

Aline Mendes Silva

**CONTRIBUIÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA INTEGRALIDADE
DA ATENÇÃO AO PACIENTE DIABÉTICO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
BELO HORIZONTE
2006**

Aline Mendes Silva

**CONTRIBUIÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA INTEGRALIDADE
DA ATENÇÃO AO PACIENTE DIABÉTICO**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Andréa Maria Duarte Vargas
Universidade Federal de Minas Gerais

**Belo Horizonte
Faculdade de odontologia da UFMG**

2006

Dissertação intitulada “CONTRIBUIÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO AO PACIENTE DIABÉTICO”, de autoria da mestrandia Aline Mendes Silva, foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final pelo Colegiado de Pós-graduação da Universidade Federal de Minas Gerais constituído pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Fernando de Oliveira Costa

Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2006

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Clarice e João pelo amor e apoio incondicional para a realização deste sonho.

Às minhas irmãs Lívia e Giselle, meu cunhado Geraldo e meus lindos sobrinhos Pedro Vitor e Luana por serem tão maravilhosos.

À tia Guanayra por todo carinho.

Ao Paulo pelo amor que me faz feliz.

AGRADECIMENTOS

A DEUS pela vida e pela família tão maravilhosa.

À Universidade Federal de Minas Gerais e à Faculdade de Odontologia por esta oportunidade .

À Prof. Doutora Andréa Maria Duarte Vargas, professora e orientadora, pela disponibilidade, atenção, apoio, estímulo e confiança ao longo deste período.

À Professora Doutora Efigênia Ferreira e Ferreira pela dedicação e disponibilidade durante todo o curso.

À Professora Mara Vasconcelos pelo apoio, carinho e atenção.

Ao Professor Marcos Azeredo Furquim Werneck pelo grande aprendizado proporcionado.

À Professora Maria Letícia Ramos Jorge por todo apoio na parte estatística do trabalho.

Ao Professor Ricardo e Professora Elisa por terem permitido com que os indivíduos fossem atendidos na Faculdade.

Aos professores do Curso de Pós-graduação pelos conhecimentos e experiências compartilhados.

Aos colegas do curso pela amizade.

A toda equipe do Colegiado de Pós-graduação pelo apoio.

A todo pessoal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte por terem permitido com este trabalho fosse realizado e por terem disponibilizado meios para tal.

A Patrícia e Lívia que estiveram a todo momento presentes.

Aos indivíduos que voluntariamente concordaram em fazer parte da pesquisa.

A todos que contribuíram para a realização deste sonho o meu muito obrigada!

“Não importa a tua idade, acalente um grande sonho! O sonho é o viveiro da esperança. Para aquele que sonha o mundo é sempre um novo mundo”.

Masaharu Taniguchi

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo verificar a contribuição da saúde bucal na integralidade da atenção ao paciente diabético no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, do Município de Belo Horizonte. Na primeira etapa foi realizado um estudo epidemiológico transversal descritivo em que se utilizou uma amostra aleatória representativa de 300 indivíduos diabéticos acima de 30 de anos, ambos os sexos, de classes sociais heterogêneas para determinar a prevalência da doença periodontal nesta população. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas com a Referência Técnica de Saúde Bucal; Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e entrevistas com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde. Os parâmetros clínicos utilizados foram profundidade de sondagem (PS), perda de inserção clínica (PIC) e sangramento. Os dados foram processados pelo programa Statistical Package for Social Science (SPSS) 12.0 e aplicados os testes Qui-quadrado e teste Exato de Fisher. Os resultados mostraram que o sangramento à sondagem foi a variável de maior prevalência com 88,7% dos indivíduos com pelo menos um sítio com sangramento. A periodontite, presença de pelo menos um sítio com $PS \geq 4\text{mm}$, foi observada em 74% dos indivíduos diabéticos. A presença de perda de inserção de inserção clínica leve a moderada (PIC entre 1 a 4 mm) foi encontrada em 23,3% e perda de inserção severa (PIC maior ou igual a 5 mm) em 76,7%. A média de dentes ausentes foi de 13,49 sendo que 51% haviam perdido até 12 dentes e 49% haviam perdido 13 ou mais dentes. Uma associação significativa foi observada entre sangramento e etilismo, dor, autopercepção de sangramento e dentes perdidos. Quanto a profundidade de sondagem, também foi observada uma associação significativa entre esta e gênero, tabagismo, etilismo, autopercepção de gengiva vermelha ou inchada, autopercepção de sangramento, dor, procura ao dentista e número de dentes perdidos. Outra associação significativa foi observada entre perda de inserção clínica e gênero, idade e tabagismo. Em relação ao atendimento ao paciente diabético, na rede municipal, observou-se que a grande maioria dos indivíduos diabéticos (72,7%) não estava sob tratamento odontológico, 61,7% não haviam sido atendidas pelo dentista no último ano e 96,4% não estavam em atendimento na atenção secundária. Um número pequeno de UBS tem como rotina encaminhar o paciente com DM para a saúde bucal 26,9%, também, um número pequeno prioriza o atendimento do paciente diabético pela saúde bucal, 38,5%. Não foi encontrada uma relação estatística significativa entre sangramento, profundidade de sondagem e perda de inserção clínica com o fato do paciente receber ou não tratamento odontológico embora a literatura aponte a manutenção da saúde periodontal de grande importância para o controle da glicemia dos indivíduos diabéticos o que torna seu atendimento na saúde bucal prioritário. A atenção integral ao paciente diabético garantindo o atendimento em todos os níveis, bem como a integração dos profissionais dentro da própria unidade de saúde são fatores essenciais para contemplar a integralidade das ações em saúde no atendimento a este paciente.

ABSTRACT

This dissertation aimed at analyzing the integrality of health actions in the basic health units of the city of Belo Horizonte when receiving diabetic patients. A descriptive cross-sectional epidemiological study was undertaken using a representative random sample of 300 diabetic patients of both genders, heterogeneous social classes and racial groups to determine the prevalence of periodontal disease among that population. As data collection instruments, interviews with the technical references for oral health, hypertension and diabetes of the health authority of the city of Belo Horizonte, interviews with the managers of basic health units, interviews with patients and clinical examinations were undertaken. Clinical parameters used were depth of probing, level of clinical insertion and bleeding. Data were processed using SPSS package 12.0 and Chi square and Fisher's exact tests applied. Results showed that bleeding under probing was the most prevalent variable, with 88.7% of patients showing at least one bleeding site. Periodontitis, the presence of at least one site with probing depth = 4mm, was observed in 74% of diabetic patients. The presence of a light or moderate clinical insertion level (between 1 and 4 mm) was 23.3%, and severe (5mm or more) 76.7%. The Average number of missing teeth was 13.49, with 51% losing up to 12 teeth and 49% 13 or more teeth. There was a significant correlation between bleeding and education level, alcohol use, pain, self-perception of bleeding and tooth loss. As for probing depth, a positive correlation was observed between that and gender, smoking, alcohol use, cardiovascular disease, lack of physical activity, self-perception of purple or swollen gingiva, self-perception of bleeding, pain, seeking the dentist, time gingiva got better or worse and number of missing teeth. Another significant correlation was observed between clinical insertion level and gender, age, smoking and obesity. As for the treatment of the diabetic patient in the municipal health units, it was observed that most of them (72.7%) were not under dental treatment, although considered a priority by the oral health authority of the city. As for dental visits in the last year, 61.7% had not been to the dentist. Among the studied population, 96.6% had no professional help other than that of the physician. When managers were asked if diabetic patients were sent to dental treatment, in 26.0% of health units they were, in 19.2% they were not, and in 53.9% they were in case of need. In 38.5% of health units diabetic patients were considered an oral health priority group, in 15.3% they were not, and in 46.2% they were prioritized in case of need. It is concluded that despite the lack of statistical significance in the relation between bleeding, probing depth, clinical level insertion and the fact that the patient received or not dental treatment, periodontal health is of great relevance for glucose level control among diabetic patients, making them an oral health priority group. Integral attention to the patient with diabetes should be granted - giving them treatment in all levels - and the integration of professionals within the health unit are essential aspects for the achievement on integrality of health actions for such patients.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Periodontia
AIS	Ações integradas de saúde
BH	Belo Horizonte
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabetes Melito
DMID	Diabetes Melito insulino-dependente
DMNID	Diabetes Melito Não insulino-dependente
DMG	Diabetes Melito Gestacional
DP	Doença Periodontal
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIG	Figura
GRAF	Gráfico
HA	Hipertensão Arterial
IDF	Federação Internacional de Diabetes
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IC	Intervalo de Confiança
IL	Interleucina
IPC	Índice Periodontal Comunitário
K	Concordância Kappa
MS	Ministério da Saúde

PIC	Nível de Inserção clínica
NOB	Normas Operativas Básicas
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Prevalência
p	Probabilidade de significância
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PPI-ECD	Programação Pactuada de Epidemiologia e Controle de Doenças
PS	Profundidade de Sondagem
PSF	Programa Saúde da Família
PGE	Prostaglandina
PMN	Polimorfonucleares
SB-BRASIL	Saúde Bucal no Brasil
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SM	Salário Mínimo
SMS-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SS	Sangramento à sondagem
SUS	Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
TAB	Tabela
TNF- α	Fator de Necrose Tumoral α
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte	53
Figura 2 -	Fluxograma da metodologia empregada	55
Quadro 1 -	População residente em Belo Horizonte por região administrativa	52
Quadro 2 -	Distribuição dos indivíduos diabéticos cadastrados pelo SUS-BH segundo as Regionais	58
Quadro 3 -	Distribuição dos indivíduos diabéticos examinados por Regional e Centros de Saúde em Belo Horizonte - 2005 ...	59
Quadro 4 -	Definição e categorização das variáveis independentes relacionadas aos aspectos socioeconômicos	60
Quadro 5 -	Definição e categorização das variáveis independentes relacionadas ao diabetes melito	61
Quadro 6 -	Definição e categorização das variáveis independentes de interesse	61
Quadro 7 -	Definição e categorização das variáveis independentes em relação ao atendimento recebido pelo paciente	62
Quadro 8 -	Definição e categorização das variáveis independentes quanto à percepção do paciente em relação a sua saúde bucal	62
Quadro 9 -	Organização dos temas avaliados nas entrevistas com os gerentes	63
Quadro 10 -	Interpretação estatística do Kappa	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização geral da amostra estudada	72
Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto ao Diabetes Melito	73
Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto às variáveis independentes de interesse	76
Tabela 4 - Percepção do paciente em relação a sua saúde bucal	78
Tabela 5 - Sangramento gengival à sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte I	79
Tabela 6 - Sangramento gengival à sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte II	83
Tabela 7 - Sangramento gengival à sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte III	85
Tabela 8 - Profundidade de sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte I	87
Tabela 9 - Profundidade de sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte II	93
Tabela 10 - Profundidade de sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte III	95
Tabela 11 - Perda de inserção clínica relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte I	96
Tabela 12 - Perda de inserção clínica relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte II	100
Tabela 13 - Perda de inserção clínica relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte III	101
Tabela 14 - Considerações quanto ao atendimento recebido pelo paciente	103
Tabela 15 - Considerações quanto ao atendimento na UBS	115

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1.	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	A integralidade no Sistema Único de saúde	18
2.1.1	O Sistema Único de Saúde	18
2.1.2	Integralidade	23
2.2	A doença Periodontal e o Diabetes Melito	34
2.2.1	Doença Periodontal: aspectos clínicos e epidemiológicos	40
2.2.2	Diabetes Melito: aspectos clínicos e epidemiológicos	45
3	OBJETIVOS	50
3.1	Objetivos Gerais	50
3.2	Objetivos Específicos	50
4	HIPÓTESE	51
5	METODOLOGIA	52
5.1	Local do estudo	52
5.2	Desenho do estudo	54

5.3	Cálculo da amostra do estudo epidemiológico	56
5.4	Seleção da amostra	57
5.5	Variáveis do estudo	60
5.5.1	Variáveis dependentes	60
5.5.2	Variáveis independentes	60
5.6	Instrumentos de coleta de dados	63
5.6.1	Entrevista com os gestores	63
5.6.2	Exame Clínico	64
5.6.3	Procedimentos de biossegurança	66
5.8	Aspectos Éticos	67
5.9	Estudo Piloto	68
5.10	Estudo Principal	69
5.11	Análise dos dados	69
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
6.1	Análise descritiva do estudo epidemiológico	71
6.1.1	Caracterização geral da amostra	71
6.1.2	Caracterização da amostra quanto ao Diabetes Melito	73
6.1.3	Caracterização da amostra quanto às variáveis independentes de interesse	75
6.1.4	Percepção do paciente em relação a sua saúde bucal	77
6.2	Associação entre sangramento gengival à sondagem e as variáveis independentes	78
6.3	Associação entre profundidade de sondagem e as variáveis independentes	86
6.4	Associação entre perda de inserção clínica e as variáveis independentes	95

6.5	Considerações sobre a integralidade da atenção ao paciente diabético	102
6.5.1	Considerações quanto ao atendimento recebido pelo paciente diabético.....	102
6.5.2	Considerações quanto às práticas profissionais dentro da UBS ..	107
6.5.2.1	Entrevistas com as Referências Técnicas	107
6.5.2	Entrevista com os gerentes	114
6.6	Considerações finais	119
7	CONCLUSÃO	122
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
	ANEXOS	139
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte	139
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais	140
	ANEXO C - Termo de Consentimento da Faculdade de Odontologia para realização do tratamento dos indivíduos com doença periodontal avançada diagnosticados neste trabalho	141
	ANEXO D - Termo de Consentimento Informado	142
	ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e esclarecido	143
	ANEXO F – Exame clínico	144
	ANEXO G - Ficha para anotações dos parâmetros clínicos	146
	ANEXO H - Entrevista com a Referência Técnica de hipertensão e Diabetes	147
	ANEXO I - Entrevista com a Referência Técnica de Saúde Bucal	148
	ANEXO J - Entrevista com os gerentes	149

1 INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vários progressos têm sido alcançados no desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde. Os estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços à população experimentaram um crescimento bastante expressivo, tanto em número absoluto quanto em produção de serviços e aumento de cobertura assistencial em áreas antes desassistidas (CAMPOS, 2003; SILVA, 2004).

Apesar dos avanços na implementação do SUS, seus princípios orientadores ainda não são realidade no cotidiano dos serviços de saúde. Dentre seus princípios e diretrizes talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Isto porque a criação do SUS modificou o arranjo institucional, mas, não necessariamente, transformou as práticas dos serviços de modo a articular a prevenção e a assistência (CAMPOS, 2003; GIOVANELLA et al., 2002; MATOS, 2004; SALA, 1993; SILVA, 2004).

Nas Unidades Básicas o trabalho tem sido organizado, tradicionalmente, de forma fragmentada devido a consolidação, nos serviços de saúde, das corporações profissionais. Esta organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico e fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade, mesmo que tenham dele participado. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho (FRANCO, BUENO e MERHY, 1997).

A atenção integral implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha, bem como permite o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde da população. Implica em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e usuários. Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia desejável para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; FEUERWERKER, 2002).

No contexto da integralidade, faz-se necessária uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, vale destacar a atenção prestada ao paciente com Diabetes Melito (DM) no SUS, em vista à necessidade do trabalho de uma equipe interdisciplinar para a prestação de um atendimento integral a este grupo.

O DM é uma das doenças mais comuns encontradas na população em geral. A literatura tem considerado o diabetes como um importante fator de risco para a periodontite. Estudos sugerem que o DM pode acelerar a destruição periodontal e que, em contrapartida, o tratamento periodontal pode reduzir as exigências de insulina e melhorar o equilíbrio metabólico do indivíduo. Portanto, os diabéticos precisam de tratamento, principalmente, no controle da doença periodontal (BRASIL, 2001b; MILLER et al., 1992; OLIVER e TERVONEN, 1994).

O governo federal tem implementado ações específicas para o atendimento dos indivíduos portadores de DM cadastrados na rede pública. Estes, além de serem atendidos pelos médicos das Unidade Básicas de Saúde (UBS), também podem participar de grupos operativos que têm como finalidade conseguir um melhor controle da doença por parte desses indivíduos.

Sabendo que o DM é um fator de risco para doença periodontal seria desejável que esses indivíduos também estivessem sendo atendidos por outros profissionais da saúde além do médico e pelo Serviço de Saúde Bucal para diagnóstico da doença, tratamento e controle. Esse trabalho pretende, portanto, verificar a contribuição da saúde bucal na integralidade da atenção ao paciente diabético cadastrado pelo SUS-BH.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A integralidade no Sistema Único de Saúde

2.1.1 O Sistema Único de Saúde

De acordo com Cunha e Cunha (1998) “em 1986, foi realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde (...) que serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após”.

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Esta seção incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS (RODRIGUES NETO, 2002).

Cunha e Cunha (1998) fazem as seguintes considerações sobre este momento histórico: “ o SUS traz um conceito ampliado de saúde incorporando o meio físico, o meio socioeconômico, cultural e a garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Ele é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo país sem

deixar de levar em consideração as diferenças culturais, econômicas e sociais. O que é único é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular”.

De acordo com os mesmos autores o SUS pode ser entendido a partir dos seus princípios doutrinários e organizativos. Dentre os doutrinários temos a universalização, a equidade e a integralidade e como princípios organizativos a regionalização e hierarquização, descentralização e a participação popular. Dentre os princípios do SUS cabe ressaltar a importância da integralidade da atenção uma vez que esta “pressupõe a integração de ações incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos”.

Como objetivo colaborar na organização do SUS, na municipalização, com implementação dos princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária, no ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), entendido como uma proposta estruturante do Sistema de Atenção à Saúde (BRASIL, 1994; VIANA e DAL POZ, 1998).

A partir de 1998, o programa é concebido em âmbito nacional, estadual e municipal como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando status de estratégia de reorientação assistencial. Um dos principais

motivos para o PSF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica está no fato do programa buscar a integralidade da atenção e do cuidado à família. Para tanto, privilegiou-se a equipe de profissionais como importante elemento para a materialização dessas metas e objetivos bem como foram criados mecanismos de fomento e incentivo à realização de atividades voltadas para formação, capacitação e remuneração dos integrantes da equipe. Tais atividades consistem em propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade (PINHEIRO e MATTOS, 2001; PINHEIRO e MATTOS, 2003; GOMES e PINHEIRO, 2005; SOUZA, 2001).

A assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas repercutiria na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da população atendida. O PSF propõe seu trabalho pautado nos princípios da vigilância em saúde sustentado em três pilares básicos: o território-processo, os problemas de saúde e a intersetorialidade. O princípio da vigilância da saúde contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (MENDES, 1996; PAIM, 2003).

A implantação de PSF é um grande desafio para os profissionais, para a população que vem buscando seus direitos e para o gestores que precisam romper com práticas instituídas nos serviços. Isto porque a atenção básica, orientada, principalmente, pelo PSF vem produzindo experiências qualitativamente diferentes mas, em muitos casos, continua reproduzindo o modelo tradicional de assistência

em novas embalagens. O maior desafio dos profissionais do PSF é, portanto, concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades que é mais que a construção de um vínculo e responsabilização. Traduzindo-se em uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. A integralidade da atenção à saúde, em suas ações de promoção, prevenção e assistência poderá, assim, representar um novo modo de andar na vida, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história (GOMES e PINHEIRO, 2005). (SILVA JR. e MASCARENHAS, 2004).

Dentro da perspectiva da integralidade da atenção a inserção da odontologia no SUS e a posterior incorporação do dentista nas equipes de PSF foi um evento importante rumo a garantia do atendimento integral à população. Neste sentido Córdon (1996) ressalta este acontecimento como elemento fundamental para transformação de uma prática com novos conceitos, conteúdos e formas de organização, com novos vínculos entre os sujeitos históricos, todos em igualdade de condições para intervir na solução das necessidades da sociedade de um maneira global.

De acordo com o mesmo autor dentro das ações de promoção da saúde incluem as medidas no nível macropolítico com envolvimento intelectual no diagnóstico e planejamento das estratégias para resolver os principais problemas de saúde. Incluem, também, o nível micropolítico, através do planejamento intersetorial e interdisciplinar, com a equipe de saúde que inclui professores, trabalhadores de saúde na atenção básica, representantes das redes e movimentos sociais,

coordenando seus esforços no estudo e abordagem integral dos fatores comuns de risco dos problemas de saúde, num processo participante de planejamento das estratégias e ações de promoção da saúde a fim de estabelecerem a agenda de saúde bucal.

Nesta perspectiva, o documento-base da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, propõe dentre outros aspectos ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido de qualidade de vida garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, com ações convergentes e integradas, implementadas pelos governos dos Municípios, dos Estados e da União (BRASIL, 2004b).

Dentro das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal o processo de trabalho em saúde bucal requer interdisciplinaridade, multiprofissionalismo, integralidade de atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência. Neste contexto, vale destacar que a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2004c).

A participação efetiva da equipe de saúde bucal no apoio ao cuidado com os usuários, principalmente, os que apresentam doenças crônicas como o DM trás uma nova perspectiva de abordagem voltada aos princípios da integralidade. Com o propósito de reorganizar a rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores de DM e estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção a estes

indivíduos no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao DM. O que se almeja com o mesmo é garantia do diagnóstico, a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde. Esta proposta divide-se em quatro etapas. A primeira tem por objetivo a capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM. A segunda consiste numa campanha de informação e de identificação dos casos suspeitos de HA, DM e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida. A terceira é a confirmação diagnóstica e início da terapêutica e a quarta o cadastramento e vinculação destes indivíduos nas UBS através do Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos - o Hiperdia. Este sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes melito, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Melito, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 b; BRASIL, 2006).

2.1.2 Integralidade

O uso do termo integralidade remonta do final do século XVIII e início do XIX, no cenário europeu, com as políticas de intervenções coletivas que buscavam a manutenção e o controle das condições de vida e saúde da população. Nos séculos

XX e XXI este termo esteve presente em diversos outros momentos do desenvolvimento de sistemas de saúde nacionais e internacionais (KEHRIG, 2001).

Numa primeira abordagem do termo, observa-se o próprio significado da palavra, tal qual definida nos dicionários, isto é, a integralidade viria de integrar, tornar inteiro, completar, tornar-se parte integrante. Segundo esses significados, a integralidade acontece quando se é capaz de ampliar a visão sobre a parte, buscando integrar outras partes afins em direção a um todo (FERREIRA, 1999; SÁ, 2003).

A integralidade estaria relacionada com a visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço. Essa abordagem integral possui como representante histórico mais significativo a Medicina Integral, que foi um movimento surgido nos Estados Unidos da América (EUA) em resposta à fragmentação da medicina caracterizada pelo modelo flexneriano desenvolvido no início do século XX (SÁ, 2003).

O modelo flexneriano ressaltava os aspectos biológicos do ser humano em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Esse modelo permitiu o aprofundamento do conhecimento em diversas áreas e, ao reduzir o objeto, ganhou em profundidade e perdeu em amplitude. A necessidade de se resgatar a percepção do todo e, assim, melhor atender às necessidades da população desencadeou o movimento da Medicina Integral. Flexner destacava que o ensino médico deveria se dar no ambiente hospitalar, já a Medicina Integral enfocava a necessidade de que o ensino ocorresse no ambiente ambulatorial e comunitário, possibilitando o conhecimento do contexto de vida do usuário e aproximando o aluno de uma visão

mais integral do indivíduo e de suas condições de vida. A medicina integral visava, portanto, uma reformulação do currículo das escolas médicas pois identificava essa fragmentação como originada do processo formador do médico (FLEXNER, 1910; SÁ, 2003).

A medicina integral no Brasil não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva, lócus privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário. A percepção da medicina integral ultrapassou os limites das escolas médicas permitindo com que o enfoque deixasse de ser relacionado apenas ao processo formador e começasse a ser ampliado para o processo de trabalho dos profissionais e para as diferentes formas de organização de serviços (MATOS, 2001; SÁ, 2003).

Na a década de oitenta, no contexto mundial, grandes reformas sanitárias e políticas foram realizadas em vários países. Tais reformas caracterizam-se pela expansão da economia de mercado, privatização dos serviços públicos, limitação dos gastos sociais, democratização e descentralização dos processos políticos e administrativos. Esse contexto desencadeou mudanças e inovações na atenção à saúde, em um ambiente carregado de incertezas e turbulências para o desenvolvimento e gestão dos serviços (SILVA, 2004).

