

DANIELA FLISTER MONTEIRO LIBÂNIO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DOS PORTADORES DE DIABETES NO
CENTRO DE SAÚDE GLÓRIA**

Belo Horizonte

2009

DANIELA FLISTER MONTEIRO LIBÂNIO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DOS PORTADORES DE DIABETES NO
CENTRO DE SAÚDE GLÓRIA**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal de Minas Gerais para
obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva

Orientadora: Enia Salles Rocha

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2009

DEDICATÓRIA

ESTE TRABALHO É DEDICADO AOS PACIENTES QUE DELE SE BENEFICIAREM.

AGRADECIMENTOS

OBRIGADO ÀS MINHAS FILHAS E AO MEU MARIDO POR ESTAREM EM MINHA VIDA.

AGRADEÇO, TAMBÉM E ESPECIALMENTE À ENIA, MINHA TUTORA POR SUA DEDICAÇÃO.

RESUMO

As características debilitantes e degenerativas do diabetes e sua interferência no modo de vida do portador e suas interações com outras condições sistêmicas fazem desta doença uma prioridade. Este estudo teve como objetivo incluir os pacientes diabéticos do Centro de Saúde Glória (CSG) no atendimento odontológico, bem como trabalhar a integralidade do atendimento junto a toda a equipe de saúde, desenvolvendo atividades de promoção e educação em saúde. Inicialmente a pesquisadora participou das reuniões das equipes de saúde, onde expôs a importância da necessidade da saúde bucal para o controle do diabetes. A partir deste momento, a equipe de saúde bucal (ESB) participará nas atividades de educação para a saúde, fará a codificação e o agendamento dos pacientes diabéticos para a consulta odontológica. Os pacientes diabéticos encaminhados farão a ficha clínica e exame clínico pelo cirurgião dentista e escovação supervisionada pela Técnica de Saúde Bucal (TSB). Para avaliação periodontal será usado o Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (ICNTP). O paciente fará todo o tratamento necessário e após concluído, serão realizadas consultas de manutenção para o controle da doença com periodicidade de acordo com cada caso. Os casos de especialidades serão encaminhados para os centros de saúde específicos. Após o contato inicial com a equipe de saúde, foram encaminhados para atendimento odontológico 17 pacientes com diagnóstico de diabetes. Observou-se que os pacientes eram em sua maioria do gênero feminino, com idade entre 50 a 59 anos (47%) e com idade entre 60 a 69 anos (29,4%). A grande maioria (94,04%) apresentava diagnóstico de diabetes tipo 2. A maioria dos pacientes (82,35%) era dentada. Com relação ao exame periodontal, observou-se que a presença de cálculo foi a condição mais prevalente (43%), seguida pela condição de sextante excluídos, onde a perda de dentes ocorreu em 28,5% e presença de bolsa periodontal de mais de 6mm em 14,5% dos pacientes. Este é um estudo piloto que após observar que os resultados foram satisfatórios será estendido às demais equipes de saúde bucal do CSG. Conclui-se que o cirurgião dentista deve conhecer as alterações bucais e sistêmicas dos pacientes diabéticos e manter o diálogo efetivo com toda a equipe de saúde da família.

Palavras chave: Odontologia, pacientes diabéticos, doenças bucais.

ABSTRACT

The debilitating and degenerative characteristics of diabetes and its interference in the living way of the patient and its interactions with other systemic conditions make this disease a priority.

This study had the purpose of including diabetic patients of Centro de Saúde Glória (CSG) in the dentist serving, as well as working the integrality of the serving together with the whole health team, developing activities of promotion and health education. At the beginning the researcher participates of meetings of the health teams, where she presents the importance of oral health for the diabetes control. Later on, the oral health team will participate in the activities of education for health, coding activities and the scheduling of diabetic patients for dentist appointment. The diabetic patients will do the clinical file and clinical exam by the dentist and supervising teeth brush by the oral health technician. For the periodontal evaluation will be used the Community Index of Periodontal Necessities (ICNTP). The patient will do all the necessary treatment and after concluded will be carried maintenance consultations for disease control at a periodic time in accordance with each case. The cases with specialties will be direct to specific health centers. After the initial contact with the health team, were direct to dentist appointment 17 patients with diabetes diagnostic. It was observed that the patients were in their majority of the female gender, with age between 50 and 59 (47%) and with age between 60 and 69 (29.4%). The majority presented diabetes type 2 (94.04%) and had teeth (82.35%). Regarding the periodontal exam, it was observed that the presence of calculus was the prevalence condition (43%), followed condition of sextant excluded, where the lost of teeth happened in 28.5% and presence of periodontal bag of more than 6mm in 14.5% of the patients. This is a pilot study that after observing that the results were satisfactory will be extended to the remaining health oral teams of CSG. The conclusion is that the dentist must know the oral and systemic alterations of the diabetic patients and keep a effective dialog with all family health team.

