



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**SAÚDE BUCAL DE ADULTOS COM DIABETES MELLITUS NA
PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

RAFAEL FELIPE RIBEIRO CANTARUTTI

**FLORIANÓPOLIS
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

SAÚDE BUCAL DE ADULTOS COM DIABETES MELLITUS NA
PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RAFAEL FELIPE RIBEIRO CANTARUTTI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dr^a. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

FLORIANÓPOLIS
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

CANTARUTTI, RAFAEL FELIPE
SAÚDE BUCAL DE ADULTOS COM DIABETES MELLITUS NA
PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE / RAFAEL FELIPE
CANTARUTTI ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de
Mello - Florianópolis, SC, 2015.
68 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Diabetes Mellitus. 3. Saúde Bucal.
4. Rede de cuidados continuados em saúde. I. Schaefer
Ferreira de Mello, Ana Lúcia. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.
III. Título.

Rafael Felipe Ribeiro Cantarutti

**SAÚDE BUCAL DE ADULTOS COM DIABETES MELLITUS NA
PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Odontologia e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 30 de julho de 2015.

Prof.^a Izabel Cristina Santos Almeida Dr.^a
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Odontologia

Prof.^a Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello Dr.^a
Orientadora

Banca Examinadora:

Prof.^a Daniela de Rossi Figueiredo Dr.^a

Prof.^a Inês Beatriz da Silva Rath Dr.^a

Prof.^a Renata Goulart Castro Dr.^a

AGRADECIMENTOS

Dedico a conclusão deste trabalho a todas as pessoas que contribuíram para a sua realização.

Agradeço em especial:

À minha esposa pelo companheirismo, carinho e apoio incondicional nas minhas decisões, a sua motivação foi muito importante para a concretização deste trabalho.

Aos meus pais pelo amor, exemplo de dedicação aos filhos, motivação, respeito pelas minhas escolhas durante a vida, sou muito grato a vocês.

Aos meus irmãos, pela oportunidade de conviver em família e admiração.

À minha orientadora, pelos ensinamentos, aprendizados e dedicação na minha orientação.

Aos amigos Carlos, Andrea, Iago e Amanda que me acolheram em sua família durante minhas viagens a Curitiba, minha eterna gratidão.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba por me concederem a oportunidade de realizar este curso.

Aos participantes do trabalho pela gentileza de participar da pesquisa.

À universidade Federal de Santa Catarina que contribuiu para a minha formação.

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica metabólica caracterizada pela hiperglicemia sanguínea. Pode ocasionar complicações sistêmicas, tais como alterações bucais, sendo a mais comum a doença periodontal. É importante a existência do acesso ao tratamento clínico odontológico e acompanhamento preventivo destes pacientes nos serviços públicos de saúde. O objetivo geral deste estudo foi analisar o perfil de saúde bucal e de utilização de serviços odontológicos de pessoas adultas com DM, em um município de médio porte do estado de Santa Catarina. O referencial de análise foi a da Rede de Atenção à Saúde Bucal, como rede temática no Sistema Único de Saúde (SUS). Tratou-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo e analítico de base quantitativa e qualitativa. Participaram da pesquisa 66 indivíduos com DM, na faixa etária de 35 a 44 anos, selecionados intencionalmente, cadastrados no SIAB, que responderam a um questionário fechado. Dentre estes, 23 responderam também a uma entrevista semi estruturada. A análise quantitativa foi através de estatística descritiva e os qualitativos pela técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados mostram que apesar de quase todos já terem ido ao dentista, apenas 15% procuraram este profissional recentemente para atendimento preventivo; 73% da busca por atendimento odontológico foi por danos já estabelecidos motivados por dor. Aproximadamente metade dos pesquisados relataram terem realizado consulta odontológica no ultimo ano, porém ainda 66% afirmaram necessitar de tratamento. O SUS foi o principal acesso aos serviços odontológicos. A falta de informação em relação a cuidados preventivos para evitar problemas bucais foi identificada, assim como, certo desconhecimento da relação direta entre agravos bucais e doenças sistêmicas. O cuidado com a DM é relatado pelos entrevistados, centrando o discurso na consulta médica e na medicalização. Constatou-se o pouco conhecimento sobre o DM e as alterações bucais, assim como a falta de conhecimento para o autocuidado bucal. Identificou-se também, nos depoimentos, que os problemas com a saúde bucal refletem em consequências prejudiciais nas atividades diárias como alimentação, lazer e comunicação. A organização das ações e serviços de saúde bucal no município estudado deve procurar atender às diretrizes da estruturação da Rede de Atenção à Saúde, para garantir

acesso e continuidade do cuidado à saúde bucal às pessoas com doenças crônicas, como o DM.

Descritores: Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Rede de cuidados continuados em saúde.

QUADROS

Quadro 1 - Utilização dos serviços públicos odontológicos por pessoas com diabetes mellitus: Categorias de análise, conceituação e exemplos de códigos.	38
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
ACS- Agente Comunitário de Saúde
CD- Cirurgião dentista
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
DM - Diabetes Mellitus
DP - Doença Periodontal
EACS - Equipe de Agente Comunitários de Saúde
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
OMS - Organização Mundial da Saúde
PIB- Produto Interno Bruto
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
PRAHAD - Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RASB- Rede de Atenção à Saúde Bucal
SB- Saúde Bucal
SF- Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3 MÉTODO	25
3.1 Desenho do estudo	25
3.2 Local do estudo.....	25
3.3 Participantes.....	26
3.4 Coleta de dados.....	26
3.5 Análise de dados	27
3.6 Aspectos éticos	27
4 RESULTADOS.....	29
4.1 ARTIGO: A SAÚDE BUCAL DE ADULTOS COM DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
6 REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A – Questionário	57
APÊNDICE B – Entrevista Semi estruturada	61
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
APÊNDICE D –Consentimento para fotografias, vídeos e gravações.....	65
APÊNDICE E: DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS...	66
ANEXO A – PARECER CEP/UEDESC.....	67

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica metabólica caracterizada pela hiperglicemia sanguínea, sendo considerado problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (MORAES et al., 2010).

Os tipos de DM são Tipo 1, que corresponde a 10% dos casos e o Tipo 2, que soma 90% dos casos diagnosticados. O Tipo 1 com evolução rápida, geralmente, atinge crianças e adolescentes, sem excesso de peso, ocorrendo a deficiência absoluta de insulina. O Tipo 2 possui evolução lenta e sintomas iniciais brandos. Geralmente manifesta-se em adultos com histórico de excesso de peso e observa-se uma resistência relativa à ação da insulina (BRASIL, 2013).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que cerca de 217 milhões de pessoas no mundo já foram afetadas pela DM Tipo 2 e que, até 2030, o número de pessoas afetadas será de 366 milhões, a prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030 (WHO, 2009). Segundo a OMS, o Brasil, no ano 2000, ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de DM (4,6 milhões). Estimativas apontam que ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 8,9 milhões de pessoas diagnosticadas (WHO, 2009).

O excesso de glicose no sangue, quando não controlado pode ocasionar complicações sistêmicas como problemas renais, oculares, vasculares e manifestações bucais. Tais manifestações podem ser a xerostomia, sensação de boca seca, ou mesmo patologias, como infecções fúngicas e doença periodontal (YAMASHITA et al., 2013).

A doença periodontal (DP) é a complicação bucal mais comum em pacientes diabéticos e caracteriza-se pela inflamação dos tecidos gengivais e dos tecidos de sustentação dos dentes sendo suas manifestações clínicas gengiva edemaciadas, dolorosas e sangrantes, halitose, mobilidade e perda dos dentes (BRASIL, 2013).

Em um estudo realizado no município de Belo Horizonte, 2006, os pesquisadores observaram nos 300 diabéticos avaliados, uma prevalência significativa de gengivite e periodontite de 55% e 35,3% respectivamente e apenas 9,7% apresentavam periodonto saudável (SILVA et al., 2010).

A atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004) propõe garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal aos brasileiros. No âmbito da assistência, estas diretrizes

indicam a ampliação e qualificação da atenção básica (AB), possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimento no nível secundário, buscando a integralidade da atenção pela articulação entre níveis de atenção. No nível secundário, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem estar preparados para oferecer à população os serviços especializados nas áreas de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2004).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam os serviços de saúde em uma rede integrada de pontos de atenção, compostas por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, organizados fundamentados em propriedades como economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso aos serviços de saúde, interação horizontal e vertical, territórios sanitários e níveis de atenção em saúde (MENDES, 2009).

O modelo de atenção a saúde voltado para condições crônicas sugere um cuidado pró-ativo, integral, contínuo e voltado para a promoção e manutenção da saúde, sendo necessária a prestação de serviço planejado e estruturado, exigindo monitoramento constante. Deve ser o modelo priorizado das organizações de saúde, envolvendo uma equipe multidisciplinar de atenção, apoiada por diretrizes clínicas para tomadas de decisões e por um sistema de informações clínica, servindo de base para elaboração de plano de cuidado para os usuários. As ações do cuidado apoiado devem ser desenvolvidas nesse modelo de atenção e deve-se buscar a interação dos recursos existentes na comunidade com aqueles ofertados pelas organizações de saúde (MENDES, 2012).

A estratificação de uma população de acordo com o risco, leva à identificação de usuários com necessidades semelhantes e possibilidade de priorização. Dessa forma, também se padroniza o cuidado e as condutas clínicas, assegurando a distribuição equitativa dos recursos específicos para cada grupo (MENDES, 2009). O estabelecimento de critérios e parâmetros que serão utilizados para a priorização de cuidados com a saúde, para que sejam eficazes, envolvem valores morais, políticos, legais, econômicos, culturais e éticos prevalentes em uma sociedade. A priorização dos cuidados com a saúde é realizada de forma hierarquizada, conforme recursos do sistema (FORTES, 2008). Estabelecer prioridades envolve a tomada de decisão entre programas e serviços de saúde e entre pacientes ou grupos de pacientes a serem assistidos (MICAELA et al., 2010).

