

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Liliane Nicolini Mendes

**GESTÃO DE ALTA HOSPITALAR AO USUÁRIO COM DOENÇAS
CRÔNICO-DEGENERATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
ODONTOLÓGICO**

Santa Maria, RS
2022

Liliane Nicolini Mendes

**GESTÃO DE ALTA HOSPITALAR AO USUÁRIO COM DOENÇAS CRÔNICO-
DEGENERATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo.**

Orientadora: Prof. Dr^a. Ângela Kemel Zanella
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Unfer

Santa Maria, RS
2022

Liliane Nicolini Mendes

GESTÃO DE ALTA HOSPITALAR AO USUÁRIO COM DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo.**

Aprovado em 24 de Fevereiro de 2022:

Ângela Kemel Zanella Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Karine Winterhalter

Tássia Cassol

Santa Maria, RS
2022

RESUMO

GESTÃO DE ALTA HOSPITALAR AO USUÁRIO COM DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICO

AUTORA: Liliane Nicolini Mendes
ORIENTADORA: Prof. Dr^a. Ângela Kemel Zanella
COORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Beatriz Unfer

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui princípios para garantir o acesso universal, equânime e integral do usuário. É organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que articulam os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A atenção básica constitui a porta preferencial de entrada da RAS e a atenção terciária compõem o conjunto de terapias e procedimentos que caracterizam alta complexidade. A integração do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar proporciona atendimento integral ao paciente, pois as condições de saúde bucal podem estar associadas com condições de saúde sistêmicas. Assim, esse relato de experiência tem como objetivo coletar dados e informações sobre saúde bucal de pacientes internados com doenças crônico-degenerativas e propor a implantação de um formulário de encaminhamento odontológico após a alta hospitalar, como forma de articulação com a RAS. A saúde bucal de pacientes com doenças crônico-degenerativas apresenta características relativas ao autocuidado e a condição bucal do indivíduo antes da internação, repercussões das alterações metabólicas e funcionais decorrentes das doenças, e relacionadas a efeitos colaterais de medicamentos. Por isso, a importância de equipes multiprofissionais na construção de plano terapêutico integral, associando os cuidados recebidos na atenção terciária com a continuidade do trabalho na atenção básica. A partir disso, o acompanhamento adequado da saúde bucal desses pacientes trará benefícios para a sua saúde geral, através de uma avaliação completa, identificando manifestações bucais possibilitando um tratamento adequado. Por fim, a residência multiprofissional nos faz vivenciar um contínuo processo de ensino-aprendizado, possibilitando uma visão ampliada do cuidado integral ao paciente.

Palavras chaves: Alta hospitalar; Planejamento da Alta; Equipe Hospitalar de Odontologia.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF HOSPITAL DISCHARGE TO USERS WITH CHRONIC-DEGENERATIVE DISEASES: DENTAL EXPERIENCE REPORT

AUTHOR: Liliane Nicolini Mendes

ADVISOR: Prof. Dr^a. Ângela Kemel Zanella

CO-ADVISOR: Prof^a. Dr^a. Beatriz Unfer

The Unified Health System (SUS) has principles to guarantee universal, equitable and integral access to the user. It is organized into Health Care Networks (RAS) that articulate the levels of primary, secondary, and tertiary care. Primary care is the preferred gateway to the HCN and tertiary care comprises the set of therapies and procedures that characterize high complexity. The integration of the dentist in the hospital environment provides comprehensive patient care, as oral health conditions can be associated with systemic health conditions. Thus, this experience report aims to collect data and information on oral health of hospitalized patients with chronic-degenerative diseases and propose the implementation of a dental referral form after hospital discharge, as a form of articulation with the RAS. The oral health of patients with chronic degenerative diseases has characteristics related to self-care and the individual's oral condition before hospitalization, repercussions of metabolic and functional changes resulting from the diseases, and related to medication side effects. Therefore, the importance of multidisciplinary teams in the construction of a comprehensive therapeutic plan, associating the care received in tertiary care with the continuity of work in primary care. From this, the adequate monitoring of the oral health of these patients will bring benefits to their general health, through a complete evaluation, identifying oral manifestations allowing an adequate treatment. Finally, the multiprofessional residency makes us experience a continuous teaching-learning process, enabling an expanded view of comprehensive patient care.