Keywords: Dentist, diabetic patients, oral diseases.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1-INTRODUÇÃO----- | 1 |
| 2-REVISÃO DE LITERATURA----- | 2 |
| 2.1-Diabetes----- | 2 |
| 2.2-Achados Bucais----- | 4 |
| 2.3 -A Integridade do Atendimento ----- | 5 |
| 2.4-O Paciente Diabético no Atendimento Odontológico----- | 7 |
| 2.5-Emergências Durante o atendimento----- | 10 |
| 3-METODOLOGIA----- | 10 |
| 4-RESULTADOS e DISCUSSÃO----- | 12 |
| 5-CONCLUSÃO----- | 15 |
| 6-REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS----- | 16 |

1.INTRODUÇÃO

Constitui-se o diabetes Mellitus num sério problema de saúde na atualidade cuja abrangência envolve todas as classes sociais e requer, do ponto de vista da saúde pública, uma abordagem multidisciplinar por ser degenerativa e debilitante interferindo no modo de vida do portador, interagindo com outras condições sistêmicas e locais fazendo dessa doença no programa de atenção básica no Brasil uma prioridade (Maia et al., 2005).

O diabetes Mellitus é uma desordem metabólica de origem endócrina que provoca inúmeras alterações de ordem sistêmica. Caracteriza-se por uma deficiência na síntese de insulina pelas células pancreáticas, alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos. O diabetes influencia a instalação e progressão da doença periodontal causando dificuldade na cicatrização podendo alterar o metabolismo da glicose e, conseqüentemente, dificultar o controle da doença (Madeiro et al., 2005).

Em grande parte das cidades brasileiras a atenção ao paciente diabético está atrelada a unidade de saúde da família. O Programa de Saúde da Família (PSF) é a estratégia utilizada para a organização da assistência a este grupo. A equipe de saúde da família, dentro das suas atribuições, deve desenvolver ações com a finalidade de garantir atenção integral, utilizando normas e protocolos para seu acompanhamento. A inclusão da odontologia no PSF representa uma importante contribuição para a melhoria da qualidade de vida destes pacientes (Maia et al., 2005).

No Centro de Saúde Glória existe um controle permanente dos usuários portadores de diabetes através de grupos operativos, consultas regulares e busca ativa feita pelos ACSs (agentes comunitários de saúde). Os profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família estão

realizando, ações de atenção integral, fazendo acompanhamentos periódicos dos casos crônicos. Pretende-se com este estudo, criar um fluxo para o atendimento odontológico aos portadores de diabetes que participam dos grupos operativos. Os médicos e enfermeiros que fazem o controle destes pacientes, os encaminharia para o atendimento odontológico, e, após finalizado o tratamento, de acordo com cada caso, o cirurgião dentista estabeleceria a frequência para a manutenção preventiva.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes

O diabetes Mellitus é considerado uma das principais doenças crônicas do mundo moderno. Nas últimas décadas, vem crescendo a sua importância em decorrência de vários fatores, tais como: maiores taxas de urbanização e industrialização, sedentarismo, obesidade, aumento da esperança de vida e maior sobrevivência dos portadores de diabetes (TOMITA et al., 2002).

O diabetes, segundo Echemedia e Puig (1995), é uma síndrome heterogênea com alterações das células beta do pâncreas, com conseguinte déficit de insulina e da resistência periférica. O diabetes tipo 1 predomina o primeiro transtorno, em que os fatores imunológicos são mais importantes. O diabetes tipo 2 é o não insulino dependente, onde os fatores genéticos e ambientais predominam e apresentam alta frequência de obesidade. Em concordância Sonis et al.,(1996), conceituam o diabetes Mellitus como sendo o resultado da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada tanto pela baixa produção pelo pâncreas, como pela falta de respostas dos tecidos periféricos a insulina. Definem como paciente com diabetes tipo 1 insulino-dependente, e tipo 2 não insulino-dependente. O diabetes do tipo 2 correspondem a 90% dos casos e ocorre a partir dos 40 anos de idade.

