

PROPOSTA DE UM PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE DIABÉTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

PROPOSAL OF A PROTOCOL FOR THE DIABETIC PATIENT DENTAL ATTENDANCE IN BASIC HEALTH ATTENTION

Francisco Rodrigues Maia¹, Antonio Alfredo Rodrigues e Silva² e Quelciane Regina Magalhães de Carvalho³

¹ Cirurgião-Dentista, Especialista em Saúde da Família.

² Cirurgião-Dentista, Mestre em Fisiologia, Especialista em Periodontia, Docente do Departamento de Ciências Biológicas da Faculdade de Educação Ciências e Letras de Iguatu - FECLI, Professor do Módulo de Saúde Bucal da Especialização em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Endereço para correspondência: Rua 13 de Maio, 79, Planalto, Iguatu-CE, CEP 63500-000, E-mail: dentimag@baydejb.com.br

³ Cirurgião-Dentista, Especialista em Saúde da Família.

* Artigo baseado na monografia de mesmo título, apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE, no ano de 2005.

Resumo

A Diabetes melito constitui-se num sério problema de saúde na atualidade. Sua abrangência envolve todas as classes sociais, e requer, do ponto de vista da saúde pública, uma abordagem multidisciplinar. Sua característica debilitante e degenerativa, sua interferência no modo de vida do portador, bem como suas interações com outras condições sistêmicas e locais fazem desta doença uma prioridade no programa de atenção básica do Brasil. As periodontopatias estão entre as afecções bucais mais frequentes, sendo multifatoriais e de difícil controle. As periodontites estão estreitamente relacionadas à Diabetes, influenciando e sendo influenciadas por esta condição. Este trabalho de revisão bibliográfica enfoca sucintamente esta relação e seus mecanismos fisiopatológicos, com o objetivo de desenvolver um protocolo de atendimento odontológico do paciente diabético no Programa Saúde da Família, utilizando uma classificação de grupos de risco e procedimentos odontológicos, frisando a importância do atendimento conjugado médico/dentista para o controle das duas afecções. As fontes foram obtidas de acervo pessoal, biblioteca da Universidade de Fortaleza, biblioteca da Universidade Federal do Ceará, bibliotecas das Secretarias de Saúde das cidades Quixelô/CE e Iguatu/CE, e acervo eletrônico junto à Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, abrangendo o período de 1988 a 2004.

Descritores: Programa Saúde da Família; Diabetes melittus; Periodontia.

Abstract

Diabetes mellitus is an actual serious problem of health. It includes all of social classes, and requests, of public health focal point, a multidisciplinary approach. Its debilitating and degenerative characteristic, its interference in the way of life of the porter, as well as their interactions with other local and systemic conditions become this disease a priority in program of basic attention of Brazil. The periodontal diseases are among the more frequent buccal affections, with a multi-factor character and of difficult control. Periodontal diseases are strictly related to the Diabetes, influencing and being influenced by this condition. This work, of bibliographical revision, focuses briefly this relationship and their physiopathological mechanisms, with the objective of developing a protocol of dental attendance for diabetic patient's in the Family Health Program, using a risk groups classification related to dental procedures, emphasizing the importance of conjugated physician/dentist for the control of the two affections. The sources were obtained of personal collection, library of the University of Fortaleza, library of the Federal University of Ceará, libraries of the General offices of Health of the cities Quixelô/CE and Iguatu/CE, and electronic collection of Virtual Library of Health - (BVS in portuguese), including the range from 1988 to 2004.

Keywords: Family Health Program; Diabetes mellitus; Periodontics.

INTRODUÇÃO

A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) representa uma importante contribuição para melhoria da qualidade de vida da população brasileira. As práticas do PSF estão comprometidas com a solução dos problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população. O profissional inserido nesta nova proposta enfrenta o desafio de ajustar o conteúdo técnico científico da sua formação profissional à prática diária¹.

De acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS), do Ministério da Saúde, dentre as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica estão o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da Diabetes melito, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal².

A Diabetes melito, resultante da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada tanto pela baixa produção de insulina pelo pâncreas, como pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina, tem importantes conseqüências na qualidade de vida dos portadores. Os principais sintomas da Diabetes – polidipsia, polifagia e poliúria – são resultado da deficiência da insulina, sendo a atuação deste hormônio de fundamental importância na regulação de muitos processos metabólicos do organismo, tendo, portanto, influência em praticamente todos os sistemas orgânicos. Indivíduos portadores da Diabetes possuem elevada ocorrência de doenças nos grandes e pequenos vasos podendo desenvolver complicações vasculares, neurológicas e infecciosas³.

Na última década, conceituados pesquisadores formularam a hipótese de que infecções crônicas bucais, como a doença periodontal, podem dar origem ou complicar algumas doenças sistêmicas, por transporte via sanguínea dos microorganismos e/ou seus produtos tóxicos, pela aspiração ou pela capacidade de induzirem hiper-reatividade inflamatória e imunológica. Acumularam-se evidências de que periodontopatias severas estejam associadas a complicações sistêmicas como doenças cardiovasculares, bebês prematuros com baixo peso, abscessos metastáticos, pneumonias bacterianas e prejuízo no controle da Diabetes melito. Diante desta forte possibilidade torna-se cada vez maior a necessidade de uma manutenção da saúde bucal, com freqüentes visitas a profissionais esclarecidos destes riscos^{4,5}.

A implantação de equipes de saúde bucal na atenção básica é recente, o que torna sua avaliação limitada. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se consolidar um novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos vigentes, caracterizados ora como curativo-mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar⁶.

A inclusão do Cirurgião-Dentista no Programa Saúde da Família suscita uma série de questionamentos, no que se refere à sua perfeita integração nesta estratégia de atendimento do serviço público. A inexistência de protocolos clínicos odontológicos que norteiem o atendimento dos usuários das outras seis áreas prioritárias do PSF (controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da Diabetes melito, saúde da criança e saúde da mulher) cerceia a atuação do Cirurgião-Dentista, no que concerne ao significado real da interdisciplinaridade.

Protocolos de atendimento, contendo atribuições e competências para cada membro da Equipe de Saúde da Família foram desenvolvidos. Protocolos incluindo o profissional Cirurgião-Dentista não foram criados. Tais protocolos definem todas as tarefas a serem efetivadas desde os Agentes Comunitários de Saúde até o profissional médico, prevendo inclusive a inserção dos profissionais nutricionista, assistente social e educador físico⁷.