Este processo possibilitou que, da emergência de novos sujeitos, demandas antes reprimidas pudessem ser explicitadas como expressão dos diferentes interesses presentes nas distintas sociedades. No Brasil, os vários movimentos sociais

ansiaram por novas formas de exercício da política capazes de reverter a desigualdade social, resultante das políticas econômicas de alta concentração de renda, no regime autoritário. Assim, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se como uma das vertentes de luta pela democracia e pela conquista dos direitos sociais no país. O projeto criticou o modelo prevalente baseado no crescimento do setor privado financiado pelo setor público, que levou a falência, deterioração, ineficácia e crise do sistema público de saúde (FRANCESCHINI, 2005).

A questão da integralidade da atenção no Brasil surge como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária nos anos 70 em busca de um sistema de saúde mais justo, universal e que atendesse às necessidades da população através do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Na década de 80, debates importantes foram travados no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas. Em meio às idéias neoliberais que pregavam um Estado enxuto, a integralidade aparece como um diferencial no Brasil, com a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema (MATTOS, 2001; MENDES, 2002; SÁ, 2003).

Assim surgiu a bandeira de luta pela unificação, construída formalmente na criação do SUS, e consolidada pela incorporação (e posterior extinção) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério do Planejamento e Assistência Social (MPAS) que foi extinto. É nesse contexto,

portanto, que se propõe um modelo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública. Articulá-las significava, em primeiro lugar, borrar as distinções então cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais (MATOS, 2001).

O SUS trouxe uma conceitualização de saúde ampliada, relacionada às condições de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. Nesta perspectiva, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença e ampliam-se para a prevenção, melhoramento das condições de vida e atenção integral à saúde (FRANCESCHINI, 2005).

Desde a implantação do SUS vários progressos têm sido alcançados. Um dos pontos a destacar é o desenvolvimento da atenção primária à saúde, formada por uma rede que se consolidou em todo o país. Centros e postos de saúde, os estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, experimentaram um crescimento bastante expressivo com aumento de cobertura assistencial, especialmente em áreas antes desassistidas. Esse foi um dos ganhos oriundos do processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro (CAMPOS, 2003).

Entre as heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde foi uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos. Esses padrões institucionais conformaram um conjunto de pressupostos e valores de difícil, e lenta, transformação, a despeito de existirem propósitos políticos

de mudança da parte da maioria dos atores sociais envolvidos no setor (CAMPOS, 2003).

Nas Unidades Básicas, o trabalho tem sido organizado, tradicionalmente, de forma parcelada devido a consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais, e no caso dos médicos, pela especialização do saber e, conseqüentemente, do trabalho em saúde. A superespecialização e o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade, mesmo que tenham dele participado. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho (FRANCO et al., 1997).

O cientificismo desqualificou, nas práticas de saúde, as ferramentas vistas como não científicas, invertendo prioridades: preferindo a doença ao doente, fragmentando o todo, reduzindo o indivíduo a um somatório de órgãos e sistemas, ignorando tanto sua especificidade biológica, como suas dimensões psicológicas, culturais e sociais. Percebe-se a necessidade de transformar os conceitos e as práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde (FEUERWERKER, 2002).

A reorientação do modelo assistencial, curativo e hospitalocêntrico, para um modelo focado na integração das ações e dos serviços de saúde, a partir da atenção básica, exige esforços na implementação do sistema como um todo e não somente no primeiro nível ou na porta de entrada. A insuficiente garantia da atenção contínua

nos diferentes níveis de assistência afeta uma característica primordial de qualquer sistema de saúde, a integralidade da atenção (SÁ, 2003).

O desafio passa ser, então, desenvolver um processo que possibilite identificar, promover e gerir os saberes que devem ser mobilizados pelos trabalhadores, para que atuem para melhoria da qualidade da assistência, incorporando em suas ações os princípios da integralidade de atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos do usuário dos serviços de saúde (FRANCESCHINI, 2005).

Com base nas considerações realizadas pode-se ressaltar que apesar dos avanços na implementação do SUS, seus princípios orientadores ainda não são realidade no cotidiano dos serviços de saúde. Dentre estes princípios talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas (MATOS, 2004).

Na literatura, diversos autores procuram estabelecer definições do termo integralidade da atenção à saúde. Segundo Furtado e Tanaka (1998), o conceito de assistência integral engloba cinco dimensões: o ser humano e não a doença como centro da atenção; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade.

A integralidade corresponde a um conjunto de valores e sentidos que representam uma visão mais abrangente das necessidades dos usuários no nível da relação entre

estes e os profissionais. Corresponde também à proposta de ações programáticas horizontalizadas abertas à assimilação de necessidades que não estavam previstas na organização das práticas e a formulação de respostas governamentais a certos grupos ou problemas de saúde específicos com ações preventivas e assistenciais (SILVA, 2004).

Um conceito de integralidade associado à gestão de sistemas de atenção à saúde composto por quatro dimensões que permitiriam o desenvolvimento de critérios operativos de avaliação foi elaborado por Giovanella et al. (2002):

Primazia das ações de promoção e prevenção, uma vez que a gestão do sistema deveria ser orientada para a valorização dos determinantes gerais/sociais das condições de saúde. Esse conceito extrapola a atuação setorial e encontra solo fértil na intersetorialidade;

Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação através de uma integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores de ações coletivas;

Garantia de atenção em todos os níveis de diferentes densidades tecnológicas da assistência à saúde (plano sistêmico);

Abordagem integral dos indivíduos e famílias considerando-se, além das questões biológicas, também suas dimensões psico-afetivas e sociais (plano individual).

Para Mattos (2001), a integralidade poderia ser definida em três conjuntos de sentidos. O primeiro grande grupo de sentidos da integralidade estaria relacionado com a visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço. A atitude de um profissional de saúde frente a um paciente que traz uma necessidade, em geral apresentada por algum tipo de sofrimento, seria buscar conhecer todos os aspectos que envolvem a sua vida, em prol da construção de uma imagem mais ampla desse campo de necessidades, permitindo que as ações a serem definidas

contemplem, para além do sofrimento, fatores de risco à saúde e condições outras que não relacionadas somente ao motivo da consulta. A visão integral perpassa todas as especialidades médicas e todos os profissionais de saúde, assim como de outros profissionais que atuam na área. Essa seria a marca maior desse sentido da integralidade, não sendo uma característica exclusiva dos médicos, mas sim, de todos os profissionais da equipe de saúde. O segundo grande grupo de sentidos da integralidade estaria relacionado às formas de organizar as práticas em saúde e processos de trabalho que relaciona-se com a necessidade de se articular as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Quando um serviço se organiza para abordar o usuário nas suas necessidades, não só o serviço estabelece uma estratégia de abordagem que passa pela organização de atividades educativas, promocionais e preventivas de saúde, chegando até a assistência médica, como também identifica outras necessidades que não as apresentadas pelo próprio usuário. Nesse caso, a assistência faz parte de um conjunto de ações organizadas pelo serviço e não apenas de uma única ação a ser desenvolvida para o enfrentamento de um problema específico. O terceiro grande grupo de sentidos da integralidade estaria relacionado às políticas especiais de saúde e o estabelecimento de articulação e integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde. A articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde com a estruturação de sistemas de referência e contra-referência que dêem conta das necessidades dos usuários torna-se, então, imperiosa para que a integralidade da assistência ocorra.

A organização de um sistema de saúde local e regional de forma integrada demandaria que os profissionais de saúde, tanto da gerência administrativa quanto dos serviços, vençam as culturas institucionais arraigadas, a partir de uma visão

integral do indivíduo. Seria difícil estruturar um sistema de saúde que contemplasse os diferentes sentidos da integralidade, quando apenas os profissionais da atenção básica possuíssem uma visão integral sobre os problemas de saúde da população e os profissionais dos demais níveis do sistema se ocupassem apenas da assistência especializada instituída através de processos de trabalho muitas vezes alienantes. Torna-se fundamental, então, que exista um modelo permanente de desenvolvimento profissional no âmbito dos sistemas de saúde para que se possa alcançar essa nova mentalidade e desenvolver uma nova cultura. A questão da articulação entre os diferentes níveis de assistência não deve ser vista como uma mera organização do fluxo de usuários dentro do sistema, mas sim, como a capacidade do próprio sistema de estar articulado e integrado para resolver os problemas de saúde da população, através de ações interligadas, em crescente complexidade de acordo com o gerenciamento das necessidades verificadas pelo nível básico de atenção (SÁ, 2003).

A possibilidade de atenção integral implica na ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, no reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. A atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia). Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos

usuários, mesmo as não percebidas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; FEUERWERKER, 2002).

A integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais (CAMPOS, 1994; MERHY, 1998).

A questão da integralidade, como política de saúde, nos remete para o fato de que os fatores que interferem no estado de saúde de uma população são amplos, perpassando outros setores que não só o setor saúde. As políticas de saúde voltadas para a integralidade da atenção também deveriam ser dirigidas à ações políticas de articulação de diferentes setores visando a resolução dos problemas apresentados não só pelos indivíduos e suas famílias mas também pelas comunidades. As ações de saúde intersetoriais requerem uma reorganização para além dos serviços de saúde cujos saberes podem estar organizados no espaço concreto e singular das comunidades bem como nos espaços de gestão setorial e intersetorial. Deve-se ressaltar a complexidade do problema de operacionalização da integralidade nos sistemas de saúde, como também os diferentes âmbitos e dimensões que devem ser considerados na sua análise (CECÍLIO, 2001; MATOS, 2001; SÁ, 2003).

2.2 A Doença Periodontal e o Diabetes Melito

Para uma melhor compreensão da repercussão do DM nas condições periodontais torna-se primordial a exposição prévia dos diversos mecanismos que têm sido propostos para explicar esta associação. É importante o profissional da saúde ter um conhecimento básico do DM e seus impactos sistêmicos e bucais, para que possa providenciar cuidados preventivos e terapêuticos mais efetivos.

O DM é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem moderno e sua importância nas últimas décadas vem crescendo, em decorrência de vários fatores, tais como: maiores taxas de urbanização, industrialização, sedentarismo, obesidade, aumento da esperança de vida e maior sobrevivência dos diabéticos (FRANCO, 1998).

Existem fatores locais, sistêmicos, comportamentais e sociais que podem interferir no início e progressão da doença periodontal. Os fatores de risco mais importantes e estudados em relação as doenças periodontais são o DM e o tabagismo (GENCO, 1996).

O DM é um importante fator de repercussão para a saúde bucal. A doença periodontal tem sido apontada como a sexta complicação mais prevalente do diabetes com sua incidência associada ao diabetes crescendo a uma taxa de 6% ao ano (LÖE,1993).

A influência do diabetes sobre o periodonto tem sido amplamente estudada. Contudo, é difícil estabelecer conclusões definitivas a partir dos estudos existentes, devido à heterogeneidade de delineamentos dos estudos; diferenças nas populações estudadas; mudanças na classificação das doenças periodontais e do diabetes ao longo dos anos; mudanças nos métodos para diagnosticar diabetes e avaliar o controle da glicemia; inadequação de estudos controlados e diferenças nos parâmetros periodontais (MEALEY, 2000; PAPAPANOU e LINDHE, 1999; SHLOSSMAN et al., 1990).

Os seguintes achados foram descritos na mucosa bucal dos indivíduos com DM: queilose, tendência para sequidão e fissuras, sensação de queimação, diminuição do fluxo salivar, alterações na flora da cavidade bucal, com predomínio de cândida, estreptococcus hemolíticos e estafilococcus. Talvez as alterações mais notáveis no paciente com DM descontrolado sejam a redução dos mecanismos de defesa e a suscetibilidade aumentada a infecções, levando à doença periodontal. Outras alterações periodontais freqüentemente associadas com o Diabetes Melito descontrolado incluem o tecido proliferativo na margem gengival, tecidos gengivais vermelho aveludados ampliados que sangram facilmente, abscessos periodontais e perda dental, as quais em geral refletem uma perda rápida e desproporcional dos tecidos de apoio (CARRANZA, 1992; WILSON JÚNIOR, 2001).

Diversos mecanismos potenciais têm sido propostos, para explicar como o DM pode contribuir para alterar as condições periodontais. Enquanto os detalhes específicos relativos a associação entre a doença periodontal e o DM permanecem não elucidados, os mecanismos pelos quais o diabetes pode contribuir para a periodontite incluem mudanças vasculares, disfunção de neutrófilos, colapso

colagênico aumentado, alterações na microbiota gengival, quimiotaxia leucócita PMN defeituosa e predisposição genética. Os leucócitos PMN apresentam um papel importante na manutenção da saúde periodontal uma vez que conferem resistência do hospedeiro à infecção. Com base nestas observações, pode-se especular que o periodonto do hospedeiro diabético pode ser um risco para a doença, como um resultado do comprometimento vascular. Como os níveis de glicose no fluido crevicular gengival aumentam, o supercrescimento seletivo dos supostos patógenos periodontais é facilitado pela reduzida difusão de oxigênio tecidual. Como resultado do comprometimento dos PMN, o diabético pode ser incapaz de proporcionar uma resposta hospedeira efetiva contra a microflora destrutiva e seus produtos tóxicos associados (CHRISTGOU 1998; LINDHE, 1999; OLIVER, 1994; PAPAPANOU, 1999; RÖSING, 2001; WILSON JÚNIOR, 2001).

Alterações no metabolismo do colágeno bem como redução de sua síntese estão presentes nos indivíduos com diabetes que por sua vez poderão promover modificações no reparo tecidual. Esta dificuldade na reparação é uma complicação do DM e pode afetar o periodonto. Outra alteração seria a microangiopatia ocasiona baixa liberação de nutrientes para os tecidos, reduz a difusão de oxigênio, altera o processo de eliminação tecidual e dificulta a realização de diapedese linfocitária que por sua vez leva a queda na capacidade de reação frente às infecções e influencia na gravidade da doença periodontal (BISSADA et al., 1982; KATZ et al., 1991; MEALEY, 2003).

A doença periodontal é o achado mais comum em indivíduos diabéticos, cerca de 75%. Sonis, (1996) relata que aproximadamente 3 a 4% dos indivíduos adultos que se submetem a tratamento odontológico possuem diabetes. Estudos têm buscado

delinear o tipo de diabetes, e o grau de controle metabólico, trazendo uma compreensão mais apurada do relacionamento e impacto desta doença sistêmica no periodonto do hospedeiro. Apesar de persistirem resultados variáveis, há uma preponderância de evidências apoiando uma relação direta entre o DM e a doença periodontal, com uma incidência e gravidade aumentada de gengivite e periodontite em diabéticos comparados aos não diabéticos. Existe uma indicação de que a gravidade da destruição periodontal pode estar relacionada ao tipo de diabetes, ao grau de controle metabólico, à duração da doença e a presença de outras complicações (WILSON JÚNIOR, 2001).

A doença periodontal pode dificultar o controle metabólico dos níveis glicêmicos em indivíduos diabéticos. Isto porque o indivíduo diabético, frente a qualquer infecção no organismo, pode apresentar um descontrole metabólico. Nesse sentido, alguns estudos epidemiológicos vêm sendo realizados para que se possa considerar a doença periodontal um fator de risco para o diabetes. Uma vez comprovada a evidência, esse fato reveste-se de grande importância, pois pode modificar a abordagem médica da doença (GROSSI et al., 1997; RÖSING e OPPERMANN 2001).

O nível de controle metabólico, duração do diabetes e idade do indivíduo parecem influenciar estas manifestações numa extensão maior do que o tipo do diabetes. A melhoria marcante da saúde bucal pode acompanhar uma regulação metabólica efetiva do paciente diabético e existem relatórios de redução da necessidade de insulina, em seguida ao tratamento periodontal (WILSON JÚNIOR, 2001).

Estudos realizados na população de índios Pima citou a forte relação entre a prevalência de periodontite e diabetes tipo 2. Indicou também que indivíduos com diabetes têm maior perda dentária quando comparados os que não tem doença (SHLOSSMAN et al., 1990).

Cerda et al. (1994) investigaram o efeito da idade e do tempo de diagnóstico do DM tipo 2 na gravidade da doença periodontal e concluiu que o tempo de diagnóstico do DM é mais significativo que a idade cronológica para a gravidade da doença periodontal.

Moore et al. (1999) avaliaram a condição periodontal de adultos com DM tipo 1 e observaram que a maior perda de inserção ocorreu nos mais velhos e concluiu que a idade avançada, duração de DM e o uso do cigarro estão associados com alta prevalência de doença periodontal em diabéticos.

Papanou e Lindhe (1999) mostraram que a condição periodontal mais severa em adultos com diabetes pôde ser evidenciada a partir de um banco de dados composto por 3.824 pessoas. Adicionalmente, verificou-se que o diabetes pode influenciar não apenas a prevalência e gravidade da periodontite, como também a progressão da doença.

O controle glicêmico e doença periodontal foi objeto de um estudo longitudinal em índios Pima. Constatou-se que diabéticos tipo 2 não compensado têm periodontite mais grave do que os controlados. Também observou-se que indivíduos com DM

tipo 2 e periodontite têm risco aumentado para descontrole glicêmico (TAYLOR, 1996).

Indivíduos diabéticos tipo 2 e não diabéticos foram avaliados. Os resultados revelaram que o grupo dos diabéticos obteve perda de inserção ≥ 5 mm em 31%, profundidade de sondagem ≥ 5 mm em 21,6% e sangramento gengival em 63,7%. Quando comparados estes resultados com os encontrados no grupo de não diabéticos observou-se que estes valores foram maiores para o grupo de diabéticos (SELWITZ, ALBANDAR e RAMS, 2002).

Estudo realizado por Tomita et al. (2002) numa população nipo-brasileira em Bauru, São Paulo, revelou que os portadores de diabetes apresentaram percentuais mais elevados de bolsas profundas e perdas severas de inserção periodontal do que os indivíduos normoglicêmicos. Embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa, o padrão de doença periodontal progressiva segundo a glicemia aumentada está presente.

Alguns estudos, no entanto, apontam uma escassa evidência de diferenças nos agentes etiológicos bacterianos primários para doença periodontal de indivíduos com e sem diabetes, o que sugere que a maior prevalência e gravidade desta condição no primeiro grupo podem ser devidas às diferenças nos fatores de resposta do hospedeiro ao desafio bacteriano (CHRISTGOU 1998; OLIVER, 1994; PAPAPANOU, 1999; RÖSING, 2001)

De acordo com estudos de Emrich, Sholossman e Genco, 1991 indivíduos diabéticos têm 2,8 vezes mais chance de ter periodontite quando considerada a perda de inserção e 3,4 vezes mais chance quando a perda óssea foi utilizada para medir a destruição periodontal.

2.2.1 Doença Periodontal: aspectos clínicos e epidemiológicos

A doença periodontal é universal e destaca-se como um dos principais problemas de saúde pública, na área odontológica, nos países pobres e também nas regiões mais desenvolvidas, onde a cárie apresenta índices muito reduzidos ou já está sendo mantida sob controle (CHIAPINOTTO, 2000).

A doença periodontal sofreu várias releituras durante as últimas décadas, permitindo, assim, obter informações que estão contribuindo para a compreensão dessas infecções e os determinantes de sua extensão social e individual, como problema de saúde bucal (BURT, 1993, COSTA, 1995, COSTA, 2000).

Nos conceitos atuais sobre a etiopatogenia da doença periodontal esta seria resultante de um processo multifatorial em que a presença de bactérias específicas é essencial, mas não suficiente para a ocorrência desta. Para que o dano periodontal ocorra seria necessário um desequilíbrio entre a agressão microbiana e a resposta do hospedeiro (ALBANDAR, 2002).

A doença periodontal teria, portanto, uma etiologia multifatorial, em que os fatores causais estão em íntima relação com os indicadores de risco. Isto significa que a exposição ao meio ambiente, as características inatas ou hereditárias e os fatores

comportamentais podem estar associados a uma crescente ocorrência da doença sem ser necessariamente um fator causal. Vários indicadores de risco potenciais para a doença periodontal têm sido analisados e confirmados pelos levantamentos epidemiológicos, como sexo masculino, origem negra ou filipina, idade avançada, baixas condições socioeconômicas ou educacionais, diabetes, AIDS, doenças e terapias que causam xerostomia, problemas gerais de saúde, stress emocional, hábito de fumar, agravado quando ligado ao alcoolismo (BECK et al.,1990; CHIAPINOTTO, 2000; HORNING et al., 1992; LOCHER e LEAKE,1993; MUMGHAMBA et al., 1995).

Em linhas gerais, sabe-se que a microbiota subgengival é altamente organizada e possui as características de um biofilme. Essas bactérias Gram-negativas estão bem protegidas das defesas do hospedeiro e da ação dos quimioterápicos. Maiores avanços têm sido feitos nos níveis celular, molecular e genético para compreensão dos mecanismos pelos quais as bactérias presentes no biofilme iniciam e perpetuam a resposta imunoinflamatória, que destrói o tecido conjuntivo da gengiva, o ligamento periodontal e reabsorve o osso alveolar. Embora as bactérias causem periodontite e sejam essenciais para a ocorrência da doença, sozinhas são insuficientes. A doença envolve tanto efeitos proteolíticos e citotóxicos diretos da placa dental, quanto os efeitos patológicos indiretos decorrentes da resposta imune do hospedeiro à presença constante dos microrganismos. Fatores de risco próprios e adquiridos, tais como o hábito de fumar e as características transmitidas geneticamente, modificam a resposta do hospedeiro e determinam susceptibilidade, início, progressão, gravidade e prognóstico da doença em suas diversas formas (PAGE et al., 1997).

Numa visão sucessiva dos episódios, as bactérias e seus produtos interagem com o epitélio juncional e penetram no tecido conjuntivo subjacente. O plexo de pequenos vasos sanguíneos imediatamente abaixo do epitélio juncional torna-se inflamado, leucócitos saem das vênulas pós-capilares e há um grande aumento no número de leucócitos, especialmente neutrófilos, migrando através do epitélio juncional e dentro do sulco. O colágeno e outros componentes da matriz extracelular perivascular são destruídos. Como a placa bacteriana se estende apicalmente no sulco gengival, as células do epitélio juncional são estimuladas a proliferar e a bolsa é formada. No início desta fase, há um aumento no infiltrado leucocitário dominado por linfócitos, inclusive células B e T com características de células Th1 e Th2. Logo após, a lesão torna-se dominada por células B mas também apresenta células T, macrófagos e neutrófilos. A doença se agrava, a bolsa periodontal se aprofunda, os componentes da matriz extracelular da gengiva e do ligamento periodontal são destruídos e osso alveolar é reabsorvido. O estágio, no qual um crescente número de células plasmáticas aparecem no tecido conjuntivo infiltrado, parece coincidir com as mudanças irreversíveis no nível de inserção e no contorno ósseo, alterações essas que constituem o início da periodontite. Nesta fase, grande número de linfócitos B e T está evidente nos tecidos. A migração de neutrófilos está reduzida, mas muitos estão ativos dentro dos tecidos. Os macrófagos, por sua vez, estão produzindo fatores como metaloproteinases, prostaglandina E (PGE), fator de necrose tumoral α (TNF- α) e interleucina 1 β (IL-1 β) que aumentam a destruição dos tecidos conjuntivo e ósseo. Dependendo da eficácia da produção de anticorpos, a lesão se tornará novamente estável ou não (KORNMAN et al., 1997; ZAPPA, 1995).

As pesquisas epidemiológicas vinham sendo construídas dentro de um modelo de doença periodontal, universalmente aceito, que se caracterizava pelos seguintes paradigmas: a gengivite progride para periodontite na presença de higiene bucal precária; virtualmente todos os indivíduos estão vulneráveis à gengivite; a gravidade da periodontite aumenta com a idade; a doença periodontal é a principal causa da perda de dentes após os 35 anos de idade (COSTA, 2000; LINDHE, 1999).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a gravidade da periodontite não aumenta linearmente com a idade, e que apesar da gengivite preceder à periodontite, ela nem sempre progride para esta. A destruição periodontal também não se processa de uma forma linear em todos os sítios, e sim através de um processo descontínuo, sítio-específico, com surtos de atividade de destruição e períodos de inatividade ou quiescência (LÖE et al. 1986; MARCOS, 1984; RAMFJORD et al., 1991; SOCRANSKY et al., 1984).

Pilot (1997) menciona que na grande maioria dos indivíduos a progressão da doença periodontal tem sido lenta e parece compatível com a retenção de uma dentição natural em funcionamento até pelo menos uma idade em torno de 50 anos. A mudança nos conceitos da progressão da doença periodontal tem forçado uma reavaliação das necessidades de tratamento e uma redefinição dos problemas periodontais nas populações.

Um novo modelo para as doenças periodontais sugere que apenas alguns locais com gengivite progridem para periodontite; as formas graves da doença não excedem a 10-15% da população; o percentual destes indivíduos aumenta

consideravelmente com a idade, parecendo alcançar o pico aos 50-60 anos; a crescente perda de dentes que ocorre após esta idade parece ser responsável pelo subsequente declínio na prevalência (LINDHE, 1999; PAPAPANOU, 1996).