De acordo com Gross et al.,(2002)a classificação etiológica do diabetes Mellitus é a seguinte :

- I-Diabetes tipo 1 : Destruição das células beta, usualmente levando à deficiência completa de insulina

A-auto imune

B-idiopatico

- II-Diabetes tipo 2: Graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina

- III-Outros tipos específicos

A-Defeitos genéticos da função da célula beta

B-Defeitos genéticos da ação da insulina

C-Doenças do pâncreas exócrino

D-Endocrinopatias

E-Indução por drogas ou produtos químicos

F-Infecções

G-Formas incomuns de diabetes imuno-mediado

- IV-Diabetes gestacional

A insulina é um hormônio protéico cujas funções principais são impedir que a taxa de açúcar no sangue, a glicemia, venha a ultrapassar após a alimentação os valores de 160-180mg/dl. Possui também as funções de armazenar glicose no fígado e nos músculos na forma de glicogênio, participar do crescimento ósseo, muscular e de vários órgãos (GYTON, 1997).

Segundo Sonis et al.,(1996) o diabetes afeta 17 em cada 1000 pessoas entre 25 e 44 anos ,79 em cada 1000 em idade de 65 anos. Consideram que 3 a 4% dos pacientes adultos portadores de diabetes se submetem a tratamento odontológico.

De acordo com Tramontina (1997), o diabetes é uma das doenças mais freqüentes nas sociedades modernas. Na população brasileira 7,6% é apresentam diabetes e 46% dos que apresentam tal patologia, ainda não foram diagnosticados.

2.2 Achados bucais

Madeiro et al., (2005), consideram que o diabetes influencia na instalação e progressão da doença periodontal, devido a dificuldade cicatricial. O curso clinico da doença periodontal pode alterar o metabolismo da glicose e dificultar o controle do diabetes. Deve ser motivo, então, de preocupação entre os cirurgiões dentistas essa estreita relação entre o diabetes e a doença periodontal.

O achado mais comum em pacientes diabéticos mal controlados é a doença periodontal. Destes pacientes aproximadamente 75% possuem doença periodontal com aumento de reabsorção alveolar e alterações inflamatórias gengivais. Nos pacientes tipo 1, insulino dependentes a doença periodontal é caracterizada por uma rápida progressão na formação de bolsas, com presença freqüente de abscessos agudos. Uma possível explicação para estas alterações é a presença de microangiopatia e resposta leucocitária deficiente nas infecções (Sonis et al., 1996).

Tramontina (1997), ainda relata que no paciente diabético não-compensado há lentidão na síntese do colágeno, o que facilita a deiscência e a contaminação de feridas cirúrgicas causando retardo da reparação. Segundo Lindhe, Karring e Lang (1997) os mecanismos pelos quais o diabetes pode

contribuir para a periodontite incluem mudanças vasculares, disfunção de neutrófilos e da síntese de colágeno, predisposição genética, além de mudanças na microbiota gengival.

De acordo com Tomita et al., (2002), o diabetes pode influenciar não apenas a prevalência e a severidade da periodontite, como também a sua progressão.

Sonis et al., (1996) descrevem que os pacientes diabéticos não controlados podem apresentar xerostomia e abscessos recorrentes, hipoplasia e hipocalcificação do esmalte, podendo resultar em uma grande quantidade de lesões cariosas. Podem ocorrer também padrões anormais de erupções em crianças.

Madeiro et al., (2005), concluíram que nos pacientes diabéticos não controlados e com precário controle de placa bacteriana, a doença periodontal se instala mais rapidamente e é mais severa .

Tomita et al., (2002) realizaram um estudo com 1315 pacientes com idade de 30 a 92 anos em uma população nipo-brasileira do município de Bauru (São Paulo) para avaliar a relação entre a doença periodontal e o diabetes Mellitus . Encontraram uma frequência levemente maior de bolsas periodontais profundas e perda severa de inserção entre os portadores de diabetes em relação aos normoglicêmicos. Concluíram que a abordagem epidemiológica da condição periodontal e a associação com doenças sistêmicas como o diabetes, oferece uma importante contribuição para orientação e adoção de medidas de prevenção e controle dessas enfermidades.