A participação efetiva da Equipe de saúde bucal (ESB) no apoio ao cuidado aos usuários que apresentam doenças crônicas, como o DM, aponta para uma abordagem voltada aos princípios da equidade e integralidade (SILVA et al., 2010). Além disso, a atenção à saúde prestada ao indivíduo com DM, tendo em vista a complexidade exigida no seu atendimento, torna necessária a integração dos profissionais que constituem as equipes de saúde das unidades básicas e especializadas do SUS (BRASIL, 2013).

O cuidado integral dos indivíduos e suas famílias facilitam o trabalho interdisciplinar dos profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), assim é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e a comunidade. O trabalho em equipe representa um dos pilares para uma assistência integral e equânime em saúde (VIEGAS, PENNA, 2013). A integralidade pode ser entendida segundo três sentidos; o primeiro a visão do profissional em relação à integralidade do usuário do serviço; o segundo em relação à organização das práticas do cuidado em saúde abrangendo a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; e o terceiro a integração dos diferentes níveis de atenção em saúde, organizando um sistema de referência e contra referência (MATTOS, 2001).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHAD) (BRASIL, 2013) tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura pelo pronto atendimento nas unidades básicas de saúde, os gastos com tratamento de complicações crônicas, a morte por problemas cardiovasculares promovendo uma melhor qualidade de vida para esta população assistida. As linhas de cuidado abrangem a Saúde Bucal (SB) com orientações para o manejo clínico e acompanhamento de pessoas com DM.

Segundo o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de âmbito nacional, denominado SBBRASIL, realizado em 2003, a prevalência de alguma alteração periodontal nos adultos de 35 a 44 anos de idade era de 78,1 %. Dados de 2010, mostraram que nessa faixa etária metade dos analisados apresentava sangramento gengival, 64% apresentaram cálculo gengival e 25% apresentavam bolsa periodontal (BRASIL, 2003; 2011). Sendo o DM um fator de risco para o desenvolvimento desta doença é de fundamental importância a organização de ações de vigilância em saúde para esses grupos de risco, com cuidado integral envolvendo ações de prevenção, tratamento e reabilitação.

Pesquisa realizada por Munhoz et al. (2009), em Pinar del Río, Cuba, com 84 idosos, sendo 42 pessoas com DM e 42 não diabéticos, mostrou que, apesar de praticamente todos apresentarem péssima higienização bucal, o grupo dos idosos com DM apresentou maior prevalência de DP e uma maior necessidade de reabilitação por prótese total ou parcial (90% contra 58% dos idosos não diabéticos apresentaram a mesma necessidade).

Sanz-Sanchez et al, Bascones-Martinez, (2009) realizaram uma revisão em 36 artigos publicados na área de odontologia e medicina geral sobre trabalhos que associavam DM e DP. Citam as principais complicações bucais crônicas encontradas nos estudos: candidíase oral, xerostomia e doença periodontal. Concluíram que o indivíduo com essa condição crônica pode apresentar durante a vida complicações agudas, que requerem tratamentos imediatos, e crônicos que necessitam de tratamento de prevenção mediante rigoroso controle e acompanhamento da enfermidade.

Em um estudo realizado no município de Belo Horizonte, 2006, os pesquisadores observaram uma pequena participação de outros profissionais da saúde além do médico nos cuidados dos pacientes diabéticos; apenas 27,3% dos usuários diabéticos estavam sob tratamento odontológico (SILVA et al., 2010).

Estudo em Washington, EUA, no período de 2002 a 2006, relatou que pacientes com DM são menos propensos a utilizar serviços odontológicos e estes, quando são utilizados, em sua maioria é para tratamento periodontal e extração dentária. A procura por consultas odontológicas preventivas são menos frequentes (CHAUDHARI et al., 2012).

A condição periodontal de sessenta e dois pacientes adultos, maiores de 20 anos com DM, foi avaliada em Nuuk, Groelândia. Vinte e um por cento apresentavam periodontite. Houve redução acentuada da periodontite após visitas regulares ao dentista para tratamento conservador e preventivo. O estudo indica que consultas preventivas de acompanhamento é uma possível maneira de melhorar os índices periodontotais (SCHJETLEIN et al., 2014).

A avaliação da saúde bucal em pessoas com DM deve ser realizada com frequência pelo cirurgião dentista. Os profissionais devem desenvolver a gestão do cuidado da saúde bucal, visando à manutenção de melhores condições metabólicas e inflamatórias. O controle da DP é realizado pelo tratamento periodontal não cirúrgico e pela instrução de higiene bucal. Ambos os métodos são eficazes neste controle e melhoram as condições inflamatórias e metabólicas. O

tratamento periodontal não cirúrgico recupera mais rápido e uma área mais extensa (RAMAN et al.,2014).

A Índia é um dos países mais populosos do mundo, possui uma população diabética estimada de 87 milhões de pessoas em 2030. Atualmente 85% dos diabéticos indianos são adultos com mais de 45 anos de idade, e 53% são idosos. O diabetes é a segunda doença crônica mais prevalente entre os indianos, considerada problema de saúde pública. Associada com a perda dentária é a principal causa de morbidade nos idosos. O acesso ao dentista é ruim, levando a um grande número de extrações dentárias principalmente pela dor e por falta de material adequado para tratamentos conservadores (LADHA, TIWARI, 2013).

Um estudo com 220 cirurgiões dentistas clínicos gerais e especialistas do Kuwait avaliou o conhecimento sobre a relação da DP e DM. Oitenta por cento estavam cientes que a inflamação gengival, sangramento gengival e reabsorção óssea são manifestações associadas ao DM. Sessenta por cento relatam que a perda de dentes relacionada ao DM é freqüente, devido a complicações da DP. Os especialistas apresentaram maior conhecimento na relação da periodontite com a DM, assim como acreditam que o acompanhamento regular desse tipo de paciente é importante. Os autores concluíram que o conhecimento periodontal específico e suas complicações em pacientes diabéticos é ruim entre os profissionais, podendo haver uma subestimação da gravidade do processo inflamatório, gerando conseqüências mais graves, como o edentulismo parcial ou total. É necessário melhorar a interação entre os profissionais clínicos gerais e especialistas, facilitando a necessidade de encaminhamentos entre os profissionais, bem como o conhecimento dos profissionais e comportamento em relação ao diagnóstico precoce, prevenção e controle da DM. (Al-KHABBAZ et al.,2011).

Pesquisadores em Dubai, Emirados Árabes, avaliaram o conhecimento e hábitos de 100 pacientes com DM. Identificaram que estes possuem mais conhecimentos sobre o risco aumentado de desenvolvimento de complicações sistêmicas (como problemas oculares, doença cardiovascular e doenças renais) do que complicações na cavidade oral (como DP e cárie dentária). Possuem também limitado conhecimento sobre a relação da saúde bucal com a saúde geral. A maioria não utiliza prótese dentária, alimentando-se com alimentos macios e de fácil mastigação e deglutição. Estes hábitos podem

comprometer a nutrição adequada, dificultando principalmente o controle glicêmico (ELDARRAT et al., 2011).

Levando em consideração a gravidade das complicações decorrentes da DM, seu tratamento e prevenção são considerados prioridade em saúde pública. Sabendo-se que 80% dos casos de diabetes devem ser atendidos na atenção básica, por meio do diagnóstico de novos casos, indicação do tratamento, controle glicêmico dos pacientes e a prevenção dos fatores de riscos para esta enfermidade. A atenção integral ao paciente diabético é um desafio para toda equipe de saúde, possibilitando acesso ao serviço, assegurando a continuidade do cuidado e orientando o paciente nas práticas de autocuidado (BRASIL, 2013). Com o envelhecimento da população e o aumento da incidência de condições crônicas, como a DM, e suas conseqüências, exige-se cada vez mais dos profissionais comportamentos de acompanhamento preventivo e cuidado contínuo, minimizando os possíveis danos das doenças crônicas (LAMSTER, KAYLEIGH, 2011).

Considerando o processo de trabalho na atenção básica, o cirurgião dentista membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) é o profissional responsável pela orientação, acompanhamento e pelo tratamento dos agravos bucais dos diabéticos pertencentes a sua área de atuação (BRASIL, 2004).

Assim, é importante que se conheça as pessoas com DM, enquanto grupo populacional prioritário à atenção à saúde no SUS. A partir da caracterização e entendimento do perfil de condição de vida e saúde desta população, poder-se-á oferecer acesso com cuidado à saúde bucal adequado a estes usuários, nos serviços públicos de saúde, numa perspectiva de rede de atenção. Neste contexto, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: **qual o perfil da saúde bucal e de utilização de serviços odontológicos de adultos com diabetes mellitus?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o perfil de saúde bucal e de utilização de serviços odontológicos de adultos com diabetes melittus.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a situação de saúde bucal autorreferida de pessoas adultas com diabetes melittus em relação à morbidade bucal, percepção de saúde e relação com saúde geral;
- Analisar a utilização de serviços odontológicos por pessoas adultas com diabetes melittus, na perspectiva da organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

3 MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo e analítico de base quantitativa e qualitativa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Curitibanos, Santa Catarina, localizado no centro geográfico do estado, pertencente à Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Esta Macrorregião é composta por 03 regiões de Saúde: Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense; Região de Saúde do Meio Oeste, na qual se localiza o município em estudo; Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe e possui uma população de referência de 601.280 habitantes. É sede da 11ª Secretaria de Desenvolvimento Regional.

A população do município segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, era de 37.748 habitantes e uma população estimada de 39.061 habitantes para o ano de 2014 (IBGE, 2010).

A cidade tem sua economia baseada em 61% nas atividades da indústria e comércio, principalmente indústria madeireira, 24% na agropecuária, com destaque para a produção de alho, feijão, milho, florestas plantadas e criação de suínos e gado e 14% no serviço público e transportes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,72, abaixo da média do estado, que é de 0,80. O Produto Interno Bruto (PIB) é de 618.793.043,00 (IBGE,2010).

A oferta de serviços de AB no município é realizada por 09 Unidades Básicas de Saúde. Estão cadastradas cinco Equipes de Saúde da Família (ESF) e duas Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS). A oferta de serviços de média e alta complexidade é realizada pelos serviços de referência fora do município, pelos serviços contratados da rede privada de saúde por meio da Secretaria Municipal de Saúde e pela Fundação Hospitalar de Curitibanos Hospital, Hélio Anjos Ortiz.