A Organização Mundial da Saúde, com base em um grande número de levantamentos epidemiológicos realizados no mundo que observaram a situação periodontal em indivíduos entre 35 e 44 anos, concluiu que existe um padrão global similar quanto a frequência e gravidade de ataque pela doença periodontal. Mesmo reconhecendo que a maior parte dos estudos se refere a pequenos grupos populacionais e não a amostras representativas da situação de cada país, considera ser possível afirmar que no mundo de hoje o percentual de pessoas com bolsas profundas, em geral, é baixo ou muito baixo. As formas graves da doença são raras ou afetam apenas a grupos muito específicos como certas tribos indígenas norte-americanas e alguns povos africanos. Também vale afirmar que as formas iniciais nem sempre levam a estágios avançados da doença, com exceção de alguns grupos minoritários. Ainda não há um padrão inteiramente claro em nível internacional quanto a prevalência das várias formas de doença periodontal (WHO, 1998).

Dados apresentados pelo Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Brasil (SB/BRASIL) referentes a doença periodontal severa mostram uma prevalência de 1,3%, 9,9% e 6,3% nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos respectivamente. Cerca de 10% dos adultos brasileiros possuíam bolsa periodontal em uma ou mais regiões da boca. Praticamente a mesma proporção de adultos apresentou pelo menos um sextante da boca excluído (BRASIL, 2004a).

2.2.2 Diabetes Melito: aspectos clínicos e epidemiológicos

Descrita há mais de 3500 anos o diabetes melito (DM) tem um papel relevante como problema de saúde pública mundial com 140 milhões de pessoas afetadas em todo mundo. A projeção para 2025 de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 300 milhões de pessoas portadoras desta patologia em todo mundo (CARVALHO, 2002).

O DM constitui um dos problemas prioritários de saúde pública devido sua cronicidade e incapacitações, contribuindo significativamente para o aumento das taxas de internação hospitalar, invalidez e mortalidade. A ocorrência de DM em um grupo populacional está ligada, principalmente, a fatores socioeconômicos e culturais, tais como: urbanização, hábitos alimentares, estilo de vida sedentário, stress e predisposição familiar. A prevalência de DM na população urbana brasileira é de 7,6% e calcula-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no País, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos, no ano 2000 (BRASIL,2001b; BRASIL, 2002).

O DM pode ser definido como um distúrbio endócrino freqüente causado por uma insuficiência de insulina ou uma resistência do tecido em relação a mesma. A insulina é uma proteína produzida pelas células β do pâncreas e a sua principal função é facilitar e permitir a penetração de glicose nas membranas das células. A falta ou deficiência de insulina gera um alto nível de glicose no sangue (hiperglicemia) e em decorrência tem-se a excreção de açúcar na urina (glicosúria), aumento da diurese (poliúria) além de sintomas tais como sede, fome, fraqueza e

distúrbios do metabolismo de lipídios (CARRANZA, 1992; LASCALA, 1989; LINDHE, 1999; SHERWIN, 1997).

Um conceito mais atual o considera como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por uma hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências do DM, à longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, proteinúria, neuropatia periférica, ulcerações crônicas nos pés, infecções cutâneas de repetição dentre outros (BRASIL, 2002).

A classificação atual baseia-se na etiologia do DM o tipo 1 ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos e resulta primariamente da alterações das células beta pancreática que param de secretar ou secretam quantidades insuficientes de insulina. Acredita-se que este tipo de diabetes tenham longo estágio pré-clínico assintomático em que as células β do pâncreas são gradualmente destruídas por auto-imunidade ou por causas não conhecidas. Os indivíduos com diabetes tipo 1 apresentam pouca ou nenhuma capacidade de secreção de insulina e dependem da administração da insulina exógena para evitar descompensação metabólica. Inicia sua manifestação de forma abrupta no decorrer de dias ou semanas e acomete em sua maioria crianças e adultos jovens (BRASIL, 2002; MEALEY, 2003; SHERWIN, 1997).

O DM tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. É, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos indivíduos diabéticos. Denomina-se resistência à insulina o estado no qual ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos (especialmente muscular e hepático) em resposta à ação da insulina. As demais ações do hormônio estão mantidas ou mesmo acentuadas. Em resposta a essa resistência tecidual, há uma elevação compensatória da concentração plasmática de insulina, com o objetivo de manter a glicemia dentro dos valores normais. O uso desta só é necessário quando os hipoglicemiantes orais não são suficientes para o controle da glicemia. Ocorre, em geral, após os 40 anos de idade e pode estar associado à obesidade. A etiologia específica não é conhecida e a destruição auto-imune das células β não ocorre (BRASIL, 2002; MEALEY, 2003; SHERWIN, 1997).

A grande variação da prevalência do diabetes em diferentes nações tem sido atribuída a uma combinação de diferenças genéticas e fatores ambientais, como dieta, obesidade, sedentarismo e desenvolvimento intra-uterino. Em muitos países, a prevalência do DM tem-se elevado vertiginosamente associado às rápidas transformações demográficas e sócio-econômicas e espera-se ainda um maior incremento. Há uma tendência de aumento na frequência em todas as faixas etárias, especialmente nas mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença aos sistemas de saúde é imensurável (CAVALLI-SFORZA et al., 1996; LALLA e D'AMBROSIO, 2001; ZIMMET et al., 1997).

No Brasil 50% dos diabéticos desconhecem o diagnóstico, isso contribui para o aumento das complicações tardias, aposentadorias precoces devido a amputações e cegueiras, mortalidade e gastos exorbitantes com a saúde pública. Nos últimos dez anos, o número de óbitos decorrentes do diabetes tipo 2 cresceu 60%. No ano de 2000 morreram cerca de 25.000 diabéticos devido a doença, quase o mesmo número de mortes registradas em acidentes de trânsito no país. O Ministério da Saúde com o apoio da Federação Nacional de associações de Diabéticos, Sociedade Brasileira de Diabetes, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Medicina instalou um plano de reestruturação do atendimento aos clientes diabéticos e hipertensos, objetivando tanto a descoberta de novos casos bem como o tratamento gratuito e a educação continuada do portador e do profissional de saúde (BRASIL, 2001b).

As cidades das regiões Sul e Sudeste, consideradas de maior desenvolvimento econômico do país, apresentam maiores prevalências de DM tipo 2. Os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes no Brasil foram a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes. Um estudo multicêntrico de base populacional, conduzido em 1988 em nove capitais de estados brasileiros, mostrou que a prevalência do diabetes tipo 2 na população urbana, entre 30 e 69 anos de idade, é de 7,6 e 7,8%, respectivamente (MALERBI e FRANCO, 1992).

Sendo o diabetes uma doença crônica, é necessário que haja em seu tratamento um controle adequado, a longo prazo, dos níveis de glicose sanguínea para minimizar as complicações. A identificação precoce pelo profissional de saúde ou pelo paciente, pode prevenir ou adiar o início dessas conseqüências adversas (GENCO, 1996).

No que se refere ao tratamento do DM inclui-se as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. O tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular é essencial para a redução da mortalidade. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas). A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, cirurgiões-dentistas, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção do DM (BRASIL, 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Verificar as condições de saúde periodontal do indivíduo diabético do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, bem como aspectos referentes a integralidade da atenção.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a rotina de atendimento do indivíduo diabético no SUS/BH;
- Conhecer o atendimento dispensado ao indivíduo diabético pela Saúde Bucal no SUS/BH;
- Medir a prevalência de doença periodontal no grupo pesquisado.

4 HIPÓTESES

- Há uma alta prevalência de doença periodontal associada ao diabetes melito;

- Existem indivíduos incluídos no cadastro de indivíduos diabéticos, do SUS-BH, que possuem doença periodontal e que não estão sendo atendidos simultaneamente pelos Serviços de Saúde Bucal, apesar da literatura científica indicar que estes indivíduos podem ter seus quadros de doença periodontal agravados.

5 METODOLOGIA

5.1 Local do Estudo

De acordo com dados divulgados pelo Censo Demográfico de 2000, Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, apresenta uma população residente de

2.238.526 habitantes. Destes, 1.057.263 são do gênero masculino e 1.181.263 do gênero feminino (QUADRO 1).

QUADRO 1 - População residente em Belo Horizonte por região administrativa
1991/2000

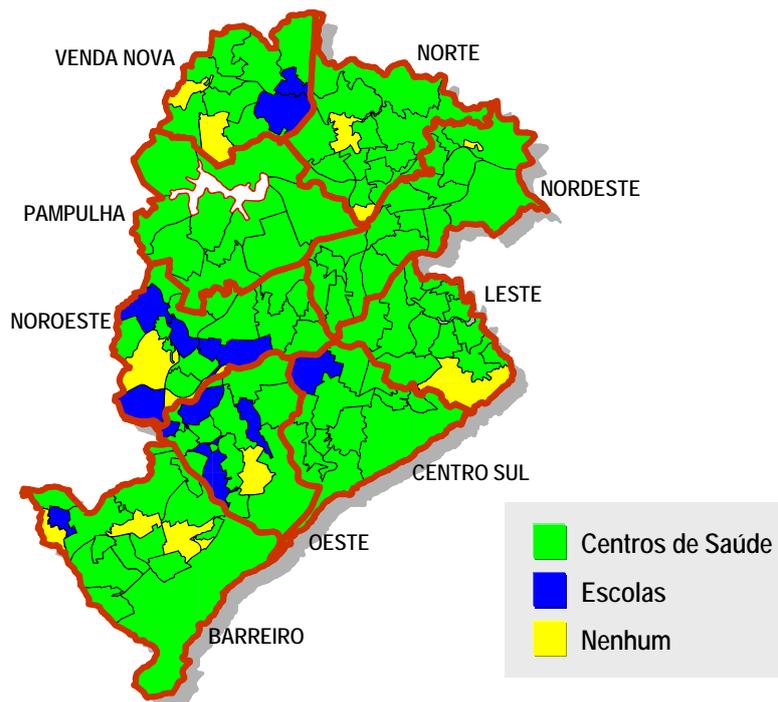
Região Administrativa	População 2000		População 1991		Taxa de crescimento anual
	Total	Part.	Total	Part.	
Barreiro	262.194	11,71	221.072	10,94	1,91
Centro Sul	260.524	11,64	251.481	12,45	0,39
Leste	254.573	11,37	250.032	12,38	0,20
Nordeste	274.060	12,24	249.693	12,36	1,04
Noroeste	338.100	15,10	340.530	16,86	-0,08
Norte	193.764	8,66	154.028	7,62	2,58
Oeste	268.124	11,98	249.350	12,34	0,81
Pampulha	141.853	6,34	105.181	5,21	3,38
Venda Nova	245.334	10,96	198.794	9,84	2,36
Belo Horizonte	2.238.526	100,00	2.020.161	100,00	1,16

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000

Segundo informações disponibilizadas pelo município (PBH, 2005), para permitir a efetivação de uma nova consciência sanitária que vem sendo implantada no país, baseada na reivindicação da saúde como direito social, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) optou pela reorganização dos serviços de saúde em base territorial, através da definição de nove Distritos Sanitários. Cada um dos nove Distritos Sanitários, que correspondem as Regiões Administrações Regionais da Prefeitura de Belo Horizonte, tem definido um certo espaço geográfico, populacional e administrativo de sua abrangência. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde), unidades secundárias como os Postos de Assistência Médica (PAM) e os Centros de Referência em Saúde Mental, as Unidades de Pronto-atendimento (UPA), além da rede hospitalar pública e contratada. Atualmente, a Rede Municipal de Saúde de

Belo Horizonte conta com 131 Centros de Saúde, 6 UPA's, 6 PAM's e mais de 40 hospitais conveniados. O mapa a seguir mostra os nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte (FIG.1).

FIGURA 1 - Mapa dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte



¹Fonte: [www.pbh.gov.br / saúde](http://www.pbh.gov.br/saude) - acesso em 11/11/2005

A SMSA-BH, órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, tem por missão institucional estruturar a atenção à saúde no município, buscando cumprir os princípios do SUS. Esses princípios constitucionais objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, garantia de acesso e a equidade na atenção à população do município. Com o desafio de consolidar um sistema de saúde de qualidade e integral, a prefeitura de Belo Horizonte iniciou em 2002 o programa BH Vida. Os eixos principais deste programa são a organização da

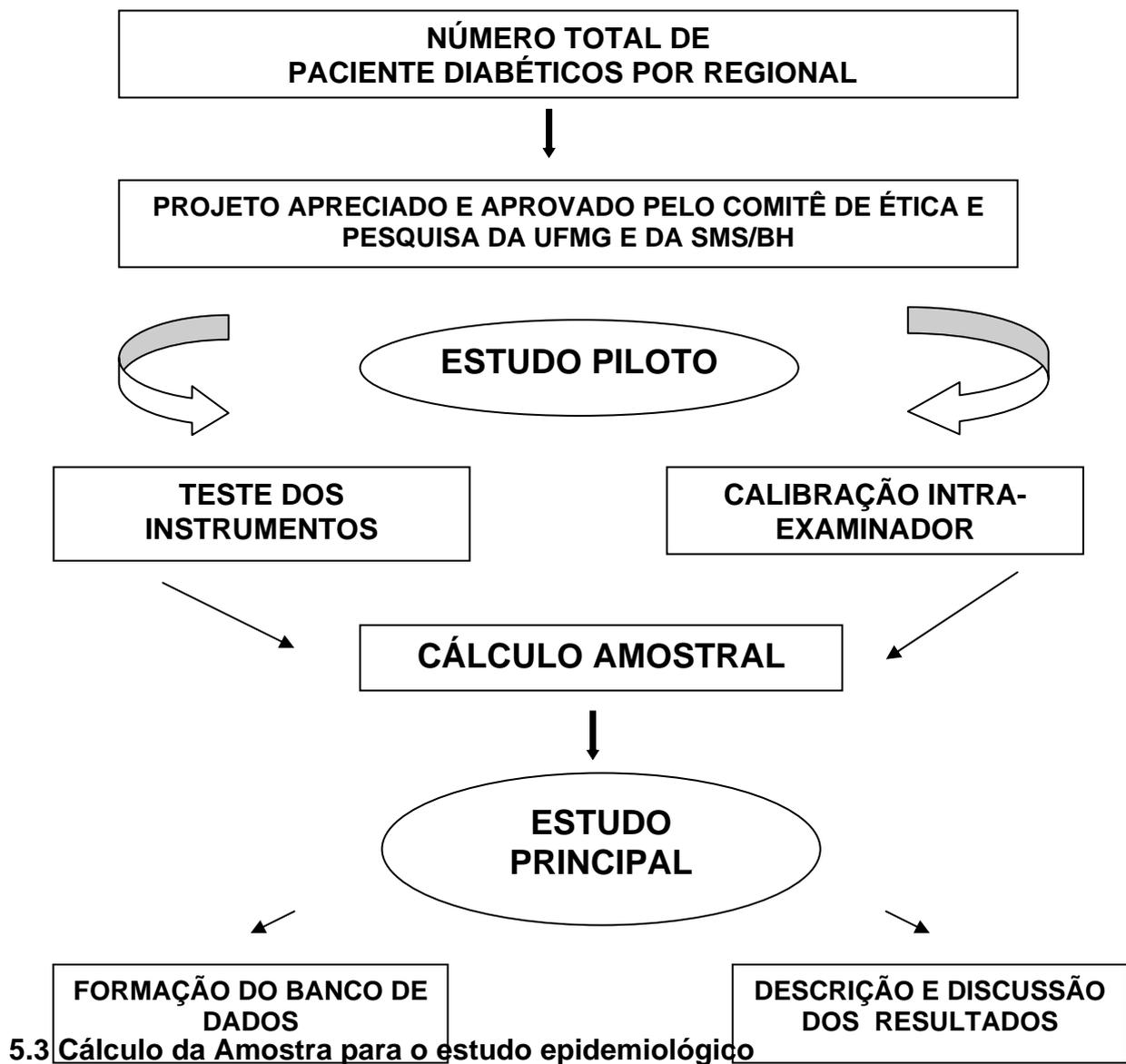
atenção básica através do Programa de Saúde da Família e o trabalho nas linhas do cuidado. O BH Vida define diretrizes fundamentais para a condução dos trabalhos junto à população que são: a garantia de acesso ao cidadão, vínculo, responsabilização, integralidade, resolutividade da assistência, trabalho em equipe, intersetorialidade, autonomização do usuário, participação destes no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando governo e sociedade civil com o trabalho da saúde.

5.2 Desenho do estudo

O estudo foi constituído por duas etapas: na primeira foi realizado um estudo epidemiológico transversal descritivo em que se utilizou uma amostra representativa de indivíduos diabéticos, acima de 30 de anos, de ambos os sexos, cadastrados no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, para determinar a prevalência da doença periodontal nesta população. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas estruturadas com as Referências Técnicas de Saúde Bucal, Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e com os gerentes das UBS com intuito de conhecer melhor a rotina de atendimento do indivíduos com DM no município bem como a rotina do atendimento da Saúde Bucal. A FIG.2 apresenta o fluxograma esquemático da metodologia empregada.

FIGURA 2 - Fluxograma da metodologia empregada





O número de indivíduos necessários para a investigação proposta foi determinado por cálculo amostral. Utilizou-se a fórmula de cálculo de expectativa populacional para a ocorrência de doenças da OMS (Lwanga & Lemeshow, 1991).

Considerou-se uma prevalência de doença periodontal (p) em diabéticos de 75% (SONIS et al. 1996), a precisão requerida de 95% ($1 - \alpha$) e erro admissível (d) de 5%.

Obtém-se assim a necessidade de examinar, no mínimo, 290 indivíduos. A equação utilizada para obtenção deste valor está citada abaixo:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

n = tamanho da amostra

p = 75% (SONIS et al. 1996)

1- α = 95%

d = 5 %

$$n = \frac{3,8416 \times 0,75 \times 0,25}{0,05 \times 0,05} = 288$$

A pesquisa foi concluída com uma amostra final de 300 indivíduos diabéticos de ambos os sexos, faixa etária acima de 30 anos de idade, de classes sociais heterogêneas, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, distribuídos pelos nove Distritos Sanitários que compõem a divisão político administrativa do Município.

5.4 Seleção da amostra para o estudo epidemiológico

Participaram do estudo indivíduos que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- Ser diabético;
- Ser cadastrado pelo SUS/BH;
- Idade acima de 30 anos;

- Ser dentado;
- Ter assinado o Consentimento Informado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para selecionar uma amostra representativa dos indivíduos com DM, do município de Belo Horizonte, na faixa etária acima de 30 anos, realizou-se uma distribuição de amostragem proporcional à real distribuição dos indivíduos com DM nos distritos sanitários. O ponto de corte estabelecido em 30 anos foi escolhido uma vez que a prevalência e o grau de severidade da doença periodontal aumentam com a idade (CHIAPINOTTO, 2000). A Secretaria de Saúde forneceu dados referentes ao número de indivíduos diabéticos atendidos, no ano de 2003, em cada regional distrital baseado na cadastro Hiperdia. Após a obtenção destes dados, calculou-se a distribuição percentual dos indivíduos em cada um dos distritos (QUADRO 2).

Quadro 2 - Distribuição dos indivíduos diabéticos cadastrados pelo SUS-BH segundo as Regionais

REGIONAL	NÚMERO DE DIABÉTICOS	
BARREIRO	10.301	11%
CENTRO-SUL	5.900	6,3%
LESTE	9.926	10,6%
NORDESTE	17.138	18,3%
NOROESTE	16.482	17,6
NORTE	10.301	11%
OESTE	9.927	10,6%
PAMPULHA	5.244	5,6%
VENDA NOVA	8.428	9%
TOTAL GERAL	93.647	100%

Fonte - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2003.

Após o conhecimento do número de indivíduos necessários para avaliação, em cada distrito sanitário, realizou-se o contato com os gerentes de Atenção à Saúde e com as Referências Técnicas de Saúde Bucal de cada Distrito. O objetivo deste foi apresentar a autorização da SMSA para a realização do estudo e esclarecer como este seria realizado. Em cada regional foi sorteada uma UBS que possuísse consultório odontológico para a realização do exame clínico. Caso não fosse possível avaliar o número de indivíduos necessários nesta, uma nova unidade era sorteada. Os dados expostos no QUADRO 3 mostram o número de indivíduos avaliados em cada Regional, neste estudo.

Após o sorteio da unidade os gerentes e os cirurgiões-dentistas das mesmas eram consultados sobre a viabilidade do trabalho no local, tendo em vista a necessidade da disponibilidade de cadeiras odontológicas e de horários livres para a realização do trabalho. O QUADRO 3 mostra as unidades de saúde estudadas e o número de indivíduos avaliados por distrito sanitário.

QUADRO 3 - Distribuição dos indivíduos diabéticos examinados por Regional e Centro de Saúde em Belo Horizonte - 2005.

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	Nº PESSOAS EXAMINADAS
BARREIRO	C.S Vila Pinho C.S. Teixeira Dias Diamante C.S. Pilar C.S. Milionários	33(11%)
NORDESTE	C.S. Alcides Lins C.S Cachoeirinha C.S. Cidade Ozanam	55(18,3%)

	Vilas Reunidas	
VENDA NOVA	C.S Venda Nova	27(9%)
OESTE	C.S Salgado Filho	32(10,6%)
	C.S Conjunto Betânia	
PAMPULHA	C.S Ouro Preto	16(5,6%)
	C.S Santa Rosa	
	C.S Santa Teresinha	
CENTRO-SUL	C.S São Miguel Arcanjo	19(6,3%)
	C.S. Nossa Sra. De Fátima	
NOROESTE	C.S Santa Maria	53(17,6%)
	C.S São Cristóvão	
	C.S. Ermelinda	
	C.S Padre Eustáquio	
LESTE	C.S Santa Inês	32(10,6%)
	C.S. Boa Vista	
	C.S. Alto Vera Cruz	
NORTE	C.S. Campo Alegre	33(11%)
	C.S Heliópolis	
	C.S. Providência	
TOTAL	26 UBS	300(100%)

5.5 Variáveis do estudo epidemiológico

5.5.1 Variáveis dependentes

A presença de doença periodontal nos indivíduos com DM foi avaliada através dos parâmetros clínicos: profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e sangramento à sondagem.

5.5.2 Variáveis independentes

As variáveis dependentes foram associadas com as variáveis independentes categorizadas nos QUADRO 4 a 9.

QUADRO 4 - Definição e categorização das variáveis demográficas relacionadas aos aspectos socioeconômicos.

Tipo de variável	Descrição	Agrupamento e categorizações
Gênero	sexo	1 - Masculino 2 - Feminino
Idade	Idade em anos	1 - Mais novos (30-54 anos) 2 - Mais velhos (55-86 anos)
Estado civil	Viver com ou sem companheiro	1 - Sem companheiro 2 - Com companheiro
Escolaridade	Nível de instrução	1 - Sem estudo 2 - Fundamental 3 - Médio
Renda	Renda familiar em reais (mensal)	1 - Menos favorecidos (0-450 reais) 2 - Mais favorecidos (452-3900reais)

QUADRO 5 - Definição e categorização das variáveis independentes relacionadas ao Diabetes Melito

Tipo de variável	Descrição	Agrupamento e categorizações
Tipo de DM	Tipo de diabetes que o paciente possui	1 - Tipo 1 2 - Tipo 2
Tempo de DM	Quanto tempo o paciente tem diabetes	1 - 2 meses a 7 anos 2 - 7 a 40 anos
Familiares com DM	Outra pessoa da família com DM	1 - Sim 2 - Não
Controle médico	Realizar ou não o controle médico	1 - Sim 2 - Não
Glicose controlada	Estar ou não com a glicose controlada	1 - Sim 2 - Não 3 - Não sei

Uso de medicamentos	Faz ou não uso de medicamentos	1 - Sim 2 - Não

QUADRO 6 - Definição e categorização das variáveis independentes de interesse

Tipo de variável	Descrição	Agrupamento e categorizações
Tabagismo	Paciente fumante ou não fumante	1 - Sim 2 - Não
Etilismo	Paciente faz rotineiramente uso de álcool ou não	1 - Sim 2 - Não
Doenças cardiovasculares	Paciente com problemas cardíacos	1 - Sim 2 - Não
Sedentarismo	Paciente faz ou não alguma atividade física	1 - Sim 2 - Não
Obesidade	Paciente fora ou não do peso	1 - Sim 2 - Não

QUADRO 7 - Definição e categorização das variáveis independentes em relação ao atendimento recebido pelo paciente

Tipo de variável	Descrição	Agrupamento e categorizações
Profissionais que atendem	Todos os profissionais que atendem o paciente	1 - Médico 2 - Enfermeiro 3 - Nutricionista 4 - Fisioterapeuta 5 - Psicólogo
Atendimento pelo dentista	Está sendo atendido ou não pelo dentista	1 - Sim 2 - Não
Número de consultas ao dentista	Quantas vezes foi ao dentista no último ano	1 - 3 vezes ou mais 2 - 2 vezes 3 - 1 vez 4 - Não foi

QUADRO 8 - Organização dos temas avaliados nas entrevistas com os gerentes

Tema	Agrupamento
Presença de grupos operativos na UBS	1 - Sim 2 - Não
Participação do dentista nos grupos	1 - Sim 2 - Não
Frequência de participação do dentista	1 - Participação contínua 2 - Participação eventual
Encaminhamento de indivíduos com DM à saúde bucal	1 - Encaminhados 2 - Não encaminhados 3 - Eventualmente
Prioridade para atendimento do paciente com DM	1 - Tem prioridade 2 - Não tem prioridade 3 - Eventualmente
Forma de organização dos prontuários nas UBS	1 - Prontuário único 2 - Prontuário separado

QUADRO 9 - Definição e categorização das variáveis independentes quanto à percepção do paciente em relação a sua saúde gengival

Tipo de variável	Descrição	Agrupamento e categorizações
Gengiva vermelha ou inchada	Presença ou ausência de gengiva vermelha ou inchada	1 - Sim 2 - Não
Sangramento na gengiva	Presença ou ausência de sangramento na gengiva	1 - Sim 2 - Não
Dor na gengiva	Presença ou ausência de dor na gengiva	1 - Sim 2 - Não
Procurou dentista	Procurou ou não o dentista por causa dos problemas com a gengiva	1 - Sim 2 - Não

5.6 Instrumentos de coleta de dados

- Entrevista com as Referência Técnicas de Saúde Bucal e Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (QUADRO 7 e 8);
- Entrevista com os 26 gerentes das unidades básicas de saúde estudadas (QUADRO 7 e 8);
- Exame clínico dos indivíduos com DM.