2.3 A integralidade do atendimento

A avaliação geral das condições de saúde nas etapas de diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento deve ocupar um lugar de destaque na clínica odontológica. Através dos estudos clínicos epidemiológicos contemporâneos, uma das maiores contribuições é a demonstração de que diversas patologias com alta prevalência nos seres humanos não apresentam um único fator

causal, em sua maioria são resultantes da complexa interação de fatores de ordem biológica, sócio-comportamentais e política. No sentido de uma abordagem sistêmica dos problemas de saúde da população deve haver a priorização da interação do conhecimento entre diversas áreas (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Segundo Carvalho et al., (2004) , a inclusão de equipe de saúde bucal (ESB) no programa de saúde da família (PSF), na estratégia da reorganização da atenção básica, elevando as condições de saúde bucal da população através da ampliação do acesso e atenção qualificada, é um avanço para o país.

No Brasil o PSF foi criado em 1994 e desde então, tem sido considerado uma estratégia eficaz na reorganização da atenção básica. Seu foco é na família e na clientela adscrita, cuja pratica segue a lógica da epidemiologia social. Estabelece vínculo, laços de compromisso e responsabilidade entre profissionais e a população (MS, 1997).

Segundo Santos e Assis (2006), vinculo e autonomia se cruzam no resgate da relação trabalhador-usuário possibilitando saberes mais horizontalizados e estreitamento de laços. A pratica da saúde bucal está na transição do velho (fragmentação) e o novo (integralidade) num processo em construção.

De acordo com Souza et al., (2003), “a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham na área odontológica”.Os autores descrevem que dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico 3 a 4 % são diabéticos. A doença periodontal é a manifestação odontológica mais comum, estando presente em 75% destes pacientes. Concluem que é importante que haja um dialogo mais efetivo entre cirurgiões-dentistas e médicos, elevando os índices de sucesso terapêutico.

A atenção odontológica faz parte do tratamento integral do paciente diabético para que se obtenha um controle metabólico ótimo. Muitas vezes uma infecção bucal não tratada contribui para o descontrole da glicemia do paciente diabético. Por outro lado pacientes com o controle metabólico inadequado, apresentam um agravamento nas alterações periodontais (Sonis et al., (1996).

2.4 O paciente diabético no atendimento odontológico

Segundo Gross et al.,(2002) os critérios de diagnóstico do diabetes baseiam-se na glicose plasmática de jejum (8 horas), nos pontos de jejum e de 2 horas após sobrecarga oral de 75g de glicose (teste oral de tolerância à glicose-TOTG) e na medida de glicose plasmática casual, conforme descrição no quadro 1. O quadro inclui as diversas categorias diagnósticas para adultos e para diabetes gestacional.

| categoria | jejum | TOTG-75g-2h | casual |
|---|-------------|-------------|------------------|
| normal | <110 | <140 | |
| Glicose plasmática de jejum alterada | >110 e <126 | | |
| Tolerância à glicose diminuída | <126 | >140 e <200 | |
| Diabetes Mellitus | >126 | >200 | >200 com sintoma |
| Diabetes Gestacional | >110 | >140 | |

Quadro 1-Gross et al.,(2002).

Na avaliação dentária de um paciente portador de diabetes deve-se primeiramente determinar o tipo de diabetes (adulto ou juvenil), identificar a terapia que está sendo empregada, a adequação do controle da doença e a presença de complicações neurológicas, vasculares, renais e ou

infecciosas. Os pacientes diabéticos tipo 1 são mais suscetíveis a desenvolver as complicações da doença. Pacientes diabéticos são ainda propensos a infecções, devido ao comprometimento das respostas do hospedeiro. Deve ainda ser questionado sobre a duração da doença a ocorrência de hipoglicemia, a história de hospitalização pós-cetoacidose e qualquer modificação sobre o regime terapêutico. Com base nas informações obtidas os pacientes com diagnóstico de diabetes podem ser enquadrados em categorias de risco específicos, devendo seguir roteiros específicos de tratamento, de acordo com o quadro 2 abaixo (Sonis et al., 1996)