A atenção à saúde bucal no município é prestada por 16 cirurgiões dentistas, sendo 03 conformando ESB, operando na lógica da ESF. O município conta também com um CEO do Tipo 1.

3.3 Participantes

A população estudada foram os adultos com idade entre 35 e 44 anos de idade, usuários do SUS do município de Curitiba e com DM Tipo 1 ou 2.

A seleção da faixa etária referente ao grupo etário adulto se deu de modo intencional. A OMS sugere que estudos de investigação em saúde bucal utilizem determinadas idades e faixa etária que são capazes de caracterizar as condições das demais. A faixa etária de 35 a 44 anos é a indicada para caracterização das condições de saúde bucal dos adultos (WHO,1997). A coleta de dados considerou os municípios cadastrado no Sistema de Informação Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, pertencentes às áreas de abrangência das ESF Getúlio Vargas, São Luiz, COHAB I, São José e Bom Jesus e as EACS Expocentro e Bom Jesus, essas unidades representam a cobertura pela atenção básica de 55% da população, a cobertura de saúde bucal, pelas ESB, atinge apenas 23%.

Foram identificados no mês de outubro de 2014, 88 usuários adultos diabéticos na faixa etária estudada (BRASIL, 2014).

3.4 Coleta de dados

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Primeiramente foram identificados os adultos com DM de cada área, no SIAB. Após a identificação dos potenciais participantes, os mesmos foram convidados a participar da pesquisa, pelos agentes comunitários de saúde (ACS) das respectivas áreas de abrangência, durante visita domiciliar.

Previamente a coleta de dados foi realizada uma reunião com os ACS para esclarecimento dos objetivos do trabalho e orientação sobre a etapa de coleta dos dados quantitativos.

Os dados foram coletados em dois momentos:

Quantitativo: Os dados quantitativos foram coletados por meio da aplicação de um questionário fechado, individual, respondido pelo usuário e aplicado pelo ACS no domicílio (APÊNDICE A). Este questionário foi adaptado do utilizado na Pesquisa Nacional sobre Saúde Bucal (SBBRASIL, 2010) e procurou abranger: caracterização socioeconômica da família; morbidade bucal e uso de serviços odontológicos; e percepção da saúde bucal. Foram consideradas perdas amostrais o usuário que não foi encontrado por duas vezes em sua residência em horários distintos, mudou de endereço ou estava hospitalizado no período da coleta, totalizando ao final do período, 66 questionários respondidos.

Qualitativo: Os dados qualitativos foram coletados após a conclusão da coleta dos dados quantitativos. Foram selecionados intencionalmente 23 usuários, dentre os 66 que responderam a primeira fase da coleta dos dados.

Os participantes desta etapa foram entrevistados, utilizando-se um roteiro semi estruturado que abordou os seguintes temas: autocuidado com a saúde bucal; a participação em atividades na unidade de saúde para cuidado da diabetes; e a relação da saúde bucal com a diabetes (APÊNDICE B). As entrevistas foram realizadas individualmente, pelo pesquisador principal CD, acompanhado do ACS, no domicílio do usuário. As falas foram gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas na íntegra pelo pesquisador em Microsoft Word®. A finalização da coleta de dados qualitativos se deu pelo critério da saturação dos dados (FONTANELLA et al., 2008).

3.5 Análise de dados

Os dados quantitativos foram digitados em planilha Excel® e tratados por meio de análise estatística descritiva.

Os dados qualitativos, obtidos a partir das expressões dos participantes, foram transcritos e posteriormente analisados, seguindo os pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977).

A Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto, replicáveis ao seu contexto. Assim, o texto é um meio de expressão do sujeito e quem analisa categoriza as palavras e frases, construindo uma expressão que as representem (BARDIN, 1977).

Esta técnica possui três fases principais: primeiramente estabelece a unidade de análise referente ao elemento básico de análise. Em seguida determina as categorias de análises que se refere à seleção e classificação dos dados. E por último, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas, em seguida são feitas inferências e as interpretações (BARDIN, 1977).

3.6 Aspectos éticos

Todos os aspectos éticos foram respeitados, em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, que também avaliou o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE C) a ser aplicado individualmente a todos os participantes. Recebeu aprovação sob parecer número 881.070 (ANEXO A).

Foi enviado para conhecimento e autorização o projeto e o Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados à Secretária Municipal de Saúde de Curitiba (APÊNDICE E).

Aos usuários que aceitaram participar da pesquisa mediante convite foi dado acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao Consentimento para fotografias, vídeos e gravações (APÊNDICE D) procedendo a sua leitura. Aos que participaram da pesquisa foi solicitado assinar o TCLE, em duas vias, sendo que uma delas permaneceu com o usuário.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de um Artigo Científico Original.

4.1 ARTIGO: A SAÚDE BUCAL DE PESSOAS ADULTAS COM DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Resumo

O estudo objetivou analisar a situação de saúde bucal autorreferida de adultos com diabetes mellitus e de utilização de serviços odontológicos, na perspectiva da organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de médio porte do estado de Santa Catarina. Os dados quantitativos foram obtidos através da aplicação de um questionário em uma amostra de 66 adultos. Os dados qualitativos foram obtidos após a coleta dos dados quantitativos, coletando intencionalmente 23 entrevistas, utilizando-se um roteiro semi estruturado. A análise quantitativa foi através de estatística descritiva e a qualitativa pelo método de Análise de Conteúdo. Os resultados mostram que apesar de quase todos já terem ido ao dentista, apenas 15% procuraram este profissional recentemente para atendimento preventivo; 73% da busca por atendimento odontológico foi por danos já estabelecidos motivados por dor. Aproximadamente metade dos pesquisados relataram terem realizado consulta odontológica no ultimo ano, porém ainda 66% afirmaram necessitar de algum tratamento. O Sistema Único de Saúde é o principal acesso aos serviços odontológicos. O cuidado com a diabetes é relatado pelos entrevistados, centrando o discurso na consulta médica e tomada de medicamentos. Constatou-se o pouco conhecimento sobre o DM e as alterações bucais, assim como a falta de conhecimento para o autocuidado bucal. Identificou-se também, nos depoimentos, que os problemas com a saúde bucal trazem conseqüências prejudiciais às atividades diárias como alimentação, lazer e comunicação. Ressalta-se a necessidade da organização das ações e serviços de saúde bucal no município estudado atenderem às diretrizes da estruturação da Rede de Atenção à Saúde, para garantir acesso e continuidade do cuidado à saúde bucal às pessoas com doenças crônicas, como o DM.

Descritores: Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Rede de cuidados continuados à saúde.

Introdução

O diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada pela hiperglicemia sanguínea, uma doença crônica considerada problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento.¹

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que cerca de 217 milhões de pessoas no mundo já foram afetadas pela DM Tipo 2 e que, até 2030, o número de pessoas afetadas será de 366 milhões.² Segundo a OMS, o Brasil no ano 2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de DM (4,6 milhões). Estimativas apontam que ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 8,9 milhões de pessoas diagnosticadas.²

A doença periodontal (DP) é a complicação bucal mais comum em pacientes diabéticos e caracteriza-se pela inflamação dos tecidos gengivais e dos tecidos de sustentação dos dentes sendo suas manifestações clínicas gengiva edemaciadas, dolorosas e sangrantes, halitose, mobilidade e perda dos dentes.³

A atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal aos brasileiros. No âmbito da assistência, estas diretrizes indicam a ampliação e qualificação da atenção básica (AB), possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimento no nível secundário, buscando a integralidade da atenção pela articulação entre níveis de atenção. No nível secundário, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem estar preparados para oferecer à população os serviços especializados nas áreas de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.⁴

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam os serviços em uma rede integrada de pontos de atenção, compostas por equipamentos de diferente densidade tecnológicas, organizados fundamentados em propriedades como economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso aos serviços de saúde, interação horizontal e vertical, territórios sanitários e níveis de atenção em saúde.⁵ O modelo de atenção a saúde voltado para condições crônicas sugere um cuidado pró-ativo, integral, contínuo e voltado para a promoção e manutenção da saúde, sendo necessária a prestação de serviço planejado e estruturado, exigindo monitoramento constante. Deve ser o modelo priorizado das organizações de saúde, envolvendo uma equipe multidisciplinar de atenção apoiada por diretrizes clínicas para tomadas de decisões e por

um sistema de informações clínica, servindo de base para elaboração de plano de cuidado para os usuários. As ações do cuidado apoiado devem ser desenvolvidas nesse modelo de atenção e deve-se buscar a interação dos recursos existentes na comunidade com aqueles ofertados pelas organizações de saúde.⁶

A participação efetiva da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no apoio ao cuidado aos usuários que apresentam doenças crônicas, como o DM, aponta para uma abordagem voltada aos princípios da equidade e integralidade.⁷ Além disso, a atenção à saúde prestada ao indivíduo com DM, tendo em vista a complexidade exigida no seu atendimento, torna necessária a integração dos profissionais que constituem as equipes de saúde das unidades básicas e especializadas do SUS.³ O cuidado integral dos indivíduos e suas famílias facilitam o trabalho interdisciplinar dos profissionais das equipes de Saúde da Família, assim é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e a comunidade. O trabalho em equipe representa um dos pilares para uma assistência integral e equânime em saúde.⁸

Assim, é importante que se conheça de forma multidimensional as pessoas com DM, enquanto grupo populacional prioritário à atenção à saúde no SUS. A partir da caracterização e entendimento do perfil de condição de vida e saúde desta população, poder-se-á oferecer acesso a um cuidado à saúde bucal adequado a estes usuários, nos serviços públicos de saúde, numa perspectiva de rede de atenção. Nesse sentido, este estudo teve o propósito de analisar o perfil da saúde bucal de adultos com DM em relação à morbidade bucal autorreferida, autopercepção e relação com saúde geral e de utilização de serviços odontológicos.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, transversal de base quantitativa descritiva e qualitativa analítica. Foi desenvolvido no município de Curitiba, localizado no centro geográfico do Estado de Santa Catarina, pertencente à Macrorregião de Saúde do Meio Oeste na Região de Saúde do Meio Oeste.