5.6.1 Entrevista com os gestores

As entrevistas com as Referência Técnica de Saúde Bucal e com a Referência de Diabetes apresentaram um roteiro estruturado com uma unidade de contexto: o atendimento do paciente com DM na UBS. As entrevistas com os gerentes tinham como unidades de contexto a serem avaliadas: presença de grupos operativos na UBS, participação do dentista nos grupos, frequência de participação do dentista, encaminhamento de indivíduos com DM à saúde bucal, prioridade para atendimento do paciente com DM e forma de organização dos prontuários nas UBS. Foram relacionadas uma série de questões que serviram de orientação para o desenvolvimento destas (ANEXOS H, I). Todas as entrevistas foram anotadas pelo pesquisador.

5.6.2 Exame clínico

O exame clínico foi constituído por uma anamnese e pelo exame físico. A anamnese teve por objetivo coletar dados relacionados à caracterização da amostra como os referentes à história do DM, às condições de saúde geral, condições socioeconômicas, comportamentais, de atendimento na UBS e percepção do paciente diabético em relação à sua saúde gengival (ANEXO F). O exame físico teve como objetivo avaliar as condições periodontais do paciente com DM. Os voluntários foram identificados apenas por um número na ficha clínica.

Os exames foram realizados em local iluminado, em cadeira odontológica com refletor e seringa tríplice para secagem dos dentes. Para o mesmo, foram utilizadas as sonda periodontais tipo Willians (Hu-friedy®), espelhos bucais e compressas de gazes. O material utilizado (consumo e instrumental) foi levado às unidades pelo examinador.

O exame periodontal foi realizado após limpeza prévia dos dentes com água e secagem com gaze esterilizada. Todas as quatro faces dos elementos dentais (mesial, distal, vestibular e lingual) presentes foram examinadas e os dados registrados em um periodontograma (ANEXO G). A sondagem foi realizada de forma circunferencial e o maior valor encontrado nos sítios foi anotado. Foram utilizados como parâmetros clínicos para o exame:

- Sangramento gengival à sondagem: Durante a sondagem a sonda foi introduzida no sulco gengival até o limite de sua base. Aguardou-se de 30 a 60 segundos após a mesma para a visualização de sua ocorrência (CARRANZA, 1992). O sangramento foi registrado através do Índice de

Sangramento Gengival Modificado de Ainamo e Bay (1975) e o sangramento após sondagem registrado de forma dicotômica, para presença valor 1 e ausência valor 0. Todas as faces dos dentes presentes foram examinadas.

- Profundidade de sondagem: Mediu-se à distância da margem gengival ao fundo do sulco gengival ou bolsa periodontal e anotou-se o valor encontrado em todas as 4 faces (mesial, distal, vestibular e lingual) de todos os dentes presentes.
- Perda de Inserção Clínica: Este compreende a distância da junção amelo-cementária ao fundo do sulco gengival ou bolsa periodontal (Lindhe, 1999). Fez-se à medida da perda de inserção tomando como base à junção cimento-esmalte (quando visível) (CARRANZA e NEWMAN, 1996).

Para evitar erros inerentes ao processo de sondagem, optou-se por excluir dentes que apresentassem as seguintes características:

- Dentes que apresentaram uma morfologia gengival alterada;
- Dentes com restaurações mal adaptadas que dificultavam a realização do exame;
- Dentes com lesões cariosas extensas;
- Terceiros molares.

Para determinação do diagnóstico, foram considerados como gengivite, os indivíduos que apresentaram pelo menos um sítio com sangramento à sondagem

(LANG et al. 1990) e com periodontite os indivíduos que apresentaram pelo menos um sítio com profundidade de sondagem ≥ 4 mm (AAP, 2000).

5.6.3 Procedimentos de biossegurança

As normas de biossegurança foram seguidas tanto para controle de infecção quanto para a eliminação de resíduos. Os instrumentais utilizados foram esterilizados em autoclave e, após uso, colocados em solução de glutaraldeído, para realizar a pré-lavagem, lavados, secos e re-embalados para serem esterilizados. O examinador e o anotador utilizaram todos os equipamentos de proteção individual preconizados pela literatura. Uma auxiliar acompanhou todo o estudo sendo esta responsável pelo preparo e esterilização dos instrumentais, pela manutenção da cadeia asséptica e pela anotação dos dados encontrados.

5.7 Aspectos Éticos

O presente estudo seguiu as normas e diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) através do parecer n ° 030/05 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte através do protocolo 012 / 2004 (ANEXO A). A Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação de Saúde Bucal e Gerência de Assistência autorizaram a realização deste trabalho.

Todo o processo de investigação foi conduzido de forma a preservar os princípios da Bioética. Os participantes receberam informações verbais e por escrito sobre o estudo. Aqueles que aceitaram participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Informado (ANEXOS D, E).

Os participantes identificados com doença periodontal crônica ou gengivite foram esclarecidos quanto à doença e encaminhados para aguardarem tratamento no próprio serviço (o serviço de Saúde Bucal da SMS-BH faz atendimento periodontal) e aqueles com doença periodontal avançada (casos mais graves - indivíduos com bolsa periodontal maior que 6 mm) foram encaminhados para a própria Faculdade de Odontologia, através do Centro de Atendimento e Seleção com objetivo de atendê-los mais rapidamente (ANEXO C).

5.8 Estudo piloto

O estudo piloto foi constituído por duas etapas: a primeira teve como objetivo conferir confiança aos resultados obtidos através da calibração intra-examinador, a segunda teve como objetivo de testar os instrumentos (entrevistas a serem empregadas e ficha clínica) e treinar o pesquisador.

Os exames da calibração foram realizados na Clínica da Faculdade de Odontologia e tiveram um intervalo de sete dias entre o primeiro e o segundo exame. Um total de 588 superfícies foram avaliadas e re-avaliadas para que a concordância pudesse ser determinada. Aplicou-se o teste de concordância Kappa (K) em que foram

encontrados valores considerados satisfatórios para profundidade de sondagem (0,81), perda de inserção clínica (0,91) e sangramento à sondagem (0,79). Sendo considerada uma concordância excelente. A interpretação do teste é apresentada no QUADRO 9.

QUADRO 10: Interpretação estatística do Kappa

Intervalo	Interpretação
<0,40	Concordância fraca
0,40 a 0,75	Concordância de razoável à boa
≥ 0,75	Concordância excelente

Fonte: CONOVER, 1999

O estudo piloto foi realizado na Centro de Saúde Conjunto Betânia na Regional Oeste do Município. Nesta etapa o gerente da unidade foi entrevistado e 10 indivíduos foram avaliados. Após esta etapa alguns pequenos ajustes foram realizados no roteiro das entrevistas e na ficha clínica com objetivo de adequar melhor os instrumentos a serem utilizados no estudo principal.

5.9 Estudo principal

Uma unidade de saúde com consultório odontológico de cada distrito foi sorteada para participar do estudo. O gerente da unidade sorteada era contatado pelo telefone com objetivo de obter a autorização desta para o desenvolvimento da pesquisa. Agendava-se uma primeira visita em que se apresentava a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG e o da Secretaria. O objetivo deste encontro era elucidar os objetivos do trabalho, realizar a entrevista com o gerente, conversar com a equipe de saúde da unidade sobre o estudo, solicitar a estes que convidassem os indivíduos diabéticos

cadastrados e agendar uma data e horário para a coleta de dados. Os indivíduos diabéticos foram convidados a participar da pesquisa pela equipe de saúde através das visitas domiciliares, consultas e grupos operativos.

5.10 Análise dos dados

Os resultados do estudo epidemiológico foram digitados e organizados em um banco de dados utilizando-se o software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 12.0 for Windows para tratamento estatístico. O processamento incluiu codificação, digitação e edição dos dados. Esta etapa foi realizada por duas pessoas, uma ditava e a outra digitava e conferia os dados. Cada ficha clínica foi codificada recebendo um número de ordem, coincidente com a seqüência de realização dos exames. Esta codificação permitiu a conferência e a confirmação dos dados.

Foi realizada para este estudo, inicialmente, uma análise das freqüências absolutas e relativas das variáveis referentes aos dados clínicos coletados que configuraram a caracterização da amostra. Posteriormente foi realizada uma análise univariada para verificar a associação entre cada uma das variáveis independentes com as variáveis dependentes deste estudo. Esta associação foi avaliada através do teste qui-quadrado (χ^2) e teste Exato de Fisher. Considerou-se como hipótese nula a inexistência de associação entre as variáveis. Esta hipótese foi considerada falsa quando o valor p resultante foi $\leq 0,05$.

Os resultados das entrevistas com as Referências Técnicas foram descritos, organizados e analisados. Os resultados das entrevistas com os gerentes além de receberem este tratamento foram também categorizados e as frequências absolutas de cada resposta obtida.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análise descritiva do estudo epidemiológico

Neste capítulo, os resultados serão apresentados de forma descritiva e analítica. Foram coletados dados referentes a caracterização da amostra, história médica e odontológica do paciente com DM. As unidades amostrais utilizadas são representadas por indivíduos e dentes comparadas as variáveis pesquisadas: profundidade de sondagem, perda de inserção clínica e sangramento.

6.1.1 Caracterização geral da amostra

Participaram do estudo 300 indivíduos diabéticos, destes, 120 (40%) do gênero masculino e 180 (60%) do gênero feminino. A idade variou de 30 a 86 anos, sendo 49,3% (148) da amostra era constituída por indivíduos na faixa etária de 30 a 54 anos (mais novos) e 50,7% (152) na faixa etária de 55 a 86 anos (mais velhos). Esta separação da faixa etária foi baseada na mediana. A média de idade foi de 55,37 (d.p. 10). Os dados obtidos em relação a renda familiar foram separados em duas categorias agrupadas também a partir da mediana: mais favorecidos (renda variando entre 401 a 3900 reais) e menos favorecidos (renda inferior a 400 reais). Os resultados mostraram que 150 indivíduos (50%) pertenciam ao grupo dos menos favorecidos e 150 (50%) ao grupo dos mais favorecidos. A renda média foi de 590 reais (d.p. 584). Vale ressaltar que apesar da renda máxima ter sido 3.900 um número muito pequeno de pessoas apresentaram renda superior a 1000 reais (11%) (TAB.1).

TABELA 1- Caracterização geral da amostra estudada

Característica	n	%
Gênero		
Masculino	120	40
Feminino	180	60
Idade		
Mais novos (30-54 anos)	148	49,3
Mais velhos (55-86 anos)	152	50,7
Estado civil		
Sem companheiro	128	42,7
Com companheiro	172	57,3
Renda		
Menos favorecidos (0-400 reais)	150	50
Mais favorecidos (401-3900 reais)	150	50
Escolaridade		
Superior e médio	48	16,0
Fundamental	223	74,3
Não estudou	28	9,3

Quanto ao estado civil optou-se por separar a amostra em dois grupos: indivíduos que viviam com o companheiro e os que não viviam. Do total de 300 indivíduos, 172 (57,3%) moravam com companheiro e 128 (42,7%) sem companheiro. Para obtenção do nível de instrução dos indivíduos, o grau de escolaridade foi agrupado em 3 categorias. Os resultados revelaram que 48 (16%) possuíam o ensino superior ou médio, 223 (74,3%) ensino fundamental e 28 (9,3%) não haviam estudado. Pode-se ressaltar que os indivíduos avaliados possuíam baixo grau de escolaridade. Houve perda de 0,3% das respostas para este item (TAB.1).

6.1.2 Caracterização da amostra quanto ao Diabetes Melito

A amostra avaliada foi constituída por 86 (28,7%) indivíduos com diabetes tipo 1 e 212 (70,7%) indivíduos com diabetes tipo 2 (TAB.2). Estes resultados são próximos ao relatado pela literatura que descrevem 5 a 10% das pessoas com diabetes tipo 1 e 90 a 95% com o tipo 2. Santana (2004), em estudos realizados em indivíduos com diabetes melito encontrou uma prevalência de 7,1% de DM tipo 1 e 92,9% de DM tipo 2. Houve perda de 0,7% das respostas a este item.

TABELA 2- Caracterização da amostra quanto ao Diabetes Melito

Característica	n	%
Tipo de diabetes melito		
Tipo 1	86	28,7%
Tipo 2	212	70,7%

Tempo de diabetes		
2 meses a 7 anos	150	50%
7 a 40 anos	144	48%
Familiares com diabetes melito		
Sim	202	67,3%
Não	96	32,0%
Controle médico		
Sim	288	96%
Não	12	4%
Glicose controlada		
Sim	114	38,1
Não	154	51,5
Não sei	32	10,4
Uso de medicamentos		
Sim	292	97,3
Não	8	2,7
Total	300	100

O tempo de diagnóstico do diabetes foi categorizado em dois grupos: o primeiro constituído pelos indivíduos que possuíam diabetes há menos tempo (2 meses a 7 anos) e o segundo pelos que possuíam a doença há mais tempo (8 a 40 anos). O primeiro grupo foi representado por 150 indivíduos (50%) o segundo por 144 (48%) e 6 (2%) não sabiam relatar o tempo de diabetes. A média para o tempo de diagnóstico de DM foi de 9,1 anos. Este ponto de corte foi baseado na mediana (TAB.2).

Dos pesquisados, 96 (32%) não possuíam histórico de diabetes na família e 202 (67,3%) possuíam (TAB.2). Dos entrevistados, 0,7% não sabiam responder a esta pergunta. A história familiar é um fator de risco para o desenvolvimento de DM. Bjelland et al. (2002) relataram que 52,5% de indivíduos com diabetes apresentam um familiar com DM.

A maioria dos diabéticos 288 (96%) realizavam controle médico e apenas 12 (4%) não o realizavam. Dos indivíduos avaliados, 154 (51,5%) relataram não estar com a glicose controlada, 114(38,1%) estavam controlados e 32(10,4%) não sabiam relatar. Isto mostra que quase 50% da amostra não apresentava controle de sua glicemia. Santana (2004) também encontrou em seu estudo apenas 40,7% dos indivíduos diabéticos com glicose controlada. O uso de medicamentos foi observado em 292(97,3%) dos indivíduos enquanto apenas 8 (2,7%) não faziam uso (TAB.2).

6.1.3 Caracterização da amostra quanto às variáveis independentes de interesse

Com relação ao tabagismo, 46 (15,3%) eram fumantes enquanto 254 (84,7%) não possuíam esse hábito (TAB.3). Estudos realizados por Santana (2004) e por Moore et al. (1999) mostram prevalência de indivíduos fumantes de 15,6% e 19%, respectivamente, semelhantes ao encontrado neste estudo. Estes autores também ressaltaram a interferência do tabagismo na doença periodontal dos indivíduos com diabetes melito. Da mesma forma, Ragghianti et al. (2004) em estudo sobre as condições periodontais da população de Bauru identificou 15 a 21% de fumantes nos diversos grupos etários estudados. O uso do álcool foi investigado e os resultados mostraram que 81,7% da amostra (245) não possuíam o hábito e 55 indivíduos (18,3%) ingeriam bebida alcoólica freqüentemente (TAB.3).

As doenças cardiovasculares (DCV) foram relatadas por 53,7% (161) das pessoas examinadas, 136 delas (45,3%) não possuíam história de alterações cardíacas e 3 (1%) não sabiam relatar. Barilli (2003), em estudos sobre as condições periodontais em indivíduos com problemas cardiovasculares, relatou que 29,3% dos indivíduos cardiopatas e 1,6% dos não cardiopatas têm DM. Quanto a realização de alguma atividade física verificou-se que 155 (51,7%) não se consideravam sedentários e 145 (48,3%) não realizavam nenhum tipo de atividade física (TAB.3). Santana et al. (2004) observou em sua amostra de indivíduos diabéticos que 35,4% destes praticavam algum tipo de exercício físico.

TABELA 3 - Caracterização da amostra quanto às variáveis independentes de interesse

Característica	n	%
Tabagismo		
Sim	46	15,3
Não	254	84,7
Etilismo	55	18,3
Sim	245	81,7
Não		
Doenças cardiovasculares		
Sim	161	53,7
Não	136	45,3
Sedentarismo		
Sim	145	48,3
Não	155	51,7
Obesidade		
Sim	132	44
Não	168	56
Dentes perdidos		
0 a 12 dentes ausentes	153	51
Acima de 12 dentes ausentes	147	49

Total	300	100
--------------	------------	------------

A obesidade estava presente em 132 (44%) dos indivíduos enquanto 168 (56%) estavam dentro dos padrões considerados normais (TAB.3). De acordo com Bjelland et al. (2002) a obesidade é um fator de risco para o DM tipo 2 e cita que cerca de 67,6% da população diabética apresenta obesidade. Mealey e Moritz (2003) destacaram a obesidade como um fator claro no aumento do risco para o desenvolvimento de diabetes melito.

Em relação ao número de dentes perdidos 153 (51%) haviam perdido até 12 dentes e 147 (49%) haviam perdido 13 ou mais dentes com média de 13,49 dentes perdidos (d.p.7) (TAB.3). A separação nestes dois grupos foi baseada na mediana. Os resultados do estudo de Santana et al. (2004) em uma população de diabéticos evidenciou uma média de perda dentária de 12,3 dentes. É importante lembrar que a perda dentária na população brasileira também é muito grande 13,23 dentes perdidos na faixa etária de 35 a 44 anos e 25,83 na faixa etária de 65 a 74 anos (BRASIL, 2004).

6.1.4 Percepção do paciente em relação a sua saúde bucal

Aproximadamente metade dos indivíduos 153 (51%) perceberam a presença de inchaço e vermelhidão na gengiva e 147(49%) não perceberam estas alterações gengivais. Quanto ao sangramento gengival 153 (51%) participantes observaram sangramento em suas gengivas e 147(49%) não. Quando o aspecto dor foi

questionado 153 (51%) afirmaram ter sentido alguma dor em suas gengivas e 147(49%) não. Apesar destes resultados apenas 78 pessoas (26%) procuraram o dentista por causa de problemas gengivais contrapondo-se a 222 (74%) que não procuraram. Os dados para autopercepção de gengivas vermelhas ou inchadas, sangramento e dor mostram que quase metade da amostra foi constituída por pessoas que não percebiam seus problemas de saúde bucal e que poucos, dentre os estudados, procuram o serviço de odontologia para tratamento (TAB.4). O que aponta para a necessidade de serem trabalhados nos grupos operativos questões relativas ao autocuidado em saúde bucal.

TABELA 4 - Percepção do paciente em relação a sua saúde periodontal

Característica	n	%
Gengiva vermelha ou inchada		
Sim	153	51
Não	147	49
Sangramento na gengiva		
Sim	153	51
Não	147	49
Dor na gengiva		
Sim	153	51
Não	147	49
Procurou dentista		
Sim	78	26
Não	222	74

6.2 Associação entre sangramento gengival à sondagem e as variáveis independentes

O sangramento gengival após a sondagem determina a presença de inflamação nos tecidos periodontais. A ausência de sangramento não representa ausência de doença periodontal, no entanto, associada a outros parâmetros clínicos é capaz de proporcionar um importante direcionamento. O diagnóstico de gengivite foi realizado nos indivíduos em que se constatou a ocorrência de pelo menos um sítio com sangramento gengival à sondagem (BADERSTEIN et al., 1990; LANG, et al., 1990; TOEVS E LUKKEN, 1990). Os dados sobre a presença de sangramento à sondagem estão apresentados nas tabelas a seguir.

TABELA 5 - Sangramento gengival à sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte I

Variáveis	SANGRAMENTO		p
	Presente n(%)	Ausente n(%)	
Gênero			
Feminino	156(86,7%)	24(13,3%)	0,181 ^c
Masculino	110(91,7%)	10(8,3%)	
Idade			
Mais novos (30-54 anos)	133(89,9%)	15(10,1%)	0,518 ^c
Mais velhos (55-86 anos)	133(87,5%)	19(12,5%)	
Estado civil			
Com companheiro	152(88,4%)	20(11,6%)	0,852 ^c
Sem companheiro	114(89,1%)	14(10,9%)	
Renda			
Mais favorecidos	130(90,3%)	14(9,7%)	0,541 ^c
Menos favorecidos	125(88,0%)	17(12,0%)	
Escolaridade			
Superior e médio	47(97,9%)	1(2,1%)	0,009 ^c
Fundamental	198(88,8%)	25(11,2%)	
Sem estudo	21(75,0%)	7(25,0%)	
Tipo de diabetes melito			
Tipo 1	72(83,7%)	14(16,3%)	0,092 ^c
Tipo 2	192(90,6%)	20(9,4%)	

Tempo de diabetes			
3 meses a 7 anos	137(91,3%)	13(8,7%)	0,113 ^c
8 a 40 anos	123(85,4%)	21(14,6%)	
Familiares com DM			
Não	83(86,5%)	13(13,5%)	0,425 ^c
Sim	181(89,6%)	21(10,4%)	
Controle médico			
Não	9(75,0%)	3(25,0%)	0,143 ^F
Sim	257(89,2%)	31(10,8%)	
Glicose controlada			
Não	137(89,0%)	17(11,0%)	0,315 ^c
Sim	103(90,4%)	11(9,6%)	
Não sei	25(80,6%)	6(19,4%)	

Qui-quadrado - ^c e Teste exato de Fisher - ^f

A maioria dos indivíduos 266 (88,7%) apresentaram pelo menos um sítio com sangramento e apenas 34 (11,3%) não apresentaram sangramento à sondagem o que evidencia ser uma variável bastante expressiva neste estudo. Raylander et al. (1986) e Novaes Júnior et al. (1997) encontraram uma prevalência de gengivite de 55% e 33% respectivamente no grupo de indivíduos com DM pesquisado. Santana (2004), encontrou uma prevalência de 84,5% em indivíduos com diabetes melito, no município de Itaúna, prevalência esta muito próxima a encontrada neste trabalho. Outros estudos realizados em indivíduos com diabetes melito também apresentam resultados semelhantes como os de Selwitz et al. (1998), em que a frequência de sangramento observada foi de 63,7% em indivíduos com diabetes tipo 2. Também Moore et al. (1999) em trabalho realizado com indivíduos com diabetes tipo 1 encontraram frequência de sangramento de 72,2%.

Uma meta-análise realizada por Khader et al. (2006) no período de 1970 a 2003 com objetivo de verificar as associações entre a doença periodontal e o DM mostram que indivíduos diabéticos apresentavam maior gravidade de doenças gengivais. Outros

estudos também apontam para o aumento da prevalência de gengivite em indivíduos diabéticos (CIANCIOLA et al., 1982; CUTLER et al. 1999; DEPOMMEREAU et al. 1992; ERVASTI et al. 1985; GUSBERT et al. 1983; KARJALAINEN e KNUUTTILA, 1996; SANTANA, 2004).

Em relação ao gênero, a presença de sangramento não representou diferença estatisticamente significativa ($p=0,181$) (TAB.5). O gênero, neste estudo, parece não influenciar a presença de gengivite nos indivíduos diabéticos. Resultados semelhantes foram relatados por Santana, 2004 em que a prevalência de sangramento em mulheres com diabetes foi um pouco menor do que a encontrada nos homens com valores de 70,8% e 73,8% respectivamente.