Esta pesquisa lança uma alternativa para o desenvolvimento de um protocolo de atendimento odontológico aos pacientes portadores de Diabetes melito a ser implementado pelo Cirurgião-Dentista no âmbito de sua atuação na equipe multidisciplinar do PSF. Baseados nesta idéia, protocolos odontológicos para outros grupos podem e devem ser também desenvolvidos.

DIABETE MELITO

As doenças crônicas não-transmissíveis são a primeira causa de mortalidade prematura na América Latina. No ano de 2000, essas doenças contribuíram com 62,9% da mortalidade das Américas. Nas populações com idade abaixo de 70 anos, as doenças crônicas não-transmissíveis contribuem com 44,1% das mortes nos homens e 44,7% nas mulheres. A Diabetes representa um custo muito alto para as sociedades porque aumenta a mortalidade precoce e a incapacidade por doenças cardiovasculares. No ano 2000, o número de pessoas com Diabetes nas Américas foi estimado em 35 milhões⁸.

A Diabetes melito é uma doença metabólica sistêmica crônica, caracterizada por deficiência parcial ou total da síntese do hormônio insulina pelas células pancreáticas, ocasionando assim modificações no metabolismo de proteínas, gorduras, sais minerais e, principalmente, de glicose. A insuficiente produção de insulina resulta em diminuição no transporte de glicose para o interior das células, elevando a taxa de glicose no sangue. A incapacidade de absorção do excesso de glicose pelos rins resulta em glicosúria, poliúria, polidipsia e polifagia, que são sintomas específicos do paciente diabético⁹.

Quando a hemoglobina fica exposta durante muito tempo a taxas séricas elevadas de glicose, essa hexose liga-se à hemoglobina formando um composto denominado hemoglobina glicada ou glicosilada-1 – HbA1 – que está envolvida nas complicações (retinopatia, nefropatia, neuropatia e alterações vasculares) da Diabetes⁴. A dosagem de HbA1 serve de parâmetro para o controle clínico da glicemia. Outros produtos da glicosilação, cuja reação é irreversível, são formados (carboximetil-lisina, pentosidina, piralisina, metilgloxal) durante os períodos de hiperglicemia. Tais compostos, denominados produtos finais da glicação avançada (AGEs em inglês) são os prováveis responsáveis pelas perturbações celulares que culminam com o desenvolvimento das complicações da Diabetes¹⁰.

A American Diabetes Association, citada por Bjelland et al.¹¹, anteriormente sugeria a troca dos termos Diabetes insulino-dependente e não insulino-dependente pelos termos Diabetes tipo 1 e 2 para classificar essa desordem metabólica, em virtude de os primeiros causarem certa confusão, já que classificavam os pacientes em termos de tratamento, ao invés de considerarem a etiologia. A Diabetes tipo 1, seguindo esta classificação, comumente se desenvolve em indivíduos com menos de 30 anos de idade, e às vezes está presente em crianças e adolescentes. A terapia com insulina é necessária para todos os pacientes portadores deste tipo de Diabetes. Isso ocorre em virtude da destruição das células β das ilhotas de Langerhans no pâncreas, com conseqüente cessação da produção de insulina, necessária ao transporte de glicose do sangue para os tecidos. A Diabetes tipo 2 é a forma mais comum da doença, sendo causada pela queda na responsividade dos tecidos à insulina (resistência à insulina). Normalmente a Diabetes tipo 2 ocorre na meia idade (40 anos)

e pode ser tratada por modificações na dieta, hipoglicemiantes orais, podendo requerer terapia insulínica em casos de difícil controle.

De acordo com Verma e Bhat¹² a American Diabetes Association no ano 2000 removeu a classificação da Diabetes baseada no tratamento e na idade (insulino-dependente e não insulino-dependente) e introduziu um sistema baseado na etiologia da doença, classificando a Diabetes em quatro tipos de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 1. Classificação do Diabetes melito de acordo com a American Diabetes Association.

| TIPO | CARACTERÍSTICAS |
|------|--|
| 1 | Causada pela destruição das células, levando a uma deficiência absoluta de insulina. |
| 2 | Pode ser desde uma resistência à insulina, com relativa deficiência desta, até um defeito secretório predominante, com pequena resistência à insulina. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Defeitos genéticos na função das células, caracterizados por mutação. ▪ Defeitos genéticos na ação da insulina. ▪ Endocrinopatias. ▪ Doenças do pâncreas exócrino. ▪ Diabetes induzida por drogas ou produtos químicos. ▪ Diabetes relacionada a infecções. ▪ Outras síndromes genéticas associadas com Diabetes: síndrome de Down, síndrome de Turner, etc. ▪ Formas incomuns de Diabetes imunologicamente mediadas – presença de anticorpos anti-receptor insulínico. |
| 4 | Gestacional – descrita como hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez. A maioria das mulheres tem o quadro revertido para níveis normais de glicose após o parto, porém com substancial risco de desenvolver Diabetes posteriormente. |

O tratamento da Diabetes objetiva diminuir os níveis sanguíneos de glicose e prevenir as complicações associadas com a doença. O controle da dieta é o primeiro passo em indivíduos com tipo 2, sendo baseado na redução da ingestão de açúcar refinado e comidas ricas em gordura. Exercício e redução do peso corporal são também indicados como redutores do conteúdo corporal de gorduras. Agentes hipoglicemiantes orais, como hidróclorido de metformina, glipizida, glicizida e outros são utilizados quando as medidas de dieta se mostram insuficientes. A insulino-terapia é sempre necessária em pacientes diabéticos tipo 1, e pacientes tipo 2 severamente descompensados. A moderna terapia com insulina combina o uso de formulações de curta ação com rápido início do efeito, com formulações de longa duração, de modo que os níveis séricos de glicose são estreitamente controlados no decorrer das 24 horas diárias¹¹.

Sonis et al.³ elaboraram categorias de risco para pacientes com Diabetes melito, que devem ser considerados pelo Cirurgião-Dentista, quando da sua avaliação para tratamento dentário/periodontal (Quadro 2).

