



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Sabrina Martins Guimarães Liberto Linares

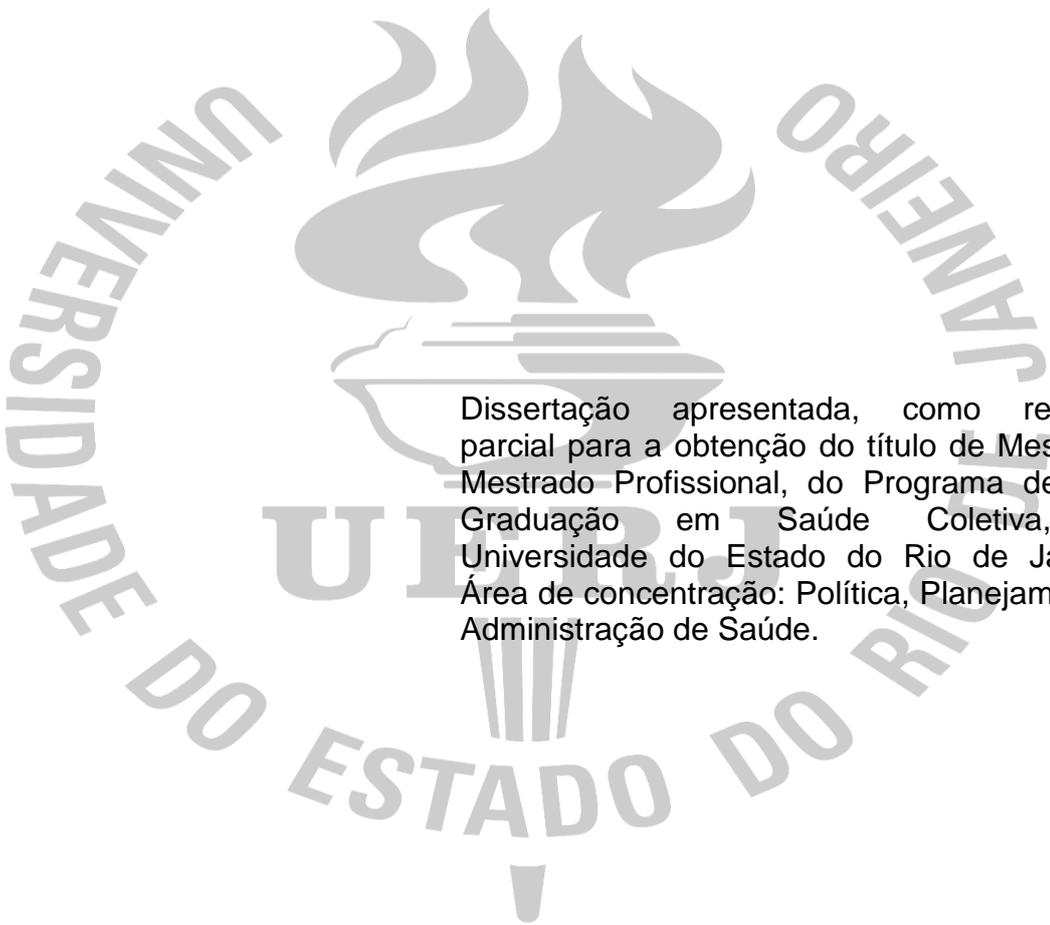
**Atenção odontológica aos pacientes diabéticos no contexto da
equipe multiprofissional**

Rio de Janeiro

2022

Sabrina Martins Guimarães Liberto Linares

**Atenção odontológica aos pacientes diabéticos no contexto da equipe
multiprofissional**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni

Coorientadora: Prof.^a Dra. Leila Senna Maia

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

L735 Linares, Sabrina Martins Guimarães Liberto

Atenção odontológica aos pacientes diabéticos no contexto da equipe multiprofissional /
Sabrina Martins Guimarães Liberto Linares – 2022.

56 f.

Orientadora: Prof^a Dra. Célia Regina Pierantoni

Coorientadora: Prof^a Dra. Leila Senna Maia

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Assistência odontológica – Teses. 2. Saúde bucal – Teses. 3. Equipe de assistência
ao paciente – Teses. 4. Diabetes Mellitus – Teses. 5. Odontólogos – Teses. I. Pierantoni,
Célia Regina. II. Maia, Leila Senna. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 616.31-083

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Sabrina Martins Guimarães Liberto Linares

**Atenção odontológica aos pacientes diabéticos no contexto da equipe
multiprofissional**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Aprovada em 05 de maio de 2022.

Orientadora: Prof^a Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Coorientadora: Prof^a Dra. Leila Senna Maia
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof. Dr. Sérgio Murta Maciel
Universidade Federal de Juiz de Fora

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, pela compreensão e paciência que tiveram comigo durante a fase de dedicação ao mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Célia Regina Pierantoni, por acreditar em mim, me apoiar, incentivar e contribuir com todo o seu conhecimento e experiência. Agradeço a minha coorientadora, Leila Senna Maia, por toda a sua dedicação, sendo incansável e disposta a me ajudar em todos os momentos da preparação deste trabalho. O seu conhecimento e a sua disponibilidade com certeza fizeram diferença no meu processo de aprendizagem.

Agradeço à Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por incentivar e proporcionar a capacitação de nós, servidores, por meio desse convênio com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Agradeço à direção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, por consentir a minha liberação de horas para a realização do mestrado.

Sou grata aos coordenadores e professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Rio de Janeiro, por todo o conhecimento transmitido.

Finalmente agradeço a minha família, pela compreensão, paciência e incentivo.

