parte da amostra deste estudo questionaram o funcionamento em rede, a continuidade do cuidado pós alta e a Integralidade.

Podemos propor, então, que o planejamento da alta destes pacientes deva ocorrer desde o início da internação e ser incluído no PTS (Projeto Terapêutico Singular), para construir um caminho ou itinerário de saída do hospital, mantendo os pontos de contato oferecidos pela rede no SUS.

Observa-se que os estudos não trazem esta abordagem ou construção, mas apontam para a necessidade de articulação da rede para atender à demanda de saúde destes pacientes. Para a efetivação dessa almejada articulação é que entram as tecnologias de cuidado.

No que diz respeito à Psiquiatria no Brasil, ainda temos instituições públicas ou privadas que mantêm métodos arcaicos de tratamento, não priorizando a reabilitação psicossocial e, portanto, a reinserção social do doente. (Saraceno, 2001).

Esta realidade brasileira aponta para a necessidade de construir a práxis de Desinstitucionalização e propor a continuidade dos cuidados pós hospitalares vinculados a uma rede, ou seja, a rede básica de saúde no Brasil, que conta com as UBS e com as equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família) e NASF, que são estruturas mais próximas da população e que podem ser consideradas as portas de entrada e responsáveis pela longitudinalidade do cuidado para os pacientes no Sistema como um todo.

Os estudos internacionais encontrados, ainda que consideremos as diferenças estruturais no Sistema de Saúde, contemplam métodos mais alinhavados para construir a rede de cuidados em saúde mental para doentes com diagnóstico de depressão. Foram estudos de seguimento pós-hospitalar que contemplaram as necessidades dos doentes após a saída do Hospital. Nestes estudos foram propostas duas alternativas de cuidado, que foram consideradas como as mais importantes e possíveis para serem aplicadas na realidade brasileira, o check list de alta hospitalar e o enfermeiro de ligação.

A estratégia do enfermeiro de ligação reforçou a formulação da questão-problema deste estudo, uma vez que este profissional deve atuar juntamente com o doente e a família uma rede de cuidados que vise a garantia de continuidade do tratamento no âmbito ambulatorial/domiciliar pela elaboração de um planejamento centrado nas necessidades.

Conforme Jowett e Armitage (2008), o enfermeiro de ligação atua sobre o estado de saúde dos indivíduos que saem de alta do hospital, prevenindo o agravamento de sua capacidade funcional e evitando a re-hospitalização. Promove

ainda o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção da doença no âmbito hospitalar, monitorando o estado de saúde do usuário permitindo maior aderência e co-responsabilização ao tratamento.

O princípio da Integralidade será inserido no Sistema, quando os serviços de saúde se organizarem para atender às necessidades de saúde da população como um todo e, dos doentes mentais em particular, em rede de assistência. Para Merhy (1997), esta rede deve ser articulada e construída, mantendo os pontos de contato no Sistema de Saúde, para referência e contra referência dentro da perspectiva de integração.

O enfermeiro de ligação seria o ponto de contato entre os serviços de saúde, e sua atribuição a de coordenação o cuidado do doente nesse mesmo Sistema, direcionando o paciente e sua família para cada aparato de saúde existente no território, afim de manter um controle sobre os encaminhamentos feitos atualmente pelos médicos e que, muitas vezes, esbarram na dificuldade de transitar nesse Sistema que, não tem ainda, capacidade suficiente e total para atender à demanda de cuidados de saúde da população (Bernardino, et al. 2010).

No município de Sobral, CE, temos uma perspectiva de funcionamento em rede que atua com o princípio da Integralidade, direcionando o cuidado entre o Hospital geral e a APS. O hospital psiquiátrico de Sobral, embora com vinte anos de funcionamento, apresentava deficitários recursos terapêuticos, um enorme reducionismo de ferramentas clínicas, resumindo-se à abordagem biofarmacológica com característica prisional e de exclusão social. Em relação aos internamentos, custava ao SUS mais caro que os hospitais gerais da capital Fortaleza, ainda que com pouca eficácia terapêutica (Pereira, Andrade, 2001).

O SRT (Serviço Residencial Terapêutico) foi implantado em Sobral e cumpre o papel de reintegrar os pacientes que haviam perdido os vínculos familiares e sociais devido às re-internações sucessivas. No período da sua implantação, foi realizada a integração dos futuros moradores, pois alguns não tinham condições de ser inseridos nas suas famílias porque não se conhecia o paradeiro de suas famílias, ou porque problemas de relacionamento inviabilizavam a reintegração imediata (Duarte, Oliveira, 2005).