A população estudada foi composta por adultos com idade entre 35 e 44 anos, usuários do SUS do município de Curitiba diagnosticados com DM tipo 1 ou 2. A coleta de dados considerou os municípios cadastrado no Sistema de Informação Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, pertencentes às áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família Getúlio Vargas, São Luiz,

Cohab I, São José e Bom Jesus e as Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS) Expocentro e Bom Jesus, essas unidades representam a cobertura de 74% da população assistida. Foram identificados no mês de outubro de 2014, 88 usuários adultos diabéticos na faixa etária a ser estudada.⁹

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Primeiramente foram identificadas pessoas adultas com diabetes de cada área, no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Após a identificação dos potenciais participantes, os mesmos foram convidados a colaborar com a pesquisa, pelos ACS das respectivas áreas de abrangência, durante visita domiciliar.

Os dados foram coletados em dois momentos. No momento quantitativo, foi realizada aplicação de um questionário fechado, individual, respondido pelo usuário, pelo ACS no domicílio. Este questionário teve como base o inquérito aplicado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal e procurou abranger: caracterização socioeconômica da família; morbidade bucal autorreferida e uso de serviços odontológicos; e autopercepção da saúde bucal.¹⁰

Foram consideradas perdas amostrais o usuário que não foi encontrado por duas vezes em sua residência, em horários distintos, mudou de endereço ou estava hospitalizado no período da coleta. Ao final do período, 66 questionários foram respondidos, correspondendo a 75% dos usuários com DM cadastrados no SIAB.

O momento qualitativo ocorreu após a conclusão da coleta dos dados quantitativos. Foram selecionados aleatoriamente 23 usuários, dentre os que responderam a primeira fase da coleta dos dados. Estes foram entrevistados, utilizando-se um roteiro semi estruturado que abordou os seguintes temas: auto cuidado com a saúde bucal; a participação em atividades na unidade de saúde para cuidado da diabetes; e a relação da saúde bucal com a diabetes. As entrevistas foram realizadas, individualmente, pelo pesquisador principal cirurgião dentista, acompanhado da agente comunitária de saúde, no domicílio do usuário. As falas foram gravadas em mídia digital e, posteriormente, transcritas na íntegra pelo pesquisador em Microsoft Word®. A finalização da coleta de dados qualitativos se deu pelo critério da saturação dos dados.¹¹

Os dados quantitativos foram digitados em planilha Excel® e tratados por meio de análise estatística descritiva.

Os dados qualitativos, obtidos a partir das expressões dos participantes, foram transcritos e posteriormente, seguindo os pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin.¹²

Todos os aspectos éticos foram respeitados, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, que também avaliou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser aplicado individualmente a todos os participantes. Recebeu aprovação sob parecer número 881.070 de 22/11/2014.

Resultados e Discussão

Caracterização Socioeconômica dos participantes

Dentre os 66 usuários que responderam o questionário, 36 (54%) eram do sexo feminino e 30 (46%) do sexo masculino. Desses, 45 (68%) possuíam idade menor ou igual a 40 anos, o mais jovem possuía 35 anos e o mais velho 44 anos.

Segundo os resultados analisados, 37 (56%) entrevistados possuíam o ensino fundamental incompleto, 14 (21%) completaram o ensino fundamental, 6 (9%) completaram o ensino médio e 3 (5%) não finalizaram e apenas 2 (3%) possuíam ensino superior incompleto. Os usuários analfabetos e que declararam nunca terem estudado somaram 4 (6%) pessoas.

Considerando a quantidade de membros da família que residem na mesma casa um fator importante para composição da renda familiar per capita, o estudo mostrou que 26 (39%) entrevistados declararam morar com 4 pessoas na mesma casa, 14 (22%) moram com 5 ou 6 familiares e 26 (39%) declararam morar com 3 ou menos familiares em casa.

Quando questionados sobre o número de cômodos na casa que servem de dormitório para os membros da família, 56 (85%) moradias possuíam 3 ou menos dormitórios e 10 (15%) relataram possuir mais que 3 dormitórios em sua residência.

Em relação ao número de bens como geladeira, televisão, aparelho de som e computador, 65 (98%) relataram possuir mais que 3 bens, 1 (2%) respondeu que possui apenas 2 bens.

A renda familiar foi calculada pela soma de todos os ganhos com salário, bolsa, pensões e rendimentos dos moradores de uma residência. De acordo com os dados coletados 35 (53%) vivem com um

a dois salários mínimos, 12 (18%) ganham entre dois e três salários, 8 (12%) não declararam, 6 (9%) possuem renda familiar entre três e quatro salários mínimos, 2 (3%) a renda é entre 4 e 5 salários mínimos, 2 (3%) ganham menos que um salário mínimo e 1 (2%) não possui renda.

Morbidade referida e utilização de serviços

Ao serem questionados a respeito da necessidade atual de tratamento odontológico 44 (67%) indivíduos declararam necessitar desse tipo de tratamento, 12 (18%) entenderam que não necessitam e 10 (15%) pessoas não souberam responder.

Em relação à dor dentária nos últimos seis meses, 37 (56%) responderam que não sentiram dor e 29 (44%) relataram ter sentido dor nos últimos meses. Dos 29 participantes que sentiram dor, 16 (55%) afirmaram ter sentido muita dor de dente 11 (38%) tiveram dor moderada e apenas 2 (7%) muito pouca.

Quando questionados se alguma vez já tinham ido ao dentista, 64 (97%) dos participantes confirmaram já terem consultado este profissional, e apenas 2 (3%) relataram nunca terem ido a uma consulta odontológica. A respeito do tempo da última consulta 28 (42%) relataram que foram a menos de um ano, 16 (24%) foram entre um e dois anos, 11 (17%) não souberam informar e 11 (17%) haviam ido ao dentista há mais de 3 anos.

O serviço público odontológico foi o responsável pelo atendimento de 48 (72%) dos entrevistados, os atendimentos pelos convênios/planos odontológicos corresponderam a 14 (21%) das consultas, 3 (5%) não souberam informar e apenas 1 indivíduo (2%) respondeu ter realizado sua última consulta em consultório particular.

A consulta odontológica preventiva é indicada para o diagnóstico precoce das principais alterações da saúde bucal, como a cárie dentária e a DP, limitando assim os danos causados por essas enfermidades. O estudo mostrou que para 22 participantes (33%) o motivo da consulta era extração dentária, 15 (23%) foram à consulta odontológica por motivo de dor, 10 (15%) dos respondentes procuraram a equipe de saúde bucal para tratamentos preventivos, 9 (14%) para tratamento clínico, 8 (12%) por outros motivos e 2 (3%) não souberam responder.

Um estudo realizado na Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, avaliou a associação entre a frequência de utilização de serviços odontológicos de prevenção e a perda dentária, comparando um grupo que possuía um ou mais fatores de risco para desenvolvimento da DP (alto risco) com um grupo que não apresentava nenhum fator de risco

(baixo risco). Os fatores de riscos avaliados foram o hábito de fumar e a presença de DM do tipo 1 ou 2. Participaram da pesquisa 5117 adultos entre 34 e 55 anos de idade. Os pacientes do grupo de baixo risco para desenvolvimento da DP não apresentaram diferença na frequência de perda dentária comparando os que realizavam uma e duas consultas preventivas anuais. Os adultos que possuíam apenas um fator de risco e consultavam preventivamente o dentista por mais de uma vez ao ano, tiveram menor perda dentária. Já os pacientes que apresentavam mais de um fator de risco, o estudo mostrou não serem suficiente apenas duas consultas anuais para evitar a perda dentária. Os autores sugerem a necessidade dos recursos serem direcionados para um público específico e assim atuar na prevenção dos agravos de doenças crônicas, como o DM.¹³

Considerando a satisfação do paciente em relação ao último atendimento odontológico, 47 pessoas (71%) avaliaram o atendimento como bom, 8 (12%) classificou como ruim, 4 (6%) como muito ruim e apenas 3 (5%) como muito bom e 4 (6%) não souberam responder.

Uma pesquisa realizada em Bareilly, Índia com 500 diabéticos adultos maiores de 35 anos de idade, investigando as condições de saúde bucal, comportamento de higiene oral, utilização de serviços odontológicos e conhecimento da relação do DM com as condições de saúde bucal, mostrou uma péssima higiene bucal entre os participantes. Os pacientes que escovavam os dentes duas ou mais vezes obtiveram melhores taxas de controle da DM e também freqüentavam mais o dentista. Observou-se a relação entre o pobre controle da DM, a escovação dentária infreqüente associada a menos visitas ao dentista. Os autores citam que a falta de informação e as dificuldades financeiras podem contribuir para a não adesão dos cuidados de higiene bucal. Foi identificado que 53% dos diabéticos estudados tinham consultado o dentista nos últimos 6 meses e que nunca tinham sido informados da necessidade de consultas regulares preventivas. E ainda 90% só consultavam o dentista quando apresentavam algum problema bucal, possuindo piores condições periodontais.¹⁴

O fortalecimento das ações e serviços desenvolvidos na atenção primária na RAS é estratégico para a organização dos sistemas de saúde. Seus atributos envolvem a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema, a longitudinalidade do cuidado pelas equipes de saúde, a integralidade da assistência nas ações de promoção, prevenção, cuidado, da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos

problemas dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças e a coordenação da RAS, como forma de garantir a continuidade da atenção.⁶

O desenho de um programa de controle do DM baseado no modelo de atenção crônica envolve linhas de intervenção. A população deve ser identificada e os dados e riscos estabelecidos, elaborando um plano de gestão pró-ativo da pessoa com diabetes. A gestão deverá incluir rotineiramente a revisão dos cadastros dos pacientes, monitoramento das necessidades, agendamento para consulta e/ou exames de rotina, definição de metas conjuntas entre a equipe de saúde e as pessoas com DM e um programa de auto cuidado apoiado.⁵

De acordo com os resultados apresentados os adultos diabéticos, na faixa etária estudada, em sua maioria possuem um baixo grau de escolaridade, assim como também julgam necessitar de tratamento odontológico. A renda familiar da maioria é entre 1 e 2 salários mínimos. Apesar de quase todos já terem ido ao dentista, apenas 15% procuraram este profissional para atendimento preventivo e mesmo aproximadamente metade dos pesquisados terem realizado consulta odontológica no ultimo ano, 66% relataram necessitar de tratamento. Observa-se a ausência de cuidados preventivos no processo de trabalho das equipes de saúde bucal do município. Este fato fica evidente ao verificar que 73% da busca por atendimento odontológico foi por motivos relacionados à recuperação de danos já estabelecidos.