RESUMO

LINARES, Sabrina Martins Guimarães Liberto. **Atenção odontológica aos pacientes diabéticos no contexto da equipe multiprofissional**. 2022. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O objetivo deste trabalho é analisar as práticas assistenciais multiprofissionais aos portadores de Diabetes Mellitus nos serviços públicos de saúde, levando-se em consideração a atenção à saúde bucal desses pacientes, com o intuito de propiciar assistência qualificada, melhores condições de saúde e, conseqüentemente, aliviar a carga econômica sobre o sistema de saúde e a sociedade. Para esse fim, foi realizada uma revisão da literatura de abordagem qualitativa via levantamentos bibliográficos, documental e da literatura cinzenta nas principais bases de dados eletrônicas, tais como: Scielo, PubMed, Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde, Embase e Oasisbr. Estudos comprovam a importância da atenção multiprofissional aos portadores de diabetes e sugerem dificuldades na integração do cirurgião-dentista nas equipes de saúde apesar da relação definida entre diabetes e manifestações bucais, tornando necessário mais estudos sobre o tema e capacitação dos profissionais envolvidos com vistas a qualificação da assistência aos portadores de Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: Saúde bucal. Doença periodontal. Diabetes Mellitus. Glicemia. Atenção odontológica. Cirurgião-dentista. Equipe multiprofissional. SUS.

ABSTRACT

LINARES, Sabrina Martins Guimarães Liberto. **Dental care for diabetic patients in the context of the multidisciplinary team.** 2022. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The objective of this study is to analyze the multidisciplinary care practices for patients with Diabetes Mellitus in public health services, taking into account the oral health care of these patients, with the aim of providing qualified assistance, better health conditions and, consequently, alleviating the economic burden on the health system and society. Therefore, a qualitative literature review was carried out through bibliographic, documentary and gray literature surveys in the main electronic databases such as: Scielo, PubMed, Regional Portal of the Virtual Health Library, Embase and Oasisbr. Studies prove the importance of multiprofessional care for people with diabetes and suggest difficulties in the integration of dentists into health teams, despite the defined relationship between diabetes and oral manifestations, which makes further studies on the subject and training of professionals involved with a view to the qualification of assistance to patients with Diabetes Mellitus.

Keywords: Oral health. Periodontal disease. Diabetes mellitus. blood glucose. Dental care. Dental surgeon. Multiprofessional team. SUS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	American Diabetes Association
AGE	Advanced Glycation End Products
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEEAI	Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPO-D	Média de Dentes Cariados, Perdidos e Restaurados
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DP	Doença Periodontal
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	Sistema de Informação da Atenção Básica
EUA	Estados Unidos da América
GM	Gabinete do Ministro
HA	Hipertensão Arterial
HbA1c	Hemoglobina Glicada

HIPERDIA	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus
IDC	International Diabetes Center
IDF	International Diabetes Federation
IL-1 β	Interleucina 1 β
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIC	Prática Colaborativa Interprofissional
PGE-2	Prostaglandina 2
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REQUALIFIC A -UBS	Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SDM	Staged Diabetes Management
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TNF α	Fator de Necrose Tumoral α
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

USA	United States of America
UOM	Unidades Odontológicas Móveis
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	MATERIAL E MÉTODOS.....	14
2	FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	Diabetes Mellitus.....	15
2.2	Diabetes e manifestações bucais.....	16
2.3	Epidemiologia da diabetes mellitus.....	18
2.4	Políticas públicas de saúde.....	20
2.5	Política Nacional de Saúde Bucal.....	23
2.6	Políticas voltadas aos portadores de diabetes.....	26
2.7	Equipe multiprofissional no cuidado ao portador de diabetes.....	29
2.8	Atenção odontológica ao portador de diabetes e o trabalho multiprofissional.....	30
3	DISCUSSÃO.....	33
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
	REFERÊNCIAS.....	49

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um dos mais importantes problemas de saúde pública, e sua incidência vem aumentando dramaticamente nas últimas décadas, sendo uma doença de caráter epidêmico com prevalência muito alta no Brasil e no mundo (VALE, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014 estimou-se, em todo o mundo, 422 milhões de adultos com diabetes. Comparando-se com 108 milhões em 1980, a prevalência global praticamente dobrou nesse período, de 4,7% para 8,5% na população adulta (WHO, 2016). Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), estima-se que o número total de pacientes diabéticos aumente para 643 milhões (11,3%) até 2030 e 783 milhões (12,2%) até 2045 (IDF, 2021). O aumento da incidência e prevalência da doença se deve ao envelhecimento da população, crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo e aos processos de urbanização (SES/SC, 2018).

Em 2016, o relatório global sobre diabetes da OMS citou o impacto dessa doença na economia e o quanto ela custa para a sociedade, considerando que além dos custos médicos diretos há uma queda na produtividade e mortes prematuras, refletindo no produto interno bruto das nações (WHO, 2016).

Análises de custo do tratamento para o diabetes em países latino-americanos demonstraram a significativa carga econômica da doença para os sistemas de saúde e sociedade, fato que impõe a necessidade de uma revisão das práticas e abordagem dos serviços de saúde pública frente a essa doença, de forma a implantar e promover ações de saúde que incluam estratégias de redução de riscos e controle desse sério e alarmante problema de saúde pública (VALE, 2018, p.1).

O DM é uma doença sistêmica, caracterizada por um grupo de distúrbios metabólicos, ocasionados por uma deficiência na secreção e/ou atividade da insulina, levando a uma hiperglicemia, ou seja, aumento dos níveis de glicose no sangue (LABOLITA *et al.*, 2020). Pode ser classificada de acordo com a sua etiologia em diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), entre outros tipos específicos, e está associada a inúmeras doenças e complicações sistêmicas, incluindo manifestações bucais como a doença periodontal (DP) (SILVA, 2010; SILVA, 2011; LABOLITA *et al.*, 2020).