A atenção à saúde mental em Sobral tem possibilitado a (des) construção do modelo manicomial através da implantação de serviços e ações que abarquem as diversas demandas dos usuários nos diversos níveis de complexidade do Sistema de Saúde, assim como promove a (des)construção na sociedade do estigma e do preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais (Duarte, Oliveira, 2005).

A nova forma de organização dos serviços, perpassando os diversos níveis de complexidade do Sistema de Saúde, possibilita uma articulação maior dos serviços entre si e desses serviços com os demais serviços de saúde, assim como com os diversos setores da sociedade (Duarte, Oliveira, 2005).

Essa articulação de forma horizontalizada viabiliza a assistência de maneira mais integrada aos seus usuários, articulando os cuidados aos usuários com uma gama de possibilidades no seu território e nos demais equipamentos sociais, contribuindo para a (des)construção da segregação e do confinamento das pessoas portadoras de transtornos mentais (Duarte, Oliveira, 2005).

Pereira et al. (2001) ainda colocam que em Sobral foi articulado o Programa de Saúde da Família (PSF) para prestar cuidados básicos de saúde aos usuários com transtorno mental do município, e que a atenção aos usuários da macrorregião norte, em que Sobral é referência, ficaria a cargo do Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM), e o serviço de atenção secundária CAPs se responsabilizaria pelo acompanhamento ambulatorial.

Para Caçapava, Colvero e Pereira (2009) defendem que a Integralidade acontece pela articulação dos serviços de saúde numa rede mais complexa, cabendo aqui outros serviços como o serviço social, o judiciário, entre outros; além de contar com os vários conhecimentos de equipe multiprofissional, que determina as ações de saúde em seus serviços e, portanto, estabelece uma linha de cuidado compartilhado que deve dar continuidade à assistência nos seus diferentes níveis de complexidade e todas as ações devem ser referenciadas tanto ao seu próprio processo de trabalho quanto às ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário, o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade. A atenção básica tem papel destaque no cuidado, ressaltando a importância dos profissionais que atuam na atenção primária para participarem do processo de reabilitação em saúde mental (Saraceno, 2001).

O alto custo das internações para as instituições de saúde, o avanço tecnológico e das ciências médicas têm abreviado o período de hospitalização do paciente, levando a uma alta precoce. Para assegurar a continuidade do cuidado no domicílio e evitar as re-internações, que contribuem significativamente para elevar as despesas do cuidado em saúde, é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada, garantindo um esclarecimento maior, tanto para o paciente como para a família.

Observa-se na prática do planejamento da alta, que as orientações são fornecidas no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internação. Nessa ocasião são oferecidas muitas orientações ao mesmo tempo, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de erros (Delatorre et al. 2013).

Na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. Isto contradiz a literatura que preconiza o início do planejamento da alta hospitalar, a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internação.

Segundo Delatorre et al. (2013) o planejamento da alta é uma ferramenta de cuidado integral durante a internação e pós-alta que deve permitir a transição do cuidado do paciente do hospital para o domicílio valorizando a participação da família. Ainda diz que o enfermeiro deve orientar os pacientes e familiares para a prevenção, controle da doença, promoção e manutenção da saúde no ambiente hospitalar visando o planejamento da alta.

Estes mesmos autores colocam que o ato de orientar, ensinar e treinar as técnicas e cuidados necessários e contínuos a serem realizados no domicílio, devem evitar o adoecimento, re-internações, diminuir o estresse familiar, aumentar a capacidade de autocuidado, fortalecer a adesão ao tratamento, reduzir a frequência de internações e estreitar a comunicação entre os níveis de assistência conforme propõe o Pacto da Saúde e em Defesa da Vida, que está inserido nas diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS.

Diversos autores (Bernardino, et al. 2010; Jowett e Armitage, 2008; Green e Edmonds, 2004; Chaboyer et al. 2004; Collinson e Benbow, 1998; Lewis e Levy, 1982), vêm estudando a estratégia do enfermeiro de ligação como uma importante ferramenta para a continuidade do cuidado. Na perspectiva de responder à questão problema deste estudo, encontramos na literatura nacional e internacional, publicações que mostraram a aplicação prática do trabalho deste profissional para integrar a rede de assistência à saúde e atender as demandas de saúde da população.