Quadro 2. Categorias de risco para pacientes com Diabetes melito.

| |
|--|
| <p>PACIENTES DE BAIXO RISCO</p> <p>Bom controle metabólico em um regime médico estável.</p> <p>Ausência de história de cetoacidose ou hipoglicemia.</p> <p>Ausência de complicações do Diabetes.</p> <p>Nível de glicose sanguínea, em jejum, menor do que 200mg/dl.</p> <p>Taxa de hemoglobina A1c de 7%.</p> |
| <p>PACIENTES DE RISCO MODERADO</p> <p>Controle metabólico razoável em regime médico estável.</p> <p>Ausência de história recente de cetoacidose ou hipoglicemia.</p> <p>Poucas complicações do Diabetes.</p> <p>Taxa de glicose no sangue, em jejum, abaixo de 250mg/dl.</p> <p>Nível de hemoglobina A1c entre 7 e 9%.</p> |
| <p>PACIENTES DE ALTO RISCO</p> <p>Controle metabólico deficiente.</p> <p>Sintomas freqüentes.</p> <p>Problemas freqüentes envolvendo cetoacidose e hipoglicemia.</p> <p>Múltiplas complicações do Diabetes.</p> <p>Taxa de glicose no sangue, em jejum, acima de 250mg/dl.</p> <p>Nível de hemoglobina A1c acima de 9%.</p> |

Estes autores ainda refletem sobre a avaliação dentária de pacientes diabéticos. Sob o seu ponto de vista existem dois tipos básicos de diabéticos que chegam ao consultório dentário, o que sabe, e o que não sabe ser portador da doença. Quando o paciente portador tem consciência do problema, o Cirurgião-Dentista tomará alguns cuidados e informações. A época do início, o tipo de terapia utilizado, a efetividade do controle metabólico, e a ocorrência ou não de complicações nortearão o enfoque dado ao tratamento dentário. Quando o paciente não sabe que tem a doença, alguns sinais e sintomas podem servir de indícios ao Cirurgião-Dentista na avaliação destes pacientes. A história familiar, o histórico de desmaios, a ocorrência de hálito cetônico, entre outros são subsídios a serem pesados na elaboração de diagnóstico e encaminhamentos³.

A anamnese médica do paciente diabético deve conter questionamentos acerca de sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento), apresentação inicial da doença, evolução, estado atual e tempo de diagnóstico. Exames laboratoriais anteriores, padrões de alimentação, estado nutricional, evolução do peso corporal e tratamentos anteriores também devem ser questionados. A prática de atividade física, a presença ou não de infecções dentárias, geniturinárias, de pele, presença de úlceras de extremidades, parestesias e distúrbios visuais devem também ser verificados⁷.

PERIODONTOPATIAS

As doenças mais freqüentes da boca, como cáries, gengivites, periodontites e periapicopatias são causadas por bactérias. As periapicopatias (infecções causadas por bactérias presentes nos canais radiculares de dentes com polpa necrosada) estão associadas à cerca de 200 espécies de bactérias, e a doença periodontal a mais de 400 espécies¹³. As doenças periodontais estão entre as doenças crônicas mais comuns em humanos, afetando 5 a 30% da população adulta de 25 a 75 anos de idade¹⁴.

Cury et al.¹⁵, em extensa revisão literária especializada, afirma que as doenças periodontais são entidades multifatoriais, iniciadas por placa bacteriana específica, que ativa mecanismos teciduais inflamatórios e imunológicos, que conduzem à destruição dos tecidos periodontais. Além da placa bacteriana, fatores de risco como fumo e condições sistêmicas, ou a Diabetes, respondem pelas diferenças clínicas na severidade e prevalência das periodontites.

Estudos analíticos desenvolvidos na América do Sul e Central mostraram que doenças periodontais são principalmente o resultado do desbalanço entre microbiota oral e susceptibilidade do hospedeiro. Os aspectos sócio-econômicos não aparecem como impactantes na prevalência e severidade da periodontite numa população. Nestes estudos concluiu-se ainda ser a gengivite uma condição disseminada nestas regiões, acometendo principalmente grupos sócio-econômicos mais baixos, sendo mais severa em homens que em mulheres e que existem indicações de que a taxa de progressão da doença periodontal pode mudar com a idade, e o reparo natural do periodonto fica deficiente com o aumento da idade. Outros estudos revistos demonstraram ser a periodontite a principal causa de perdas dentárias após os 50 anos de idade¹⁶.

Entretanto, estudos epidemiológicos organizados nos Estados Unidos, segundo a American Academy of Periodontology¹⁷, mostram que as doenças do periodonto estão relacionadas a fatores determinantes como idade, sexo, nível sócio-econômico, e de risco, como placa dental e microbiota, uso do tabaco e condições sistêmicas:

- Idade – até bem recentemente o aumento da idade era relacionado à degradação da condição periodontal, porém, novos estudos mostram que isso ocorre somente em indivíduos que desenvolveram condições patológicas periodontais na fase adulto jovem. É extremamente incomum idosos com dentição relativamente intacta desenvolverem subitamente surtos de periodontite, além disso, boa higiene oral e saúde periodontal estão estreitamente associadas, independentemente da idade.
- Sexo – normalmente problemas periodontais são mais freqüentes e severos em homens, provavelmente mais relacionados ao padrão comportamental masculino – visto que homens são menos cuidadosos com higiene oral – do que com predisposição genética.
- Nível sócio-econômico – níveis de doenças periodontais têm sido historicamente relacionados a baixas condições sócio-econômicas, principalmente quando se trata de gengivite. A correlação com periodontites é menos direta. Pode-se associar, por exemplo, perdas de inserção gengival maiores que 4mm com baixa escolaridade, que está, na maioria das vezes associada a baixo nível sócio-econômico.
- Placa dental, microbiota e higiene oral – a relação entre higiene oral e periodontite não é tão direta quanto higiene oral e gengivite. A conclusão de muitos estudos em populações com higiene oral precária é que placa e cálculo supragengival não mantêm sempre uma relação direta com periodontite severa, embora tenha implicações. Por outro lado, o acúmulo de placa, associada a sangramento e à presença de determinadas cepas bacterianas, como *Prevotella intermedia* podem ser implicadas na periodontite. Sucintamente pode-se afirmar que enquanto perdas de inserção gengival são mais encontradas em países de terceiro mundo que do primeiro, nem sempre a deficiente higiene oral e gengivite em tais populações progredirá para periodontite. Há que se considerar também a capacidade de resposta do hospedeiro.
- Tabaco – estudos epidemiológicos indicam a associação inequívoca e independente de

outros fatores, do tabagismo com a doença periodontal. Esse efeito se dá provavelmente pela deficiente resposta imunológica do fumante, que possui apenas metade da capacidade inflamatória do não-fumante.