A DP tem alta prevalência nos DM2, sendo a sua sexta maior complicação e na Odontologia, é considerada um dos principais problemas de saúde pública

independente da classe social, o que merece atenção por parte das políticas públicas (SILVA, 2010; MAIA; COSTA; SILVA, 2017). A DP é uma condição crônica inflamatória, iniciada por microrganismos, que acarreta em uma destruição dos tecidos periodontais de suporte e sustentação dos dentes, o que se deve mais a uma resposta imunológica do hospedeiro do que aos principais agentes etiológicos envolvidos na doença (MAIA; COSTA; SILVA, 2017; BILITARDO; LEITE; MELLO, 2020).

O paciente portador de DM tem uma resposta inflamatória mais exacerbada, com alteração da resposta imunológica e metabólica, o que agrava a DP, favorecendo a perda dentária. Nesses pacientes, a DP aumenta em seis vezes o risco para a desregulação da glicemia, além de estar associada a um maior risco de complicações de DM2 (MAIA; COSTA; SILVA, 2017; BILITARDO; LEITE; MELLO, 2020). Fica então caracterizada uma relação bidirecional entre essas duas patologias (MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

Existem evidências de que a infecção periodontal, quando supervisionada, resulta em um melhor controle metabólico, diminuindo os níveis sorológicos de citocinas inflamatórias e, conseqüentemente, os de hemoglobina glicosilada (HbA1c) e a necessidade de insulina (MAIA; COSTA; SILVA, 2017; BILITARDO; LEITE; MELLO, 2020). Altos níveis de glicose no sangue podem levar a doenças graves e muitas vezes incapacitantes (MAIA; COSTA; SILVA, 2017). Em virtude de suas complicações, a assistência a indivíduos com DM requer um cuidado integral com abordagem multiprofissional (SILVA, 2010). Sendo assim, é imprescindível que o diabetes seja diagnosticado precocemente e, preferencialmente, no primeiro nível de atenção, evitando suas complicações, como a DP. Para isso, a atuação interdisciplinar se faz fundamental (MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

Políticas públicas de saúde como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) preconizam que a atenção à saúde baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) seja por meio do cuidado multiprofissional (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde (MS), considerando o avanço das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo o DM e o significado disso economicamente para a sociedade e para o sistema público de saúde, prioriza ações de prevenção e manejo do DM, inclusive como uma ação programática na Estratégia de Saúde da

Família (ESF) (BORGES, 2017). Leis, Portarias, Diretrizes, Protocolos e Manuais foram publicados, visando cumprir o princípio da integralidade da assistência com qualidade.

Promover o cuidado integral contribui para o aumento da expectativa de vida desses pacientes, além de ser menos oneroso para os sistemas de saúde e a sociedade (WHO, 2016; VALE, 2018).

Alguns documentos relatam as manifestações bucais, destacam a importância da DP e a sua relação com o DM (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2013b).

Para ofertar o cuidado integral é necessário que a assistência seja organizada em rede, onde cada serviço é fundamental e faz parte de um circuito que cada indivíduo percorre na busca da integralidade do que precisa (BRASIL, 2013a).

O que nos parece é que mesmo com a progressão do Sistema Único de Saúde, seus princípios orientadores ainda não foram incorporados na rotina dos serviços de saúde na prática, principalmente o da integralidade (SILVA *et al.*, 2010). Isto porque a criação do SUS modificou o arranjo institucional, mas, não necessariamente, transformou as práticas dos serviços de modo a articular a prevenção e a assistência, mesmo após a edição da Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, como um mecanismo de superação da fragmentação do sistema (SILVA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010).

Considerando que o DM mal controlado pode apresentar manifestações bucais com implicações na saúde geral e, conseqüentemente, na qualidade de vida e autoestima dos pacientes; e relevando-se que a DP, por ser considerada a 6ª maior complicação da DM, pode acarretar em perda dentária e contribuir para o aumento da glicemia, torna-se importante a prevenção e o diagnóstico precoce de ambas as doenças, de forma a evitar complicações e sequelas (SILVA, 2010).

A assistência frequente e regular realizada pelo cirurgião-dentista (CD) se torna necessária, e com isso, a inclusão e integração desse profissional na equipe multiprofissional. Desse modo, é importante estabelecer um fluxo de assistência e uma aproximação entre as categorias profissionais, e destas com o paciente e familiares, detectando suas necessidades e adotando práticas clínicas e de educação em saúde, junto às equipes de atendimento.

O trabalho de pesquisa proposto justifica-se à medida que informações oportunas e qualificadas acerca da importância da atenção à saúde bucal ao

paciente com DM no contexto da equipe multiprofissional, podem direcionar tanto as práticas assistenciais desses profissionais como as diretrizes políticas voltadas para esse tipo de cuidado, tanto no âmbito do SUS como no setor privado.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é analisar as práticas assistenciais multiprofissionais, prioritariamente na atenção primária, aos portadores de DM. Partindo do questionamento de qual seria o papel da saúde bucal no atendimento multiprofissional aos pacientes diabéticos, o intuito do trabalho é sugerir uma base teórica que possa contribuir para o desenvolvimento de assistência qualificada, resultando em melhores condições de saúde para esses pacientes, assim, aliviando a carga econômica sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sociedade.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório da revisão de literatura, utilizando abordagem qualitativa, por meio de levantamentos bibliográfico, documental e da literatura cinzenta nas principais bases de dados eletrônicas, tais como: Scielo, PubMed, Embase, Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto (Oasisbr) e o Portal da BVS Regional e junto aos sites da American Diabetes Association (ADA), do International Diabetes Federation (IDF) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). O levantamento documental considerou os sites do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: saúde bucal, doença periodontal, diabetes mellitus, glicemia, atenção odontológica, cirurgião-dentista, equipe multiprofissional e SUS.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio da leitura do título e do resumo, havendo exclusão dos trabalhos que não estivessem relacionados com os seguintes eixos da pesquisa: a) diabetes e manifestações bucais; b) atenção à saúde dos portadores de DM, mediante atuação de equipes multiprofissionais e possível inclusão do cirurgião-dentista nessa assistência.