Autopercepção e impactos da saúde bucal

Em relação à autopercepção da saúde bucal, 27 (41%) dos usuários estão insatisfeitos com sua condição bucal, 20 (30%) estão satisfeitos, 7 (11%) muito satisfeitos, 3 (5%) muito insatisfeitos e 9 (13%) relataram não estar nem satisfeitos e nem insatisfeitos.

Segundo o estudo 33 (50%) pessoas manifestaram não necessitar do uso de próteses dentárias. A necessidade de uso de próteses parcial ou total foi afirmada por 21 (32%) dos usuários e 11 (16%) não souberam definir se é necessária a utilização e 1 (2%) não respondeu.

Alguns problemas com a saúde bucal podem refletir em conseqüências nos hábitos de vida das pessoas e nas atividades diárias, como alimentação, lazer, comunicação. Um total de 41 (62%) dos indivíduos informou ter tido alguma dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dores nos dentes ao tomar líquidos quentes ou gelados, 23 (34%) deixaram de dormir ou dormiram mal por causa de desconfortos nos dentes, 13 (19%) reclamam de dor ao escovar os dentes e que sentem vergonha de sorrir em função da condição de saúde

bucal, 12 (18%) afirmaram já terem ficado nervoso por causa dos dentes e a dificuldade de falar e se comunicar foram citados por apenas 9 (13%) das pessoas. As condições dentárias prejudicaram 5 (7%) dos diabéticos nas atividades de estudos ou trabalho; 8 (12%) deixaram de sair, ir à festa ou passeios por causa de alterações nos dentes.

Um estudo realizado com 159 diabéticos dentados, cadastrados no Hospital Municipal de Itaúna, Minas Gerais procurou avaliar a possibilidade da DP interferir na qualidade de vida desses indivíduos. Dos avaliados, 15,7% foram considerados periodontalmente saudáveis, 35,2% apresentavam gengivite, 27,7% possuíam um quadro de periodontite leve ou moderada e 21,4% foram diagnosticados com periodontite avançada. Após avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida, os autores constataram que diabéticos com periodontite leve, moderada e avançada apresentam maiores impactos negativos na qualidade de vida do que os periodontalmente saudáveis e com gengivite.¹⁵

Em uma pesquisa com diabéticos em Dubai, Emirados Árabes, pesquisadores concluíram que pacientes com DM que perderam dentes e não utilizam prótese são privados de benefícios de boa alimentação, podendo ter dificuldades em manter o controle glicêmico.¹⁶

Estudo desenvolvido na Carolina do Norte, EUA, avaliou o conhecimento de 374 profissionais médicos que cuidavam de pacientes diabéticos. A maioria afirmou não possuir confiança para orientar os pacientes sobre a relação da DP. Os autores concluíram a necessidade de promoção de educação interdisciplinar para os profissionais da saúde com o objetivo de desenvolver melhores cuidados aos pacientes diabéticos diminuindo os índices de DP nesse grupo.¹⁷

A motivação para o auto cuidado apoiado é uma ferramenta importante da RAS para atenção a condições crônicas, irá desenvolver habilidades das pessoas com DM e assim obter melhores resultados clínicos e na qualidade de vida. As ações devem estar centradas no encontro regular dos diabéticos com a equipe multidisciplinar para identificação das oportunidades de auto cuidado e orientações de novos cuidados.⁵

Compreendendo a utilização dos serviços odontológicos por pessoas com diabetes mellitus.

O quadro 1 apresenta as categorias resultante da análise dos dados qualitativos. Foi possível organizar 5 categorias que correspondem à análise do processo de utilização dos serviços odontológicos, em especial no SUS, a saber: **Cuidados e conhecimento**

sobre o Diabetes Mellitus, Relação entre Saúde Bucal e Diabetes Mellitus, Autopercepção da saúde bucal, Cuidados com a saúde bucal e Utilização de serviços odontológicos.

Quadro 1 - Utilização dos serviços públicos odontológicos por pessoas com diabetes mellitus: Categorias de análise, conceituação e exemplos de códigos.

Categoria	Conceituação	Exemplos de códigos
Cuidados e conhecimento sobre o Diabetes Mellitus	O cuidado com a DM é realizado em casa através do uso da medicalização. A procura pela unidade de saúde é basicamente para retirada da medicação e consulta com o profissional médico. Alimentação saudável, exercícios físicos e cuidados preventivos não fazem parte da rotina dos pacientes. Problemas oculares e circulatórios são citados como consequência da DM.	<ul style="list-style-type: none"> • O diabetes eu meço em casa, tem a máquina de medir e ganho as fitas lá do posto. • Uso insulina uma vez no dia se ela tiver muito alterada. • Eu sempre tinha muita dor de cabeça, muito sonolência, daqui a pouco num tinha mais. • O diabetes parece que me emagrece de vez em quando • Tinha problema nas vistas depois num tinha mais nada, ai eu achei assim que tinha sumido. • Ele que atende o pessoal da hemodiálise, então qualquer coisinha é com ele, queixa é com ele sabe. • Se tiver muito alta, toma o medicamento ela vai controlando, se ela tiver baixa, ai não tem problema.

Continua

Continuação

<p>Relação entre a Saúde Bucal e Diabetes Mellitus</p>	<p>Existe a falta de informação sobre a relação entre a saúde bucal e a DM. A aceitação com naturalidade dos problemas bucais é evidente. O receio de procurar atendimento odontológico é apresentado. Existe relato das pessoas com DM sobre nunca terem sido informados por profissionais da saúde da relação entre saúde bucal e DM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mas eu acho que ali é falta de cuidado mesmo, e às vezes defeito que vem mesmo. • Dente encavala um em cima do outro ai a gente né, infelizmente não esta fácil a coisa, a gente vai lidando do jeito que pode. • Mas eu acho que não tem relação o diabetes [a SB]. • Eu acredito que tinha alguma coisa a ver daí eles sendo bom amoleceram. • Quando eu arranquei um dente ele, por causa da diabete ele sangrou muito, demorou muito a sarar depois que tiver no ponto eu tenho que tratar. • Disseram que a diabetes é uma doença que é no sangue, mas a respeito de boca, de dente não falaram que era por causa de diabetes.
--	---	--

Continua

Continuação

<p>Autopercepção da saúde bucal</p>	<p>Alterações bucais como a doença periodontal e feridas na boca são relatadas. A perda dentária não é vista como uma consequência grave, aceita com naturalidade e vista como solução para alívio da dor. A dor de dente é citada em decorrência de amolecimento dos dentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eu tenho um problema aqui no dente da frente que eu tive que tirar. • Aí por motivo financeiro eu não pude fazer e extrair, porque me incomodou muito. • Apesar de ser um dente da frente tive que extrair. • Inchava, sangrava bastante e as dores eram mais freqüentes. • Ela [CD particular] arrumou que estava estragado e o que tava danificado, que não tinha como arrumar, ela sacou fora, extraiu fora. • E faz tempo que mandei arrumar a chapa, faz tempo. • Fui lá no posto grande e arranquei tudo. • Eu, num tenho mais dente, tenho só a chapa do lado de cima e do lado de baixo
-------------------------------------	---	--

Continua

Continuação

<p>Cuidados com a saúde bucal</p>	<p>O hábito de higiene é identificado pela escovação dentária e das próteses após as refeições e a utilização de fio dental não é rotineira. Bochechos com soluções caseiras como chás também estão presentes nos hábitos. A medicalização é relatada nos cuidados com a saúde bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escovo diariamente e uso fio dental. • Em casa é escovação e fio dental escovação no mínimo três vezes por dia • Fio dental geralmente de meio dia e a noite quando come alguma coisa que fica no vão dos dentes aí a gente limpa. • Eu escovo a chapa. • Eu cuido em casa, lavo com salmora, cuido com água de salmora, diz que é bom. • De um jeitão mais ou menos, escovo nas horas da refeição • Eu coloco remédio mesmo que me ensinam enxaguar a boca com remédio. • Eu escovo os dentes, tomo remédio quando precisa, to sempre cuidando assim. • Faço gargarejo, tomo chás de alecrim, hortelã. • Eu areio os dentes com a pasta e a escova, de noite.
-----------------------------------	---	---

Continua

Continuação

<p>Utilização de serviços odontológicos</p>	<p>O SUS é o principal local de busca por serviços odontológicos, e os procedimentos curativos, alívio da dor e extração dentária são os principais motivos de consulta odontológica. A utilização de prótese total remete à idéia de não ser mais necessário a consulta odontológica. O tratamento em casa é utilizado para alívio de dores de dente. O sistema de referência e contra referência para o CEO foi identificado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Só quando eu ver que não tem jeito, aí eu vou, no dentista mesmo só quando dói um dente. • Há uns três meses atrás fui ali, no posto mesmo. • Não, cuido em casa mesmo. • Ele arrancava dois de vereda, dois dente. • Botei a prótese de baixo e daí nunca mais fui no dentista. • Pra mim procurar médico, dentista só quando tá bem atacado de dor. • Eu tive muita dor de dente aí eu fui no dentista para arrancar tudo, fui lá no posto de saúde. • Eles me encaminharam aqui e tratei lá no centro fui varias vezes lá. • Procuro o dentista assim que eu vejo que ta necessitando eu já vou ali no posto.
---	---	--

Continua

Continuação

		<ul style="list-style-type: none"> • Trato em casa quando machuca, lavo com malva, mas quando o dente dói eu vou no dentista lá no posto. • Quando precisa vou lá no posto, mas só quando dói. • Quase nunca doeu meus dentes, uma vez só que me doeu ai eu fui no dentista, se não eu faço um gargarejo com malva e passa. • Eu tive extraindo um dente no posto e a dentista falou que eu vou ter que voltar para fazer um tratamento na gengiva, eu to na maior pressa para fazer esse tratamento. • Fui no posto e fui bem atendido no posto do bairro aqui.
--	--	---

O cuidado com a diabetes é relatado pelos entrevistados centrando o discurso na medicalização e na consulta médica. O acompanhamento pela equipe de Enfermagem parece ser a ligação entre as pessoas com DM e a Unidade Básica de Saúde, onde é realizado o exame para verificar a glicemia e retirar os medicamentos como evidenciada na *fala*

“Eu só tomo remédio, vou no posto só para pegar remédio e para consultar com o médico só, pra outras coisas mais não”. (P1)

Hábitos de alimentação saudáveis, prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis de vida foram ocasionalmente identificados neste grupo e a aceitação da doença como de ocorrência natural e inevitável foi percebida. A informação de métodos de prevenção e controle da glicemia sem medicação parece ser pouco aceita pelos diabéticos e as

orientações transmitidas pela equipe de saúde, não são capazes de mudar hábitos de vida como demonstrado na fala

“Já fui em reunião também no posto de saúde, mas não vou mais não, tenho preguiça”. (P2)

Alterações na saúde geral como problemas oculares, renais crônicos, emagrecimento e feridas que não cicatrizam foram citadas com frequência, embora de forma naturalmente aceita por serem problemas conhecidos causados pela alteração glicêmica, e aceitos como conseqüências inevitáveis da doença.