- Condições sistêmicas – existem poucas firmes evidências de uma relação entre síndromes associadas com defeitos nos leucócitos polimorfonucleares (Ex.: síndrome de Chediak-Higashi, síndrome de Down, síndrome de Papillon-Lefèvre) com a predisposição sistêmica a periodontite. Por outro lado, AIDS e Diabete melito podem exacerbar os efeitos de uma periodontite existente.

Rees¹⁸ elaborou uma lista de fatores característicos do portador de doença periodontal, para traçar um perfil destes pacientes. Normalmente o portador de doença periodontal apresenta:

- Inadequada higiene oral com aumento do acúmulo de placa bacteriana.
- Presença de fatores locais que predispõem ao acúmulo de placa.
- Pobre motivação com relação à saúde oral.
- Não aceitação de protocolos de manutenção.
- Presença de hábitos bucais parafuncionais.
- Propensão a doenças.
- Fumante.
- Emocionalmente estressado.
- Possivelmente mal nutrido.
- Com história familiar de periodontite.

Porém os fatores de risco genéticos não são exclusivos, e seus efeitos explicam apenas uma parte da variação na ocorrência de periodontites agressivas, e em menor grau, de periodontites crônicas. Estudos mostram que existe uma interação significativa entre fatores genéticos e outros fatores, ditos ambientais e demográficos, incluindo o efeito modificador do tabaco, e variabilidade na ocorrência de certos genótipos em diferentes grupos étnicos¹⁹.

Dados epidemiológicos podem formar a base para seleção e implementação de estratégias de prevenção e tratamento de doenças periodontais. Três estratégias muito aceitas têm avançado: (1) ampla educação da população, tanto em saúde como em outras práticas favoráveis à vida, introduzidas na

comunidade, na tentativa de modificar comportamentos desfavoráveis; (2) detecção e tratamento de indivíduos com doenças periodontais destrutivas (basicamente a educação em saúde é uma parte integral desta estratégia, embora seja adaptada às necessidades individuais de cada paciente); e (3) identificação dos grupos de risco para periodontites, pois a determinação das pessoas ou grupos de pessoas os quais são mais suscetíveis ao desenvolvimento de doença periodontal destrutiva no futuro são importantes elementos para o planejamento dos sistemas de saúde¹⁹.

INTER-RELAÇÃO DIABETE/PERIODONTOPATIAS

A literatura atual indica que a doença periodontal pode agravar doenças cardiovasculares, Diabetes e induzir partos prematuros, além de ser possível causa de endocardite bacteriana, pneumonias e abscessos cerebrais. O tratamento dentário é importante tanto para a saúde bucal como para a saúde sistêmica, devendo, portanto fazer parte do tratamento sistêmico, integralizando dessa forma a Odontologia à Medicina¹³.

A Diabetes é considerada por Roinsblit e Paszucki²⁰ como um dos fatores sistêmicos que agravam a resposta do periodonto à placa bacteriana. É uma enfermidade metabólica caracterizada por uma anormalidade no metabolismo da glicose, produzida pela deficiência de insulina, menor utilização desta, ou por problemas em seu metabolismo, produzindo taxas elevadas de glicose no sangue. Dentre as características bucais dos diabéticos não controlados temos a tendência ao ressecamento e irritação da mucosa oral, diminuição do fluxo salivar e alterações de flora, com predomínio de *Cândida albicans*. Concluem os autores que, 1- a Diabetes não causa problemas periodontais, mas sim, alterações na resistência dos tecidos orais; 2- o paciente insulino-dependente, mesmo compensado, deve ser avaliado por um médico antes de tratamento odontológico, tomar os cuidados com higiene bucal, e retornar para controle a cada quatro meses; 3- o paciente insulino-dependente não compensado não deve submeter-se a tratamento odontológico sem prévia indicação médica; e 4- o paciente não insulino-dependente descompensado deve ser primeiramente encaminhado ao médico, realizar apenas terapia básica e não cirúrgica, e efetuar controle a cada quatro meses. Tanto a Diabetes tipo 1 (insulino-dependente ou de aparecimento precoce) quanto o tipo 2 (não

insulino-dependente ou do adulto) são fatores de risco para a periodontite. Pacientes jovens com Diabetes tipo 1, especialmente aqueles nos quais a doença já é de longa duração, possuem maiores índices de gengivite e mais bolsas periodontais que pacientes não-diabéticos conforme a American Academy of Periodontology¹⁷. Este mesmo estudo mostra também que entre pacientes diabéticos tipo 1 com a mesma idade, portadores já há bastante tempo, os que possuem melhor controle metabólico da doença possuem melhores índices de inserção gengival e de altura óssea alveolar.

Na terceira idade, algumas modificações bucais sugerem a presença de transtornos sistêmicos. Para se chegar a um diagnóstico específico é fundamental que se estabeleça a ausência de quaisquer alterações gengivais ou periodontais específicas. Apesar da ampla aceitação de que a enfermidade periodontal surge como uma resposta imune à placa bacteriana, se reconhece também que a natureza e severidade desta resposta pode ser modificada por muitos fatores sistêmicos, como: estado hormonal, deficiências nutricionais, discrasias sanguíneas, uso de drogas, e outros²⁰.

Segundo Verma e Bhat¹² a American Academy of Periodontology considera que embora alguns fatores sejam associados com doença periodontal severa em pacientes diabéticos, não existe claramente uma relação de causa/efeito entre a severidade da doença periodontal e complicações diabéticas associadas, mas alguns fatores podem ser sumarizados como, por exemplo, uma resposta inflamatória aumentada, modificações vasculares, defeitos no metabolismo do colágeno e formação de produtos finais glicosilados, cicatrização deficiente, e alterações na microbiota oral.

A hipótese de envolvimento da doença periodontal em doenças sistêmicas se baseia na entrada de bactérias e/ou produtos bacterianos na circulação, assim como da formação de mediadores da inflamação, como citocinas e proteínas da fase aguda. Bacteremias ocorrem em 70% das raspagens periodontais, e mesmo procedimentos de higienização bucal simples (escovação e uso de fio dental) promovem passagem de bactérias do biofilme dental para o sangue. A quantidade de bactérias que penetram a circulação provavelmente depende da quantidade de biofilme dental (placa bacteriana), normalmente aumentado nos estados de gengivite e periodontite¹³.