Keywords: Hospital Discharge, Discharge Planning, Hospital Dental Team.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características bucais observadas em pacientes internados com doenças crônico-degenerativas.....	15
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
NIR	Núcleo Interno de Regulação de leitos
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. METODOLOGIA	13
3. RESULTADOS	14
4. DISCUSSÃO	16
5. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICE	24
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PÓS- ALTA HOSPITALAR- NÚCLEO ODONTOLÓGICO.....	24
ANEXO	25
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	25

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho está apresentado em forma de artigo científico, de acordo com as normas do periódico Revista da ABENO (ANEXO A).

GESTÃO DE ALTA HOSPITALAR AO USUÁRIO COM DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICO

Liliane Nicolini Mendes¹, Beatriz Unfer², Ângela Kemel Zanella³.

1. Residente do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

2. Departamento de Estomatologia. Tutora de núcleo do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

3. Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui princípios para garantir o acesso universal, equânime e integral do usuário. É organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que articulam os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A atenção básica constitui a porta preferencial de entrada da RAS e a atenção terciária compõem o conjunto de terapias e procedimentos que caracterizam alta complexidade. A integração do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar proporciona atendimento integral ao paciente, pois as condições de saúde bucal podem estar associadas com condições de saúde sistêmicas. Assim, esse relato de experiência tem como objetivo coletar dados e informações sobre saúde bucal de pacientes internados com doenças crônico-degenerativas e propor a implantação de um formulário de encaminhamento odontológico após a alta hospitalar, como forma de articulação com a RAS. A saúde bucal de pacientes com doenças crônico-degenerativas apresenta características relativas ao autocuidado e a condição bucal do indivíduo antes da internação, repercussões das alterações metabólicas e funcionais decorrentes das doenças, e relacionadas a efeitos colaterais de medicamentos. Por isso, a importância de equipes multiprofissionais na construção de plano terapêutico integral, associando os cuidados recebidos na atenção terciária com a continuidade do trabalho na atenção básica. A partir disso, o acompanhamento adequado da saúde bucal desses pacientes trará benefícios para a sua saúde geral, através de uma avaliação completa, identificando manifestações bucais possibilitando um tratamento adequado. Por fim, a residência

multiprofissional nos faz vivenciar um contínuo processo de ensino-aprendizado, possibilitando uma visão ampliada do cuidado integral ao paciente.

Descritores: Alta hospitalar; Planejamento da Alta; Equipe Hospitalar de Odontologia

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado pelas reivindicações do movimento da Reforma Sanitária nos anos 70 e 80, foi criado a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990 e pelo Decreto nº 7.508 de 2011. Possui princípios para garantir o acesso universal, equânime e integral do usuário e diretrizes como descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. É organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que articulam os níveis de atenção primária, secundária e terciária ^{1,2,3}.

Dessa forma, a Atenção Primária é a porta de entrada da RAS, e caracteriza-se pelo conjunto das ações de saúde individuais e coletivas que envolvem os processos de saúde. Dentre esses processos podemos citar: promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional, direcionada à uma população e território definidos ⁴.

A atenção terciária designa o conjunto de terapias e procedimentos que necessitam de especialização e tecnologia, caracterizando a alta complexidade. As atividades prestadas nesse nível são oferecidas geralmente pela unidade de atenção hospitalar ⁵.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no sentido de ampliar o acesso universal e garantir a integralidade e continuidade do cuidado. Nessa percepção, os hospitais devem ser entendidos como instituições complexas dotadas de tecnologias leves e duras, demandando uma assistência contínua em regime de internação e ações que agreguem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Considera que os hospitais, além de seu papel assistencial, devem se constituir em espaços de

educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a rede de atenção em saúde ⁶.

Devido ao aumento da expectativa de vida mundial, ocorreu uma mudança no quadro epidemiológico, com diminuição de pessoas com doenças infectocontagiosas e aumento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ⁷. As doenças crônicas possuem origem multifatorial, geralmente aparecem de forma gradual, exibem um curso clínico que pode ser longo e com períodos de crises agudas, o que gera prognósticos usualmente incertos e exigem procedimentos de cuidado multiprofissional ininterruptos em redes de atenção ⁶.

Desde 2008 está em tramitação no Senado Federal o Projeto de Lei nº 2.776/2008, que determina a obrigatoriedade da presença de cirurgiões-dentistas em hospitais públicos e privados ⁸. Este projeto de lei vem para corroborar a importância da odontologia no ambiente hospitalar, e se justifica pela necessidade de avaliação da cavidade bucal, suas características e microbiota, e um correto diagnóstico, para posterior atuação nas áreas de promoção, educação e prevenção associada à saúde bucal de pacientes hospitalizados ⁹.