| Conduta do cirurgião dentista recomendada de acordo com o grau de risco | | | |
|---|--|--|---|
| Paciente | | Procedimentos não cirúrgicos | Procedimentos cirúrgicos |
| Pequeno risco | Bom controle metabólico com regime médico estável, ausência de histórico de cetoacidose ou hipoglicemia, glicemia em jejum inferior a 200mg/dl, taxa de hemoglobina glicosilada de 7% | Com precauções devidas | Acrescidos de sedação auxiliar e adequação da dose de insulina |
| Risco moderado | Controle metabólico razoável com regime médico estável, ausência de história recente de cetoacidose ou hipoglicemia, glicemia em jejum abaixo de 250mg/dl, taxa de hemoglobina glicosilada de 7 a 9% | Com possível uso de sedação auxiliar | Cirurgias menores: ajuste da insulina e possibilidade de internação |
| Grande risco | Controle metabólico deficiente, sintomas freqüentes, problemas freqüentes com cetoacidose e hipoglicemia, múltiplas complicações, glicemia em jejum superior a 250mg/dl, taxa de hemoglobina glicosilada acima de 9% | Tratamentos devem ser paliativos. Deve-se adiar o tratamento até as condições metabólicas se equilibrarem. Controle enérgico das infecções bucais. | |

Quadro 2-Fonte: SONIS et al., 1996.

Souza et al., (2003) e Madeiro et al.,(2005), descrevem que pacientes diabéticos controlados podem ser tratados de maneira similar ao paciente não diabético em quase todos os procedimentos dentários de rotina. Souza et al.,(2003) descrevem que procedimentos cirúrgicos mais complexos necessitam de cuidados especiais, sendo importante o contato com o médico que o acompanha. Com o objetivo de diminuir a tensão, devem ser realizadas as consultas curtas no início da manhã, por que neste horário os níveis endógenos de corticosteróides são geralmente altos e os procedimentos estressantes podem ser mais bem tolerados, podendo-se utilizar se necessário, técnicas de sedação auxiliares. Ressaltam a importância em orientar o paciente sobre a dieta para que se alimente adequadamente antes da consulta.

Alem dos autores acima, também Kitamura et al., (2004), fazem algumas considerações no tratamento odontológico do paciente diabético não compensado e com risco de infecção secundária. Para o controle da ansiedade deve haver uma boa relação profissional / paciente, e as consultas deverão ser curtas. Nestes casos descrevem a necessidade de realizar antibioticoterapia profilática, administrar solução anestésica sem adrenalina como vasoconstritor, por que a adrenalina provoca a quebra de glicogênio em glicose e pode causar hiperglicemia. Havendo necessidade de usar vasoconstritores a escolha é dos vasoconstritores sintéticos como a felipressina. Na fase pós operatória deve-se ficar atento para à possível presença de infecções secundárias e sangramentos. Afirmam, ainda, que o ácido acetilsalicílico (AAS), as sulfas, a oxifenilbutazona e os corticosteróides não devem ser administrados ou administrados com cautela em pacientes diabéticos por que podem aumentar a atividade da insulina e dos medicamentos hipoglicemiantes . O uso prolongado dos corticosteróides pode provocar hipoglicemia.

2.5 Emergências durante o atendimento

Uma emergência comum durante o atendimento odontológico de pacientes diabéticos é a hipoglicemia, situação em que a glicemia no sangue cai abaixo de 50mg% , acompanhado de sinais e sintomas que quando reconhecidos devem ser imediatamente tratados. O tratamento consiste na ingestão de açúcar, podendo-se usar água com açúcar, balas ou outros doces. Os sinais e sintomas podem ser de dois tipos básicos:

- 1) Sintomas adrenérgicos: desmaio, fraqueza, palidez, nervosismo, suor frio, irritabilidade, fome, palpitações e ansiedade.
- 2) Sintomas neuroglicopênicos: São conseqüentes da deficiência no aporte de glicose ao cérebro. Causam visão turva, diplopia, sonolência, dor de cabeça, perda da concentração , paralisia, distúrbios de memória, confusão mental, falta de coordenação motora e disfunção sensorial, podendo também chegar a manifestação de convulsões e coma (Souza et al.,2003).