O recorte temporal foi de aproximadamente 20 anos para a literatura selecionada. Essa opção metodológica se deve ao fato de fazermos uma análise a partir da edição das Políticas Públicas de Saúde voltadas à atenção dos pacientes com DM, do ano de 2002 até março de 2022. Nossa intenção foi buscar na literatura evidências da reorganização do modelo de atenção e do processo de trabalho proposto por essas políticas, tendo como princípios a interdisciplinariedade e o multiprofissionalismo em relação a atenção aos portadores de DM.

O levantamento bibliográfico foi realizado de março de 2021 até março de 2022. Selecionou-se 38 artigos relacionados com o tema, 5 trabalhos de conclusão de cursos e 3 livros.

Para a revisão documental realizou-se levantamento e leitura de Leis, Portarias, Diretrizes, Protocolos e Manuais referentes à assistência de pessoas portadoras de doenças crônicas, com ênfase no DM.

Após a seleção, foi feita uma análise crítica do material de pesquisa, buscando responder o questionamento proposto.

2 FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes Mellitus

O diabetes é uma doença crônica sistêmica muito complexa com componentes metabólicos e vasculares, na qual há elevação do nível sanguíneo de glicose e alterações no metabolismo lipoproteico, em consequência de uma deficiência relativa ou absoluta de insulina. Pode resultar em doença macrovascular crônica e microvascular grave, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal, neuropatia, retinopatia, deficiência visual e doença periodontal (LITTLE *et al.*, 2008; SILVA, 2010; LABOLITA *et al.*, 2020). Além da hiperglicemia, os pacientes diabéticos não controlados podem apresentar um quadro de cetoacidose e doenças vasculares que prejudicam o combate a infecções e o processo de cicatrização (LITTLE *et al.*, 2008).

De acordo com sua etiologia, o DM pode ser classificada em DM1, DM2 ou outros tipos específicos. No DM1, ocorre uma destruição das células do pâncreas, que estão dentro das Ilhotas de Langerhans, acarretando insuficiência de insulina que pode ser completa. Seus sintomas se desenvolvem de forma rápida e geralmente é diagnosticado antes dos 40 anos. O DM2 é o mais comum e ocorre por uma resistência do organismo à insulina, que pode agravar com o passar do tempo, sendo na maioria das vezes diagnosticado em pacientes obesos acima dos 40 anos (LITTLE *et al.*, 2008; LABOLITA *et al.*, 2020). O componente genético está envolvido na origem de ambos, porém essa influência no DM2 é maior, além disso, no DM1 parece que fatores ambientais como infecções virais e as reações autoimunes podem estar associados (LITTLE *et al.*, 2008). Outras formas menos comuns são o diabetes gestacional, diabetes associados a medicamentos, principalmente corticoides, doença do pâncreas (fibrose císticas), infecções (rubéola congênita) e síndromes genéticas (ZIMPEL *et al.*, 2017).

O DM tem como principais sintomas a polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento do volume urinário), polifagia (fome excessiva) e perda de peso (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Estes sintomas são menos observados no DM2, que geralmente começa de forma silenciosa (LITTLE *et al.*, 2008).

Segundo a American Diabetes Association (ADA), em 2019, o diabetes pôde ser diagnosticado por meio de exames laboratoriais com base nos seguintes

critérios: valor de glicose em jejum $\geq 126\text{mg/dL}$ ou glicemia plasmática após 2h do teste oral de tolerância a glicose (TOTG) $\geq 200\text{mg/dL}$ ou hemoglobina glicada (HbA1c)¹ $\geq 6,5\%$. O diagnóstico exige dois resultados anormais de uma mesma amostra ou em duas amostras de teste separadas, ou, por exemplo, um paciente que esteja com crise hiperglicêmica ou com sintomas clássicos de hiperglicemia e glicose plasmática aleatória $\geq 200\text{mg/dL}$ (ADA, 2019). O exame da HbA1c demonstra a média das glicemias em um período de 60 a 90 dias, prévios ao exame, já que a hemoglobina das hemácias absorve a glicose sanguínea na mesma proporção em que se encontra na corrente sanguínea (MARQUES *et al.*, 2008). O valor da HbA1c é o principal fator para o controle da glicemia e a ADA recomenda que o exame de sangue seja feito de 2 a 4 vezes por ano conforme o alcance das metas de tratamento para cada paciente, sendo que o desejável é a HbA1c $< 7\%$. Pacientes com bom controle glicêmico (HbA1c $< 7\%$) apresentam menos complicações sistêmicas e menor taxa de mortalidade do que os com pouco controle (LITTLE *et al.*, 2008).

2.2 Diabetes e manifestações bucais

Uma série de manifestações bucais têm sido associadas ao diabetes, particularmente aos pacientes que não estão controlados. Dentre essas manifestações, destacam-se: xerostomia, hipossalivação, infecções bacterianas, virais e fúngicas como a candidíase, retardo na cicatrização de feridas, maior incidência e gravidade de cáries, gengivite e doença periodontal, abscessos periapicais e sintomas da síndrome da ardência bucal (LITTLE *et al.*, 2008; ALVANHAN *et al.*, 2009). A literatura sugere que os tecidos bucais são afetados de forma similar a outros tecidos do corpo e que essas manifestações provavelmente estão relacionadas com as alterações fisiológicas, como perda excessiva de líquido pela urina, resposta alterada a infecções, alterações microvasculares e, possivelmente, altas concentrações de glicose na saliva (LITTLE *et al.*, 2008; MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

¹ Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG)

Hemoglobina glicada (HbG), abreviada como HbA1c, é uma forma de hemoglobina presente naturalmente nos eritrócitos humanos, que é útil na identificação de altos níveis de glicemia durante períodos prolongados (LITTLE *et al.*, 2008).