No tocante à alta entendemos ser este um processo que demanda ação multiprofissional, dado que durante todo o processo de cuidado na internação é necessária a expertise de diferentes profissionais, mesmo que a função do médico seja a de estabelecer o diagnóstico, o tratamento e a indicação da alta. As particularidades presentes no processo saúde-doença de cada paciente requerem uma visão ampliada com a complementaridade de saberes.

Neste sentido, enfermeiro tem uma contribuição específica, assim como o enfermeiro de ligação, pois possui esta capacidade de gerenciar e articular as ferramentas que estão dispostas para o cuidado de acordo com a individualidade de cada paciente, seus familiares e comunidade.

O enfermeiro de ligação deve ser o profissional gestor de cuidados ou gerente de caso, que utiliza de todo o aparato de cuidado fornecido pelos profissionais ou instituições para atender à demanda de saúde dos pacientes e seus familiares.

Nesta perspectiva de cuidado alinhavado com a disponibilidade dos serviços da rede, o enfermeiro de ligação pode, através de um instrumento que sistematize todas as dimensões envolvidas no processo de alta, registrar quais são as metas de cuidados que foram alcançadas durante o período de internação e quais são aquelas à serem alcançadas, vinculando o paciente e seus familiares aos serviços de saúde oferecidos pela rede de assistência à saúde na sua comunidade de origem.

Mas, não caberá ao enfermeiro de ligação apenas a atribuição de encaminhar o paciente ou contra referenciá-lo a determinado serviço. Cabe a este profissional acompanhar o cuidado prestado no ambiente hospitalar e estruturar o seguimento necessário para que este cuidado continue de forma integral nos serviços disponíveis na rede.

A elaboração do instrumento para alta e a incorporação de estratégias da APS são fundamentais para garantir a continuidade deste cuidado. Neste ponto, cabe aqui ressaltar que o Ecomapa (Anexo I), como tecnologia de cuidado, é fundamental para compreender a dinâmica individual de cada paciente, seus vínculos formais e, a partir dessa elaboração, construir juntamente com estes pacientes e familiares um plano terapêutico que esteja alinhavado com o PTS utilizado durante a internação.

Para Souza e Kantorski (2009) o Ecomapa pode ser utilizado como um importante instrumento para análise individual da rede social de pacientes em reabilitação, pois nele é possível desenhar a família e o indivíduo associados aos sistemas dos quais fazem parte, permitindo uma visualização ecológico-sistêmica das interações e da intensidade dos vínculos estabelecidos, assim como o sistema de suporte familiar, as fontes de estresse e as de cuidado.

Este instrumento deve incluir dados sociodemográficos, assim como o histórico de enfermagem, as metas a serem alcançadas, a avaliação quinzenal das mesmas, a evolução deste cuidado, propondo melhorias e estratégias para

promoção à saúde mental, prevenção de doenças e agravos e reabilitação psicossocial e o plano de cuidados a ser desenvolvido no domicílio.

O PTS estabelecido no início da internação hospitalar jamais deve ser entendido como um papel burocrático para o profissional pois é neste momento em que os profissionais delimitam o tipo de assistência a ser fornecida para os pacientes e familiares. Portanto, este plano deve ser seguido rigorosamente para dar a continuidade aos cuidados dentro da instituição psiquiátrica ou extramuros. A principal lacuna que existe atualmente é “ligar” o PTS da internação para o momento pós alta, utilizando-o como instrumento do autocuidado, cuidado familiar e da atenção da RAPS.

A recomendação acima tem respaldo nos estudos que foram encontrados na literatura, sendo que os resultados contribuíram para a construção de um instrumento que possa fazer a transição de cuidados do paciente do nível hospitalar para a rede.

Este **Instrumento de sistematização da alta na perspectiva do cuidado integrado** (Anexo I) contempla os instrumentos assistenciais que já são utilizados pelos profissionais de saúde no cuidado ao paciente com depressão. São instrumentos disponíveis e indispensáveis para o cuidado e, pretendeu-se aqui, reunir estas tecnologias assistenciais afim de agrupar as informações e repassá-las diretamente para o enfermeiro que será responsável pelos cuidados do paciente no momento em que este receber a alta formal da instituição hospitalar.

Trata-se de um instrumento que sistematiza o cuidado, assim como proposto pela SAE, mas que vai além quando considera a rede como contra referência. Estabelecemos as seguintes fases para a utilização deste instrumento:

1.Fase 0 – Internação Hospitalar

A SAE e o Ecomapa deverão ser realizados com o paciente, familiares e/ou responsáveis, considerando que os mesmos tenham condições psíquicas e físicas para o fornecimento das informações adequadas para levantarmos o Histórico de Enfermagem, os Diagnósticos de Enfermagem e o Plano de Cuidados de Enfermagem, e ainda para elaborarmos o Ecomapa.