A falta de informação sobre a relação entre os cuidados e a prevenção de alterações bucais no paciente com DM pareceu ser uma constante nos entrevistados; relatos informam nunca terem sido orientados pelos profissionais de saúde que os acompanham, sobre possíveis alterações bucais como conseqüência da doença, e que se cuidados preventivos fossem adotados essas alterações são evitáveis como se observa nesta expressão

“Num to muito informada sobre isso, sei outros riscos de comida doce, mas do dente não, a única coisa que eu sei é que o diabético de vez em quando fica com a língua grossa.”(P3)

O desconhecimento da relação direta da doença com a saúde bucal contrasta com cuidados referentes a outros problemas sistêmicos.

“Eu sei que da cintura pra baixo tudo é possível para o diabético, pé, um dedo é perigoso.” (P4)

Protocolos clínicos devem estar disponíveis aos profissionais de saúde, determinando o tipo de prática de cuidado e frequência de acompanhamento, a necessidade de encaminhamento para especialista e para a consulta médica, quando necessário. O profissionais da saúde devem discutir com seus pacientes a relação da saúde bucal e o DM, alertando para as possíveis seqüelas orais causadas por infecções não tratadas.¹⁸

A maioria dos pacientes (61%) alegou não saber e nunca terem sido informados sobre a relação da saúde bucal com a DM. É essencial que os profissionais da odontologia e demais profissionais e gestores em saúde sensibilizarem os diabéticos do risco do desenvolvimento de problemas bucais e o seu impacto na saúde bucal e geral.¹⁴

Nota-se o interesse em cuidar da SB no momento que a informação sobre as conseqüências da doença é transmitida as pessoas com DM, percebendo vontade de mudança de habito, apoiada na equipe de saúde.

“Eu acho que quando aparece o diabetes todo cuidado é pouco, tem que ter cuidado redobrado”.(P5)

A literatura sugere que para promover saúde bucal adequada e reduzir o risco de doenças bucais, os profissionais da saúde da área odontológica e demais áreas da saúde precisam assumir a responsabilidade compartilhando informações sobre as manifestações orais do DM e suas complicações para a saúde oral e geral quando não tratado.¹⁹

No que se refere à utilização de serviços odontológicos os resultados indicam que as pessoas com DM entrevistadas procuram assistência odontológica quando sentem a necessidade de tratamentos restauradores, tratamentos periodontais e extração dentária, não sendo comum o acompanhamento odontológico preventivo.

“Só quando eu ver que não tem jeito, aí eu vou, no dentista mesmo só quando dói um dente”.(P6)

Observou-se o relato de usuários identificando a procura por tratamento odontológico em decorrência da mobilidade dentária, indicando que a presença da DP e ainda, acreditam que a extração dentária é a única alternativa para alívio da dor causada pela mobilidade dentária.

“É que meus dentes eu arranquei por causa de que eu tinha aquela doença da gengiva”.(P7)

Os pacientes que perderam os dentes e utilizam prótese total, demonstraram acreditar não ser necessário mais realizar consulta odontológica pois acreditam que não poderão ter problemas bucais por serem desdentados, demonstrando a falta de conhecimento da relevância da consulta para prevenção e diagnóstico precoce de lesões nos tecidos periorais.

“Eu num tenho mais dente, tenho só a chapa do lado de cima e do lado de baixo, faz tempo que não vou no dentista”.(P8)

O temor da hemorragia dentária após a extração é identificada como um fator que dificulta a procura pelo tratamento odontológico.

“Doi meus dentes e eu não vou por causa de que se eu tirar meus dentes da hemorragia”.(P9)

É necessário incentivar mudanças no uso do atendimento odontológico, orientando os pacientes com DM a receberem intervenção precoce reduzindo os danos à saúde oral e também o custo do tratamento. É recomendado desenvolver programas educativos para que os pacientes tenham conhecimento dos cuidados preventivos e orientar

prestadores de serviços odontológicos públicos e privados a aumentarem a oferta de cobertura odontológica para adultos diabéticos, estimulando o tratamento preventivo e restaurador.²⁰

Houve relatos de tratamentos realizados em casa para cuidar de feridas da mucosa oral, gargarejos com malva e água morna com sal foram citados como responsáveis pela cicatrização de feridas e a aplicação de álcool nos dentes para alívio da dor.

O acesso ao tratamento odontológico de modo geral ocorreu nas Unidades de Básica de Saúde do município, tanto para tratamento de urgência como para consultas de rotina. Os participantes relataram terem sido bem acolhidos pelos profissionais. Quando necessário foram encaminhados para tratamento especializado no CEO. Esse dado demonstra alguma comunicação entre os pontos de atenção em saúde bucal que utilizam o sistema de referência e contra referência para encaminhamento dos pacientes no serviço de saúde. Os pacientes que receberam diagnóstico de DP e foram encaminhados para tratamento no CEO, demonstraram interesse em realizar o tratamento indicado, na tentativa de não perder os dentes.

Os pacientes que relataram utilizar serviços na rede privada demonstraram satisfação no atendimento, porém indicaram dificuldades para pagamento via desembolso direto. Esse fato indica a importância do serviço de saúde bucal oferecido pelo Sistema Único de Saúde, como possibilidade de atendimento odontológico entre os pacientes portadores de DM e, assim, necessita ser estruturado para dar suporte às demandas.

O acesso limitado a determinados procedimentos odontológicos oferecidos no âmbito do SUS no município ainda é um fator que determina a opção de tratamento. Houve relatos de quando o atendimento não pode ser realizado no serviço de saúde bucal do município, o paciente optou pela extração dentária, por falta de condição financeira.

“Eu fiz canal nele, já fazia dezessete anos e aí começou a incomodar, e tinha que fazer um retratamento, aí por motivo financeiro eu não pude fazer e extrai, porque me incomodou muito, mesmo sendo um dente da frente”.(P10)

Percebe-se a preocupação de resolver os problemas bucais para resolver a dor. De acordo com relatos sobre o conhecimento dos pacientes com DM em relação às alterações bucais fica evidente a falta de esclarecimento das possíveis consequências na saúde bucal, contrastando com o conhecimento que possuem em relação às consequências como problemas oculares e circulatórios, por exemplo.

Esta falta de informação é referenciada como se estes usuários nunca tivessem sido informados por profissionais da saúde sobre as possíveis alterações bucais no paciente diabético. A aceitação de DP e alterações nos tecidos moles são tidas como inevitáveis pelos participantes, que no geral não possuem a informação dos possíveis tratamentos.

Por outro lado, identificou-se que as pessoas com DM culpam a doença pelas alterações sistêmicas e bucais e não identificam a falta de auto cuidado, herança genética e o fumo, como causadores dessas alterações, e, assim não se responsabilizando por tais complicações.

A higienização bucal é realizada principalmente através da escovação dentária após as refeições, a utilização de fio dental não é rotineira estando vinculada a algum incômodo nos espaços inter dentais, não foi manifestada a higienização da língua, mostrando a falta de cuidado ou desconhecimento da importância da higienização dos tecidos moles bucais. O bochecho ou gargarejo com soluções caseiras como chá de hortelã e alecrim foram descritos como hábitos de higiene. Observou-se que o fato de ser diabético não despertou nenhum cuidado especial com higiene bucal e com hábitos de vida saudáveis nesta população, demonstrando maior vulnerabilidade para acometimentos de alterações bucais decorrentes da doença.

Para que o direito à assistência as pessoas com DM previsto em lei, por meio da política de atenção aos usuários diabéticos seja seguido, é necessário que a população e os profissionais da saúde tenham conhecimento da lei , pois a equipe multiprofissional é a ligação do usuário com o modelo de saúde existente. A responsabilização dos profissionais de saúde em tomarem uma postura ética e reflexiva acerca de novos conhecimentos e habilidades necessários para gerir grupos prioritários em saúde na unidade básica irá refletir no sucesso ou não da ação realizada, sempre através de um trabalho humanizado.²¹

Existe a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde, elemento constitutivo da RAS, adaptado às condições crônicas. Desse modo, as respostas serão mais eficientes e seguras para as situações de saúde como a DM. As mudanças da organização da atenção objetivam criar mecanismos para promover uma atenção integral e de qualidade, nos diferentes níveis de atenção.⁶

Estudos relacionados ao cuidado à saúde bucal às pessoas com doença crônica no SUS são necessários, especialmente à DM, por sua estreita relação com doenças bucais. Também se necessita avançar na construção de conhecimento científico para consolidação da RASB, nos seus aspectos logísticos, de referência e contra-referência, e também na

adoção do modelo de atenção às doenças crônicas. O processo de trabalho das equipes de saúde, incluindo a ESB, deve ser orientado por protocolos integrados de cuidado às pessoas com DM, que precisam ainda ser desenvolvidos e avaliados.

Considerações finais

Este estudo pretendeu contribuir para a melhor compreensão do perfil epidemiológico de saúde bucal dos adultos diagnosticados com DM, bem como do padrão de utilização de serviços odontológicos, a partir da visão dos participantes.