A análise por idade mostrou não haver diferença estatisticamente significativa ($p=0,518$) ao comparar a presença de sangramento em indivíduos mais novos e mais velhos (TAB.5). Bridges et al. (1996), em estudo com indivíduos diabéticos, não encontraram diferença de sangramento à sondagem quando comparada a variável idade. Também Santana (2004), encontrou uma prevalência de sangramento similar entre as diferentes faixas etárias estudadas com 89,7% de sangramento na faixa etária de 21 a 40 anos, 84,5% dos casos de 41 a 60 anos e 83,9% dos casos acima de 60 anos.

A presença de sangramento não apresentou relação estatística com o fato de viver ou não com o companheiro ($p=0,852$). Quando relacionou-se a presença de sangramento à sondagem com a escolaridade dos indivíduos observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$). (TAB.5). Apesar da significância

estatística há de se considerar que houve uma inversão do esperado pois quem apresentou menor escolaridade tinha menos sangramento. Este achado contrapõe com achados da literatura que apontam uma relação entre maior grau de instrução e o nível de saúde das pessoas, uma vez que os conhecimentos adquiridos permitiriam selecionar modos de vida mais saudáveis (PEREIRA, 2001).

Os resultados mostraram não haver diferença estatisticamente significativa entre a renda familiar e a presença de sangramento à sondagem ($p=0,541$). Isto pode ser explicado em função da diferença de renda ser pequena entre os dois grupos com 50% da amostra ganhando até 400 reais e, apenas, 11% com renda acima de 1.000 reais. Na verdade, a grande maioria poderia ser classificada como de baixa renda (TAB.5). Gesser, Perez e Marcenes (2001) observaram em seus estudos uma maior prevalência de gengivite e periodontite associadas a baixos indicadores socioeconômicos como a renda. Também Albandar e Rams (2002) relataram que o nível socioeconômico seria um fator desencadeante de condições periodontais desfavoráveis.

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o tempo que o paciente possui o diagnóstico de diabetes e a presença de sangramento à sondagem ($p=0,113$) (TAB.5). Este resultado contrapõe os resultados de Monteiro, Araújo e Gomes Filho (2002) em que após avaliarem diabéticos tipo 2 observaram que indivíduos com mais tempo de diabetes apresentavam uma maior presença de sangramento que aqueles que possuíam menos tempo.

Nenhuma associação estatisticamente significativa foi verificada entre tipo de diabetes e presença de sangramento à sondagem ($p=0,092$) (TAB.5). Este resultado difere dos achados de Santana (2004) em que 52,2% dos diabéticos tipo 1 e 32,3% dos diabéticos do tipo 2 apresentaram gengivite, sendo este resultado significativo. Também não houve diferença significativa quando se comparou a presença de sangramento à sondagem e o fato do paciente fazer ou não controle médico ($p=0,143$), ter um outro familiar com história de DM ($p=0,425$) e de estar ou não com a glicose controlada ($p=0,315$). Alguns estudos apresentam dados diferentes do encontrado e mencionam um aumento de sangramento gengival em indivíduos que não apresentam controle glicêmico. Estes estudos também ressaltam que o número de sítios com sangramento diminui uma vez que ocorre o controle da glicemia (BRIDGES et al. 1996; CUTLER et al. 1999; EVARIST et al., 1985).

TABELA 6 - Sangramento gengival à sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte II

Variáveis	SANGRAMENTO		p
	Presente n(%)	Ausente n(%)	
Uso de medicamentos			
Não	6(75,0%)	2(25,0%)	0,227 ^F
Sim	259(89,0%)	32(11,0%)	
Tabagismo			
Não	223(87,8%)	31(12,2%)	0,263 ^C
Sim	43(93,5%)	3(6,5%)	
Etilismo			
Não	212(86,5%)	33(13,5%)	0,014 ^C
Sim	54(98,2%)	1(1,8%)	
DCV			
Não	126(92,6%)	10(7,4%)	0,080 ^C
Sim	139(86,3%)	22(13,7%)	
Sedentarismo			
Não	139(90,3%)	15(9,7%)	0,349 ^C

Sim	125(86,8%)	19(13,2%)	
Obesidade			
Não	149(88,7%)	19(11,3%)	0,988 ^c
Sim	117(88,6%)	15(11,4%)	
Atendimento / dentista			
Não	195(89,4%)	23(10,6%)	0,486 ^c
Sim	71(86,6%)	11(13,4%)	
Consultas ao dentista			
3 vezes ou mais	40(87,0%)	6(13,0%)	0,716 ^c
2 vezes	21(91,3%)	2(8,7%)	
1 vez	43(93,5%)	3(6,5%)	
Não foi	159(88,3%)	21(11,7%)	

Estar ou não sendo atendido pelo dentista não influenciou a presença de sangramento à sondagem ($p=0,486$). Dos que estavam sendo atendidos pelo dentista 86,9% apresentaram sangramento à sondagem e dos que não recebiam este atendimento 89,4% apresentavam sangramento. O número de consultas ao dentista no último ano também não representou alterações quanto a presença ou ausência de sangramento à sondagem ($p=0,716$). Dos indivíduos que foram três vezes ou mais no dentista 40 (87%) apresentaram sangramento à sondagem. Os que haviam ido 2 vezes ou uma vez ao dentista 21(91,3%) e 43(93,5%) apresentaram sangramento à sondagem, respectivamente. Entre os indivíduos que não foram ao dentista no último ano, 159(88,3%) apresentaram sangramento à sondagem (TAB.6). Isto pode retratar o tipo de tratamento prestado na atenção básica para os indivíduos com doença periodontal. De acordo com Tinoco e Tinoco (2000) o exame periodontal parece não fazer parte integrante da rotina da maioria dos profissionais do serviço público. Tradicionalmente, os dentistas do serviço têm sua atenção voltada à cárie dentária não realizando, em geral, procedimentos para controle e tratamento da DP. Geralmente, encaminham o paciente para a atenção

secundária quando esta é ofertada pelo serviço. O que torna o acesso ao tratamento periodontal ainda mais difícil.

Observou-se haver diferença significativa entre o etilismo e a presença de sangramento à sondagem ($p=0,014$). Não se encontrou associação entre sangramento e tabagismo ($p=0,263$), doenças cardiovasculares ($p=0,080$), sedentarismo($p=0,349$), obesidade ($p=0,988$) e uso de medicamentos ($p=0,227$) (TAB.6). Embora não se tenha observado relação entre tabagismo e sangramento muitos trabalhos apontam que o tabaco modifica as características clínicas gengivais sendo considerado um fator de risco para as doenças periodontais (BRIDGES et al., 1996; DANIELSEN et al., 1999; HABER, 1993; PREBER, KANT e BERGSTRÖM, 1980).

TABELA 7 - Sangramento gengival à sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte III

Variáveis	SANGRAMENTO		p
	Presente n(%)	Ausente n(%)	
Gengiva vermelha inchada			
Não	125(85,0%)	22(15,0%)	0,052 ^c
Sim	141(92,2%)	12(7,8%)	
Sangramento na gengiva			
Não	122(83,0%)	25(17,0%)	0,002 ^c
Sim	144(94,1%)	9(5,9%)	
Dor na gengiva			
Não	124(84,4%)	23(15,6%)	0,021 ^c
Sim	142(92,8%)	11(7,2%)	
Procurou dentista			
Não	195(87,8%)	27(12,2%)	0,445 ^c
Sim	71(91,0%)	7(9,0%)	

Dentes Perdidos			
0 a 12	140(97,9%)	3(2,1%)	<0,001 ^c
Acima de 13 dentes	126(80,3%)	31(19,7%)	

A percepção da gengiva vermelha ou inchada, a procura pelo dentista e a presença de sangramento não mostrou associação estatística ($p=0,052$) e ($p=0,445$) respectivamente. A percepção do sangramento e a ocorrência de dor apresentaram associação estatisticamente significativa com ($p=0,002$) e ($p=0,021$). Estes achados podem também apontar para a pequena resolutividade dos serviços para o tratamento da gengivite.

O número de dentes perdidos em relação a presença ou não de sangramento foi um dado de relevância estatística com $p<0,001$. (TAB.7). Estudo de Lagervall, Jansson e Bergström (2003) observaram uma correlação entre doença periodontal, diabetes e perdas dentárias. Neste estudo a média de perdas dentárias nos indivíduos diabéticos foi de 25,4(d.p.3,34) dentes.

6.3 Associação entre Profundidade de sondagem e as variáveis independentes

Os dados referentes a profundidade de sondagem foram agrupados em duas categorias. A primeira com indivíduos que apresentaram profundidade de sondagem menor que 4 mm ($PS < 4\text{mm}$) e a segunda com indivíduos com profundidade de sondagem maior ou igual a 4 milímetros ($PS \geq 4\text{mm}$) em pelo menos um sítio. Esta última foi utilizada como critério para identificação de periodontite.

Os resultados mostraram que 74% dos indivíduos diabéticos apresentaram a $PS \geq 4\text{mm}$ o que mostrou uma alta prevalência de periodontite no grupo estudado. (TAB.8). Este resultado corrobora com os achados de Sonis et al. (1996) em que apontam que aproximadamente 75% dos diabéticos apresentam doença periodontal com aumento da reabsorção do osso alveolar e alterações inflamatórias.

TABELA 8 - Profundidade de sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte I

PROFUNDIDADE DE SONDAAGEM			
Variáveis	$PS \geq 4\text{mm}$ n(%)	$PS < 4\text{mm}$ n(%)	P
Gênero			
Feminino	121(67,2%)	59(32,8%)	0,001 ^c
Masculino	101(84,2%)	19(15,8%)	
Idade			
Mais novos (30-54 anos)	112(75,7%)	36(24,3%)	0,514 ^c
Mais velhos (55-86 anos)	110(72,4%)	42(27,6%)	
Estado civil			
Com companheiro	122(70,9%)	50(29,1%)	0,160 ^c
Sem companheiro	100(78,1%)	28(21,9%)	
Renda			
Mais favorecidos	106(73,6%)	38(26,4%)	0,538 ^c
Menos favorecidos	109(76,8%)	33(23,2%)	
Escolaridade			
Superior e médio	37(77,1%)	11(22,9%)	0,427 ^c
Fundamental	167(74,9%)	56(25,1%)	
Sem estudo	18(64,3%)	10(35,7%)	
Tipo de diabetes melito			
Tipo 1	67(77,9%)	19(22,1%)	0,347 ^c
Tipo 2	154(72,6%)	58(27,4%)	
Tempo de diabetes			
3 meses a 7 anos	111(74,0%)	39(26,0%)	0,940 ^c
8 a 40 anos	106(73,6%)	38(26,4%)	

Familiares com DM			
Não	73(76,0%)	23(24,0%)	0,549 ^c
Sim	147(72,8%)	55(27,2%)	
Controle médico			
Não	9(75,0%)	3(25,0%)	1 ^F
Sim	213(74,0%)	75(26,0%)	
Glicose controlada			
Não	115(74,7%)	39(25,3%)	0,711 ^c
Sim	85(74,6%)	29(25,4%)	
Não sei	21(67,7%)	10(32,3%)	

Cianciola et al. (1982) encontraram uma prevalência de 39% de PS \geq 4mm em portadores de DM tipo 1. Løe (1993) apontou que 45 a 48% dos diabéticos tipo 2 avaliados apresentaram periodontite avançada. Selwitz, Albandar e Harris (1998) detectaram PS \geq 5mm em 21,6% dos diabéticos tipo 2. Santana (2004) relatou uma prevalência de PS \geq 4mm em apenas 49,7% dos indivíduos com diabetes avaliados.

Selwitz, Albandar e Harris (1998) avaliaram indivíduos diabéticos tipo 2 e não diabéticos. Os resultados revelaram que o grupo dos diabéticos obteve perda de inserção \geq 5 mm em 31%, profundidade de sondagem \geq 5mm em 21,6% e sangramento gengival em 63,7%. Quando comparados estes resultados com os encontrados no grupo de não diabéticos observou-se que estes valores foram maiores para o grupo de diabéticos. Também Tomita et al. (2002) ao avaliarem uma população nipo-brasileira concluíram que os portadores de diabetes apresentaram percentuais mais elevados de bolsas profundas e perdas severas de inserção periodontal do que os indivíduos normoglicêmicos.

De acordo com Løe (1993) e Lacopino (1995) a periodontite tem sido apontada como a sexta complicação mais prevalente do diabetes com sua incidência associada ao diabetes crescendo a uma taxa de 6% ao ano. O diabetes pode influenciar não

apenas a prevalência e gravidade da periodontite, como também a progressão da doença (PAPAPANOU e LINDHE, 1999).

Papanou et al. (1996) em uma meta-análise que teve por objetivo relacionar doença periodontal e diabetes concluiu que a maioria dos estudos mostram uma maior gravidade das condições periodontais em adultos diabéticos comparado aos não diabéticos. Papanou et al. e Papanou e Lindhe (1999) relataram que indivíduos portadores de DM têm uma probabilidade três vezes maior de sofrer perda de tecido periodontal de suporte. Seppala et al. (1993) verificaram que indivíduos com DM tipo 1 que apresentavam um controle metabólico adequado exibiram uma perda menor de tecido de suporte do que aqueles em que o controle era precário.

Outros trabalhos também ressaltam o aumento da extensão e gravidade da periodontite em indivíduos com diabetes melito (AINAMO et al., 1990; BACIC, PLANCAK e GRANIC, 1988; EMRICH, SHLOSSMAN e GENCO, 1991; FIRALTI et al. 1996; HUGOSON, 1989; KATZ, 2001; SHOLSSMAN e KNOWLER, 1990; TERVONEN, 1993; THORSTENSSON e HUGOSON, 1993).

Uma associação significativa ($p=0,001$) foi observada entre o gênero e profundidade de sondagem nos indivíduos diabéticos, com 84,2% de periodontite nos pacientes do sexo masculino. Estudo de Lagervall, Jansson e Bergström (2003) observaram uma prevalência de bolsas com $PS>5\text{mm}$ de 27,8% em pacientes com DM (TAB.9). Estudo de Santana (2004) relatou resultados diferentes ao encontrado nesse, com 50% de diabéticos do sexo feminino e 48,4% do sexo masculino o que não representou diferença significativa.

A idade não apresentou associação estatística significativa quando comparada a profundidade de sondagem ($p=0,514$) (TAB.8). Da mesma forma, os resultados de Santana (2004) constataram que na faixa etária de 41 a 60 anos a presença de $PS \geq 4\text{mm}$ foi de 54,4% e no grupo acima de 60 anos foi de 54,8%. O resultado contradiz a literatura que aponta a susceptibilidade e a gravidade da periodontite nos diabéticos aumentando com a idade e duração do DM (AAP, 2000; EMRICH, SHLOSSMAN e GENCO, 1991; BJELLAND et al., 2002; SHOLSSMAN e KNOWLER, 1990).

Cerda et al. (1994) investigaram o efeito da idade e do tempo de diagnóstico do DM tipo 2 na gravidade da doença periodontal e concluíram que o tempo de diagnóstico do DM é mais significativo que a idade cronológica para a gravidade da doença periodontal. Moore et al. (1999) avaliaram a condição periodontal de adultos com DM tipo 1 e observaram que a maior perda de inserção ocorreu nos mais velhos. Concluíram que idade avançada, duração de DM e uso do cigarro estão associados com alta prevalência de doença periodontal em diabéticos. Outros estudos corroboram com estes achados e revelam que diabéticos diagnosticados há pelo menos 8 anos apresentaram destruição periodontal mais avançada (MONTEIRO, ARAÚJO e GOMES FILHO, 2002).

Quando comparou-se a profundidade de sondagem com a escolaridade dos indivíduos, renda familiar e com o fato de viver ou não com um companheiro observou-se não haver diferença estatisticamente significante ($p=0,427$), ($p=0,160$), ($p=0,538$) (TAB.8). Também não houve associação entre tempo de diagnóstico de

diabetes com a periodontite ($p=0,940$). Bridges et al. (1996) não encontraram diferença estatística significativa ao comparar o tempo de diabetes com os parâmetros clínicos periodontais (Sangramento, PS e PIC). Os resultados obtidos por Santana (2004) também corroboram com estes achados. Contrapõe-se a estes resultados os estudos de Monteiro, Araújo e Gomes Filho (2002) e de Bjelland et al. (2002) que mostra haver relação entre duração do DM e as condições periodontais. A relação entre o tipo de DM e a presença de PS ≥ 4 mm mostrou não haver associação estatística significativa ($p=0,347$). Este resultado evidencia que não houve diferença no desenvolvimento de doença periodontal entre os portadores de DM tipo 1 e 2 (TAB.8). Bridges et al (1996) encontraram uma maior prevalência de profundidade de sondagem em indivíduos que possuíam diabetes tipo 1 quando comparados aos não diabéticos. Bacic, Plancak e Granic (1988) compararam a presença de doença periodontal entre os diabéticos tipo 1 e tipo 2 e concluíram que o desenvolvimento desta doença é semelhante nos dois grupos, o que confirma os achados desta pesquisa. Já no estudo de Santana (2004), a prevalência de periodontite leve a moderada foi de 17,4% e periodontite avançada de 8,7% nos diabéticos tipo 1. Já nos diabéticos tipo 2 as prevalências foram 29,1% e 24% respectivamente. O nível de controle metabólico, duração do diabetes e idade do indivíduo, parecem influenciar estas manifestações numa extensão maior do que o tipo do diabetes (WILSON JÚNIOR, 2001).

Nenhuma associação estatisticamente significativa foi observada entre realizar o controle médico, ter um outro familiar com DM e estar com a glicose controlada ($p=1$), ($p=0,549$) e ($p=0,711$) respectivamente (TAB.8). Os achado de Santana (2004) também mostraram não haver relação entre controle metabólico do DM e

doença periodontal. Apesar de alguns estudos evidenciarem esta relação entre controle de glicemia e periodontite, alguns indivíduos diabéticos com pobre controle glicêmico desenvolvem periodontite e outros não, assim como indivíduos bem controlados desenvolvem periodontite e outros não. No entanto, muitos trabalhos na literatura apontam que um pobre controle metabólico resulta em uma maior gravidade de destruição periodontal (BJELLAND et al., 2002; CERDA et al., 1994; EMRICH, SHLOSSMAN e GENCO, 1991; 2002; FIRALLI, 1997; MEALEY e MORITZ, 2003; OLIVER e TERVONEN, 1994; SEPALLA et al., 1993; SOSKOLNE, 1998; TAYLOR et al., 1996).

WILSON JÚNIOR (2001) observou uma incidência e gravidade aumentada de gengivite e periodontite em diabéticos comparados aos não diabéticos. Existe uma indicação de que a gravidade da destruição periodontal pode estar relacionada ao tipo de diabetes, ao grau de controle metabólico, à duração da doença e a presença de outras complicações. TAYLOR, 1996 constatou-se que diabéticos tipo 2, não compensados têm periodontite mais grave do que os controlados. Também observou-se que indivíduos com DM tipo 2 e periodontite têm risco aumentado para descontrole glicêmico.

Em relação ao atendimento odontológico verificou-se que este não influenciou a presença de uma maior ou menor profundidade de sondagem. Não observou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,620$) entre estar ou não sendo atendido pelo dentista e a presença de uma $PS \geq 4\text{mm}$. O número de consultas ao dentista no último ano também não mostrou uma associação estatisticamente significativa com a presença ou ausência de bolsas periodontais ($p=0,142$) (TAB.9). Apesar destes

resultados, sabe-se que a terapia periodontal é fundamental para o tratamento e prevenção da ocorrência da doença, principalmente em indivíduos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento da mesma como é o caso dos indivíduos diabéticos (TINOCO e TINOCO, 2000).

TABELA 9 - Profundidade de sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte II

PROFUNDIDADE DE SONDAJEM			
Variáveis	PS_≥ 4mm n(%)	PS< 4mm n(%)	P
Uso de medicamentos			
Não	5(62,5%)	3(37,5%)	0,434 ^F
Sim	216(74,2%)	75(25,8%)	
Tabagismo			
Não	179(70,5%)	75(29,5%)	0,001 ^c
Sim	43(93,5%)	3(6,5%)	
Etilismo			
Não	173(70,6%)	72(29,4%)	0,005 ^c
Sim	49(89,1%)	6(10,9%)	
DCV			
Não	110(89,9%)	26(19,1%)	0,025 ^c
Sim	112(69,6%)	49(30,4%)	
Sedentarismo			
Não	125(81,2%)	29(18,8%)	0,003 ^c
Sim	95(66,0%)	49(34,0%)	
Obesidade			
Não	131(78,0%)	37(22,0%)	0,077 ^c
Sim	91(68,9%)	41(31,1%)	
Atendimento – dentista			
Não	163(74,8%)	55(25,2%)	0,620 ^c
Sim	59(72,0%)	23(28,0%)	
Consultas ao dentista			
3 vezes ou mais	28(60,9%)	18(39,1%)	0,142 ^c
2 vezes	18(78,3%)	5(21,7%)	
1 vez	35(76,1%)	11(23,9%)	

Não foi	139(77,2%)	41(22,8%)	
Gengiva vermelha inchada			
Não	96(65,3%)	51(34,7%)	0,001 ^c
Sim	126(82,4%)	27(17,6%)	
Sangramento na gengiva			
Não	87(59,2%)	60(40,8%)	<0,001 ^c
Sim	135(88,2%)	18(11,8%)	

Quanto a procura por serviços de odontologia verificou-se uma relação significativa entre os que procuram o serviço e a profundidade de sondagem ($p=0,029$) (TAB.10). Dos indivíduos avaliados que procuraram o dentista 83,3% apresentavam periodontite e 70,7% dos que não procuraram também apresentaram periodontite o que pode mostrar que indivíduos com mais doença procuram mais o serviço.

Quanto a associação entre profundidade de sondagem, tabagismo e etilismo observou-se uma relação estatística significativa ($p=0,001$ e $p=0,005$). Com relação ao DCV houve associação estatística mas para indivíduos que não apresentavam a doença ($p=0,025$) e quanto ao sedentarismo, houve associação estatística ($p=0,003$) no caso dos indivíduos não sedentários. A obesidade e o uso de medicamentos não mostrou associação com a presença de periodontite ($p=0,077$) e ($p=0,434$). A análise das frequências relativas mostraram que 70,5% dos não fumantes e 93,5% dos fumantes apresentavam $PS \geq 4\text{mm}$ (TAB.9). Este dado mostra que a prevalência de periodontite no grupo dos fumantes é maior dos que dos não fumantes. Moore et al. (1999) relatam que diabéticos fumantes apresentam maior prevalência de doença periodontal que os não fumantes. Santana (2004) relatou que os diabéticos fumantes têm 1,4 vezes mais chance de apresentarem doença periodontal que os não fumantes.

Entre aqueles que relataram ter percebido a gengiva vermelha e inchada, 82,4% apresentaram periodontite ($p=0,001$). A percepção do sangramento pelo paciente pode ser associada com a presença de periodontite ($p<0,001$). A ocorrência de dor e a presença de $PS\geq 4\text{mm}$ também apresentou relação estatística significativa ($p=0,010$) (TAB.10). O número de dentes perdidos em relação a presença $PS\geq 4\text{mm}$ foi um dado que revelou associação estatística ($p=0,016$) (TAB.10). Alguns estudos concordam com estes achados e ressaltam que um maior número de dentes ausentes são observados em indivíduos com DM (BACIC, PLANCAK e GRANIC, 1988. Vale ressaltar que quem possui mais dentes têm mais chance de apresentar a doença.

TABELA 10 - Profundidade de sondagem relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte III

Variáveis	PROFUNDIDADE DE SONDAAGEM		P
	$PS\geq 4\text{mm}$ n(%)	$PS< 4\text{mm}$ n(%)	
Dor na gengiva			
Não	99(67,3%)	48(32,7%)	0,010 ^c
Sim	123(80,4%)	30(19,6%)	
Procurou dentista			
Não	157(70,7%)	65(29,3%)	0,029 ^c
Sim	65(83,3%)	13(16,7%)	
Dentes Perdidos			
0 a 12	115(80,4%)	28(19,6%)	0,016 ^c
Acima de 13 dentes	107(68,2%)	50(31,8%)	

6.4 Associação entre Perda de inserção clínica e as variáveis independentes

Foram utilizados para avaliar a perda de inserção clínica os critérios estabelecidos pela AAP (2000), dicotomizados para facilitar a análise do dado. Os resultados

obtidos no trabalho mostraram que 23,3% da amostra apresentaram um perda de inserção clínica (PIC) leve a moderado (entre 1 a 4 mm) e 76,7% apresentaram um PIC severo (maior ou igual a 5 milímetros) (TAB.11).