Os demais profissionais envolvidos no cuidado do paciente deverão realizar as suas avaliações diagnósticas e prescrições neste momento até o início da próxima fase.

2.Fase 15 dias – Implementação do Projeto Terapêutico Singular

Neste momento, que normalmente ocorre no 15º dia de internação, devemos considerar os quadros agudos de internação psiquiátrica e a estabilização, a mudança ambiental e a adaptação ao ambiente hospitalar, assim como, a família e todo o contexto social dos pacientes (trabalho, escola, faculdade, entre outros) que foi evidenciado através da aplicação da SAE e do Ecomapa. A inclusão do Ecomapa permite identificar recursos de apoio do paciente e da família no seu contexto de origem que poderá apoiar a estruturação da alta,

Prosseguiremos então, de forma multiprofissional, para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), assim como está estabelecido. O PTS deverá ser realizado conjuntamente pela equipe multiprofissional, considerando o paciente e familiares, definindo as tarefas de cada profissional e reavaliando diariamente o cumprimento destas tarefas.

A reunião multiprofissional de equipe deverá ser realizada para a construção da linha de cuidados do paciente e, serão levantadas as necessidades de saúde específicas do paciente e familiares, assim como as metas a serem alcançadas com a internação, considerando a expertise e atuação de cada profissional envolvido no cuidado.

3. Fase 30 dias – Estabelecimento de Metas

Nesta fase, as metas a serem alcançadas serão trabalhadas individualmente com cada paciente, por cada profissional envolvido no cuidado.

No caso da Enfermagem os aspectos a serem considerados incluem: higiene, alimentação, volição, sono, eliminações, ingestas, projeto de vida, medicação, escola, família, trabalho, lazer, terapias, entre outros que determinam o cuidado.

Serão realizados grupos educacionais multiprofissionais ou de enfermagem, no sentido de abrir espaço para o paciente e familiares conhecerem melhor os aspectos que envolvem o transtorno e, juntamente com eles, estabelecer metas a serem ainda cumpridas na internação e como darão continuidade aos cuidados em casa.

4.Fase 45 dias – Reconhecimento da rede de serviços

Com a consequente estruturação do cuidado e seguimento por diferentes profissionais, deverá ser articulada uma reunião em equipe para estruturar a rede, ou melhor dizendo, fazer o levantamento dos aparatos de saúde disponíveis na rede próxima do domicílio do paciente e de seus familiares, afim de vincular o cuidado deste paciente com a rede.

O intercâmbio como prática, assim como foi proposto em um dos estudos, deverá ser realizado. Ou seja, deverá ser realizada uma reunião em conjunto com o paciente, familiares e/ou cuidador formal, profissionais que estejam envolvidos no cuidado hospitalar e profissionais da rede que irão receber as informações do cuidado prestados no ambiente hospitalar para dar a continuidade.

5. Fase 60 – Alta Hospitalar

A última fase, então, contempla a construção ou organização de todas as informações até aqui levantadas, assim como orientações que deverão ser seguidas no domicílio.

Deverá ser realizada com a família e/ou cuidador formal, considerando a autonomia dos pacientes para assumirem as responsabilidades pelo cuidado, a adesão aos tratamentos propostos e a compreensão dos mesmos sobre as orientações fornecidas.

A família e/ou cuidador formal deverá atuar como o suporte para apoiar o paciente na continuidade dos cuidados no domicílio e, contatar as equipes envolvidas utilizando o telefone de referência fornecido pelos mesmos na fase anterior.

Os serviços da rede de assistência receberão um encaminhamento formal deste instrumento de cuidado, assim como o enfermeiro da APS será comunicado via carta, com encaminhamento do paciente, juntamente com este instrumento em cópia e anexado.

Após o cumprimento das etapas, esperamos manter a continuidade aos cuidados do paciente no domicílio e, este instrumento proposto, será de grande utilidade para integrar as informações e repassar o cuidado prestado no nível hospitalar para a APS.