A identificação dos fatores de risco para as doenças periodontais é um componente necessário na avaliação e diagnóstico da periodontite e o seu controle, quando possível, deve fazer parte do plano de tratamento. Muitas evidências científicas associam o Diabetes com a doença periodontal. Existe maior prevalência, extensão e severidade das doenças periodontais nos diabéticos. Crianças e adolescentes com Diabetes tipo 1 apresentam maior incidência de doença periodontal. O mesmo ocorre com indivíduos portadores de Diabetes tipo 2, com maior risco de perda óssea alveolar¹⁵.

Em trabalho que envolveu a medida da profundidade de bolsas periodontais e de recessões gengivais, Cerda et al.²¹ demonstraram a influência da idade de pacientes portadores de Diabetes não insulino-dependentes, bem como do tempo decorrido desde o diagnóstico, com severidade de doença periodontal.

O controle metabólico da Diabetes pode ser alterado pelo descontrole da inflamação periodontal. Pacientes com melhora do índice de sangramento gengival, por outro lado, possuem melhora (diminuição) dos índices de hemoglobina glicosilada, mesmo que de pequena magnitude. O controle da inflamação periodontal tem potencial de influenciar o metabolismo da glicose em diabéticos, porém a doença periodontal é apenas um fator de menor relevância no manejo do controle metabólico do paciente diabético²².

Em trabalho com pacientes diabéticos insulino-dependentes, Novaes Jr. et al.²³ encontraram acumulação estatisticamente maior de placa em diabéticos, que em pacientes livres de doença. O índice gengival foi maior entre diabéticos e a perda óssea alveolar também demonstrou aumento significativo quando associada à Diabetes.

Estudos clínicos têm mostrado que o tratamento periodontal pode ser realizado com sucesso nos pacientes diabéticos e, adicionalmente, resolução da infecção periodontal pode contribuir para o controle da glicemia nas Diabetes tipos 1 e 2¹⁵.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE DIABÉTICO NO PSF

De acordo com o Ministério da Saúde²⁴:

“O processo de consolidação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que consubstancia a proposta de reforma sanitária, inscreve para o setor saúde um novo panorama de questões e exigências. A

universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social exprimem o conjunto de atribuições com as quais diferentes organizações de saúde necessitam conviver”. Conseqüentemente, é incontestável a necessidade de reordenação de novas práticas sanitárias para a construção de novos modelos de atenção.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Portanto, o Ministério da Saúde vêm reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS.

Considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla - enquanto qualidade de vida - adquire maior importância a busca de mecanismos que ampliem as suas ações, e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil.

Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares através de programas voltados para a cárie e a doença periodontal, conseguindo-se com isso uma expressiva redução nos níveis de cárie na população infantil, enquanto que os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento a situações de urgências odontológicas. Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas.

Entretanto, é importante registrar alguns aspectos positivos deste modelo, tais como: a metodologia de planejamento e programação, as ações de caráter coletivo, o desenvolvimento de equipamentos adequados a realidade econômica do país e o incremento da formação dos recursos humanos auxiliares o que contribuiu, em muitos lugares, para a redução da cárie nos escolares da rede pública. Não se trata, portanto, da sua negação, mas de reconhecer que a ênfase na intervenção clínica e individual prestada no ambiente do consultório odontológico tem potencial reduzido para superar os principais agravos à saúde bucal.

O planejamento e a programação da atenção à saúde bucal desenvolver-se-ão a partir das informações epidemiológicas e da definição de critérios de risco de adoecer.

Mesmo que tais dados não apresentem o rigor de um estudo acadêmico, constituem-se em importante instrumento de avaliação sobre o impacto das ações o que, até a alguns anos, era impraticável na maioria dos municípios. Outro ponto a destacar é a perspectiva da expansão das ações de saúde bucal que contemplem o princípio da integralidade (articulando atividades promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras) para vários grupos populacionais vivendo em um território determinado.”

O Programa Saúde da Família é uma estratégia de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, orientados para o cuidado da população, com atenção centrada na família. Dentro desta perspectiva o membro da equipe de saúde da família desenvolve a capacidade de observação, relacionamento e comunicação para atuar nos princípios éticos, de cidadania, de responsabilidade, de dignidade, de honestidade para entender o significado de cuidar de família¹.

O Ministério da Saúde no seu Plano de Inclusão da Saúde Bucal delimita que “a equipe de saúde da família deverá incorporar ações de saúde bucal em função da magnitude dos problemas existentes no país e da especificidade tecnológica necessária para o seu enfrentamento. A dimensão desta incorporação será definida a partir dos recursos humanos disponíveis na localidade ou na região”²⁴.

De acordo com Machado⁸, no Brasil, apesar de várias experiências municipais bem-sucedidas quanto à garantia do acompanhamento dos casos de Diabete melito no âmbito da atenção básica, em grande parte do país observa-se falta de vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde. No campo da promoção de saúde e da

redução dos fatores de risco, a situação ainda é mais crítica, pela falta de tradição dos serviços de saúde na realização sistemática de tais ações.

Machado⁸ ainda propõe um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabete melito em quatro etapas: 1- Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica de saúde; 2- Campanha de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; 3- Confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e 4- Cadastramento e vinculação dos pacientes portadores às Unidades Básicas de Saúde.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabete melito do Manual de Hipertensão arterial e Diabete melito⁷ delimita que, com a finalidade de garantir atenção integral ao portador de Diabete melito, faz-se necessária uma normatização para acompanhamento na unidade básica de saúde. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência. Entre os critérios de encaminhamento para unidade de referência temos: suspeita de Diabete secundário, Diabete em gestantes, Diabete em crianças e adolescentes, complicações oculares, lesões vasculares das extremidades, incluindo o pé diabético, diabéticos de difícil controle e diabéticos para rastreamento de complicações crônicas (quando não for possível na unidade básica).

Esta mesma norma ainda delimita as atribuições dos diversos profissionais do PSF, enfatizando a educação em saúde, que deve ser feita pelos diversos profissionais (Quadro 3).