Verificou-se que a atenção à saúde bucal às pessoas com DM está centrada na medicalização e restrita ao acompanhamento médico. Os pesquisados demonstraram conhecimento limitado sobre as conseqüências sistêmicas decorrentes da DM não controlada, assim como a importância do cuidado preventivo para evitar tais complicações, incluindo as bucais. Os problemas de saúde bucal não são vinculados à DM e são aceitos de maneira natural pelos participantes do estudo, demonstrando falta de conhecimento sobre a DM e suas conseqüências.

O SUS é o principal local de procura para os serviços odontológicos e o tratamento curativo para alívio de dor são os principais motivos para a consulta odontológica. O temor de complicações após extração dentária parece contribuir para a não procura ao CD e os pacientes edêntulos acreditam não ser necessário mais consulta com CD. Observou-se que o paciente com DM não realiza acompanhamento de caráter preventivo, por iniciativa própria, das doenças bucais. Mas também não foram citadas oportunidades oferecidas pela atenção básica no sentido de realizar tal ação.

A organização das ações e serviços de saúde bucal no município estudado deve procurar atender às diretrizes da estruturação da Rede de Atenção à Saúde, para garantir acesso e continuidade do cuidado à saúde bucal às pessoas adultas com doenças crônicas, como o DM. Sugere-se mudança no processo de trabalho das equipes de saúde bucal e da assistência odontológica, em particular, no município, no intuito do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal. A adoção do modelo de atenção às doenças crônicas, que incorpore a saúde bucal, deve ser discutida, com vistas a sua implementação, para promover melhores condições de assistência e, conseqüentemente, melhores condições de vida à população diabética.

Referências

1. Morais AS, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública*, 26(5):929-941, mai, 2010.
2. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Geneve, 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica n.36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*, 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. Mendes EV. *As redes de atenção em saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
6. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília.2012.
7. Silva AS, Vargas AMD, Ferreira EF, Abreu MHNG. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2197-2206, 2010.
8. Viegas SMF, Penna CMM. A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery (impr.)*2013 jan -mar; 17:133 – 141.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde,2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

13. Giannobile WV, Braun TM, Caplis AK, Doucette-Stamm,L, Duff GW, Komman KS. Patient Stratification for Preventive Care in Dentistry. *J Dent Res* 92(8):694-701.2013.
14. Aggarwal A, Panat S. Oral health behavior and HbA1c in Indian adults with type 2 diabetes. *Journal of Oral Science*, Vol. 54, No. 4, 293-301, 2012.
15. Drumond-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):637-644, mar, 2007.
16. Ai-Khabbz AK, Ai-ShammariI KF. Diabetes Mellitus and Periodontal Health:Dentists' Knowledge. *Medical Principles and Practice* 2011;20:538–544.
17. Owens JB, Wilder RS, Southerland JH, Buse JB, Malone RM. North Carolina Internists' and Endocrinologists' Knowledge, Opinions, and Behaviors Regarding Periodontal Disease and Diabetes: Need and Opportunity for Interprofessional Education. *Journal of Dental Education*. MARCH 2011.
18. Ladha K, TiwariI B. Type 2 Diabetes and Edentulism as Chronic Co-Morbid Factors Affecting Indian Elderly: An Overview. *J Indian Prosthodont Soc* (Oct-Dec 2013) 13(4):406–412.
19. Eldarrat, AH. Diabetic patients: their knowledge and perception of oral health. *Libyan J Med* 2011, 6: 5691.
20. Chaudhari M, Hubbard R, Reid RJ, Inge R, Newton KM, Spangler L, Barlow WE. Evaluating components of dental care utilization among adults with diabetes and matched controls via hurdle models. *BMC Oral Health* 2012, 12:20.
21. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA, Pereira MCA. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus.Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2011. set-out; 64(5): 952-7.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção em Saúde Bucal no SUS é de fundamental importância para melhora nas condições de saúde da população. Para alcançar uma atenção integral estruturada, é necessário que os pontos de atenção em saúde estejam interligados através da RASB.

O modelo de atenção às condições crônicas sugere a identificação e estratificação das pessoas usuárias por risco, a continuidade do cuidado, acesso a serviços de saúde primário, secundário e terciário, cuidados de promoção, prevenção, curativa e reabilitadores, auto cuidado apoiado, educação permanente dos profissionais de saúde, educação em saúde dos usuários e articulação do sistema de atenção em saúde com os recursos da comunidade. Assim para que a população com DM possua uma atenção a saúde capaz de minimizar os danos da doença e obter melhor qualidade de vida é necessária o estabelecimento deste modelo de atenção.

Este estudo pretendeu contribuir para a melhor compreensão do perfil de saúde bucal das pessoas com DM, bem como do padrão de utilização de serviços odontológicos, a partir da visão dos participantes.

Verificou-se que a atenção à saúde bucal às pessoas com DM está centrada na medicalização e restrita ao acompanhamento médico. O conhecimento sobre as conseqüências sistêmicas decorrentes da DM não controlada é limitado, assim como a importância do cuidado preventivo para evitar tais complicações, incluindo as bucais. Os problemas de saúde bucal não são vinculados à DM e são aceitos de maneira natural pelos participantes do estudo, demonstrando falta de conhecimento sobre a DM e suas conseqüências.

O SUS é o principal local de procura para os serviços odontológicos e o tratamento curativo para alívio de dor são os principais motivos para a consulta odontológica. O temor de complicações após extração dentária parece contribuir para não procura ao cirurgião dentista e os pacientes edêntulos acreditam não ser necessário mais consulta com CD. Observou-se que o paciente com DM não realiza acompanhamento de caráter preventivo das doenças bucais, por iniciativa própria. Mas também não foram citadas oportunidades oferecidas pela atenção básica no sentido de realizar tal ação.

Sugere-se mudança no processo de trabalho das equipes de saúde bucal e da assistência odontológica, em particular, no município, no intuito do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal. A adoção do modelo de atenção às doenças crônicas, que incorpore a

saúde bucal, deve ser discutida no município, com vistas a sua implementação, para promover melhores condições de assistência e, conseqüentemente, melhores condições de vida à população diabética.

6 REFERÊNCIAS

AGGARWAL, A.; PANAT, S. Oral health behavior and HbA1c in Indian adults with type 2 diabetes. **Journal of Oral Science**, Vol. 54, No. 4, 293-301, 2012.

AI-KHABBAZ , A.K.; AI-SHAMMARI, K.F. Diabetes Mellitus and Periodontal Health:Dentists' Knowledge. **Medical Principles and Practice**;20:538–544.2011

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010**. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n.36**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, 2013.

BRASIL. MISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Mistério da Saúde, 2014.

CHAUDHARI, M.; HUBBARD, R.; REID, R.J.; INGE, R.; NEWTON, K.M.; SPANGLER, L.; BARLOW, W.E. Evaluating components of dental care utilization among adults with diabetes and matched controls via hurdle models. **BMC Oral Health** 12:20,2012.

DRUMOD-SANTANA, T.; COSTA, F.O.; ZENÓBIO, E.G.; SOARES, R.V. SANTANA, T. D. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):637-644, mar, 2007.

ELDARRAT, A.H. Diabetic patients: their knowledge and perception of oral health. **Libyan J Med**, 6: 5691, 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

FORTES, P.A.C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):696-701, mar, 2008.

GIANNOBILE, W.V.; BRAUN, T.M.; CAPLIS, A.K.; DOUCETTE-STAMN, L. DUFF, G.W.; KOMMAN, K.S. Patient Stratification for Preventive Care in Dentistry. **J Dent Res** 92(8):694-701, 2013.
IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

LADHA, K.; TIWARI, B. Type 2 Diabetes and Edentulism as Chronic Co-Morbid Factors Affecting Indian Elderly: An Overview. **J Indian Prosthodont Soc** (Oct-Dec 2013) 13(4):406-412, 2013.

LAMSTER, I.B.; KAYLEIGH EAVES, B.A.K. A Model for Dental Practice in the 21st Century. **American Journal of Public Health**. October 2011, Vol 101, No. 10.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: **Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO**; p. 39-64, 2001.

MENDES, E.V. As redes de atenção em saúde. **Belo Horizonte: ESP-MG**, 2009.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, 2012.

MICAELA, M. P.; VEIGA, P. Racionamento dos cuidados de saúde e a participação da sociedade: revisão do debate. **Rev. Port. Saude.** Pub. v.28 n.2 Lisboa dez, 2010.

MORAIS, S.A.; FREITAS, I.C.M.; GIMENO, S.G.A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, 26(5) :929-941, mai, 2010.

MUNOZ, D.M.H.; MORA, M.M.R.,; GOVEA, F.L.G.; MIRANDA, G.L.H.; REYES, J.C. La diabetes mellitus como factor de riesgo de perdida dentaria en lapoblación geriátrica. **Clínica Estomatológica Docente "Guamá"**. Martí No. 162, Pinar delRío, Cuba, 2009.

OWENS, J.B.; WILDER, R.S.; SOUTHERLAND, J.H.; BUSE, J.B.; MALONE, R.M. North Carolina Internists' and Endocrinologists' Knowledge, Opinions, and Behaviors Regarding Periodontal Disease and Diabetes: Need and Opportunity for Interprofessional Education. **Journal of Dental Education**. MARCH, 2011.

RAMAM, R.P.C.; TAIYEB-ALI, T.B.; CHAN, S.P.; CHINNA, K.; VAITHILINGAM, R.D. Effect of nonsurgical periodontal therapy verses oral hygiene instructions on Type 2 diabetes subjects with chronic periodontitis: a randomized clinical trial. **BMC Oral Health**, 14:79, 2014.

SANTOS, E.C.B.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A.; PEREIRA, M.C.A. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, set-out; 64(5): 952-7, 2014.

SANZ-SANCHEZ, I.; BASCONES-MARTÍNEZ, A. Diabetes mellitus: **Su implicación em lapatología oral y periodontal.** **Odontoestomatol**; 25 (5): 249-263, 2009.

SCHJETLEIN, A.L.; JORGENSEN, M.E.; LAURITZEN, T.; PEDERSEN, M.L. Periodontal status among patients with diabetes in Nuuk, Greenland. **Int J Circumpolar Health**, 73: 26093, 2014.

SILVA AS.; VARGAS AMD.; FERREIRA, E.F.; ABREU M.H.N.G. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2197-2206, 2010.