Das manifestações bucais, a DP e a candidíase oral são as mais comuns em pacientes diabéticos descompensados. Dentre as candidíases, observamos com mais frequência a do tipo eritematosa (estomatite por dentadura), queilite angular e glossite romboidal mediana². A hipossalivação, o aumento da acidez bucal, da viscosidade, da concentração de glicose salivar e hipocalcificação do esmalte favorecem o aparecimento de cáries (OLIVEIRA *et al.*, 2016; LABOLITA *et al.*, 2020).

A DP é a sexta maior complicação do DM e está presente em 75% dos pacientes diabéticos não controlados. É uma condição crônica infecciosa que atinge os tecidos de proteção e sustentação dos dentes, podendo levar a perda dentária (ALVANHAN *et al.*, 2009; MAIA; COSTA; SILVA, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2020). Os patógenos bucais, associados a DP em indivíduos diabéticos, são similares aos não-diabéticos (bactérias gram-negativas anaeróbicas como *Actinobacillus*, *Bacteróides* e *Porphyromonas*). No entanto, outros fatores, tais como hiperglicemia e anormalidades da resposta imune do hospedeiro diante de infecções bucais, parecem ser os responsáveis pela maior prevalência dessa complicação em pacientes diabéticos (MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

A gengivite pode ser considerada como a fase inicial da periodontite. Nela, apenas os tecidos de proteção estão acometidos, não havendo comprometimento das fibras de inserção e do tecido ósseo. A periodontite é mais grave, pois o tecido de sustentação está comprometido, há destruição do ligamento periodontal e migração apical do epitélio juncional. Nessa condição, existe uma invasão bacteriana que destrói o tecido conjuntivo e leva a uma reabsorção óssea (MAIA; COSTA; SILVA, 2017). Acredita-se que no paciente diabético a resposta inflamatória é mais persistente, o que resulta em uma atividade osteoclástica mais prolongada, aumento da perda de inserção periodontal e, conseqüentemente, perda dentária (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A periodontite inicialmente pode ser assintomática, progride lentamente e quando o paciente percebe já está com mobilidade dentária. Em seu estágio avançado é caracterizada por eritema, edema, sangramento e recessão gengival,

² Candidíase é uma infecção fúngica pela *Candida albicans*, podendo apresentar formas clínicas variadas, entre elas: a) Candidíase eritematosa: máculas vermelhas com sensação de queimação. Sítios mais comuns são o palato duro posterior, mucosa jugal e superfície dorsal da língua; b) Queilite angular: lesões vermelhas, fissuradas, cruenta e irradiadas. O sítio mais comum é a comissura labial; c) Glossite romboidal mediana: áreas vermelhas com atrofia da mucosa e assintomática. O sítio mais comum é a região posterior da superfície dorsal da língua na linha média (NEVILLE *et al.*, 1998).

mobilidade e perda dentária. Alguns fatores podem favorecer a instalação e gravidade da doença, como tabagismo, bolsas periodontais preexistentes, uso de drogas, estresse, nutrição deficiente e cuidados insuficientes com a higiene bucal (MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

Vários estudos citam a relação bidirecional entre o DM e a periodontite crônica, na qual cada doença afeta negativamente a outra. A DP é capaz de influenciar negativamente o controle glicêmico, por elevar os níveis de citocinas pró-inflamatórias, aumentando o risco de complicações nesses pacientes (FRANCO *et al.*, 2017; LABOLITA *et al.*, 2020). Essa relação pode ser explicada pela redução na função dos leucócitos polimorfonucleares, pela quimiotaxia alterada, redução de glicosaminoglicanos e na diminuição da síntese de colágeno pelos fibroblastos gengivais, aumentando a ação da colagenase do fluido crevicular. Isso resulta em perda do periodonto de sustentação, formação de produtos finais da glicosilação (AGE) e aumento da concentração de fator de necrose tumoral alfa (TNF α) e interleucina 1 beta (IL-1 β) na corrente sanguínea. A ligação do TNF α e IL-1 β aos receptores de macrófagos e monócitos, junto à ação da prostaglandina (PGE-2) acarretam a reabsorção óssea (MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

Dessa forma, o tratamento da periodontite nos pacientes diabéticos é capaz de reduzir o índice glicêmico, as citocinas pró-inflamatórias, metaloproteinases da matriz e proteína C reativa (BILITARDO; LEITE; MELLO, 2020).

Bilitardo, Leite e Mello (2020), citam um estudo de meta-análise no qual o tratamento periodontal levou a uma redução de 0,04% da HbA1c. Segundo os autores, apesar dessa redução não ser muito significativa, ela foi capaz de reduzir riscos de complicações vasculares, assim como a mortalidade desses pacientes.

Um estudo clínico controlado e randomizado realizado em 44 pacientes portadores de DM2 e doença periodontal variando de gengivite para periodontite leve, revelou que a intervenção periodontal reduziu em 50% a prevalência de sangramento gengival após três meses de tratamento. Observou-se ainda uma melhora de 0,8% no controle glicêmico quando comparado ao grupo que não foi submetido ao tratamento periodontal proposto (MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

2.3 Epidemiologia da Diabetes

O DM é considerado uma epidemia e o número de pessoas portadoras dessa patologia vem crescendo consideravelmente em virtude de fatores como: crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, e maior sobrevivência de pacientes com DM (MAIA; COSTA; SILVA, 2017). Segundo dados da Federação Internacional de Diabetes (2021), em âmbito global, cerca de 537 milhões de adultos entre 20 e 79 anos apresentavam a doença. Isso representa cerca de 10,5% da população mundial nessa faixa etária, e com expectativa que aumente para 643 milhões (11,3%) em 2030, e para 783 milhões (12,2%) em 2045.