TABELA 11 - Perda de inserção clínica relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte I

PERDA DE INSERÇÃO CLÍNICA			
Variáveis	PIC (≥ 5mm) n(%)	PIC (1 a 4mm) n(%)	P
Gênero			
Feminino	128(71,1%)	52(28,9%)	0,005 ^c
Masculino	102(85,0%)	18(15,0%)	
Idade			
Mais novos (30-54 anos)	106(71,6%)	42(28,4%)	0,041 ^c
Mais velhos (55-86 anos)	124(81,6%)	28(18,4%)	
Estado civil			
Com companheiro	129(75,0%)	43(25,0%)	0,429 ^c
Sem companheiro	101(78,9%)	27(21,1%)	
Renda			
Mais favorecidos	110(76,4%)	34(23,6%)	0,829 ^c
Menos favorecidos	110(77,5%)	32(22,5%)	
Escolaridade			
Superior e médio	35(72,9%)	13(27,1%)	0,234 ^c
Fundamental	170(76,2%)	53(23,8%)	
Sem estudo	25(89,3%)	3(10,7%)	
Tipo de diabetes melito			
Tipo 1	70(81,4%)	16(18,6%)	0,236 ^c
Tipo 2	159(75,0%)	53(25,0%)	
Tempo de diabetes			
3 meses a 7 anos	110(73,3%)	40(26,7%)	0,240 ^c
8 a 40 anos	114(79,2%)	30(20,8%)	
Familiares com DM			
Não	72(75,0%)	24(25,0%)	0,603 ^c
Sim	157(77,7%)	45(22,3%)	
Controle médico			
Não	11(91,7%)	1(8,3%)	0,307 ^F
Sim	219(76,0%)	69(24,0%)	

Glicose controlada

Não	120(77,9%)	34(22,1%)	0,179 ^c
Sim	82(71,9%)	32(28,1%)	
Não sei	27(87,1%)	4(12,9%)	

Os resultados de Emrich, Shlossman e Genco (1991) avaliaram a presença de doença periodontal numa população de índios com diabetes tipo 2 e verificaram um PIC \geq 5mm em 59,5% dos diabéticos.

Taylor et al. (1996) estudando a mesma população encontrou 30,33% de PIC \geq 6mm. Selwitz et al. (1998) encontraram 31% de diabéticos tipo 2 com PIC \geq 5mm. Moore et al. (1999) relataram que 32,5% dos diabéticos avaliados apresentavam PIC entre 4 e 6mm e 8,4% PIC acima de 6mm. Santana (2004) evidenciou uma presença de PIC \leq 3mm em 23,8%, PIC entre 4 e 6mm em 46,4% e acima de 6mm em 29,8%. Outros estudos realizados com indivíduos diabéticos também evidenciam o aumento da perda de inserção nestes indivíduos (FIRALTI et al. 1996; OLIVER e TERVONEN, 1994; SEPALLA et al., 1993; SAFKAN-SEPPALA e AINAMO, 1992). Os dados referentes ao nível de inserção e sua possível associação com as variáveis independentes encontram-se nas tabelas a seguir.

O PIC severo apresentou associação estatística quando comparado ao gênero ($p=0,005$) sendo mais prevalente no sexo masculino. A idade também mostrou uma associação significativa ($p=0,041$) estando mais prevalente nos indivíduos mais velhos (TAB.12). Resultados semelhantes a este estudo são descritos por Santana (2004) em que 85,4% do grupo de diabéticos pertencentes a faixa etária 41 a 60 anos e 83,9% dos indivíduos acima de 60 anos apresentaram níveis alterados de inserção (PIC > 4mm). Emrich, Shlossman e Genco (1991) encontraram um PIC \geq 5mm em 68,8% dos indivíduos na faixa etária de 45 a 54 anos e 86,7% dos acima

de 54 anos. Bridges et al. (1996) observaram uma maior perda de inserção nos indivíduos diabéticos quando comparados aos não diabéticos. Os resultados do presente estudo evidenciam que o perda de inserção clínica acentua com a idade fato que pode ser evidenciado em outros trabalhos envolvendo indivíduos diabéticos (EMRICH, SHLOSSMAN e GENCO, 1991; LÖE, 1993; MOORE et al. 1999).

Não foi observada diferença estatística significativa entre a presença de PIC severo, níveis de instrução e estado civil ($p=0,234$) e ($p=4,29$). Embora não tenha sido encontrada uma relação estatística, os valores encontrados evidenciam uma diminuição do PIC a medida em que se tinha um grau de instrução melhor (TAB.11). Elter et al. (1999) ao estudarem escolaridade e perda de inserção verificaram que indivíduos com baixa instrução apresentaram uma maior perda de inserção. Santana (2004) concluiu que quanto menor a instrução escolar apresentada maior a porcentagem de casos com $PIC \geq 4mm$.

A renda familiar e a presença de PIC severo também não revelou diferença estatística significante ($p=0,829$) (TAB.11). Os achados de Santana (2004) também não encontraram associação estatística entre rendimento mensal e a presença de PIC severo. O que contrapõe a argumentação de Dolan et al. (1997) que citam que indivíduos com baixo rendimento mensal são considerados grupos de risco para alterações periodontais e perda de inserção. Também Lopez et al. (2001) concluíram em seus estudos que o baixo nível socioeconômico está associado à perda de inserção superior a 3 mm.

O tempo de diagnóstico de diabetes, o tipo de diabetes, estar ou não sob controle médico, ter ou não a glicose controlada e ter outro familiar com DM não apresentaram diferença estatística significativa quando relacionados com a presença de PIC, com valores respectivos de ($p=0,240$), ($p= 0,236$), ($p=0,307$), ($p=0,179$), ($p=307$) (TAB.11). Entretanto, vários estudos apontam para uma maior perda de inserção nos indivíduos diabéticos com pobre controle metabólico (AAP, 1999; SHOLSSMAN et al., 1990; NELSON, et. al. 1990; SAFKAN-SEPPALA e AINAMO, 1992). Também estudos de Safkan-Seppala e Ainamo (1992) concluíram que indivíduos com diabetes de longa duração e controle inadequado experimentam maior perda de inserção do que os diabéticos controlados.

Quanto ao atendimento odontológico verificou-se que não houve uma diferença estatisticamente significativa entre a presença de PIC e estar sendo atendido pelo dentista ($p=0,728$) e do PIC em relação ao número de consultas ao dentista ($p=0,667$). Dos que estavam sendo atendidos pelo dentista 78% apresentaram PIC severo e dos que não estavam sendo atendidos 76,1% apresentaram (TAB.12). Vale ressaltar aqui as mesmas considerações sobre o atendimento ao paciente com problemas periodontais no serviço de saúde bucal.

O tabagismo e a obesidade quando associado a presença PIC severo mostraram possuir uma relação estatisticamente significativa ($p=0,011$) e ($p=0,048$). No entanto, foram os indivíduos obesos que apresentaram menos doença. Syrjälä et al. (2003) concluíram em seus estudos que o tabagismo associado a um pobre controle metabólico do diabetes melito é um fator determinante para o desencadeamento de perda de inserção clínica. O etilismo, o sedentarismo, as doenças cardiovasculares e

o uso de medicamentos não mostraram diferença estatística significativa quando relacionados ao PIC severo ($p=0,318$), ($p=0,315$), ($p=0,869$) e ($p=0,090$). (TAB.12).

TABELA 12 - Perda de inserção clínica relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte II

PERDA DE INSERÇÃO CLÍNICA			
Variáveis	PIC (≥ 5mm) n(%)	PIC (1 a 4mm) n(%)	P
Uso de medicamentos			
Não	4(50,0%)	4(50,0%)	0,090 ^F
Sim	225(77,3%)	66(22,7%)	
Tabagismo			
Não	188(74,0%)	66(26,0%)	0,011 ^c
Sim	42(91,3%)	4(8,7%)	
Etilismo			
Não	185(75,5%)	60(24,5%)	0,318 ^c
Sim	45(81,8%)	10(18,2%)	
DCV			
Não	105(77,2%)	31(22,8%)	0,869 ^c
Sim	123(76,4%)	38(23,6%)	
Sedentarismo			
Não	122(79,2%)	32(20,8%)	0,315 ^c
Sim	107(74,3%)	37(25,7%)	
Obesidade			
Não	136(81,0%)	32(19,0%)	0,048 ^c
Sim	94(71,2%)	38(28,8%)	
Atendimento – dentista			
Não	166(76,1%)	52(23,9%)	0,728 ^c
Sim	64(78,0%)	18(22,0%)	
Consultas ao dentista			
3 vezes ou mais	35(71,6%)	11(23,9%)	0,667 ^c
2 vezes	20(87,0%)	3(13,0%)	
1 vez	34(73,9%)	12(26,1%)	
Não foi	138(76,7%)	42(23,3%)	

A percepção da gengiva vermelha ou inchada, sangramento, dor ou a procura pelo dentista quando relacionados ao PIC severo mostraram não haver diferença estatisticamente significativa ($p=0,848$, $p=0,199$, $p=0,461$, $p=0,237$) (TAB.12).

TABELA 13 - Perda de inserção clínica relacionado as variáveis independentes estudadas - Parte III

PERDA DE INSERÇÃO CLÍNICA			
PIC Severo(≥ 5mm) n(%)	Presente n(%)	Ausente n(%)	p
Gengiva vermelha inchada			
Não	112(76,2%)	35(23,8%)	0,848 ^c
Sim	118(77,1%)	35(22,9%)	
Sangramento na gengiva			
Não	108(73,5%)	39(26,5%)	0,199 ^c
Sim	122(79,7%)	31(20,3%)	
Dor na gengiva			
Não	110(74,8%)	37(25,2%)	0,461 ^c
Sim	120(78,4%)	33(21,6%)	
Procurou dentista			
Não	174(78,4%)	48(21,6%)	0,237 ^c
Sim	56(71,8%)	22(28,2%)	
Dentes Perdidos			
0 a 12	108(75,5%)	35(24,5%)	0,655 ^c
Acima de 13 dentes	122(77,7%)	35(22,3%)	

O número de dentes perdidos também não mostrou relação com a presença de PIC severo ($p=0,655$). Os valores percentuais evidenciam que 75,5% dos que possuem até 12 dentes perdidos apresentam perda de inserção clínica severo e 77,72% dos que possuem acima de 13 dentes perdidos também apresentaram. Bridges et al. (1996) encontraram uma maior perda de elementos dentários em indivíduos diabéticos quando comparados aos não diabéticos para ambos os tipos de diabetes melito (TAB.13).

6.5 Considerações sobre a integralidade da atenção ao paciente diabético

Os dados apresentados no capítulo anterior apontam para uma alta prevalência de gengivite, periodontite e de perda de inserção nos indivíduos com DM. Sabe-se que o tratamento periodontal permite um melhor controle dos problemas bucais bem como um melhor controle da glicemia destes indivíduos. Além disto, para prestar um atendimento ao paciente diabético, que contemple a todas as suas necessidades, é fundamental o trabalho de uma equipe interdisciplinar que garanta a este uma atenção integral com vistas à uma melhor qualidade de vida.

6.5.1 Considerações quanto ao atendimento recebido pelo paciente

De acordo com Piancastelli, (1999) o trabalho em equipe deve ser entendido como uma estratégia concebida pelo homem com objetivo de melhorar a efetividade de suas atividades. Apesar das vantagens apontadas pelo trabalho em equipe em detrimento ao trabalho individual constata-se, na prática, uma grande dificuldade de realizá-lo de forma conjunta.

Os resultados apresentados pela TABELA 14 apontam para uma pequena participação de outros profissionais da área da saúde no contexto do atendimento ao paciente com DM e pode apontar para um pequeno acesso da população a estes. Fato que pode dificultar a realização de um trabalho interdisciplinar tão fundamental para a manutenção da saúde destes indivíduos. Dentre as pessoas estudadas 290 (96,6%) relataram ser atendidas pelo médico, 1 (0,3%) pelo nutricionista, 1 (0,3%)

pelo psicólogo, 4 (1,3%) pelo fisioterapeuta e 4 (1,3%) pelo enfermeiro. A grande maioria destes indivíduos 218 (72,7%) não estavam sob tratamento odontológico. O pequeno número de indivíduos atendidos pelo dentista (27,3%), pode retratar além da falta de integração das ações médicas e odontológicas nas UBS, uma dificuldade da saúde bucal em responder as necessidades da população no âmbito da atenção básica (TAB.14).

TABELA 14 - Caracterização da amostra quanto ao atendimento recebido pelo paciente

Característica	n	%
Profissionais		
Médico	290	96,6
Enfermeiro	4	1,3
Nutricionista	1	0,3
Fisioterapeuta	4	1,3
Psicólogo	1	0,3
Atendimento pelo CD na época do estudo		
Não	218	72,7
Sim	82	27,3
Consultas com o dentista no último ano		
3 vezes ou mais	46	15,3
2 vezes	23	7,6
1 vez	46	15,3
Não foi	185	61,7
Local de atendimento		
Unidade Básica de Saúde	52	63,4
Referência Especializada	3	3,6
Outros	27	33

O trabalho em equipe requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária. As intervenções necessárias para proporcionarem o cuidado em saúde devem contemplar as determinações bio-psico-sociais do processo saúde doença, a autonomia, a responsabilização dos

profissionais com o usuário, a assistência à saúde como trabalho coletivo em que a interdisciplinaridade bem como a multiprofissionalidade são necessárias (ALMEIDA e MISHIMA, 2001). Apesar da importância do trabalho em equipe o pequeno número de psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, na rede municipal de Belo Horizonte, é um fator limitante para o acesso aos seus serviços e para o alcance da atenção integral.

É importante mencionar que desde a inserção da odontologia no PSF, no município estudado, o número de equipes com saúde bucal foi crescendo e, atualmente, quase todas as unidades de saúde possuem dentista. Neste sentido, vale questionar o limitado acesso dos indivíduos com DM aos serviços odontológicos pois apenas 27,3% dos indivíduos estavam em tratamento, 61,7% não haviam sido atendidos no último ano, 15,3% haviam sido atendidas 3 vezes ou mais pelo dentista, 7,7% 2 vezes e 15,3% uma vez. (TAB.14). É claro que a prática odontológica apresenta certas especificidade visto que incluem num mesmo ato o diagnóstico e a terapêutica cirúrgica, cuja conclusão pode se arrastar por semanas ou meses. Esta característica do ato odontológico introduz um complicador a mais quando se discute acesso a serviços que é a combinação de uma alta prevalência de doenças (e, conseqüentemente de necessidades), com uma lógica de tratamento complexa, demorada e onerosa (MUELLER et al.,1994). Este aspecto aliado a uma prática odontológica ainda iatrogênico-mutiladora, dentistocêntrica, biologicista, individualista, centrada na técnica torna-se um fator contribuidor para a pouca resolutividade deste serviço (RONCALLI, 2000).

De acordo com Ferreira, (2000) é essencial garantir a integralidade da atenção odontológica (atenção básica, secundária, urgência e outras necessárias) respeitando a

necessidade da população e baseada em parâmetros epidemiológicos. Roncalli, (2000) menciona que após a municipalização, cresceu o sistema de atenção secundária, ampliando o número de unidades e a complexidade das ações. A atenção secundária é composta, atualmente, em Belo Horizonte, por serviços de endodontia, cirurgia, ortodontia, odontopediatria e periodontia dispostos em várias clínicas, sendo que a policlínica Centro-Sul concentra a maior parte dos serviços especializados. No entanto, no presente estudo dos 82 indivíduos em tratamento 52 (63,4%) estavam sendo atendidos na Unidade Básica de Saúde, apenas 3 (3,6%) na Unidade de Referência Especializada e 27 (33%) em outros estabelecimentos.

Os dados relativos ao acesso do paciente com DM na saúde bucal são preocupantes, principalmente, ao analisar a assistência prestada no nível de atenção secundária com apenas 3,6% de atendimentos na população em estudo. Este número é pequeno visto que os indivíduos com DM podem ter suas condições de saúde bucal agravadas e, portanto, necessitar de atendimento especializado. Neste estudo, a prevalência de periodontite foi de 74% o que reforça a necessidade de atendimento também na atenção secundária. É preciso lembrar, ainda, a importância do tratamento periodontal na regulação metabólica do paciente com DM, podendo até mesmo evitar uma série de complicações e intercorrências médicas (WILSON JÚNIOR, 2001). Este fato reveste-se de grande relevância, no sentido de propor uma nova abordagem da doença, tendo em vistas à organização de um trabalho interdisciplinar, que garanta a este indivíduo o acesso à uma equipe composta por profissionais capacitados e que possam atender as necessidades globais deste grupo.

Do ponto de vista da integralidade, a ampliação da complexidade das ações se constitui num avanço em relação às práticas eminentemente curativo-reparadoras e restritas a ações básicas. A estruturação de um sistema com proposta de hierarquização e com uma assistência secundária em processo de consolidação trazem ganhos à perspectiva de uma atenção mais integral. A mudança na concepção da doença e na sua abordagem, introduzindo de maneira articulada as práticas de promoção de saúde, também reforçam a idéia de integralidade proposta no modelo. Apesar da integração das ações de saúde bucal e sua participação como um componente do sistema, suas ações ainda se mantêm numa lógica essencialmente individualizada. A articulação com outros programas e grupos existentes nas unidades de saúde, que poderia ser uma possibilidade de uma ação mais integral, embora reconhecendo as limitações de tais programas, ainda se mostra em processo de consolidação, na dependência de iniciativas individuais (RONCALLI, 2000).

Com base no exposto, ressalta-se a necessidade de proporcionar ao paciente com DM um atendimento interdisciplinar. Também é fundamental garantir o tratamento periodontal não só na atenção básica mais também nos outros níveis do sistema. Desta forma, a articulação entre os diferentes níveis, com a estruturação de sistemas de referência e contra-referência que dêem conta das necessidades destes indivíduos bem como a ação multiprofissional e interdisciplinar torna-se imperiosa para que a integralidade da assistência ocorra (KEHRIG, 2001; MATOS, 2001; SÁ, 2003).

6.4.2 Considerações sobre às práticas profissionais nas UBS

Entrevistas foram realizadas com a Referência Técnica de Saúde Bucal, com a Referência Técnica de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e com os Gerentes das UBS com intuito de conhecer melhor a rotina de atendimento dos indivíduos com DM do município bem como a rotina do atendimento para este paciente na Saúde Bucal.

6.4.2.1 Entrevista com as referências Técnicas

A entrevista com a Referência Técnica de Saúde Bucal informou que a Coordenação de Saúde Bucal do município não possui dados referentes a frequência com que os indivíduos diabéticos chegam ao serviço, bem como o número de atendimentos realizados. De acordo com as informações obtidas também não existem ações planejadas, neste setor, para o atendimento a este paciente. A Gerência de Assistência à Saúde é que teria, na linha do cuidado ao paciente diabético, ações programadas em que a saúde bucal seria contemplada.

O relato da entrevista com a Referência Técnica de Hipertensão e Diabetes esclareceu que os indivíduos diabéticos são cadastrados pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Sistema Hiperdia. Mencionou que a expectativa de frequência destes indivíduos nas UBS em Belo Horizonte é de 3% da população geral ou 7,6% da população acima de 40 anos. De acordo com a mesma, não existe um planejamento central para o atendimento do paciente diabético. As ações planejadas para o atendimento deste paciente ocorrem nas UBS e incluem o trabalho com os grupos operativos em que são realizadas orientações sobre a moléstia. Quanto ao fluxo de atendimento foi elucidado que a porta de entrada do paciente com DM, o acompanhamento e o encaminhamento dos

casos mais graves é realizado nas ESF (Equipe de Saúde da Família). As unidades oferecem ao paciente com DM o atendimento com o oftalmologista, nefrologista, cardiologista e enfermeiro. O terapeuta ocupacional e o psicólogo estão presentes em algumas unidades. Já o atendimento com o endocrinologista e com o nutricionista ocorrem na referência secundária. Apesar destes profissionais fazerem parte da rede municipal de saúde, os dados obtidos neste estudo referentes ao número de atendimentos realizados por outros profissionais, evidenciaram um número ainda muito pequeno de atendimentos aos indivíduos com DM (TAB.14). Nenhum paciente relatou realizar tratamento com o terapeuta ocupacional apesar deste profissional prestar serviços ao município. O trabalho do assistente social e do fisioterapeuta não foram mencionados na entrevista com esta referência.

Quando a Referência Técnica de Saúde Bucal foi questionada sobre a presença de algum protocolo de atendimento odontológico que priorizasse o paciente diabético obteve-se como resposta que na saúde bucal, em específico, não existe este protocolo. O médico, após avaliação, encaminha o paciente para a saúde bucal, bem como o dentista encaminha para o médico os indivíduos diabéticos que não estão sob tratamento ou que não se encontram controlados. Também a Referência Técnica de Diabetes relatou que não existe um fluxo organizado de encaminhamento dentro das unidades para tratamento do paciente com DM na saúde bucal, mas que a orientação é que durante o trabalho nos grupos operativos este paciente seja aconselhado a procurar a odontologia.

Apesar do relato das referências apontarem para uma certa organização dentro da unidade para o atendimento odontológico dos indivíduos com DM, os resultados

obtidos a partir dos relatos dos indivíduos mostraram que 72,7% não tiveram acesso aos serviços de odontologia embora 96% estivessem sob tratamento médico. Caso os indivíduos atendidos pelo médico fossem realmente encaminhados à saúde bucal não teríamos o relato de que 61,7% dos examinados não haviam ido ao dentista no último ano. Isto pode mostrar uma pequena interação odontologia - medicina bem como um pobre planejamento das ações voltadas a este paciente e que lhe garanta uma prioridade de atenção. Neste aspecto, a característica isolacionista que a Odontologia tem assumido, historicamente, dentro dos serviços de saúde, a dificuldade em romper com a lógica do gabinete dentário nas práticas odontológicas, transferindo a prática liberal e isolada para a esfera pública evidencia um desafio para a implementação de modelos públicos de saúde bucal no SUS (RONCALLI, 2000).

Segundo o relato da Referência em Saúde Bucal, a prioridade para o serviço são os atendimento aos casos mais graves e às urgências, mas, o caso do paciente diabético, segundo a mesma, é especial porque este é sempre prioridade. O atendimento a este ocorre no âmbito das UBS que possuem atendimento odontológico e os casos graves são encaminhados para a atenção especializada e, nesta, o paciente diabético tem também atendimento prioritário. Já a Referência de Diabetes não informou se este paciente quando chega a saúde bucal tem prioridade de atendimento. Este relatos contradizem os achados do estudo que apontam para um pequeno número de indivíduos diabéticos atendidos pela atenção básica e um número também muito pequeno de atendimentos na atenção secundária. Acredita-se que se realmente o paciente com DM fosse prioridade para o serviço teria sido encontrado um número muito maior de pessoas atendidas, tendo em vista as grandes necessidades de tratamento periodontal encontrada na população

estudada: 74% de periodontite, 88,7% de gengivite e 76,7% de perda de inserção maior que 5mm .

O acesso aos serviços odontológico é uma discussão importante acerca do atendimento do paciente com DM visto que apenas 27,3% dos indivíduos do estudo estavam sob tratamento. Conforme Moreira et al., (2005) o acesso aos serviços de saúde bucal envolve diversos fatores que podem dificultar seu caráter de universalidade. O mesmo autor relata que apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação do PSF, o acesso à atenção odontológica necessita ser ampliado para grupos populacionais socialmente excluídos. Fernandes e Peres (2005) relatam que o acesso aos serviços odontológicos no Brasil é limitado e desigual. A gravidade do quadro epidemiológico da população brasileira exige, além de ações sobre os determinantes da incidência das doenças e agravos bucais, serviços para a mitigar o sofrimento e buscar a recuperação de condições de saúde bucal. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/IBGE, 1998) 6,3% da população idosa nunca consultou dentista no nosso País. Dados do PNAD (2003) mostram que a cobertura do SUS para atendimentos odontológicos é baixa, apenas 30,7%, e ainda é grande a parcela de brasileiros que nunca foi ao dentista: 15,9% da população, ou 27,9 milhões de pessoas. Dados do SB-BRASIL (2004) referentes ao acesso aos serviços odontológicos na população de 35 a 44 anos revelaram que 2,82% nunca haviam consultado com o dentista e na faixa etária entre 65 a 74 anos 5,81% nunca haviam ido ao dentista.