TOMITA, N.E.; CHINELLATO, L.J.; IUNES, M.; FREITAS, J.A.S.; LOPES, E.S. Condições de saúde bucal e diabetes mellitus na população nipo-brasileira de Bauru-SP. **J Appl Oral Sci**, 11(1): 15-20, 2003.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA C.M.M. A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery** (impr.), jan -mar; 17 (1):133 – 141, 2013.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**: report of a WHO consultation. Geneve, 2009.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys**: basic methods. 4. Ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

YAMASHITA, J.M.; MOURA-GREC, P.G.; CAPELARI, M.M.; SALES-PERES, A., SALES-PERES, S.H.C. Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. **Revista Odontológica UNESP**; 42(3): 211-220, 2013.

APÊNDICE A – Questionário

Questionário n° _____

Identificação

Nome: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Caracterização socioeconômica da família:

1. Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? _____

2. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? _____

3. Quantos bens têm sua residência (televisão, geladeira, aparelho de som, computador, maquina de lavar louça, maquina de lavar roupa, microondas e carro) ? _____

4. No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

Escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviço:

5. Até que série o sr(a) estudou?

6. O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

7. Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

8. Em uma escala de 0 a 5 de quanto foi esta dor?

1(um) significa muito pouca dor e 5(cinco) uma dor muito forte:

9. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?

() Sim () Não () Não sabe () Não respondeu

10. Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?

- Menos de um ano; Um a dois anos; Três anos ou mais;
 Não sabe / Não respondeu

11. Onde foi a sua última consulta?

- Serviço público; Serviço particular; Plano de Saúde ou Convênios;
 Outros; Não sabe / Não respondeu

12. Qual o motivo da sua última consulta?

- Revisão, prevenção ou check-up; Dor; Extração;
 Tratamento; Outros; Não sabe / Não respondeu

13. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?

- Muito Bom; Bom; Regular; Ruim; Muito Ruim;
 Não sabe/ Não respondeu

Autopercepção e impactos em saúde bucal

14. Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:

- Muito satisfeito; Satisfeito; Nem satisfeito nem insatisfeito;
 Insatisfeito; Muito insatisfeito; Não sabe / Não respondeu

15. O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura)/ parcial ou trocar a que está usando atualmente?

- Não; Sim; Não sabe / Não respondeu

16. Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses?

- Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?
 Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?
 Os seus dentes o incomodaram ao escovar?
 Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?
 Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?
 Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)
 Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho?

()Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?

()Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

APÊNDICE B – Entrevista Semi estruturada

Entrevista n° _____

Identificação

Nome: _____

Sexo: _____

Data de Nascimento: _____

1. Como o senhor/senhora cuida da sua saúde bucal?

Itens a serem abordados:

- cuidados no domicílio
- procura por dentista

2. O que o senhor/senhora faz quando tem algum problema com sua boca ou seus dentes?

Itens a serem abordados:

- acesso ao dentista
- tipo de procedimentos realizados

3. De quais atividades o senhor/senhora participa na Unidade de Saúde para se cuidar do diabetes? Como funcionam?

Itens a serem abordados:

- Participação em grupos, consultas
- contato com quais profissionais de saúde

4. Alguma vez um profissional de saúde (médico, enf, ou dentista) comentou com o senhor/senhora sobre a saúde bucal do diabético? Como foi? O que lhe disseram?**5. O senhor/senhora acha que há relação da saúde da boca e dos dentes com o fato de ser diabético? Como seria esta relação?**

Itens a serem abordados:

- procurar reconhecer a via de mão dupla (diabetes-saúdebucal-diabetes)

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA
CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS –
CEPSH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado, intitulada, **SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS ADULTOS PORTADORES DE DIABETES NA PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**, que fará um questionário fechado e uma entrevista, tendo como objetivo geral compreender a organização da atenção à saúde bucal ao usuário diabético na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde e como objetivos específicos identificar as ações e serviços de saúde bucal orientados ao paciente diabético, identificar o padrão de acesso ao serviço odontológico e sistematizar boas práticas de cuidado à saúde bucal orientadas ao paciente diabético na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde. Serão previamente marcados a data e horário para coleta dos dados utilizando um questionário fechado e gravador de voz para realização da entrevista, estas informações serão coletadas no domicílio do usuário pesquisado. Não é obrigatório participar da pesquisa, assim como responder todas as perguntas do questionário ou da entrevista.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, por envolver a exposição da imagem, a exposição de informações pessoais, o ato de responder a um questionário e de ser abordado em uma entrevista, poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico. Comprometemo-nos a fornecer o suporte emocional e, caso seja necessário, encaminhá-lo a um serviço de referência da rede pública de saúde. A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão colaborar para: Geração de conhecimento sobre boas práticas orientadas à saúde bucal das pessoas com diabetes mellitus; Descrição de ações e serviços orientados aos portadores de diabetes no município de Curitiba; Sistematização de boas práticas de cuidado à saúde bucal dos diabéticos, resolutivas e que tenha impacto positivo nos indicadores epidemiológicos

de saúde bucal desta população; Reflexão crítica, no âmbito da academia, sobre boas práticas de cuidado à saúde bucal dos portadores de diabetes; Contribuição para a formação de recursos humanos em pesquisa em nível de pós-graduação, na área de conhecimento Odontologia em Saúde Coletiva; Difusão dos resultados na comunidade acadêmico-científica por meio da participação em eventos científicos e publicação dos resultados em periódicos indexados em bases nacionais e internacionais.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão o pesquisador estudante de mestrado Rafael Felipe Ribeiro Cantarutti e a professora responsável Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Rafael Felipe Ribeiro Cantarutti **NÚMERO DO TELEFONE:** 48 98264014

ENDEREÇO: Rua Delfino Conti s/n – PPGO/CCS/UFSC (Profissional) / Avenida Pequeno Príncipe 2092, Campeche. Florianópolis (Residencial).

ASSINATURA DO PESQUISADOR

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

Florianópolis – SC 88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, o questionário e a entrevista serão respondidos por mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome _____ por _____ extenso

Assinatura _____ Local:

_____ Data: ____/____/____

APÊNDICE D –Consentimento para fotografias, vídeos e gravações



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA
CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS –
CEPSH

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizada fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “**Saúde bucal de usuários adultos portadores de Diabetes na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde**”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

APÊNDICE E: DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS



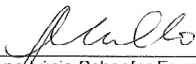
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - CEPSh

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "**Saúde bucal de usuários adultos portadores de Diabetes na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde**" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Local: Blumenau, 29 setembro 2014.

Prof.ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Univ. Odontológica UFSC
SIAPE 3352186



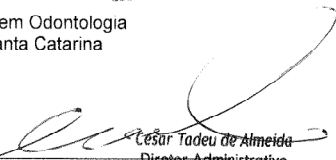
Prof.ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Pesquisador responsável (Orientadora)



Izabel Cristina Santos Almeida

Prof.ª Dr.ª Izabel Cristina Santos Almeida
Coordenadora PPGO

Nome: Izabel Cristina Santos Almeida
Cargo: Coordenadora Pós Graduação em Odontologia
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Número de Telefone: (48) 37216132

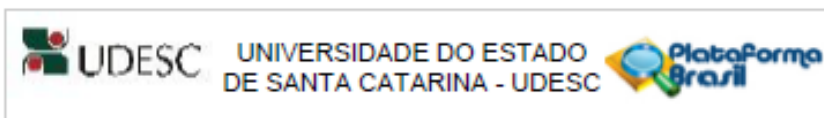


César Tadeu de Almeida

Diretor Administrativo

Nome: César Tadeu de Almeida
Cargo: Diretor Departamento Administrativo e Planejamento-Saúde
Instituição: Prefeitura Municipal de Curitiba- SC
Número de Telefone: (49) 3245 7812

ANEXO A – PARECER CEP/UEDESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde bucal de usuários adultos portadores de Diabetes na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde.

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37090114.5.0000.0118

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 881.070

Data da Relatoria: 20/11/2014

Apresentação do Projeto:

Cuida-se da segunda versão do projeto Saúde bucal de usuários adultos portadores de Diabetes na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de base qualitativa e quantitativa, que objetiva compreender a organização da atenção à saúde bucal ao usuário diabético e sistematizar boas práticas de cuidado à saúde bucal orientadas ao paciente diabético na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde. O estudo será realizado no município de Curitibaanos - SC, a população estudada é composta por adultos diabéticos de 35 a 44 anos usuários do SUS e portadores de diabetes. A coleta de dados será realizada em duas fase, sendo elas: quantitativa, através da aplicação de um questionário fechado aos 101 usuários cadastrados no município; e a fase qualitativa, na qual serão escolhidos aleatoriamente 30 adultos para responderem a uma entrevista semi estruturada que será gravada. Como resultado espera-se descrever as ações e serviços orientados aos portadores de diabetes no município e sistematizar boas práticas de cuidado à saúde bucal dos diabéticos, resolutivas e que tenham impacto positivo nos indicadores epidemiológicos de saúde bucal desta população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a organização da atenção à saúde bucal ao usuário diabético, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde.

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

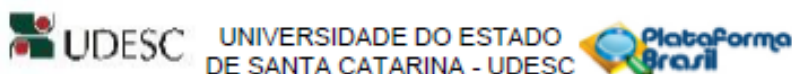
UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepah.retoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 001.070

- 6) Cronograma;
 7) Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas;
 8) Consentimento Para Fotografias, Vídeos e Gravações.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que:

- 1) O TCLE foi devidamente adequado ao padrão adotado pelo CEP/UDESC e CONEP;
- 2) Foi apresentado o Consentimento para Fotografias e Gravações;
- 3) Foi informado o grau de risco da pesquisa, os riscos foram caracterizados e, inclusive, foi informada quais serão as medidas que serão tomadas para evitá-los e/ou minimizá-los;
- 4) Foi adequada a Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas;
- 5) Foram anexados os instrumentos de coleta de dados;
- 6) Foram readequados os prazos do cronograma;

Conclui-se que todas as pendências foram atendidas, estando portanto, o presente processo apto para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado Aprova o parecer da Relatoria, processo Aprovado.

FLORIANOPOLIS, 22 de Novembro de 2014

Assinado por:
 Luolana Dornbusch Lopes
 (Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cep@reitoria@udesc.br