Segundo dados da IDF, em 2021, o Brasil ocupava o 3º lugar entre os países com a maior incidência anual de DM1, na faixa etária de 0 a 19 anos.

De acordo com Pititto, Bahia e Melo (2019), em um estudo realizado em nove capitais brasileiras, revelou prevalência de 7,6% de DM2, na faixa etária de 39 a 69. Foi evidenciado ainda um percentual de 5% a 7% de portadores de pré-diabetes, além do fato de 50% da população desconhecer se são portadores de diabetes.

De acordo com a pesquisa da Vigitel³ no período de 2006 a 2018, entre adultos acima de 18 anos, houve um aumento da prevalência de diabetes nos homens (54%) em relação às mulheres (28%). No entanto, apesar do aumento menos expressivo, as mulheres são mais acometidas pela doença (PITITTO; BAHIA; MELO, 2019).

Considerando as comorbidades em consequência da diabetes, Litte *et al.* (2008), relataram índices de morbidade extremamente altos. O estudo revelou que o risco relativo de cada indivíduo com diabetes desenvolver doença renal terminal é 25 vezes maior do que em indivíduos não-portadores da doença. Além disso, o risco relativo de amputações de extremidades foi 40 vezes maior do que em pessoas saudáveis, assim como o risco relativo de cegueira foi 20 vezes maior do que em outros indivíduos. Os pacientes com DM têm de duas até cinco vezes mais riscos de apresentarem um infarto do miocárdio, assim como acidente vascular encefálico (LITTLE *et al.*, 2008).

³ O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) foi implantado em 2006 pelo MS. O Vigitel tem por objetivo monitorar a magnitude das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e analisar seus determinantes sociais, econômicos, comportamentais e políticos visando subsidiar políticas e estratégias de promoção da saúde (BRASIL, 2022e) (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/inqueritos-de-saude/vigitel>).

A mortalidade por diabetes e doenças renais vem aumentando no Brasil; em 1990, ocupava a 11^o posição, passando para a 3^o posição em 2017 (PITITTO; BAHIA; MELO, 2019). Sendo assim, é de extrema importância políticas públicas de saúde voltadas para essa doença.

2.4 Políticas públicas de saúde

Segundo a Constituição de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, seção II, artigo 196).

A Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ela reforça a saúde como um direito de todos e dever do Estado em todo o território brasileiro e estabelece princípios e diretrizes que devem orientar as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS. Entre os princípios do SUS, merecem destaque a universalidade, integralidade e equidade da assistência. Destaca-se a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase para os municípios, preconizando uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990).

O SUS adotou o modelo de Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. A partir da Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, foi transformado em Estratégica de Saúde da Família (ESF), em que o governo busca reorganizar o modelo assistencial por meio da ampliação de acesso aos serviços de Atenção Primária a Saúde⁴ (APS) (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017; BORGES, 2017;

⁴ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Atenção Básica (AB), terminologia utilizada correntemente pelo Ministério da Saúde para indicar o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta como sinônimos as expressões Atenção Primária à Saúde e Cuidados Primários de Saúde, comumente encontradas na literatura internacional. Independentemente do termo utilizado, deve-se ressaltar que, no Brasil, são os mesmos os seus atributos – primeiro acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural – e as suas responsabilidades –

MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). A ESF busca modificar o modelo assistencial biomédico para um modelo de promoção da saúde e assim integrar as ações de promoção e prevenção, bem como realizar ações de recuperação e proteção à saúde, organizadas para atender os princípios da integralidade, hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços e gestão (SILVA, 2011; GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017). Com o Pacto pela Saúde em 2006, a ESF passou a ser a estratégia prioritária para o modelo assistencial de acordo com os princípios do SUS e para a expansão, qualificação e consolidação da APS no país. De acordo com a normatização do MS, a assistência na ESF deve ocorrer por meio de ações de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo as equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de saúde bucal (eSB) e equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Os profissionais devem trabalhar em uma lógica interdisciplinar e intersetorial para resolução dos agravos e problemas a saúde mais vivenciados frequentemente pela população adscrita ao território de abrangência dessas equipes. As ações realizadas devem ser desenvolvidas de forma coerente com a atuação em rede, de modo que responda as necessidades de saúde da comunidade (BORGES, 2017).

A produção científica associada à efetividade da APS no Brasil comprova o impacto positivo da ESF sobre internações por condições sensíveis à APS e sobre a mortalidade infantil (BORGES, 2017).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi aprovada e publicada em 2006, mediante a Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, no contexto do Pacto pela Vida que definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006a).

Por intermédio da Portaria GM/MS n. 4279 de 30 de dezembro de 2010, foram estabelecidas as diretrizes e estratégias para estruturar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e assim tentar superar a fragmentação da gestão e da atenção. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica. Nesta Portaria,

prover um cuidado humanizado, abrangente, qualificado, resolutivo e centrado no indivíduo (BRASIL, 2017).

fica explícito que a RAS depende do modelo de atenção à saúde e que este deve ter uma AB forte, que coordene o cuidado e ordene a rede (BRASIL, 2010b).

Mesmo com a expansão das ESF a partir de 2000, inclusão e ampliação das eSB e dos Nasf, alguns problemas como infraestrutura inadequada, subfinanciamento, modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos, levaram a um movimento de revisão da PNAB, resultando em alterações da mesma instituídas pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. A partir daí, observa-se os Programas: Requalifica de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), o de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Mais Médicos (PMM). Nesse período também foi criado o e-SUS AB⁵, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à ampliação e o aprimoramento da atenção nesse nível assistencial. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes para a atenção de populações específicas (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Com tudo isso, observou-se incremento no repasse de recursos federais para a APS, notadamente no Piso da Atenção Básica Variável e em recursos de investimento (MELO *et al.*, 2018).