Kitamura et al., (2004),orientam que quando houver a perda de consciência numa crise de hipoglicemia, o médico de emergência deve ser contactado. Nas crises de hiperglicemia, quando a glicose no sangue eleva-se acima de 200mg%, ocorre mais lentamente que a hipoglicemia e os sinais e sintomas são revelados pela presença de poliúria polifagia e polidipsia. Quando constatado a glicemia acima de 400mg% deve-se encaminhar o paciente ao médico.

Nos casos de emergências odontológicas, para o alívio da dor nos processos agudos, é de grande importância administrar imediatamente após a intervenção do cirurgião dentista o antibiótico de escolha.

3.METODOLOGIA

O Centro de Saúde Glória está situado na regional Noroeste e a área de abrangência está classificada como médio risco pelo índice de vulnerabilidade social. Apresenta um total de 22.591 habitantes com 7.844 famílias desses 10761 (47,6%) com idade acima de 30 anos. A equipe de saúde é composta de cinco equipes de saúde da família denominadas equipes Estrela, Ar, Água, Fogo e Terra com cinco generalistas, cinco enfermeiras e oito auxiliares de enfermagem. A equipe de apoio conta com uma enfermeira, um médico pediatra, uma médica psiquiatra, uma médica ginecologista, duas auxiliares de enfermagem e quatro auxiliares administrativos. Possui duas equipes de saúde bucal, composta por dois cirurgiões dentistas, uma técnica em saúde bucal (TSB) e duas auxiliares em saúde bucal (ASB). A pesquisadora faz parte da equipe dois de saúde bucal e é responsável pelas equipes Ar, Fogo e metade da equipe Água, que correspondem a 10.803 usuários.

Para a criação de fluxos de atendimento odontológico aos pacientes em controle de diabetes do Centro de Saúde Glória foi necessário que a pesquisadora participasse das reuniões das equipes de saúde. Neste momento foi descrito pela pesquisadora a importância da necessidade da saúde bucal para o controle do diabetes. Constatou-se que uma das equipes, a equipe fogo já havia iniciado seu grupo operativo para pacientes diabéticos e hipertensos desde a chegada de uma nova médica generalista. A partir deste momento, a equipe de saúde bucal participará nas atividades de educação para a saúde, fará a codificação e o agendamento dos pacientes diabéticos de todas as equipes. As equipes Ar e água que no momento não estavam fazendo grupos operativos, encaminharão os pacientes diretamente para a odontologia, para ser acolhido, codificado, e agendado.

Os pacientes diabéticos encaminhados para o consultório odontológico da unidade de saúde farão uma ficha clínica e exame clínico (anamnese, exame intra e extra oral, avaliação de lesões de

mucosa e índices de carie e periodontal). A escovação supervisionada será realizada pela TSB. Para avaliação periodontal será usado o índice Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (ICNTP) que permite avaliar, através de sondagem do elemento dental 14 ao 17, do 13 ao 23, do 24 ao 27, do 34 ao 37, do 33 ao 43 e do 44 ao 47, a higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa periodontal. Os terceiros molares não serão incluídos a não ser que estejam no lugar dos segundos molares. Para se considerar o sextante como unidade de registro devem estar presentes pelo menos dois dentes em função. O paciente fará todo o tratamento necessário e após concluído, serão realizadas consultas de manutenção com periodicidade de acordo com cada caso para controle da doença, com escovações supervisionadas, raspagem de tártaro e polimento coronário. Os pacientes que apresentarem problemas periodontais mais graves, como bolsas acima de 4mm serão encaminhados para a especialidade de periodontia e outros encaminhamentos que se fizerem necessários.

Após o contato inicial com a equipe de saúde, foram encaminhados para atendimento odontológico 17 pacientes com diagnóstico de diabetes, sendo que um paciente apresentava diagnóstico de diabetes tipo 1 (13 anos) e 16 diabetes tipo 2 (44 a 69 anos).

4.RESULTADOS e DISCUSSÃO

Durante a implantação do fluxo de atendimento aos pacientes com diagnóstico de diabetes do centro de saúde Glória ocorreram algumas mudanças. A equipe Fogo que estava fazendo o grupo operativo deixou de fazê-lo temporariamente devido a grande demanda por consultas e problemas com agendamentos. A equipe Ar ficou sem o seu generalista por dois meses e houve a troca da enfermeira, portanto todo o processo de reunião e conversa com a equipe teve que ser refeito para retomada dos encaminhamentos .