Cabe ressaltar que não pretendemos com esta proposta integrar os cuidados em saúde mental de pacientes internados com o diagnóstico de depressão, mas que poderá ser utilizado para outros tipos de diagnóstico pois independe desta circunstância. Recomendamos ainda que mais estudos sejam realizados afim de validar o instrumento e permitir a contribuição para o desenvolvimento de estratégias de cuidado que atendam à necessidade de sistematizar o processo de alta e vincular assertivamente o paciente e seus familiares na RAPs.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Amarante PDC. Coord. Loucos pela vida 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- Amarante PDC. Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP;1995.
- Bernardino E, et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. Rev Bras Enferm. 2010;63(3): 459-463.
- Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPs e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Rev. Psicol. Cienc. Prof. 2008;28(3):632-645
- 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, 23, 2011.
- Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei número 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF; 2001. [acesso em 2015 nov. 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial.
- Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2015 nov. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
- Bromet E, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med. 2011;9:1- 90.
- Caçapava JR, Colvero LA de, Pereira IMTB. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. Saúde e Sociedade; 2009;18(3):446-455.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):399-407
- Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde [tese]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998.
- Campos RG de. Bournout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Rev Esc Enf Ribeirão Preto. 2005;158-163

- Chaboyer W, et al. The intensive care unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive and Critical Care Nursing*; 2004: 20(2): 77-86.
- Cohn A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova: Rev de Cult e Polít.* 1989; 19: 123-140.
- Collinson Y, Benbow SM. The role of an old age psychiatry consultation liaison nurse. *Inter. jour. of geriatric psy.*; 1998: 13(3): 159-163.
- Delatorre, PG et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. de Enf. UFPE On Line*; 2013(7):7151-7159
- Duarte, AR, Oliveira EN. Serviço residencial terapêutico de Sobral-CE: um dispositivo de inclusão social. *Sanare: Ver. de Polít. Púb. Sobral-CE*; 2005:6(2):43-48.
- End Note Web™ [computer program]: Philadelphia - Computerized Educational Systems; 2015.
- Figueiredo MD. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS [Dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005
- Garcia TR, Nobrega MML da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Rev. Da Esc. Anna Nery*; 2009:13(1):188-193
- Green A, Edmonds L. Bridging the gap between the intensive care unit and general wards—the ICU Liaison Nurse. *Int. and Critic. Care Nursing*; 2004:20(3): 133-143.
- Higgins, JPGS, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of intervention [updated May 2005]: The Cochrane library; 2005(3).
- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, BR). “Pesquisa Nacional de Saúde 2015 – Indicadores de Saúde e Mercado de Trabalho”. Rio de Janeiro; 2015
- Jowett S, Armitage S. Hospital and community liaison links in nursing: the role of the liaison nurse. *Journal of Advanced Nursing*; 2008:579-587
- Lewis A, Levy J. Psychiatric liaison nursing: The theory and clinical practice. Reston Publishing Company, 1982.
- Machado MFAS et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2007;(12)2:335-342.
- Maciel SC, et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Rev. Psic: ciênc. e prof.* 2009: 29(3): 436-447.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R organizadores. Agir em Saúde – um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EM, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003.

Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica, n. 34 – Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Ministério da Saúde (BR). II Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final. Brasília (DF); 1994

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final. Brasília (DF); 2002.

Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF); 2005

Ministério da Saúde (BR). Relatório da oficina de trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Brasília (DF); 2001

Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2006.

Nascimento KC do, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev. Esc. Enf. USP; 2008; 42(4): 643-648.

Nicácio E. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Paim, JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Saúde coletiva: textos didáticos. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994. p.61-81, illus.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. Ciên. Saúde. 2014; 21(1):15-35

Pereira, AA, Andrade LOM, Lancetti A. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral-CE. In: Lancetti A, organizador. Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Reis, L.N. et al. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. de Enf.* 2013;15(4):862-869.

Rotelli F, Leonardis O de, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via – A Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio MF organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001.

Saraceno B. Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível. São Paulo: TeCorá; 2001.

Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001.

Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. *Rev Esc Enferm USP*; 2003; 37(4): 13-23.

Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B. d'Ávila, Viana AL organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002.

Souza, J de, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPs ad: o ecomapa como recurso. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2): 373-383.

Starfield, B. Responsabilidade na Atenção Primária, Integralidade da atenção: quem deveria fazer o que. In: Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. p. 313-365.

Teixeira C. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. *Saúde da Família*; 2006.

Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

Viana MC, et al. Sao Paulo Megacity Mental Health Survey-a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the Sao Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Rev. bras. de psiq.* 2009; 31(4): 375-386.

Yasui S. A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico [Dissertação]. Assis: Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 1999.

Anexos

ANEXO

ANEXO I – Ecomapa

Figura 2: Ecomapa da família de Guilherme, Pelotas, 2004.