A integração do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, proporciona um atendimento integral ao paciente, com as discussões de caso entre as equipes multiprofissionais. O papel do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar inicia pela avaliação dos pacientes, acompanhamento durante o processo de hospitalização e no decorrer da sua internação. As condições de saúde bucal estão correlacionadas com as condições de saúde sistêmicas do paciente. Visando evitar a proliferação de bactérias, fungos e conseqüentemente, possíveis infecções e piora no quadro sistêmico, desperta a importância de ações preventivas de saúde bucal durante a internação hospitalar ⁹.

O envolvimento da(o) cirurgiã(o)-dentista no atendimento de pacientes com doenças crônicas internados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) implica em avaliação bucal, identificação e resolução de necessidades bucais e acompanhamento. Essas avaliações muitas vezes são realizadas pelos residente da odontologia e o caso discutido com o seu preceptor de núcleo, para identificar as necessidades do paciente. As demandas identificadas durante o período de internação, se não solucionadas enquanto o paciente estiver hospitalizado, devem ser encaminhadas para continuidade do tratamento ou acompanhamento no pós-alta. Esses encaminhamentos devem ser articulados com os serviços de saúde bucal

presentes no município, na unidade básica de saúde referência do usuário. Até o momento, no HUSM não há registros específicos da avaliação, do tratamento e do acompanhamento odontológico durante o período de internação, e nenhum processo de gestão da alta hospitalar com respeito à saúde bucal dos pacientes. Para que o encaminhamento e acompanhamento no pós-alta seja realizado, é necessário o estabelecimento de protocolo que viabilize e auxilie este processo.

Assim, esse relato de experiência tem os objetivos de coletar dados da literatura sobre saúde bucal de pacientes com doenças crônicas e degenerativas e propor a implantação de um formulário de encaminhamento odontológico de pacientes internados, após a alta hospitalar, como forma de articulação com a rede de atenção em saúde.

2. METODOLOGIA

Este estudo tem caráter descritivo, na forma de relato de experiência, sobre o cuidado odontológico de pacientes com doenças crônico-degenerativas internados no Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM), foi desenvolvido durante o ano de 2021. O cuidado é realizado por cirurgiãs-dentistas que integram a equipe da Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar, ênfase Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A partir da análise do processo de Gestão de Alta Hospitalar foi identificada a ausência de registros específicos quanto aos encaminhamentos odontológicos de pacientes com doenças crônicas ao final do período de internação. Com o intuito de realizar a transferência de cuidados em saúde bucal de forma adequada, houve necessidade da criação e inclusão de um formulário no processo de alta hospitalar. O documento deveria conter dados e informações sobre os pacientes e sobre os procedimentos realizados durante a internação, a fim de guiar os pacientes e os profissionais de saúde dos serviços acerca da condição de saúde bucal e das principais necessidades de cuidado e acompanhamento após a alta hospitalar.

Concomitante à elaboração do documento de encaminhamento, foi buscado na literatura atual dados e informações sobre as principais doenças crônicas degenerativas e as repercussões destas na saúde bucal, como forma de subsidiar os profissionais envolvidos sobre as condutas de cuidado com os pacientes acometidos por estas patologias.

O documento foi elaborado pela residente cirurgiã-dentista (R2), autora deste trabalho, e discutido com os preceptores e uma residente (R1) de núcleo do HUSM. Posteriormente foi pré-testado em 3 pacientes, escolhidos aleatoriamente, em dias alternados, para realizar adequações.

3. RESULTADOS

A literatura mostra que a saúde bucal de pacientes com doenças crônico-degenerativas apresenta características relativas ao comportamento de autocuidado e condição bucal do indivíduo antes da internação, repercussões das alterações metabólicas e funcionais decorrentes das doenças, e repercussões relacionadas a efeitos colaterais de medicamentos (Tabela 1).

Tabela 1. Características bucais observadas em pacientes internados com doenças crônico-degenerativas ¹⁰⁻²².

PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS DE PACIENTES INTERNADOS	CONDIÇÕES BUCAIS FREQUENTES EM PACIENTES INTERNADOS	ALTERAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DAS PATOLOGIAS	EFEITOS COLATERAIS BUCAIS DECORRENTES DOS MEDICAMENTOS
Doença renal crônica Doença cardiovascular (Hipertensão) Doença respiratória (DPOC) Doença metabólica (Diabetes) Doença autoimune (AIDS)	Cárie dentária Doenças periodontais Higiene bucal precária Cálculo dentário Raízes residuais Edentulismo Uso ou necessidade de prótese Bruxismo	Halitose Hiperplasia gengival Palidez da mucosa bucal Infecções fúngicas bucais (Candidíase oral/Eritema gengival) Queilite angular Alterações/Lesões na mucosa bucal Sarcoma de Kaposi Infecções virais (herpes) Doenças periodontais necrosantes Leucoplasia pilosa Condições vesicular-ulcerativas	Diminuição do fluxo salivar Alteração na cicatrização tecidual Alterações de paladar Aumento/crescimento gengival Sangramento gengival aumentado

A pré-testagem do formulário foi realizada junto ao leito do paciente, em quartos de enfermarias com vários internados no mesmo ambiente. Este foi o primeiro desafio, pois sem privacidade para o paciente, a coleta de dados deveria ser predominantemente observacional, e a de informações deveria ser de cunho geral, de forma a não constranger o paciente.

Para o exame da cavidade bucal foi utilizado espelho bucal e espátula de madeira, com luz natural e/ou do ambiente, o que trouxe dificuldades do ponto de vista ergonômico para os examinadores e diminuiu a acurácia clínica. Entretanto, foi possível detectar a presença de cavidades de cárie e alterações na coroa dos dentes, alterações gengivais, presença de cálculo dentário, mobilidade dentária, ausência de dentes, presença/ausência de prótese, e lesões na mucosa bucal e na face.

Informações adicionais puderam ser obtidas por meio de Tomografia Computadorizada Multi Slace – CTdBem[®], disponibilizado no HUSM, que auxiliou o diagnóstico clínico. Para a realização de procedimentos odontológicos de nível ambulatorial, o HUSM disponibiliza dois consultórios em um contêiner, situado em local externo, próximo ao hospital. Salienta-se que estes atendimentos só podem ser prestados se o paciente tem condições clínicas para seu deslocamento até este local.

Com estes dados foi possível elaborar o formulário, que é composto pela identificação do paciente, dados clínicos e hospitalares gerais, avaliação da saúde bucal, procedimentos odontológicos realizados durante a internação, identificação de problemas e procedimentos odontológicos necessários após a alta, além da identificação do serviço de saúde de referência na atenção primária (APS) para estes pacientes. (Apêndice A).

4. DISCUSSÃO

O ingresso na Residência Multiprofissional Integrada (UFSM) Gestão e Atenção Hospitalar, área de concentração em Saúde do Adulto, com ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas, proporcionou experiência profissional na área da odontologia hospitalar e desenvolvimento multiprofissional. No campo da prática são desenvolvidas ações de núcleo e de campo, as quais se entrelaçam e se complementam ao longo do tempo. Como ação de núcleo cito a avaliação inicial de pacientes internados no HUSM. Após, discuto cada caso com o preceptor de referência. São solicitados exames complementares laboratoriais e de imagem, como a tomografia computadorizada dental. Após o diagnóstico e o tratamento proposto, discutimos com a equipe médica assistente do paciente, a equipe multiprofissional de residentes e o paciente sobre qual o melhor momento para intervenção odontológica, levando em consideração os riscos e benefícios ao paciente.

Como ações de campo, são realizadas discussões de casos na equipe multiprofissional da residência, quando são discutidos o processo saúde-doença dos pacientes e as possíveis intervenções de cada área profissional, para o atendimento integral ao paciente. No campo da assistência hospitalar é fundamental colocar em prática a clínica ampliada e a gestão da alta, que devem ser a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, como uma de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares⁶.

A clínica ampliada é um dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades do usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença⁶.

Por vezes, pacientes crônicos necessitam de internações hospitalares prolongadas, sendo necessário o planejamento adequando da alta, visando a integralidade e continuidade do cuidado. Desse modo, o planejamento e a gestão de alta deve ser um plano individualizado, identificando serviços, profissionais e a forma em que a transição dos cuidados deve ser feita, considerando a volta do paciente ao domicílio e ao território de saúde onde se localiza o serviço de atenção primária de referência²³.