Quadro 3. Atribuições dos profissionais do Programa Saúde da Família.

| AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE |
|---|
| 1. Identificar na população geral, pessoas com fatores de risco para Diabete, ou seja: idade igual ou superior a 40 anos, obesidade, hipertensão, mulheres que tiveram filhos com mais de quatro quilogramas ao nascer e pessoas que tiveram ou têm pais, irmãos e outros parentes diretos com Diabete. |
| 2. Encaminhar à unidade de saúde, para exame de açúcar no sangue, as pessoas identificadas como portadoras de fatores de risco. |
| 3. Verificar o comparecimento de pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. |
| 4. Verificar a presença de sintomas de elevação ou queda dos níveis sanguíneos de glicose, e encaminhar para consulta extra. |
| 5. Perguntar, sempre, ao paciente diabético se o mesmo está tomando, com regularidade os |

| |
|---|
| <p>medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar ou ingestão de bebidas alcoólicas.</p> <p>6. Registrar na sua ficha de acompanhamento o diagnóstico de Diabete de cada membro da família com idade superior a 20 anos</p> |
| <p>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar níveis de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde. 2. Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e prática de atividade física rotineira. 3. Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e Diabete. 4. Agendar consultas e re-consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados. 5. Proceder as anotações devidas em ficha clínica. 6. Cuidar dos equipamentos (tensiómetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária. 7. Encaminhar solicitações de exames complementares para serviços de referência. 8. Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico. 9. Orientar os pacientes sobre auto-monitorização (glicosúria e glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina. 10. Fornecer medicamentos ao paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico. |
| <p>ENFERMEIRO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários, e supervisionar de forma permanente suas atividades. 2. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando do indivíduo ao médico quando necessário. 3. Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade. Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos. 4. Estabelecer junto com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos). 5. Solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe. 6. Repetir medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências. 7. Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos, etc.) ou com comorbidades. 8. Acrescentar na consulta de enfermagem o exame de membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar Também cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco. 9. Realizar glicemia capilar nos pacientes diabéticos a cada consulta e nos hipertensos não diabéticos uma vez por ano. |
| <p>MÉDICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando a estratificação do portador de hipertensão e Diabete. 2. Solicitar exames complementares quando necessário. 3. Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento com drogas. 4. Prescrever tratamento não-medicamentoso e medicamentoso. 5. Programar junto com a equipe estratégias para educação do paciente. |

| |
|---|
| <p>6. Encaminhar para unidades de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica.</p> <p>7. Encaminhar para unidades de referência secundária os casos de Diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.).</p> <p>8. Perseguir obstinadamente os objetivos e metas do tratamento (glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle de lipídeos e do peso).</p> |
| <p>OUTROS PROFISSIONAIS</p> <p>A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e educadores físicos é visto como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção do Diabetes melito e da hipertensão arterial.</p> |

O Ministério da Saúde²⁴ esclarece:

"Os profissionais de saúde bucal deverão inserir-se nas atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família, pois são fundamentais para o conhecimento da realidade local, o estabelecimento do vínculo com a comunidade e a compreensão dos determinantes da situação de saúde da população".

Entretanto, faz-se necessário identificar atividades específicas de saúde bucal, compartilhando-as com a equipe do PSF. Neste sentido as atribuições dos componentes da equipe são:

- Conhecer a realidade das famílias do território sob sua responsabilidade a partir de informações de natureza sócio-econômica e cultural;
- Identificar os problemas de saúde bucal prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, em conjunto com os demais membros da ESF e a população, plano de ação para o enfrentamento dos principais problemas identificados e definir a estratégia de prioridades para o atendimento odontológico;
- Prestar atenção integral e contínua à demanda organizada ou espontânea, na unidade de saúde da família, na comunidade e no domicílio;
- Realizar ações educativas sobre saúde bucal, tanto individual como coletivamente, inserindo-as nos grupos já existentes ou criando outros para este fim;
- Desenvolver ações intersectoriais quando se fizer necessário;
- Avaliar as suas ações conforme instrumentos desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde;

- Avaliar o impacto das ações desenvolvidas;
- Registrar os dados no Sistema de Informação da Atenção Básica.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo Cirurgião-Dentista no atendimento no PSF, quando da suspeita da enfermidade Diabetes, este profissional, de acordo com Justino²⁵, pode lançar mão de recursos diagnósticos, normalmente solicitados apenas pelo médico, como os exames laboratoriais como determinação da taxa de glicose sanguínea em jejum, glicose pós-prandial ou, em último caso o teste de tolerância à glicose. Exames laboratoriais ampliam a capacidade sensorial do Cirurgião-Dentista, quando solicitados em concordância com as hipóteses diagnósticas, constituindo um valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para orientação terapêutica.

Esta autora também descreve um modelo de conduta odontológica que pode ser seguido, para os casos confirmados de diabéticos: 1- orientação geral, com diminuição da tensão, por meio de consultas rápidas, técnicas de sedação auxiliar, 2- instruções sobre dieta, com interrupção do procedimento odontológico para uma refeição rápida nos casos de procedimentos longos, 3- redução do risco de infecção por meio de profilaxia simples ou profilaxia antibiótica pós-operatória, até a hospitalização quando necessária²⁵.

De acordo com Bjelland et al.²⁶, "o processo de orientação do diabético não pode se limitar ao objetivo de controle metabólico ótimo, embora se reconheça este como o único parâmetro objetivo para a avaliação do processo". Um objetivo mais humano e aprofundado, segundo as autoras, estaria relacionado com a melhoria da qualidade de vida como um todo, envolvendo toda a família, num contexto em que é de fundamental importância essa participação coletiva íntima no controle da doença e na prevenção das complicações agudas ou a longo prazo.

Costa e Lima²⁶ propõem um processo de orientação para o auto cuidado, baseado em quatro fases, 1- uma inicial, de aproximação com o paciente, sua família e seu modo de vida, com o objetivo de conhecer o impacto do diagnóstico da doença no seio familiar, bem como para orientação dos cuidados iniciais, com a elaboração de um plano específico de autocuidados, 2- após a adaptação às dificuldades iniciais, vem o estímulo à formação de grupos de diabéticos, com objetivo de troca de informações, experiências e para livre expressão de sentimentos, medos e expectativas, 3- reuniões de acompanhamentos e estímulo ao autocuidado, levando em consideração informações sobre dieta, vigilância de glicose, sinais de descompensação, etc., e 4- discussão de temas aprofundados e relacionados à convivência com a doença, tais como evolução do Diabete, auto-monitorização, convivência com as complicações decorrentes do Diabete, planejamento familiar, gravidez e Diabete, sexualidade e Diabete, trabalho e Diabete, entre outras.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

A Diabete melito, como outras doenças crônicas progressivas e incapacitantes, tem grande importância epidemiológica, em virtude da magnitude de sua distribuição, e do fato de ser uma doença degenerativa. Sua identificação leva em consideração o surgimento de diversos sinais e sintomas, bem como de alterações na bioquímica do sangue, capitaneadas pelo aumento da concentração de glicose. O tratamento da Diabete é bem estabelecido, e varia de apenas dieta e exercícios físicos até o uso de medicação específica (hipoglicemiantes orais, insulina), de acordo com o subtipo da doença. Categorias de risco ajudam no estabelecimento de planos de tratamento.