No entanto, a sobrecarga imposta aos municípios em relação ao financiamento assistencial e baixa participação do ente estadual na APS gerou reivindicações dos gestores municipais, que atribuíam o problema, em parte, à PNAB de 2011. Essa situação se agravou com a crise política e econômica de 2014 e 2015 no país e ainda com a definição do piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), ficando os municípios com mais essa responsabilidade (MELO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, em setembro de 2017, por meio da Portaria nº 2.436, é aprovada a nova e vigente PNAB, cujo texto revê as diretrizes para a organização da APS, no âmbito nacional.

Vale lembrar que o contexto político e econômico em 2017 era desfavorável, com modificação do destino dado aos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado, além de

5 O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS, com o objetivo de ampliar a qualidade (BRASIL, 2022d) (http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/introductorio#_1fob9te).

favorecer a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. A promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do “Teto dos Gastos”, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS, facilitou esse processo (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Além dessa Emenda Constitucional, houve mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da APS) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento, e incentivo do ministro da saúde à criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar (MELO *et al.*, 2018).

Organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), criticaram a nova PNAB. Entre as críticas estão a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), demonstrando preocupação em relação a retrocessos na construção de uma AB integral que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF. Segundo os críticos, o que se observa na PNAB 2017 é um desmonte da ESF, priorizando a AB tradicional, a diminuição do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a alteração do seu perfil, uma maior autonomia e flexibilização dada à gestão municipal, enquanto o MS renuncia seu poder de coordenar e induzir em bases nacionais a PNAB. Isto se torna preocupante em um país como o nosso, com tantas diferenças locais e desigualdades, podendo ter como consequências: desvinculação das equipes dos territórios, segmentação do acesso, e a desqualificação do trabalho de ACS e ACE, acentuando o caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização (MELO *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

2.5 Política Nacional de Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como Programa Brasil Sorridente, foi lançada pelo MS em 2004, na intenção de mudar o modelo de

atenção odontológica, que se caracterizava por ser focado nas exodontias, com acesso muito restrito e com poucos serviços odontológicos, devido ao pouco interesse do Estado nessa área e à inclusão tardia dos profissionais de saúde bucal no SUS (CHAVES, 2016; BRASIL, 2022a). Essa política se constitui de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo atividades em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2022a).

Para a organização desse novo modelo de atenção à saúde bucal é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde a atuação em equipe é um de seus fundamentos mais importantes, tendo como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade. Os profissionais de saúde bucal devem exercer esse princípio, criar alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde seja em outras áreas, como de saneamento e educação. As diretrizes da PNSB apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008a).

As principais linhas de ação dessa política foram: 1) a reorganização do acesso à saúde bucal na AB, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Odontológicas Móveis (UOM); 2) a ampliação e qualificação da atenção especializada por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); 3) a ampliação dos pontos de apoio à rede de atenção principalmente por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), que viabilizam o apoio para a reabilitação de saúde bucal; 4) a autorização para realização de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar para pacientes com necessidades especiais; 5) a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público; e 6) a qualificação profissional por

meio de parceria entre a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e o MS, com os seguintes objetivos: oferta do curso “Situações Odontológicas Comuns em Atenção Primária à Saúde”, com inscrições abertas até 31 de maio de 2022, e atenção ao binômio Ensino-Pesquisa no SUS. Esse último tem como meta a entrega de 22 Protocolos e Diretrizes para a Prática Clínica, baseados em evidências científicas. Dessa forma, o MS pretende contribuir para a orientação da prática clínica odontológica de forma a ampliar tanto a efetividade das intervenções como a qualidade dos cuidados assistenciais ofertados aos usuários (BRASIL, 2022b).

Segundo o MS, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (eSB) nas ESF representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho no âmbito dos serviços de saúde, baseadas nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, trabalho em equipe e interdisciplinaridade, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (BRASIL, 2022b).

É importante entender que a atenção odontológica precisa ser ofertada de forma multiprofissional e interprofissional, pois sabemos que a boca não pode ser vista separadamente do organismo já que muitas doenças bucais não ficam limitadas a ela (SILVA, 2011).

Após a implantação da PNSB, houve um crescimento na oferta de serviços após a inclusão das eSB na ESF, resultando em melhoras nos índices CPO-D (média de dentes cariados, perdidos e restaurados). Entretanto, estudos empíricos verificaram que a organização do processo de trabalho das eSB é realizada à parte dos outros profissionais integrantes da ESF, bem como a organização da oferta de serviços de saúde bucal acontece sem conexão com a saúde geral (CHAVES, 2016).

As UOM (Unidades Odontológicas Móveis), possibilitam a oferta de serviços odontológicos às populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, localizados predominantemente nas áreas rurais. Esse tipo de serviço atualmente é de uso exclusivo dos profissionais de saúde bucal que compõem as ESF (BRASIL, 2022b).

Em relação à média complexidade o Programa Brasil Sorridente, conta com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a alta complexidade representa a assistência

hospitalar. No terceiro nível de atenção a PNSB, por meio da Portaria GM nº 1.032/2010 possibilitou a realização de procedimentos odontológicos para pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral ou sedação. Esse procedimento permite que o CD emita um laudo de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para realização de procedimentos em âmbito hospitalar. A alta complexidade representa a assistência hospitalar (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2022b).

2.6 Políticas voltadas aos portadores de diabetes

Nos últimos anos, observa-se uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e materno-infantis e um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e das mortes por causas externas. O DM é um importante problema de saúde pública e vem sendo um desafio para o SUS, com prevalência alta no Brasil, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares que é a principal causa de mortalidade no país (MAIA; COSTA; SILVA, 2017; BORGES, 2017). Além da mortalidade, as morbidades causadas pelo DM diminuem a qualidade de vida e autoestima desses pacientes (SILVA, 2010).