As unidades hospitalares integradas a instituições de ensino, além de seu papel assistencial na RAS, são espaços de construção de conhecimento. Assim, a proposta apresentada neste relato teve início nas reuniões de Gestão de Alta no HUSM no início de 2020, com a presença da equipe multiprofissional de residentes da ênfase crônico degenerativo, juntamente com alguns profissionais efetivos do hospital, médica e enfermeira do Núcleo Interno de Regulação de leitos (NIR). As reuniões ocorriam semanalmente, onde era discutidos os casos de pacientes com alta permanência hospitalar (acima de 20 dias de internação). A equipe multiprofissional que já acompanhava o paciente durante a internação, discutia a data de previsão de alta e os encaminhamentos para o cuidado pós-alta hospitalar e a transição de cuidados para continuidade de acompanhamento na rede. Esta tarefa foi executada por todos os núcleos que integravam a equipe multiprofissional: como assistente social, farmacêutica, fonoaudióloga, cirurgião-dentista, nutricionista, psicólogo.

O significado das experiências

Para realizar encaminhamentos pós-alta, tentávamos contato com os profissionais da equipe multiprofissional de referência do usuário, para que pudessemos discutir o caso do paciente. Os meios que tínhamos acesso eram, na maioria das vezes, contatos telefônicos com os profissionais da unidade de referência da atenção básica e contatos com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas

informações por vezes acabavam não sendo repassadas de forma integral, devido a dois fatores: dificuldade de encontrar determinados profissionais, e não haver um documento específico multidisciplinar, relacionado com os atendimentos odontológicos prestados ao paciente durante o período de internação, que pudesse ser encaminhado para a atenção básica de forma complementar. Em conjunto com a equipe multiprofissional da residência, identificamos a necessidade da elaboração de um formulário, específico para cada núcleo, onde houvesse as informações necessárias do paciente, importantes no pós alta hospitalar.

A experiência de tentar implementar algo novo nos deixa apreensivos, mas foi possível ter um olhar ampliado, discutindo entre todos os profissionais da equipe multiprofissional, com o intuito final de um bem estar ao paciente. Neste sentido, tendo a residência como um cenário de formação, primeiro contato com o mercado profissional da maioria dos residentes, essas vivências práticas dentro de um hospital de alta complexidade trouxeram grandes aprendizados. Tentamos iniciar a construção de pontes entre a atenção terciária e atenção primária, para que no futuro esse trabalho seja consolidado e implementado de maneira que traga benefícios, tanto para o usuário como para um serviço de maior qualidade.

Como desafios, muitas vezes, podemos identificar altas hospitalares precoces e que o modelo biomédico hegemônico ainda predomina nos hospitais. Por muitas vezes, alguns usuários retornavam aos seus domicílios sem as orientações de forma completa. Isso se dava devido a diversos fatores, como comunicação ineficiente entre equipe medica-multidisciplinar, ou ausência de um plano terapêutico de cuidados multidisciplinares pós-alta. Diante desse contexto, é imprescindível que seja desenvolvido e construído um trabalho concomitante entre equipe a médica assistente e equipe multidisciplinar, com a finalidade de um bem estar do cuidado do paciente.

Em específico, como núcleo da odontologia, para que não haja perda das informações do paciente na realização da transição do cuidado, foi discutido juntamente com a equipe multiprofissional e os profissionais dentistas efetivos do HUSM e verificou-se a necessidade da criação de um formulário odontológico específico para o paciente. Para que, o mesmo fosse preenchido e encaminhado no momento da alta hospitalar, formalizando os tratamentos realizados no hospital e sinalizando para a atenção primária as necessidades prévias de tratamento com um compilado de informações referentes ao paciente. A partir disso, as informações do usuário estariam documentadas e possibilitando o registro físico, resultando numa

melhora na comunicação com a atenção básica de saúde. Como proposta futura para esse documento internamente, é fazer parte do sistema do HUSM, o AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários), para que seja preenchido diretamente pelo sistema, de forma aos outros profissionais do HUSM também tenham esse acesso.

Devido ao curto período para a elaboração e aplicação do formulário, foram realizados apenas testes, para que fosse possível identificar algumas falhas e realizar os ajustes necessários, para tornar o formulário objetivo e de fácil aplicabilidade. Ainda seriam necessários estabelecer reuniões juntamente com a atenção básica para discutir os feedbacks relacionados a validação do documento, discutir possíveis mudanças, visando uma construção conjunta. À partir disso, ficam desafios a serem implementados, como uma forma eficiente de contato, para realizar o encaminhamento do formulário no pós alta hospitalar para os profissionais da atenção básica. Outro ponto a ser observado é o paciente realmente procurar o atendimento na sua unidade de referência para a continuação do tratamento odontológico.