Estima-se que 30 milhões de brasileiros jamais visitaram um consultório odontológico, apesar de o País apresentar um dos maiores números absolutos de

cirurgiões-dentistas do mundo. Ao longo da história das políticas públicas no Brasil, a atenção a população adulta foi realizada por ações pontuais centradas na assistência reparadora ou mutiladora e não sofreram alterações significativas após a implementação do SUS. Conseqüência da exclusão sistemática dos serviços, à população adulta têm sido destinados os serviços de urgências odontológicas, em sua grande maioria ocasionadas por dor (LACERDA et al., 2004). Para Barros. e Bertoldi (2002), o SUS é um agente de grande importância do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, porém, ainda apresenta um papel proporcionalmente pequeno.

Em relação as orientações sobre saúde bucal foi esclarecido, durante as entrevistas, que o paciente diabético recebe estas informações de saúde geral e bucal através dos grupos operativos que ocorrem nas UBS. Nas visitas domiciliares, programadas pelo PSF, as orientações de saúde bucal são específicas para alguma instrução ao paciente ou para encaminhamento deste para atendimento. No entanto, cabe discutir a efetividade destes grupos em promover melhoras reais no estado de saúde dos diabéticos. Os dados levantados neste estudo apontaram que 85% dos indivíduos que relataram não perceber suas gengivas vermelhas ou inchadas apresentaram gengivite ao exame e, 83% dos que não percebiam sangramento o apresentaram. (TAB.7). Isto pode mostrar um desconhecimento por parte destes indivíduos tanto da doença quanto de suas formas de prevenção. De acordo com Pinto (1989), as doenças bucais após terem atingido um patamar elevado ou muito elevado, mantêm-se sem alterações num limite de equilíbrio instável em que a população, assoberbada por outras tantas dificuldades de maior relevância vital, parece considerar os problemas bucais como uma fatalidade inevitável ou uma contingência

natural ligada à carência financeira. Esta consideração também pode, em parte, explicar a não observação dos sinais da doença ou até mesmo o negligenciamento desta por parte dos indivíduos.

Esta informação aponta, portanto, para a necessidade de serem trabalhadas nestes grupos questões de autocuidado em saúde. Este trabalho deveria ter como base a abordagem do fator de risco comum em que através da abordagem de um número pequeno de fatores de risco (dieta, álcool, tabagismo, sedentarismo, estresse, hipertensão arterial) pode-se ter um grande impacto em um número significativo de doenças como por exemplo o DM e as doenças bucais (SHEIHAM e MOYSÉS, 2000).

A partir da entrevista com a Referência Técnica de Hipertensão e Diabetes pode-se observar que, da mesma forma que na saúde bucal, não existe nesta referência um planejamento central para o atendimento do paciente diabético que contemple a saúde bucal. As ações planejadas para o atendimento deste paciente ocorrem nas UBS e incluem o trabalho com os grupos operativos em que os dentistas, em sua maioria, não participam. Quanto ao fluxo de atendimento deste paciente, pode-se relatar que é ainda pequena a participação de outros profissionais de saúde no atendimento ao paciente com DM. Em relação a odontologia, não existe um fluxo organizado para encaminhamento deste paciente, o que faz com que o trabalho se resume a uma orientação para que este procure o serviço sem conferir a este garantias de atendimento. Vale ressaltar, que o atendimento ao paciente com DM está, ainda, muito centrado em ações médicas desconectadas das ações de saúde bucal o que reforça a fala da Referência Técnica de Hipertensão e Diabetes quando

aponta que um dos maiores desafios enfrentados para a integralidade dentro das UBS é a prática profissional. Também de suma importância é a integração do trabalho dos gestores da área médica e odontológica com objetivo de criar fluxos de atendimento para nortear ações integrais e que representem melhorias concretas na saúde dos indivíduos com DM.

Outra questão que merece análise é que a Prefeitura de Belo Horizonte possui um protocolo de atendimento ao paciente com DM que se baseia em aspectos referentes ao diagnóstico, sintomatologia, tratamento farmacológico, tratamento não farmacológico, considerações farmacológicas e clínicas. Este protocolo também oferece orientações quanto aos cuidados com o paciente diabético com disfunção renal, disfunção hepática, indivíduos idosos, e quanto a gravidez e alcoolismo. No entanto, não menciona em nenhuma parte a necessidade de participação de outros profissionais ou mesmo da equipe odontológica no tratamento e acompanhamento do paciente com DM (PBH, 2005). Não apresenta orientações à equipe de saúde quanto a necessidade de atendimento e acompanhamento deste paciente pelo dentista, não estabelece rotinas e fluxos de atendimento para este na unidade de saúde e no serviço de odontologia.

Pode-se ponderar que muito tem que se caminhar rumo ao atendimento integral ao paciente com DM visto que não se tem dados referentes ao atendimento deste, não existem ações planejadas, não existe protocolo de atendimento que organize fluxo e priorize seu atendimento na odontologia. Observa-se que existem ações que contemplam o paciente com DM na saúde bucal, mas, são ações informais e

pontuais efetivadas por profissionais envolvidos no processo de garantia à uma atenção integral à saúde de seus indivíduos.

6.4.2.2 Entrevista com os gerentes das UBS

As entrevistas realizadas com os gerentes das UBS permitiram observar que das 26 unidades que participaram do estudo, 24 (92,3%) já realizavam trabalho com grupos operativos de diabéticos e apenas 2 (7,7%) ainda não haviam iniciado. Quando foi perguntado quais os profissionais que participavam dos grupos obteve-se como resposta que a Equipe de Saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) organizavam o trabalho.

O dentista não era mencionado como membro integrante da equipe na maioria dos relatos. Quando perguntado sobre a sua participação, nos grupos, em três unidades de saúde (12,5%) a resposta foi favorável. A participação eventual deste profissional foi relatada em 5 unidades (20,8%). No geral, pôde-se observar que o dentista participa de alguma maneira em 33,3% dos grupos e que em 66,7% destes não há participação da saúde bucal. Este resultado demonstra uma participação incipiente dos dentistas nas atividades que ocorrem dentro das UBS, bem como uma pequena integração deste profissional a ESF. Também evidencia uma visão fragmentada dos serviços e práticas de saúde que colocam a odontologia como uma atenção à parte e que, desta forma, pode participar, eventualmente, do trabalho da equipe.

TABELA 15 - Caracterização da amostra quanto ao atendimento na UBS

Característica	n	%
Presença de grupos Operativos		
Sim	24	92,3%

Não	2	7,7%
Profissionais		
Dentista	8	33,3%
Nutricionista	1	4,2%
Fisioterapeuta	6	25%
Psicólogo	1	4,2%
Assistente Social	3	12,5%
Participação do Dentista		
Participação contínua	3	12,5%
Participação eventual	5	20,8%
Prontuário		
Separado	20	76,9%
Único	6	23,1%
Encaminhamento à Saúde Bucal		
Sim	7	26,9%
Não	5	19,2%
Eventualmente	14	53,9%
Prioridade de atendimento na Saúde Bucal		
Sim	10	38,5%
Não	4	15,3%
Eventualmente	12	46,2%
Total	26	100

Baldani et al. (2005) afirmam que fato da odontologia não estar presente desde o início do programa PSF possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal. Em seus estudos observaram que 87,6% dos dentistas relataram haver envolvimento entre a equipe odontológica e o restante da equipe de saúde da família. Mesmo assim, os dados indicaram que essa aproximação é pequena, sendo que apenas 12,4% desses relatam reuniões semanais com toda a equipe (equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família), 42,9% relatam reuniões mensais e 25,7% realizam reuniões esporádicas.

Pedrosa e Teles (2001) observaram em seu estudo um pequeno relacionamento interno da equipe estudada e revelaram a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas e administrativas, bem como um baixo grau de interação entre os membros da equipe. Também Santiago (2004), ao estudar a implantação das equipes de saúde bucal no PSF em Belo Horizonte, relatou a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico devido a grande demanda reprimida e a pequena integração no processo de trabalho das equipes.

Em relação a participação de outros profissionais nos grupos operativos a presença do nutricionista e psicólogo foi relatada em apenas uma unidade o que representou (4,2%) do total de unidades estudadas. A participação do assistente social foi relatada em 3 unidades (12,5%) e do fisioterapeuta em 6 (25%). Estes dados reafirmam a pequena participação de outros profissionais no atendimento ao paciente com DM. Este resultado, associado a uma participação pequena da odontologia prejudica o alcance da integralidade da atenção ao paciente diabético.

Segundo Santiago (2004), os profissionais da saúde bucal ainda não conseguiram se integrar efetivamente as ESF de forma a possibilitar o desenvolvimento das ações interdisciplinares na produção do cuidado em saúde. Além disto, o processo de trabalho destas equipes ainda se encontra baseado na geração de procedimentos curativo-reabilitadores reproduz o modelo curativista com todas as suas imperfeições e limitações. Outra informação que pode indicar a pequena aproximação entre as

equipes é o fato de que apenas 23,1% das unidades de saúde da família utilizam prontuários únicos para os indivíduos. Também Baldani et al. (2005), em seu estudo, encontraram apenas 29,5% das unidades de saúde da família com prontuários únicos.

Os resultados apresentados mostram que nas UBS o trabalho tem sido organizado de forma fragmentada, sem a participação efetiva e o envolvimento de outros profissionais da área da saúde que são fundamentais ao desenvolvimento da prática profissional. A própria divisão do prontuário em médico e odontológico retrata esta segmentação. Esta fragmentação faz com que o foco seja a doença ou a prevenção individual o que ocasiona a divisão do curso de uma doença em partes que não se comunicam (CAMPOS, 2003; MATOS, 2004; SALA, 1993; FRANCO et al., 1997; MENDES, 2001a; MENDES, 2002 a; PÉREZ LÁZARO e GARCIA ALEGRIA, 2001).

Quando foi perguntado aos gerentes se o paciente diabético é encaminhado para a saúde bucal, em 26,9% das UBS estes indivíduos são encaminhados, 19,2% não são encaminhados e em 53,9% das unidades o paciente diabético é encaminhado de maneira esporádica (quando há alguma necessidade ou urgência). Em relação a prioridade de atendimento ao paciente diabético pela saúde bucal foi relatado em 38,5% das unidades de saúde que este paciente possui prioridade no atendimento, 15,3% não prioriza o paciente com DM e em 46,2% destas este paciente tem prioridade quando apresenta alguma necessidade ou apresenta um caso de urgência. Considerando-se o pequeno número de unidades que referenciam os indivíduos diabéticos para tratamento odontológico - 26,9%, e ainda os 19,2% das unidades que não o encaminham, pode-se supor que existe um desconhecimento da

equipe de saúde sobre a necessidade de atendimento odontológico ao paciente com DM ou uma dificuldade de acesso ao serviço odontológico que faz com que o paciente tenha que ser encaminhado apenas quando configurar um caso de urgência. Para Santiago (2004), o fortalecimento de um trabalho pautado na promoção da saúde, associado a uma melhor adequação da infra-estrutura do serviço de saúde bucal, tanto das unidades básicas como na atenção secundária, representa um caminho para possibilitar um acesso universal e uma atenção integral a saúde bucal.

6.6 Considerações finais

Na perspectiva da integralidade, a prática clínica e, conseqüentemente, o planejamento e a gestão dos serviços, devem entender a atenção ao paciente com DM como o resultado de um processo onde intervêm distintos profissionais, situados em diversos pontos de atenção à saúde. Segundo Alves (2005), essa visão de processo supõe a reorientação da organização das instituições para a busca da integração dos cuidados em todo o sistema, através da conformação de uma rede de serviços mais estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento.

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e

essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. Portanto, faz-se necessária, uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA, 2004; ZITTER, 1996).

A atenção integral ao paciente diabético garantindo o atendimento em todos os níveis, bem como a integração dos profissionais dentro da própria unidade de saúde são fatores essenciais para contemplar a integralidade das ações em saúde no atendimento ao paciente com DM. Apesar de não ter sido encontrada uma relação estatística significativa entre sangramento, profundidade de sondagem e perda de inserção clínica com o fato do paciente receber ou não tratamento odontológico foi observada uma alta prevalência de gengivite e periodontite nestes indivíduos. Além disto, a manutenção da saúde periodontal pode ser de grande importância para o controle da glicemia dos indivíduos diabéticos o que torna seu atendimento na saúde bucal prioritário.

Vale reafirmar que o protocolo de atendimento ao paciente diabético no município - BH integral, preconiza apenas a atenção médica e estabelece rotinas terapêuticas medicamentosas para orientar a prática clínica, não fazendo menção a participação e contribuição que outros profissionais poderiam prestar ao paciente. Faz-se necessário, portanto, o estabelecimento de um protocolo de tratamento para os indivíduos com DM que siga as premissas da integralidade da atenção.

Segundo Moysés (2005), o modelo do sistema de saúde deveria ser organizado a partir da lógica do que é mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a

tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. As equipes das unidades de saúde deveriam pensar suas práticas do horizonte da população a que atendem e das suas necessidades e não mais do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa de saúde. No caso da atenção à saúde bucal, como o dentista já está presente em quase todas as unidades do município, seria fundamental que fosse estabelecido e garantido o atendimento ao paciente diabético. É necessário, também, lembrar que a maioria dos serviços de saúde bucal não oferece tratamento adequado para a doença periodontal, principalmente, para os casos mais graves, que necessitam de atenção secundária. Ferreira et al. (2005) relatam que no modelo vigente na saúde pública, a demanda para atenção secundária é grande e a oferta desse serviço ainda é precária.

Dentro da linha da Promoção da Saúde, existem várias propostas para a prevenção e tratamento da doença periodontal na atenção básica e que precisam ser consideradas no planejamento dos serviços. De acordo com Sheihan e Moysés, (2000) quatro estratégias podem ser consideradas para o planejamento das ações em saúde bucal: a estratégia de alto risco, a estratégia populacional, a estratégia de prevenção secundária ou uma combinação das três. A estratégia de alto risco tem por objetivo é fazer com que indivíduos com grande acúmulo de placa sejam conduzidos para níveis de placa mais baixos. A estratégia populacional tem por objetivo reduzir o nível de placa da população como um todo. A estratégia de prevenção secundária tem por objetivo tratar clinicamente todas as pessoas com sinais precoces de doença periodontal. A combinação das três estratégias seria necessário para alcançar o objetivo de manter uma dentição funcional, estética e socialmente aceitável durante o tempo de vida da pessoa. A estratégia populacional poderia ser incorporada a programas de educação em saúde como os programas

voltados para o controle de doenças crônicas. Neste sentido, o trabalho visaria a efetividade da higiene bucal para redução de placa dentária em nível coletivo. A prevenção secundária atuaria na detecção e tratamento de indivíduos com doença periodontal grave e, a de alto risco combinando os cuidados preventivos e terapêuticos para indivíduos em condições especiais de risco.

Neste sentido, sugere-se, no âmbito da atenção saúde ao paciente diabético, a realização de uma abordagem combinada destas estratégias, visando contribuir na integralidade da atenção a este paciente. Sugere-se, também, a incorporação efetiva de novos profissionais nas ESF com intuito de permitir o desenvolvimento de um trabalho mais conectado com as necessidades de saúde destes indivíduos.

7 CONCLUSÃO

1. Em relação a rotina de atendimento do paciente diabético no SUS-BH pode-se mencionar uma participação incipiente de outros profissionais da saúde como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, e terapeutas ocupacionais no atendimento ao paciente com DM. Devido a participação pouco expressiva destes profissionais o acesso a estes pelo paciente é pequeno. Fato que pode dificultar a realização de um trabalho interdisciplinar e, conseqüentemente, prejudicar a integralidade da atenção aos indivíduos. Apesar do dentista estar presente em quase todas as UBS, o acesso a este ainda é limitado. Vale destacar, também, uma pequena integração deste profissional nas atividades das equipes, evidenciada pela pequena participação no trabalho com os grupos operativos, o que também dificulta uma ação integral.
2. Em relação ao atendimento dispensado ao paciente com DM pela Saúde Bucal, embora tenha sido relatado pela Referência Técnica em Saúde Bucal que o paciente com DM tem prioridade para atendimento, no município, no cotidiano dos serviços isto não ocorre. Observou-se que 72,7% dos indivíduos diabéticos não estavam sob tratamento odontológico na atenção básica, 61,7% não haviam sido atendidos pela saúde bucal no último ano e 96,4% não estavam em atendimento na atenção secundária. Estes números evidenciam uma dificuldade do acesso aos serviços de odontologia por parte dos indivíduos e são muito significativos, uma vez que os indivíduos com DM podem apresentar condições graves de saúde

bucal, que faz com que o atendimento odontológico seja fundamental.

3. A prevalência de gengivite no grupo estudado foi de 88,7% e a de periodontite de 74%. A presença de perda de inserção ≥ 5 mm foi encontrado em 76,7% dos examinados. Em média o paciente com diabetes melito apresentou 13,49 dentes perdidos. A gengivite apresentou uma associação significativa com o etilismo ($p=0,014$), autopercepção de sangramento ($p=0,002$), dor($p=0,021$) e dentes perdidos ($p<0,001$). A periodontite apresentou uma associação significativa com o gênero ($p=0,001$), tabagismo ($p=0,001$), etilismo ($p=0,005$), autopercepção de gengiva vermelha ou inchada ($p=0,001$), autopercepção de sangramento ($p<0,001$), dor ($p=0,010$), procura pelo dentista ($p=0,029$) e número de dentes perdidos ($p=0,016$). A perda de inserção clínico relacionou-se com o gênero ($p=0,005$), idade ($p=0,041$) e tabagismo ($p=0,011$).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM

- SAÚDE COLETIVA. Agenda reiterada e renovada da reforma sanitária: saúde, justiça e cidadania. *Saúde em debate.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 327-331, set./dez. 2002.
2. ACURCIO, F. A. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil. *Caderno de texto*. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.
 3. AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International Dent. Journal*, London, v. 25, n.4, p. 229-235, Dec. 1975.
 4. AINAMO, J.; LAHTINEN, A.; UITTO, V. J. Rapid periodontal destruction in adult humans with poorly controlled diabetes. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v.17, n.1, p. 22-28, jan. 1990.
 5. ALBANDAR, J. M.; RAMS, T. M. Risk factors for periodontitis in children and young persons. *Periodontology 2000*, Copenhagen, v. 29, p. 207-222, 2002.
 6. ALMEIDA, M. C.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas autonomias no trabalho. *Interface – Comunic, educ.* n.9, p. 150-153, ago. 2001.
 7. AL-MUBARAK et al. Comparative evaluation adjunctive oral irrigation in diabetics. *J. Clin. Periodontol.*, v. 29, p. 295-300, 2002.
 8. ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, Fev 2005, vol.9, no.16, p.39-52.
 9. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Diabetics and periodontal disease. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 71, n.4, p.664-678, Apr. 2000a.
 10. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameters of care. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 71, n.5, p.847-883, May, 2000b.
 11. BACIC, M., PLANCAK, D., GRANIC, M. CPITN assessment of periodontal disease in diabetic patients. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 59, n. 12, p.816-822, Dec. 1988.
 12. BADERSTEIN, A. NILVÉUS, R., EGELBERG, G. J. Scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth to predict probing attachment loss. 5 years of observation following no surgical periodontal therapy. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, Feb. 1990.
 13. BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.4, p.1026-1035, jul./ago. 2005.

14. BECK J. D. et al. Prevalence and risk indicators for periodontal attachment loss in a population of older community-dwelling blacks and whites. *J. Periodontol.* v. 61, n. 8, p. 521-528, Aug. 1990.
15. BISSADA, N. F. et al. Neutrophil functional activity in juvenil and adult onset diabetic patients with mild and severe periodontitis. *J. Periodontol Research*, Copenhagen, v. 17, n. 5, p. 500-502, Sept. 1982.
16. BJELLAND, H. L. et al. Dentistas, diabetes and periodontitis. *Australian Dental Journal*, Sydney, v. 47, n.3, p. 202-207, Sept. 2002.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. *Divas Nacional de Saúde Bucal – Levantamento epidemiológico em saúde bucal; Brasil, zona urbana 1986*, Brasília, 1988. 137 p.
18. BRASIL. *Ministério da Saúde (MS)*, Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus - Protocolo*. Brasília, n.7, p.96, 2001a.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. In: (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59), P. 102, 2001b.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001c.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus*. 104 p. Brasília. 2002.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB-Brasil 2003. *Condições de Saúde bucal da População Brasileira- Resultados Principais*. Brasília, p.51, 2004a.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Documento-base*. p.32, Brasília, 2004b.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal*. p.16. Brasília, 2004c.
26. BRIDGES, R. B. et al. Periodontal status of diabetic and non-diabetic men: effects of smoking, glycemic control and socioeconomic factors. *J. Periodontol*, v.67, p. 1185-1192, 1996.
27. BURT, B. A. The role of epidemiology in the study of periodontal diseases.

- Periodontology 2000*, Copenhagen, v.2, p. 26-33, June, 1993.
28. CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (In) definição da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de. A construção da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. cap.3, p.35-44.
 29. CAMPOS, G. W. de S. A ética e os trabalhadores de saúde. *Rev. Saúde em Debate*. Londrina. v. 43, p. 60-63, Junho, 1994.
 30. CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.8, n.2, p.569-584, 2003.
 31. CARRANZA, F. A. *Periodontia Clínica*. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. 968 p.
 32. CARRANZA JR., F. A., NEWMAN, M. G. *Clinical Periodontology*, 8 ed. Philadelphia: W.b. Saunders, 1996, p. 58-81.
 33. CARVALHO, A. I. *Política de Saúde e Organização Setorial do País*. Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância Auto-gestão em saúde, p 15-44, Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ. 1999.
 34. CAVALLI-SFORZA, L. T. et al. Nutritional aspects of changes in disease patterns in the Western Pacific Region. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 74, p. 307-318, 1996.
 35. CECCIM, R.B., FEUERWERKER L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. v.20, p.1400-1410, 2004.
 36. CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. cap.5, p.11300124.
 37. CERDA, J. G. et al. Periodontal disease in non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). The effect of age and time since diagnosis. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 65, n. 11, p. 991-995, nov. 1994.
 38. CHRISTGOU, M. et al. Healing response to non-surgical periodontal therapy in patients with diabetes mellitus: clinical, microbiological, and immunological results. *J. Clin. Periodontol.*, v. 25, p.112-124, 1998.
 39. CHIAPINOTTO, G. A. A Etiologia e prevenção da doença periodontal. In: PINTO, Vitor Gomes. *Saúde Bucal Coletiva*. 44 ed. São Paulo: Santos, 2000. cap. 15, p. 429- 444.