Após o exame dos 17 pacientes diabéticos encaminhados para exame odontológico no Centro de Saúde Glória encontrou-se que possuíam idade entre 13 a 69 anos, sendo 47% com idade entre 50 a 59 anos e 29,4% com idade entre 60 a 69 anos. A grande maioria (94,04%) representava diagnóstico de diabetes tipo 2 (tabela 1).

Tabela 1: Diagnóstico do tipo de diabetes dos pacientes participantes do estudo atendidos no consultório odontológico do Centro de Saúde Glória. Belo Horizonte, 2009.

| | Diabetes tipo1 | Diabetes tipo 2 |
|---------------------|-----------------------|------------------------|
| 13 anos | 6% | |
| 44 a 49 anos | | 17,64% |
| 50 a 59 anos | | 47% |
| 60 a 69 anos | | 29,4% |

O gênero feminino representou a maioria correspondendo a 76,47% (Tabela 2).

Tabela 2: Gênero dos pacientes diabéticos participantes do estudo atendidos no consultório odontológico do Centro de Saúde Glória. Belo Horizonte, 2009.

| Gênero | N | % |
|------------------|----------|----------|
| Masculino | 4 | 23,5% |
| Feminino | 13 | 76,5% |

A maioria dos pacientes deste estudo (82,35%) eram dentados (tabela 3)

Tabela 3: Classificação dos pacientes diabéticos participantes do estudo do Centro de Saúde Glória quanto a presença de dentes. Belo Horizonte, 2009.

| | N | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Presença de dentes | 14 | 82,35% |
| Ausência de dentes | 3 | 17,64% |

No C.S. Glória, em um levantamento atual feito pelos agentes comunitários de saúde, foram encontrados 706 diabéticos residentes na área de abrangência, cerca de 6.5% da população maior que 30 anos de idade. A prevalência de diabetes no Brasil, semelhante a de vários países desenvolvidos em indivíduos entre 30 e 70 anos é de 7,6%, sendo 90% do tipo 2, 5 a 10% do tipo 1 e 1 a 2 % do tipo secundário ou associado a outras síndromes (SESMG, 2007), que está em concordância com a amostra deste estudo.

Com relação ao exame periodontal observou-se que a presença de cálculo foi a condição mais presente (43%), seguida pela condição de sextante excluídos, onde a perda de dentes ocorreu em 28,5%, e presença de bolsa periodontal de mais de 6mm em 14,5% (tabela 4).

Tabela 4: Resultado do exame periodontal dos pacientes dentados diabéticos participantes do estudo do Centro de Saúde Glória. Belo Horizonte, 2009.

| ICNTP | N de PAC. | % |
|-------------------|-----------|-------|
| SADIOS | 1 | 7% |
| SANGRAMENTO | 0 | 0% |
| CÁLCULO | 6 | 43% |
| BOLSA 4 a 5 mm | 1 | 7% |
| BOLSA +de 6 mm | 2 | 14,5% |
| SEXTANTE EXCLUÍDO | 4 | 28,5% |

Dados relativos a condição periodontal mostraram que apenas cerca de 18,0% dos adultos e 4,0% do idosos apresentaram gengivas saudáveis, isto é sem sinais de doença periodontal (SESMG 2007). Nesta amostra somente 7% apresentaram-se saudáveis.

No projeto SB-BRASIL, 2003 (MS, 2004) em 7811 participantes na faixa etária de 35 a 44 anos o maior índice foi de presença de cálculo em 45,5%, e na faixa etária de 65 a 74 anos foi 75,1% de pacientes com sextante excluídos.

Na amostra deste trabalho, o cálculo foi a condição periodontal mais predominante correspondendo a 43%, seguidos dos sextantes excluídos com 28,5%, bolsa maior que 6mm 14,5% com bolsa de 4 a 5 mm e saudáveis 7%. Em um estudo feito em Bauru S.P., por Tomita et al., (2002), os resultados foram parecidos pois o cálculo foi também a condição periodontal que mais prevaleceu (49,4%).

5. CONCLUSÃO

Concluiu-se que os pacientes diabéticos do C.S. Glória encaminhados para o exame bucal eram em sua maioria do gênero feminino, com idade entre 50 a 59 anos (47%) e com idade entre 60 a 69 anos (29,4%). A grande maioria (94,04%) representava diagnóstico de diabetes tipo 2. A maioria dos pacientes (82,35%) eram dentados.