Considerando esse breve relato de experiência culminando com o final de dois anos de residência, foi uma oportunidade de um novo aprendizado e crescimento. Aprendi a desenvolver habilidades para melhorar a comunicação entre os profissionais, colocar em práticas pensamentos, ações críticas e reflexivas referentes ao meu trabalho. Identificar a conduta que traria benefício para o paciente naquele momento da internação, e o que seria possível realizar para que o mesmo tivesse melhores condições de saúde geral e bucal. Aprender a ter uma visão das demandas gerais do paciente, vê-lo como um todo. Discutir processos de trabalhos com colegas e profissionais do serviço, se readequar a equipes diferentes e formas de trabalhos já implementadas, a trabalhar em equipe multidisciplinar, não só com colegas dentistas. Aprender a entender opiniões diferentes, convergentes e tentar chegar a um resultado comum, que traga como benefício o bem-estar do paciente. Obtive um crescimento profissional imenso, diagnósticos bucais, tratamentos e intervenções necessárias para cada caso de paciente, mas o crescimento pessoal foi imensurável. Aprendi a me colocar ainda mais no lugar do outro, na situação que o paciente e família estavam passando naquele momento da internação, a ter mais empatia, com os colegas de trabalho, com toda equipe, com o paciente e com a sua família. Desenvolvi um cuidado ainda mais humanizado, levando em consideração a integralidade do cuidado, não apenas o conhecimento técnico, mas a valorização do atendimento individualizado ao usuário.

5. CONCLUSÃO

Levando em consideração o aumento mundial da expectativa de vida e o crescimento das doenças crônicas-degenerativas, o acompanhamento dos pacientes internados deve ser realizado de forma integral e contínuo. Por isso, a importância de equipes multiprofissionais na construção de plano terapêutico integral, associando os cuidados recebidos na atenção terciária com a continuidade do trabalho na atenção básica. A partir disso, o acompanhamento adequado da saúde bucal desses pacientes trará benefícios para a sua saúde geral, através de uma avaliação completa, identificando manifestações bucais e conseqüentemente possibilitando um tratamento adequado.

Por fim, a residência multiprofissional nos faz vivenciar um contínuo processo de ensino-aprendizado. Possibilitando uma visão ampliada do ato de cuidar, além de nos tornarmos profissionais com um cuidado integral ao paciente. O nosso estudo colabora para potencializar a aproximação da atenção terciária com a atenção primária, qualificando os serviços de saúde com foco diretamente nas necessidades do usuário. Sugere-se novos estudos com base na gestão de alta hospitalar e orientações de fluxos para encaminhamentos multiprofissionais, entre as redes de saúde, o que traria como benefício uma qualificação da assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. Brasil. Lei n.º 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, 20 de setembro de 1990. Seção 1.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto No 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de junho de 2011. Seção I
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2010; 15(5) 2297-2305.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União 30 dezembro 2013.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60 p.
8. Brasil. Projeto de Lei n.º 2.776, de 28 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.
9. Silva IO, Amaral FR, da-Cruz PM, Sales TO. A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. Revista Médica de Minas Gerais. 2017; 27 (1888).
10. Cardoso LKA, Medeiros MRS, Oliveira PT, Silveira EJD. Alterações orais em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2020; 24(1): 5-16.
11. Macedo MP, Souza LCD, Corrêa RGCF, Lopes FF. Aspects of dental care for patients hospitalized in a medical clinic from a university hospital. ABCS Health Sci. 2020; 45:1198.