As periodontopatias são condições clínicas caracterizadas pela destruição dos tecidos de sustentação e proteção dos dentes. Consideradas multifatoriais, porém com um componente microbiológico impactante, estão entre as doenças bucais mais prevalentes, daí sua importância em saúde pública. Embora fatores genéticos estejam associados, outros relacionados ao estilo de vida podem ser incluídos na sua etiologia, fato este que pode ser explorado quando da instituição do tratamento adequado, que deve incorporar ações educativas, bem como na prevenção.

Existe uma relação de reciprocidade entre Diabete e periodontopatias. A primeira integra a lista de fatores sistêmicos, que interferem no

desenvolvimento da segunda. Por outro lado, as periodontopatias estão relacionadas com o agravamento da Diabete. O controle da Diabete pode ser alterado pelo descontrole da inflamação gengival, e vice-versa, indicando que o caminho para resolução ou controle está relacionado com uma terapia conjugada.

No Brasil, em grande parte das cidades, a atenção ao paciente diabético está atrelada à unidade de saúde da família. O PSF é a estratégia utilizada para organizar a assistência a este grupo. A equipe de saúde da família, dentro das orientações deste Programa, deve desenvolver ações com a finalidade de garantir atenção integral ao portador da doença, utilizando-se, para tanto, de normas e protocolos para o seu acompanhamento.

Dentro desta perspectiva, e levando-se em consideração a inter-relação Diabete/Periodontite aqui evidenciada, a atenção em Saúde Bucal deve tomar parte no desenvolvimento de protocolos que visem o atendimento de diabéticos.

Existem algumas situações a serem consideradas para o desenvolvimento de um perfeito atendimento ao diabético:

1. Quando o paciente já teve Diabete diagnosticada na unidade básica de saúde – deve ser encaminhado pelo médico ou enfermeiro ao atendimento odontológico, para o diagnóstico e, quando possível, o tratamento das condições bucais, de acordo com a categoria de risco citada por Sonis e colaboradores³. A avaliação do prontuário médico disponível na unidade dará ao Cirurgião-Dentista os indícios para esta classificação, e o tipo de procedimento a que o paciente pode ser submetido:

a. PACIENTES DE BAIXO RISCO

- i. Tratamento não-cirúrgico, com atenção para orientações gerais aplicadas para todos os pacientes diabéticos: exame/radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia.
- ii. Tratamento cirúrgico: extrações simples, gengivoplastia, extrações múltiplas, cirurgia com retalho, extração de dente incluso, apicectomia.

b. PACIENTES DE RISCO MODERADO

- i. Tratamento não-cirúrgico, com atenção para orientações gerais aplicadas para todos os pacientes diabéticos: exame/radiografias, instruções sobre higiene bucal,

restaurações, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia.

- ii. Tratamento cirúrgico: extrações simples e gengivoplastia, que devem ser realizadas após ajuste na dosagem de insulina, em comum acordo com o médico da unidade. Para os demais procedimentos deve ser considerada a hospitalização do paciente.

c. PACIENTES DE ALTO RISCO:

- i. Somente podem ser realizados exame/radiografias e instruções sobre higiene bucal. Demais procedimentos devem ser adiados até rigoroso controle do estado metabólico e das infecções bucais. Em todos os casos, o dentista deve tentar reduzir o estresse do paciente diabético. Quando possível convém fazer consultas de curta duração, considerando-se, ainda, a utilização de técnicas alternativas de sedação. O paciente deve ter sua consulta marcada para o meio da manhã, devendo ser instruído para alimentar-se normalmente no início do dia, ficando minimizada a possibilidade de hipoglicemia durante o procedimento dentário.
- ii. Quando o paciente não foi identificado como portador da doença - neste caso, o cirurgião-dentista deve estar atento aos sinais e sintomas típicos para detectar previamente a Diabete, devendo encaminhar o paciente ao médico da unidade, para uma avaliação mais acurada, antes de ser iniciado o tratamento dentário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações educativas conjuntas devem ser implementadas pela equipe de saúde da família, com o intuito de esclarecer à população em geral os principais sinais e sintomas do Diabete, bem como os riscos associados ao não controle da doença. A equipe de saúde bucal pode desenvolver um programa de treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde, para possibilitar a identificação da patologia bucal mais associada ao Diabete – a periodontite - e com isso aumentar as chances de captação de pacientes portadores deste distúrbio do metabolismo pela unidade de saúde.

A partir das informações consideradas ao longo deste trabalho, propomos a implementação de um protocolo de atendimento odontológico de diabéticos no PSF. Tal protocolo está esquematizado na Figura 1. Para seu correto entendimento, estabelecemos o usuário chegando ao sistema de saúde em busca de atendimento

odontológico. Temos duas condições: ou o paciente sabe ser portador da doença (consciente) ou não sabe. Em todo o caso, o Cirurgião-Dentista dispõe de meios diagnósticos para identificação ou suspeita da presença da Diabete. A identificação ou suspeição obriga o encaminhamento ao atendimento médico antes do início do tratamento odontológico, salvo em casos de urgência odontológica. Após a instituição de medidas compensatórias, este paciente terá sua consulta e tratamento odontológico agendados. A enfermagem cabe a educação e o controle deste paciente no que se refere a retorno médico, exames complementares, reavaliações glicêmicas e de hemoglobina glicosilada, e outras funções a ele definidas pelo PSF. Este poderá fazer também, de acordo com sua avaliação, o encaminhamento ao dentista, quando o paciente encontrar-se compensado. Pacientes com risco moderado ou de alto risco poderão submeter-se a tratamento odontológico de acordo com a situação exposta nas páginas acima. Alterações neste protocolo podem ser feitas livremente, tendo em vista a ampla variabilidade das condições de cada unidade de PSF e de acordo com a realidade e história local:

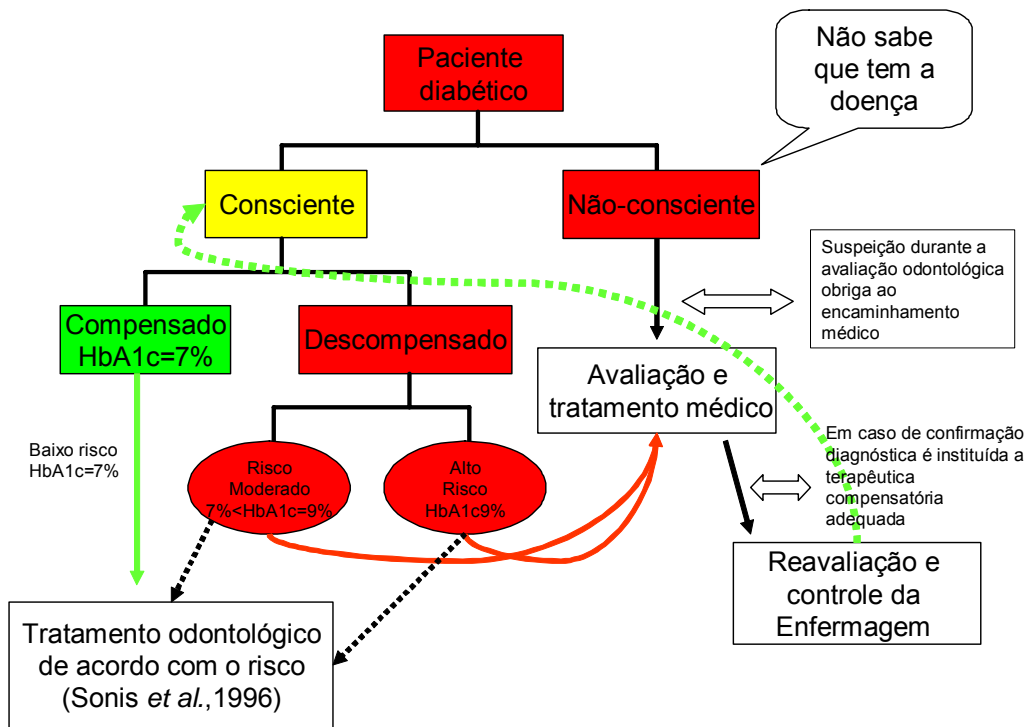


Figura 1. Fluxograma do atendimento odontológico do paciente diabético na Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família. Considera-se o paciente em busca de atendimento odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Volschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do Profissional de Saúde da Família. Rev Bras Odontol 2002; 59: 314-316.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02 e Portaria MS/GM 373 de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2002a.
3. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Princípios e Prática de Medicina Oral. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
4. De Lorenzo JL, De Lorenzo A. Manifestações Sistêmicas das Doenças Periodontais: Prováveis Repercussões. Rev Assoc Paul Cir Dent 2002; 56: 211-214.
5. Brondani MA, Brondani AR, Bós AJG. Diabete e Periodontite: a hora e a vez da medicina periodontal. J Bras Med 2002; 82: 32-34.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2002b.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabete melito: hipertensão arterial e Diabete melito. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2001.
8. Machado CA. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabete melito: uma grande estratégia para a redução da morbimortalidade cardiovascular no brasil. Rev Int Lipid Inform Brazil 2002; 1: 5-9.
9. Pontes FSC, Pontes HAR, Lima IP, Jaha LH, Cardoso DG. Diabete Melito e Doença Periodontal. Rev Int Periodont Clin 2004; 1: 37-39.

10. Lalla E, Lamster IB, Drury S, Fu C, Schmidt AM. Hyperglycemia, glycooxidation and receptor for advanced glycation endproducts: potential mechanisms underlying diabetic complications, including Diabete-associated periodontitis. *Periodontol 2000* 2000; 23: 50-62.
11. Bjelland S, Bray P, Gupta N, Hirstch R. Dentists, diabete and periodontitis. *Austr Dent J* 2002; 47: 202-207.
12. Verma S, Bhat KM. Diabete melito: A modifier of periodontal disease expression. *J Int Acad Periodontol* 2004; 6: 13-20.
13. Almeida OP, Corrêa MEP. Infecções bucais e doenças sistêmicas. *Rev Bras Med* 2003; 60: 175-178.
14. Brown DA, Løe H. Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. *Periodontol 2000* 1993; 2: 57-71.
15. Cury PR, Sallum EJ, Sallum EA, Sallum AW. Medicina Periodontal: Fatores Sistêmicos de Risco para Doenças Periodontais. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2003; 57: 125-128.
16. Gjermo P, Røsing CK, Susin C, Oppermann R. Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontol 2000* 2002; 29: 70-78.
17. American Academy of Periodontology. Position Paper: Epidemiology of Periodontal Diseases. *J Periodontol* 1996; 67: 935-945.
18. Rees TD. A profile of the patient with periodontal disease? *Periodontol 2000* 2003; 32: 9-10.
19. Albandar JM, Rams TE. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview. *Periodontol 2000* 2002; 29: 7-10.
20. Roisinblit R, Paszucki L. Influencia de los Fatores Sistêmicos em los Tejidos Periodontales de los Adultos Mayores. *Rev Asoc Odont Argentina* 1997; 85: 329-336.
21. Cerda GJ, De La Torre CV, Malacara JV, Nava LE. Periodontal Disease in Non-Insulin Dependent Diabete melito (NIDDM). The effect of Age and Time Since Diagnosis. *J Periodontol* 1994; 65: 991-995.
22. Miller LS, Manwell MA, Newbold D, Reding ME, Rasheed A, Blodgett J, Kornman KS. The relationship Between Reduction in Periodontal Inflammation and Diabete Control: A Report of 9 Cases. *J Periodontol* 1995; 63: 843-848.
23. Novaes Jr AB, Pereira ALA, Moraes N, Novaes AB. Manifestations of insulin-dependent diabete melittus in the periodontium of young brazilian patients. *J Periodontol* 1991; 62: 116-122.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília, DF; 2000.
25. Justino DAF. Exames laboratoriais em Odontologia. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1988; 42: 143-144.
26. Costa MEB, Lima RCD. Proposta de Orientação Sistematizada para a Pessoa Diabética e sua Família. *Rev Bras Enf* 1988; 41: 169-172.

Recebido em 06/06/2005
Aprovado em 28/09/2005