Com relação ao exame periodontal observou-se que a presença de cálculo foi a condição mais prevalente (43%), seguida pela condição de sextante excluídos (28,5%), onde a perda de dentes ocorreu em 28,5%, e presença de bolsa periodontal de mais de 6mm em 14,5% dos pacientes.

Este estudo será considerado um estudo piloto e de acordo com os resultados obtidos será estendido aos demais usuários do centro de saúde Glória.

O cirurgião dentista deve conhecer as alterações bucais e sistêmicas dos pacientes diabéticos e 16
manter o dialogo efetivo com toda a equipe de saúde da família.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde ,Coordenação de Saúde da Comunidade,Saúde da Família:uma estratégia para reorganização do modelo assistencial , Brasília,1997.

Carvalho, D.Q.; Ely,H.C.; Paviani,L.S.; Corrêa,P.E.B. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família. Rev. da Escola de Saúde Pública do R.S.,v.18,n.1,p.175 a 184.jan/jun, 2004.

Echemedia,T.J.; Puig,M.E.L. in: Tratamento de la Diabetes Mellitus, Instituto Nacional de Endocrinologia, Havana, Republica de Cuba,1995.

Gross,J.L.; Silverio,S.P.; Camargo,J.L.; Reichelt,A.J.; Azevedo,M.J. Diabetes Melito: Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia .vol.46, n.1.São Paulo ,fev.2002.

Guyton,A.C.; Hall,J.E. Tratado de fisiologia medica. 9 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1997.

Kitamura,R.K.W.; Kitamura,K.T.; Nano,A.C.M.; Raitz,R. Manejo de pacientes diabéticos no consultório odontológico. Odontologia. com.br/artigos ;Medecenter .com . odontologia ;publicado em 8 de março de 2004.

Lindhe,J.; Karring T.; Lang,N.P. Tratado de periodontologia clinica. 3.ed Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,1997.

Maia,F.R.; Silva,A.A.R.; Carvalho,Q.R.M. Proposta de protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. Rev.Espaço para a Saúde, Londrina,v.7,n.1,p.16-29,dez 2005.

Madeiro,A.T.; Bandeira,F.G.; Figueiredo,C.R.L.V. A estreita relação entre diabetes e doença periodontal inflamatória. Odontologia Clin. Cient. Recife, 4(1);p.7-12,jan/abr.,2005.

Minas Gerais,Secretária de Estado de Saúde. Atenção a Saúde da Adulto: hipertensão e diabetes.Belo Horizonte :SAS/MG,2006.

Oliveira,M.S.D.; Oliveira,P.A.D. Avaliação da Condição Sistêmica de pacientes em tratamento odontológico.Rev. do CRO-MG.v.8,n.2,p.115-120,abril/Maio/Junho, 2002.

Pilatti,G.L.; Toledo,B.E.C.; El Guind; Moustaf,M. Diabetes Mellitus e doença periodontal. Rev.ABO.Nac.vol.3n.5,p.324-327,Out/Nov 1995.

Santos, A.M.; Assis,M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construído a pratica de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas BA.Rev.Ciencia e Saúde Coletiva .V.11,n.1.jan/mar.2006.

Sonis,S.T.; Fazio,R.C.; Fang,L. Principios e Praticas de Medicina Oral,2 ed.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;1996.

Souza,P.R.; Castro,R.D.; Monteiro,C.H.; Silva,S.C.; Nunes,A.B. O paciente odontológico portador de diabetes Mellitus: Uma revisão de literatura. Pesq.Bras.Odontoped. Clin. Integr.,João Pessoa,v.3,n.2,p.71-77,jul./dez.2003.

Tomita,N.C.; Chinellato,L.E.M.; Pernambuco,R.A.; Lauris,J.R.P.; Franco,L.J. e Grupo de Estudo de Diabetes em Nipo-Brasileiros.Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira.Rev.Saúde Pública ,V.36(5),p.607-613,2002.

Tramontina,R.G.; Lotufo,R.; Micheli,G.Kon,S. Diabetes: Um fator de risco para doença periodontal. Quando? RGO,45(1):p.50-54.jan/fev.1997.