12. Gonçalves JLA, Ribeiro EOA, Prestes GR, Soares KS. Avaliação da condição bucal de pacientes com doença renal crônica em tratamento na Fundação Hospital Adriano Jorge. *Arq Odontol.* 2019; 55: e05.
13. Kim YJ, Moura LM, Caldas CP, Perozini C, Ruivo GF, Pallos D. Avaliação da condição e risco periodontal em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Einstein.* 2017;15(2):173-7.
14. McKenna SJ. Dental Management of Patients with Diabetes. *Dent Clin N Am.* 2006; 50: 591–606.
15. Southerland J, Gill DG, Gangula PR, Halpern LR, Cardona CY, Mouton CP. Dental management in patients with hypertension: challenges and solutions. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry.* 2016.
16. Hupp WS. Dental Management of Patients with Obstructive Pulmonary Diseases. *Dent Clin N Am.* 2006; 50: 513–527.
17. Alfonsín AE, Bordoni N, Salgado P, Squassi AF. Dynamics of the medical-dental relationship in the University Hospital in Buenos Aires, Argentina. *Acta Odontol. Latinoam.* 2019; 32 (2): 57-64.
18. Mosca NG, Hathorn AR. HIV-Positive Patients: Dental Management Considerations. *Dent Clin N Am.* 2006; 50: 635–657.
19. Pipoli NCML, Freitas RB, Oliveira MB, Silva FL, Toniollo MB, Terada ASSD. Condição bucal de pacientes atendidos no hospital de um município do sudoeste goiano – um estudo descritivo. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro.* 2021; 1(1): 1-14.
20. Almeida HLB, Bittencourt AA, Soares GS, Caires NCM. Perfil de saúde bucal de pacientes internados em uma UTI pública em Manaus/AM. *Research, Society and Development.* 2021; 10(8): e1010817020.
21. Ribeiro HCS, Silva RFF, Brito CFL *et al.* Atendimento odontológico a pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. [Internet]. [acesso em 08 jan 2022] Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200700650.pdf>.
22. Álamo SM, Esteve CG, Pérez MGS. Dental considerations for the patient with renal disease. *J Clin Exp Dent.* 2011;3(2):e112-9.
23. Werner, S M. Proposta de um Modelo de Gestão para Alta Hospitalar Baseado na Abordagem Lean. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, p. 173, 2017.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF HOSPITAL DISCHARGE TO USERS WITH CHRONIC-DEGENERATIVE DISEASES: DENTAL EXPERIENCE REPORT

The Unified Health System (SUS) has principles to guarantee universal, equitable and integral access to the user. It is organized into Health Care Networks (RAS) that articulate the levels of primary, secondary and tertiary care. Primary care is the preferred gateway to the HCN and tertiary care comprises the set of therapies and procedures that characterize high complexity. The integration of the dentist in the hospital environment provides comprehensive patient care, as oral health conditions can be associated with systemic health conditions. Thus, this experience report aims to collect data and information on oral health of hospitalized patients with chronic-degenerative diseases and propose the implementation of a dental referral form after hospital discharge, as a form of articulation with the RAS. The oral health of patients with chronic degenerative diseases has characteristics related to self-care and the individual's oral condition before hospitalization, repercussions of metabolic and functional changes resulting from the diseases, and related to medication side effects. Therefore, the importance of multidisciplinary teams in the construction of a comprehensive therapeutic plan, associating the care received in tertiary care with the continuity of work in primary care. From this, the adequate monitoring of the oral health of these patients will bring benefits to their general health, through a complete evaluation, identifying oral manifestations allowing an adequate treatment. Finally, the multiprofessional residency makes us experience a continuous teaching-learning process, enabling an expanded view of comprehensive patient care.

Descriptors: Hospital Discharge, Discharge Planning, Hospital Dental Team.

Correspondência para:

Profa. Dra. Beatriz Unfer

e-mail: beatriz.unfer@ufsm.com

Departamento de Odontologia – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Av. Roraima, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Prédio 26F, nº 1000

Santa Maria/RS, 97105-900

APÊNDICE

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PÓS-ALTA HOSPITALAR- NÚCLEO ODONTOLÓGICO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PÓS-ALTA HOSPITALAR NÚCLEO: ODONTOLOGIA	
IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES HOSPITALARES	
SAME	
Nome do paciente	
Sexo	
Data de nascimento	
Endereço	
Motivo da internação	
Comorbidades	
Medicação em uso	
Contato HUSM	
CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DURANTE A INTERNAÇÃO	
Dentes cariados? () SIM () NÃO Obs.:	
Doença Periodontal? () SIM () NÃO Obs.:	
Cálculo dentário? () SIM () NÃO Obs.:	
Dentes com mobilidade? () SIM () NÃO Obs.:	
Raiz residual? () SIM () NÃO Obs.:	
Usa prótese? () SIM () NÃO Tipo: () Prótese Total () Superior () Inferior () Prótese Parcial Removível () Superior () Inferior () Prótese Fixa () Superior () Inferior Obs.:	
Necessidade de reabilitação protética ou confecção de nova prótese? () SIM () NÃO Obs.:	
Lesões em tecidos moles e/ou face? () SIM () NÃO Obs.:	
Possui Tomografia Computadorizada Dental? () SIM () NÃO Obs.:	
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO	
() SIM Procedimentos: () NÃO Obs.:	
NECESSIDADE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL APÓS ALTA HOSPITALAR	
() SIM () NÃO Obs.:	
REFERÊNCIA NA APS	
Utiliza ou utilizou serviço de atenção primária? () SIM Local: () NÃO Utiliza ou utilizou serviço odontológico? () SIM () NÃO Obs.:	