40. CIANCIOLA, L. et al. Prevalence of periodontal disease in insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Am. Dent. Assoc.* v. 104, p. 653-660, 1982.
41. CORDÓN, J. Dificuldades, contradições e avanços, na inserção da odontologia no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, v.13, p.36-53, 1996.
42. COSTA, F. O. *Prevalência de doença periodontal de início precoce em crianças e adolescentes de uma escola pública de Belo Horizonte*. 147 f. Dissertação (Mestrado em Periodontia) – Faculdade de odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.
43. COSTA, F. O. *Doença Periodontal de Início Precoce em crianças, adolescentes e adultos jovens: um estudo longitudinal da incidência, gravidade e extensão*. 152 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
44. CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. cap.2, p. 11-26.
45. CUTLER, C. W. et al. Heightened gingival inflammation and attachment loss in type 2 diabetics with hyperlipidemia. *J. Periodontol.* v. 70, p. 1313-1321, 1999.
46. DANIELSEN, B. et al. Effect of cigarette smoking on the transition dynamics in experimental gingivitis. *J Clin Periodontol.*, v.17, p.159-64, 1990.
47. DEPOMMEREAU, V. et al. Periodontal status in insulin-dependent diabetic adolescents. *J. Clin. Periodontol.*, v.19, p. 628-632, 1992.
48. DOLAN, T. A. et al. Behavioral risk indicators of attachment loss in adult Floridians. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v. 24, n. 4, p.223-232, Apr. 1997.
49. ELTER, J. R. et al. Etiologic model for incident periodontal attachment loss in order adults. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v. 26, n. 2, p.113-123, Feb. 1999.
50. EMRICH, L. J.; SHLOSSMAN, M.; GENCO, R. J. Periodontal disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Periodontol.*, v. 62, p.123-131 1991.
51. ERVASTI, L. et al. Relation between control of diabetes and gingival bleeding. *J. Periodontol.* v. 56, p. 154-157, 1985.
52. FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o Dicionário da Língua Portuguesa*. 3 ed. Editora: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

53. FERREIRA, R.C. *A experiência de Belo Horizonte na construção de uma nova prática sanitária*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2000. 42p. (Mimeog.).
54. FERREIRA, E.F. et. Al. O caminho da integralidade: reflexões de professores da Faculdade de Odontologia da UFMG. In: GARCIA, D.V. (ORG) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: s.n., Cap. 6, p.65-74, 2005. 120 p.
55. FIRALI, E. The relationship between clinical periodontal status and insulin-dependent diabetes mellitus. Result after 5 years. *J. Periodontol.* n.20; p. 161-165. 1993.
56. FIRALT, E.; YILMAZ, O.; ONAN, U. The relationship between clinical attachment loss and the duration of insulin-dependent diabetes mellitus in children and adolescents. *J. Clin Periodontol.* V. 23, p. 362-366, 1996.
57. FERNANDES, L. S. e PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.6, p.930-936. dez. 2005.
58. FEUERWERKER, L.C.M. *Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
59. FLEXNER, A. *The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada*. Washington: Science and Health Publications, Inc. 1910.
60. FRANCESCHINI, T. R. C. *Observação da relação mãe-bebê-família como ferramenta para o aprendizado da integralidade*. 257 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
61. FRANCO, L. J. Epidemiologia do diabetes mellitus. In: Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade, epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1998. p. 123-37.
62. FRANCO, T. B et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.15, p.345-53, 1999.
63. FURTADO, L.A.C.; TANAKA, O.Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*, v.32, n.6, p. 587-595, dez. 1998.
64. GENCO, R .J. Placa dental microbiana. In: GENCO, R. J; COHEN, D. W. e GOLDMAN, H. M. *Periodontia Contemporânea*. São Paulo: Santos, 1996. p. 126-134.
65. GESSER, C. G.; PERES, M. A.; MARCENES, W. Condições gengivais e

- periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. 35, p.289-293, 2001.
66. GILBERT, L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v.22, p.47-51, 1994.
 67. GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Revista Saúde em Debate*, v.26, n.60, p.37-61, jan/abr. 2002.
 68. GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. P. *Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos*. Interface:Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, Ago. 2005.
 69. GROSSI, S. G.; GENCO, R. J. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. *Ann Periodontol.*, v.3, p.51-61, 1998.
 70. GROSSI, S. G. et al. Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated hemoglobin. *J. Periodontol.*, n.68, p.713-719, 1997.
 71. GUGUSHE, T. S. The influence of socio-economic variables on the prevalence of periodontal disease in South Africa. *SADJ*, v.53, p.41-6, 1998.
 72. GUSBERTI, F. et al. Puberty gingivitis in insulin-dependent diabetic children. I. Cross-sectional observations. *J. Periodontol.* n. 54, p.714-720, 1983.
 73. GUSTKE, C. J. Treatment of periodontitis in the diabetic patient. *J. Clin. Periodontol.*, n.26, p. 133-137, 1999.
 74. HABER, J. et al. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontol.*, v.64, p.16-23, 1993.
 75. HUGOSON, A . et al. Periodontal Conditions in insulin-dependent diabetics. *J. Clin. Periodontol.*, v.16, p. 215-223, 1989.
 76. HORNING, M. G. et al. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. *J. Periodontol.*, v. 63, p. 297-302, 1992.
 77. IBGE 2000. *Acesso e utilização de serviços de saúde: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, IBGE/CDDI. 1998.
 78. IBGE 2003. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, IBGE/CDDI. 2003.
 79. KARJALAINEN, K.; KUNUUTTILA, M. The onset of diabetes and poor metabolic control increases gingival bleeding in children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Clin. Periodontol.* v. 23, 1060-1067, 1996.

80. KATZ, J. et al. Epidemiology and prevention of periodontal disease in individual with diabetes. *Diabetes Care*, New York, v. 14, n. 5, p. 375-385, May, 1991.
81. KATZ, J. Elevated blood glucose levels in patients with severe periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.*, v. 28, p. 710-712, 2001.
82. KEHRIG, R. T. Integralidade da atenção à Saúde: Sua Expressão na Organização tecnológica do Trabalho em serviços Locais de Saúde. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
83. KHADER, Y. S. et al. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *Journal of Diabetes and its Complications*. v.20, p.59-68, Jan./Feb. 2006.
84. KING, H. et al. Global burden of diabetes. *Diabetes Care*, v. 21. p.1414-1431, 1995.
85. KORNMA, K. S. et al. The host response to the microbial challenge in periodontitis: assembling the players. *Periodontology 2000.*, Copenhagen, v. 14, p.33-53, 1997.
86. LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.3, p.453-458. jun. 2004.
87. LAGERVALL, M. et al. Systemic disorders in patients with periodontal disease. *J Clin periodontal*. v.30, p. 293-299, 2003.
88. LALLA, R. V.; D' AMBROSIO, J. A. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. *J. Am. Assoc*. v. 132, n. 10, p. 1425-1432, 2001.
89. LANG, N. P. et al. Absence of bleeding on probing: a indicator of periodontal stability. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v. 17, n. 10, p.714-721, Nov. 1990.
90. LASCALA, N. T.; MOUSSALI, N. H. *Periodontia Clínica*. 2. 9 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989.
91. LINDHE, J. *Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
92. LOBATO, L.V.C. *Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e utilização de serviços*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.
93. LOCHER, D.; LEAKE, J. L. Risk indicators and risk markers for periodontal

- disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. *J. Dent. Res.*, v. 72, n. 1, p. 9-17, Jan., 1993.
94. LÖE, H. et al. The natural history of periodontal disease in man. Rapide, moderate and loss of attachment in Sri Lanka laborers 14 to 16 years of age. *J. Clin Periodont.*, Copenhagen, v.3, n. 5, p. 431-440, May, 1986.
 95. LÖE, H. Periodontal disease: the sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, New York, v. 16, n. 1, p. 329-334, Jan. 1993.
 96. LOPEZ, R. et al. Epidemiology of periodontitis attachment loss in Chilean adolescents. *J. Periodontol*, Chicago, v. 72, p. 1666-1672, 2001.
 97. LOUREIRO, A., C. A. *Parâmetros clínicos periodontais e qualidade de vida em portadores da Síndrome de Down*. Belo Horizonte: 161 p. Dissertação (Mestrado em Periodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.
 98. LUCHESE, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde-retrospectiva 1990/1995. In: *Planejamento e Políticas Públicas, Brasília: IPEA*. 1996.
 99. LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: WHO, 1991. 80p.
 100. MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J., 1992. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69. *Diabetes Care*, v. 15, p.1509-1516.
 101. MALTA, D.C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
 102. MARCENES, W.; BONECKER, M. A. *Promoção da saúde bucal na prática clínica: aspectos sociais e epidemiológicos das doenças orais*. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 73-98.
 103. MARCOS, B. *Pontos de epidemiologia*. 6 ed. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Odontologia, Seção Minas Gerais, 1984.
 104. MATOS, D. L. et al. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.2, p.237-243 abr. 2002.
 105. MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de

- valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p.39-64.
106. MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1411-1416. Out., 2004.
 107. MEALEY, B. Diabetes mellitus. In: Rose LF, Genco RJ, Cohen W, Mealey B. *Periodontal medicine*. London: B.C. Decker Inc.; p. 126-55, 2000.
 108. MEALEY, B. L.; MORITZ, A. J. Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontum *Periodontol.* 2000. v. 32, n. 1, p. 59, June. 2003.
 109. MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.
 110. MENDES, E.V. *A Organização de Saúde no Nível Local*. São Paulo: HUCITEC,1998. p.1-19.
 111. MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade. 2001.
 112. MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Cear, 2002 a.
 113. MENDES, E.V. *A Atenção Primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
 114. MERHY, E.E. Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. Mimeo, 1997.
 115. MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C. R.; Malta, D. C., Reis, A.T.; Santos, A.F.; MERHY, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.
 116. MILLER, L. S. et al. The relationship between reduction in periodontal inflammation and diabetes control: a report of 9 cases. *J. Periodontol.*,v. 63, n.10, p. 843-848, oct., 1992.
 117. MONTEIRO, A. M. D., ARAÚJO, R. P. C.; GOMES FILHO, I. S. *Diabetes mellitus tipo 2 e doença periodontal*. Tradução: Teresinha Nogueira. São Paulo: Editora Santos, 2002. cap. 8, p. 121-150.
 118. MOORE, P. A. et al. Type 1 diabetes mellitus and oral health assessment of periodontal disease. *J. Periodontol.*, Chicago, v.70, n.4, p.409-417, Apr.

- 1999.
119. MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.6, p.1665-1675. nov./dez. 2005.
 120. MOYSÉS, S. J. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em Saúde Bucal no Brasil. In: GARCIA, D.V. (org) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: s.n., Cap. 5, p. 48-64, 2005.120p.
 121. MUELLER, C. D. et al. Access to dental care in the United States: estimates from a 1994 survey. *J. Am. Dent. Ass.*, v. 129, p. 429-37, 1998.
 122. MUMGHAMBA, E. G.; MARKKANEN, H. A. HONKALA, E. Risk factors for periodontal disease in Ilala, Tanzânia. *J. Clin. Periodontol.*, v. 22, p.347-354, 1995.
 123. NELSON, R. G. et al. Periodontal disease in NIDDM in Pima Indians. *Diabetes care*. v.13, p. 836-840, 1990.
 124. NOVAES JR et al. Manifestations of insulin-dependent diabetes mellitus in the periodontum of Young Brazilian patients. A 10-year follow-up study. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 68, n. 4, p. 328- 334, Apr. 1997.
 125. OLIVER, R. C.; TERVONEN, T. Diabetes: A risk factor for periodontitis in adults. *J. Periodontol.*, Chicago, v.65, p.530-538, 1994.
 126. PAGE, C. R. e SCHOEDER, H. E. Pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontology 2000*, Copenhagen, v.14, p.216-248, 1997.
 127. PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.
 128. PAPAPANOU, P. N. World Workshop in Clinical Periodontics. Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol.*, v.1, p. 1-36, 1996.
 129. PAPAPANOU, P. N.; LINDHE, J. Epidemiologia da doença periodontal. In: Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1999. p. 43-65.
 130. PEDROSA, J. T. S e TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. v.35, p. 303-311. 2001.
 131. PÉREZ LAZARO, J. J.; GARCIA ALEGRIA., J., 2001. La medida de los resultados clínicos. *Cuad. Med. Soc.* 80: 5-16, nov.
 132. PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
 133. PIANCASTELLI, C. H. et al., O trabalho em equipe. In: SANTANA, J. P.

- (org). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Texto de apoio a unidade didática I. Brasília: OPAS –BRASIL, 200. P.45-49.
134. PILOT, T. Public health aspects of oral diseases. In: Pine, C. M. *Periodontal diseases*. Community oral health. Oxford: Wright; 1997. p. 82-88.
 135. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO, 2001. 180 p.
 136. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO, 2003. 228 p.
 137. PINTO, V. G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. *Rev. Saúde Pública*, v.23, n.6, p.509-514, dez. 1989.
 138. PREBER, H.; KANT, T.; BERGSTRÖM, J. Cigarette smoking, oral hygiene and periodontal health in Swedish army conscripts. *J. Clin. Periodontol.*, v.7, p.106-113, 1980.
 139. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE - PBH. *Secretaria Municipal de Saúde*. Belo Horizonte, 2005. Disponível em <www.pbh.gov.br– saúde>. Acesso em 11/11/2005.
 140. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE - PBH. *Secretaria Municipal de Saúde*. Belo Horizonte, 2005. Disponível em <www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/diabetes.pdf>. Acesso em 11/11/2005.
 141. RAGGHIANI, M. S. et al. Influência da idade, sexo, placa bacteriana e fumo nas condições periodontais em uma população de Bauru, Brasil. *J. Appl. Oral Sci.*, v.12, n.4, p.273-279, out./dez. 2004.
 142. RAMFJORD, S. P.; ASH, A. *Periodontologia e periodontia: teoria e prática moderna*. São Paulo: Santos. 1991. 364 p.
 143. REES, T. Periodontal management of the patient with diabetes mellitus. *Periodontology 2000*, v.23, p. 63-72, 2000.
 144. RONCALLI, A. G. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. 239. f Tese de Doutorado(Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho,. Araçatuba, 2000.
 145. RÖSING, C.K.; OPPERMAN, R.V. Epidemiologia das doenças periodontais. In: Oppermann, R. V.; Rösing, C. K. *Periodontia: ciência e clínica*. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 1-20.
 146. RYLANDER, H. et al. Prevalence of periodontal disease in Young diabetics. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v. 14, p.38-43, 1986.

147. SÁ, P. K. *Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói /Rj*. 2003. 114. (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
148. SAFKAN-SEPÄLÄ, B. e AINAMO, J. Periodontal conditions in insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Clin. Periodontol.*, v.19, p.24-29, 1992.
149. SALA, A. *A avaliação de programas de saúde*. Programação em Saúde Hoje. Hucitec: São Paulo, 1993.
150. SAMMALKORPI, K. Glucose intolerance in acute infections. *J. Intern Med.*, v. 225, p.15-19, 1989.
151. SANTANA, T.D. *Parâmetros clínicos periodontais e seu impacto na qualidade de vida de indivíduos diabéticos*.160 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Clínicas Odontológicas) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
152. SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc.*, v.10, n.1, p.33-53, 2001.
153. SANTIAGO, W. K. *O processo de inserção da odontologia no programa saúde da família entre 1999 e 2002: um estudo com base na visão da equipe de coordenação de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do programa*.126 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
154. SARTORELLI, D. S. e FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, v.19, p.29-36, 2003.
155. SELWITZ, R. H.; ALBANDAR, J. M.; HARRIS, M. I. Periodontal disease in diagnosed diabetes: US population, 1988-1994. *J. Dent. Research*, Chicago, v. 77, p.899, 1998.
156. SEPPÄLÄ, B. et al. A longitudinal study on insulin-dependent diabetes mellitus and periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.*, v.20, p.161-165, 1993.
157. SHEIHAN, A e MOYSÉS, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUIHCHI, I. P. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2000. cap. 2, p. 23-38.
158. SHERWIN, R. S. Diabetes Melito. In: BENNETT, J. C.; PLUM, F. *Tratado de Medicina Interna / Cecil*. Tradução: Patrícia Lydie Josephine Voeux. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997. cap. 205, p. 1391-1413.
159. SHLOSSMAN, M. et al. Type 2 diabetes mellitus and periodontal disease. *J*

Am. Dent. Ass., v. 121, p. 532-536, 1990.

160. SILVA, V. C. Á, P. K. *O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde*. 2004. 151. (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
161. SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodologia. In: Pinheiro, R. Mattos, R. A., Organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO; 2004. p. 241-258..
162. SOCRANSKY, S. S. et al. New concepts of destructive periodontal disease. *J. Periodont. Res.*, Copenhagen, v. 11, p. 21-23, 1984.
163. SOCRANSKY, S. S.; HAFFAGE, A. D. Evidence of bacterial etiology: a historical perspective. *Periodontology 2000*, Copenhagen, v. 5, p. 7-25, 1994.
164. SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. F. Diabetes Melito. *Princípios e Prática de Medicina Oral*. Tradução: José Carlos Borges Teles, Luiz Carlos Moreira e Rogério Alves de Souza. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan, 1996. cap. 14, p. 115-127.
165. SOSKOLNE, W. A. epidemiological and clinical aspects of periodontal disease in diabetics. *Ann. Periodontol.*, Chicago, v. 3, n. 1, p. 3-12, July, 1998.
166. SOUZA, S.P.S. *A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
167. STEWART, J. E. et al. The effect of periodontal treatment on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *J. Clin. Periodontol.*, v.28, p. 306-310, 2001.
168. SYRJÄLÄ, A. M. H. et al. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J. Clin. Periodontol.* v. 26, p. 616-621, 1999.
169. SYRJÄLÄ, A. M. H. et al. Role of smoking and HbA1c level in periodontitis among insulin-dependent diabetic patients. *J. Clin. Periodontol.*, v. 30, p. 871-875, 2003.
170. TAYLOR, G. W., et al. Severe periodontitis of poor glycaemic control in patients with non-insulin dependent diabetes melito. *J. Periodontol.*, v.67, p.1085-1093, 1996.
171. TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores.

Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 89-112.

172. TERVONEN, T.; OLIVER, R. Longterm control of diabetes melito and periodontitis. *J. Clin.Periodontol.*, v.20, p.431-35, June 1993.
173. THORSTENSSON, H.; HUGOSON, A . Periodontal disease experience in adult long-duration insulin-dependent diabetics. *Journal of Clinical Periodontol.*, v.20, p. 352-358, 1993.
174. TINOCO, E. M. B., e TINOCO, N. M. B. Diagnóstico e prevenção das doenças periodontais. In: BUISCHI, I. P., *Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica.* São Paulo: Artes Médicas : EAP-APCD, 2000. p.101-123.
175. TOEVS, S. E.; LUKKEN, K. M. Bleeding as an indicator of health disease: clinical application of this parameter. *J. Dent. Hyg.*, Chicago, v.64, p.256-259, July/Aug. 1990.
176. TOMITA, N. E. et al. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.5, p.607-613,Out. 2002.
177. YKI-JARVIER et al. Severity, duration and mechanisms of insulin resistance during acute infections. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, n.96, 317-323, 1989.
178. VIANA, A.L.; DAL POZ, M. A reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família no Brasil. *Physis*, v.8, n.2, p.17-38, 1998.
179. WHO. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.* Report of a WHO consultation group on obesity. Geneva: WHO. 1998.
180. WILSON JR., T. G.; KORNMAN, K. S. *Fundamentos de Periodontia.* São Paulo: Quintessence, 2001. 564p.
181. ZAPPA, U. Histology of the periodontal lesion: implications for diagnosis. *Periodontol. 2000*, Copenhagen, v. 7, p. 22-38, 1995.
182. ZIMMET, P. Z. et al. The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome. *Journal of Diabetes and Its Complications*, v. 11, p.60-68, 1997.
183. ZITTER, M. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: TODD, W. E.; NASH, D. *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes.* Chicago: American Hospital Publishing, 1996.

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

ANEXO C

Termo de Consentimento da Faculdade de Odontologia para realização do tratamento dos indivíduos com doença periodontal avançada diagnosticados neste trabalho.

ANEXO D

Termo de Consentimento Informado

Belo Horizonte, _____ de _____ 2005.

Prezado Senhor(a)

É bastante comum que adultos com de Diabetes Melito apresentem mudanças na gengiva, como sangramento, gengivas inchadas e dentes amolecidos. Estas alterações são chamadas de doenças periodontais e precisam ser tratadas para não levarem a perda dos dentes.

Esta pesquisa quer identificar os diabéticos que possuem essa doença através de exame dos seus dentes.

Gostaríamos de contar com sua colaboração, esclarecendo que:

- 1- Você pode recusar-se a participar da pesquisa;
- 2- Os exames serão feitos com data marcada em consultório odontológico;
- 3- O exame não causa dor e serão utilizados materiais estéreis e individuais;
- 4- O examinador é dentista, pesquisador e capaz de realizar esse exame;
- 5- As pessoas identificadas com essa doença serão encaminhadas para tratamento no próprio serviço do SUS ou na Faculdade de Odontologia da UFMG;
- 6- Você não pagará nada pelo exame;

- 7- As informações coletadas para a realização do trabalho e os resultados serão utilizados única e exclusivamente para este fim.

Assinatura do paciente

Número do documento apresentado

Para esclarecer dúvidas:
Dra. Aline Mendes Silva
Telefones – 3337-2094

ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Por este instrumento, eu concordo em colaborar com o trabalho da dentista Aline Mendes Silva orientado pela professora Andréa Maria Duarte Vargas, da Faculdade de Odontologia da UFMG, permitindo a realização de exames clínicos da gengiva e respondendo questionários sobre temas relacionados com a saúde bucal e possíveis dificuldades na vida diária. Estou ciente que o questionário não terá meu nome, sendo identificado apenas por um número, e, que após terminado o trabalho, qualquer referência que permita a minha identificação será destruída, garantindo sigilo absoluto das informações. Concordo, também, que a aluna utilize as informações prestadas e os dados clínicos colhidos para realização do trabalho e publicação de seus resultados, direito limitado única e exclusivamente para este fim, não sendo permitido qualquer outro tipo de uso da mesma. Mesmo após ter sido assinado este termo de consentimento você pode desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo para você.

Belo Horizonte, _____ de _____ 2005.

Assinatura do paciente

Número do documento apresentado

Para esclarecer dúvidas:

Dra. Aline Mendes Silva
Telefones – 3337-2094

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG
Telefone – 34994027

ANEXO F

Ficha clínica

Paciente: _____ Número:
Endereço: _____ Bairro: _____
Cep: _____ Tel: _____ Contato: _____

1- IDENTIFICAÇÃO:

Gênero: M F

Idade: anos

Estado civil: com companheiro sem companheiro

Nível de instrução : superior/ médio fundamental Não estudou

Renda familiar: _____

2 - HISTÓRIA MEDICA ATUAL

Quanto tempo você sabe que tem diabetes: anos Não sei

Tipo de diabetes : Tipo I Tipo II Não sei

Outra pessoa da família tem diabetes: Sim Não

Faz controle médico: Sim Não

Está com sua glicose controlada: Sim Não Não sei

Já está marcada sua próxima consulta ? Sim Não Não sei

Está sendo atendido pelo dentista: Sim Não Não sei

Onde? Unidade de saúde Referência especializada SUS Outros

No último ano quantas vezes você foi ao dentista ? 1 2 3 ou + Não foi

Quais outros profissionais estão te atendendo ? _____

Tabagista : Sim Não
Etilista : Sim Não
Doenças cardiovasculares Sim Não
Sedentarismo: Sim Não
Obesidade: Sim Não
Uso de medicamentos Sim Não

3 - HISTÓRIA ODONTOLÓGICA ATUAL

Sim Não
Sua gengiva já esteve vermelha ou inchada?
 Sim Não
Você já teve sangramento na gengiva?
 Sim Não
Você já teve alguma dor nas suas gengivas?
 Sim Não
Você procurou o dentista por causa de sua gengiva?
 Sim Não
Tem alguma época em que suas gengivas melhoram ou pioram ? Sim Não
Você acha que sua gengiva piora quando sua diabetes está sem controle? Sim Não

44													44
45													45
46													46
47													47
	M	D	V	L	M	D	V	L	M	D	V	L	

ANEXO H

Entrevista com a Referência Técnica de hipertensão e Diabetes

- 1 - Como é feito o cadastro dos indivíduos diabéticos no SUS/BH ?

- 2 - Qual a frequência com que os indivíduos diabéticos chegam a UBS e na Saúde Bucal ?

- 3 - Quais ações são planejadas para o atendimento do paciente diabético nas UBS?

- 4 - Como é o atendimento (fluxo) do paciente com diabetes nas Unidades de Saúde do SUS/BH ?

- 5 - Quais os profissionais, além do médico, que atendem estes indivíduos nas Unidades de Saúde do SUS/BH ?

- 6 - Como é o prontuário dentro da Unidade de Saúde ? É único e inclui a saúde bucal ?

- 7 - Os indivíduos diabéticos atendidos no serviço de saúde bucal são encaminhados para o atendimento em sua Unidade de Saúde e vice-versa?

- 8 - Os indivíduos diabéticos quando encaminhados à Saúde Bucal tem prioridade de atendimento ?

- 9 - Os indivíduos diabéticos são contatados para participar de atividades preventivas nas UBS ?

- 10 - Dentro da perspectiva da integralidade da atenção, como a Unidade de Saúde trabalha com este paciente ? Quais os maiores desafios para se alcançar a integralidade da atenção no atendimento dos indivíduos diabéticos no SUS/BH ?

ANEXO I

Entrevista com a Referência Técnica de Saúde Bucal

- 1- Quais ações são planejadas para o atendimento do paciente diabético na saúde bucal dos indivíduos no SUS/BH?
- 2- Qual a frequência com que os indivíduos diabéticos chegam ao Serviço de Saúde Bucal ?
- 3- Existe algum protocolo de atendimento odontológico a este paciente na saúde bucal no SUS/BH?
- 4- Como está sendo feito o atendimento destes indivíduos na saúde bucal do SUS/BH?
- 5- Os indivíduos diabéticos quando encaminhados à Saúde Bucal tem prioridade de atendimento ?
- 6- Quais as unidades de referências para o encaminhamento deste paciente na Saúde Bucal ?
- 7- Os indivíduos diabéticos atendidos no serviço de saúde bucal é encaminhado para o atendimento em sua Unidade de Saúde ?
- 8- Estes indivíduos recebem apoio domiciliar e orientações de autocuidado para maximizar sua autonomia em saúde bucal?

ANEXO J

Entrevista com os gerentes das UBS

- 1- A UBS em que você gerencia possui Grupos Operativos para trabalhar com o paciente diabético ?

- 2 - Quais os profissionais que participam dos Grupos Operativos ?

- 3 - Os indivíduos diabéticos atendidos no serviço de saúde é encaminhado para o atendimento na SB?

- 4 - Os indivíduos diabéticos quando encaminhados à Saúde Bucal tem prioridade de atendimento ?

- 5 - Como é o prontuário dentro da Unidade de Saúde ? É único e inclui a saúde bucal ?