Encaminhado pela(o) CD:
CRO °.:

Assinatura

ANEXO

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

Normas para Apresentação

Missão - A Revista da ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico é uma publicação quadrimestral que tem como missão primordial contribuir para a obtenção de indicadores de qualidade do ensino Odontológico, respeitando os desejos de formação discente e capacitação docente, com vistas a assegurar o contínuo progresso da formação profissional e produzir benefícios diretamente voltados para a coletividade. Visa também produzir junto aos especialistas a reflexão e análise crítica dos assuntos da área em nível local, regional, nacional e internacional.

☐ Originais - Os originais deverão ser redigidos em português ou inglês e digitados na fonte Arial tamanho 12, em página tamanho A4, com espaço 1,5 e margem de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo o total de no máximo 17 páginas, incluindo quadros, tabelas e ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) ou no máximo 25.000 caracteres contando os espaços.

☐ Ilustrações - As ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) deverão ser limitadas ao mínimo indispensável, apresentadas em páginas separadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. As respectivas legendas deverão ser concisas e localizadas abaixo e precedidas da numeração correspondente. Nas tabelas e nos quadros a legenda deverá ser colocada na parte superior. As fotografias deverão ser fornecidas em mídia digital, em formato tif ou jpg, tamanho 10 x 15 cm, em no mínimo 300 dpi. Não serão aceitas fotografias em Word ou Power Point. Deverão ser indicados os locais no texto para inserção das ilustrações e de suas citações.

☐ Encaminhamento de originais – Solicita-se o encaminhamento dos originais de acordo com as especificações descritas em <http://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/>. A submissão on-line é simples e segura

☐ A estrutura do original

1. Cabeçalho: Quando os artigos forem em português, colocar título e subtítulo em português e inglês; quando os artigos forem em inglês, colocar título e subtítulo em inglês e português. O título deve ser breve e indicativo da exata finalidade do trabalho e o subtítulo deve contemplar um aspecto importante do trabalho.

2. Autores: Indicação de apenas um título universitário e/ou uma vinculação à instituição de ensino ou pesquisa que indique a sua autoridade em relação ao assunto.

3. Resumo: Representa a condensação do conteúdo, expondo metodologia, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras e em um único parágrafo.

4. Descritores: Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).

5. Texto: Deverá seguir, dentro do possível, a seguinte estrutura:

a) Introdução: deve apresentar com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com os outros trabalhos na mesma linha ou área. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e quando possível substituídas por referências aos trabalhos mais recentes, onde certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados. Lembre-se que trabalhos e resumos de teses devem sofrer modificações de forma a se apresentarem adequadamente para a publicação na Revista, seguindo-se rigorosamente as normas aqui publicadas.

b) Material e métodos: a descrição dos métodos usados deve ser suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e repetição do trabalho, não sendo extensa. Técnicas já publicadas, a menos que tenham sido modificadas, devem ser apenas citadas (obrigatoriamente).

c) Resultados: deverão ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

d) Discussão: deve ser restrita ao significado dos dados obtidos, resultados alcançados, relação do conhecimento já existente, sendo evitadas hipóteses não fundamentadas nos resultados.

e) Conclusões: devem estar baseadas no próprio texto.

f) Agradecimentos (quando houver).

6. Abstract: Resumo do texto em inglês. Sua redação deve ser paralela à do resumo em português.

7. Descriptors: Versão dos descritores para o inglês. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).

8. Referências: Devem ser normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações publicadas no site da “National Library of Medicine” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as citações no corpo do texto deve-se utilizar o sistema numérico, no qual são indicados no texto somente os números-índices na forma sobrescrita. A citação de nomes de autores só é permitida quando estritamente necessária e deve ser acompanhada de número-índice e ano de publicação entre parênteses. Todas as citações devem ser acompanhadas de sua referência completa e todas as referências devem estar citadas no corpo do texto. As abreviaturas dos títulos dos periódicos deverão estar de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>). A lista de referências deve seguir a ordem em que as mesmas são citadas no texto. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

9. Autor correspondente, com e-mail e endereço.