O governo brasileiro preocupa-se com o avanço das DCNT. O Ministério da Saúde (MS) prioriza ações de prevenção e manejo do DM, inclusive como ação programática na ESF (BORGES, 2017).

Publicou-se em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, (BRASIL, 2002). O objetivo do Plano foi estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção a esses agravos, por meio da qualificação dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação dessas pessoas às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento (BORGES, 2017). O Plano advertia sobre a necessidade da oferta de exames complementares para identificação de alterações metabólicas e lesões em órgãos-alvo; e a importância do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência para o acompanhamento dos casos que demandassem atenção especializada ou hospitalar e ainda relatava que a equipe deveria ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, de um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde. Todos atuando de forma integrada (BRASIL, 2002; BORGES, 2017). Em relação à assistência odontológica, nesse Plano observamos

uma breve citação, referindo-se a possibilidade de inclusão do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional da ESF:

A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionista, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção do DM e da HA (BRASIL, 2002, p. 87).

O “Caderno de Atenção Básica nº 16 - Diabetes” foi publicado em 2006, dirigido aos profissionais de saúde, sobretudo às equipes de saúde da família, com o objetivo de instrumentalizar tecnicamente os profissionais de saúde para a prevenção e o tratamento do DM e indicar as responsabilidades e os limites da atenção no âmbito da AB (BRASIL, 2006b; BORGES, 2017). Um tópico desse caderno se refere a saúde bucal, de forma muito sucinta, citando somente a Doença Periodontal como a complicação mais comum do DM e os possíveis tratamentos para essa doença. Na composição das equipes, além do cirurgião-dentista o documento inclui o técnico de saúde bucal e o auxiliar de consultório dentário, isso na dependência da modalidade implantada⁶ (BRASIL, 2006b).

Um documento voltado para atenção às doenças crônicas não transmissíveis foi lançado em 2008, chamado “Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis”; o objetivo foi sensibilizar e subsidiar gestores e trabalhadores do sistema de saúde frente ao compromisso com o desenvolvimento de estratégias setoriais e intersetoriais para o cuidado integral das doenças crônicas não transmissíveis, a fim de reduzir a morbimortalidade dessas doenças (BRASIL, 2008b). Ainda com o mesmo objetivo, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT. Na lógica das Redes de Atenção à Saúde, foi necessário reorganizar a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (CONASS, 2012).

Em 2013, o MS publicou dois documentos importantes: “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” e o “Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias

⁶ Existem atualmente duas composições de equipes de Saúde Bucal - eSB: modalidade I, composta por cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal; e modalidade II, composta por cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2004) (<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/atencaobasica>).

para o enfrentamento das doenças crônicas – diabetes”. Esse último documento com recomendações a respeito dos critérios de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e controle do diabetes, prevenção e manejo de complicações agudas e crônicas, além de tratar da importância do cuidado multiprofissional na AB (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Quanto à assistência odontológica, no Caderno de Atenção Básica nº 36, observa-se uma importância maior do que os documentos anteriores, contendo um capítulo sobre saúde bucal e diabetes. Descreve várias manifestações bucais relacionadas com a doença e cita que há evidências de que o manejo adequado das infecções periodontais nas pessoas com DM sem controle glicêmico pode restabelecer valores normais da glicemia. Sendo assim, recomenda que esses usuários sejam encaminhados para avaliação e cuidado odontológico, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose (BRASIL, 2013b).

O MS, por meio da Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, tendo seus princípios, objetivos gerais e específicos. Entre alguns de seus princípios estão: 1) acesso e acolhimento em todos os pontos de atenção; 2) humanização da atenção centrado no usuário; e 3) modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais. Entre os seus objetivos, destacam-se: 1) realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção; e 2) fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014).

Por intermédio da Lei nº 13.895 de 30 de outubro de 2019, se institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética. Como diretrizes dessa Lei, além da universalidade, integralidade, equidade, entre outras, é dada ênfase as ações coletivas e preventivas, a promoção da saúde e da qualidade de vida, e a multidisciplinaridade e ao trabalho intersetorial em equipe. Da mesma forma, a referida Lei ressalta a importância dos processos de formação e educação continuada tanto de profissionais como de pacientes,

familiares e cuidadores, com vistas ao melhor controle da enfermidade e à prevenção de complicações (BRASIL, 2019).

2.7 Equipe Multiprofissional no cuidado ao portador de diabetes

Peduzzi (2001), diferenciou em seu trabalho dois conceitos de equipe multiprofissional: um que é o de equipe agrupamento de profissionais, caracterizado pela fragmentação e o outro que é o de equipe integração de trabalhos, na qual há articulação das situações de trabalho, objetivando a integralidade das ações de saúde, sendo que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções.

As ações integradas em saúde podem ter terminologias distintas, (multiprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar, grupos de apoio e outras) para ações semelhantes. A literatura expõe a diferenciação entre os termos, no entanto, deve-se analisar o grau de integração entre os profissionais e as práticas, indo além dos termos que se adota. Tavares, Matos e Gonçalves (2005), relatam que para alguns autores o que importa são ações integradas para a organização da assistência à saúde, independente do termo adotado (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005).

Os autores (2005, p. 2), na obra, conceituam disciplina como: “Uma categoria organizadora do conhecimento científico, que institui a divisão e a especialização do trabalho, conota rigor na atuação e continuidade ou perseverança no enfrentamento de problemas.”

Na tentativa de superar a fragmentação, surgiram várias formas de sistematização da ciência e de organização dos campos de prática profissional. Tavares, Matos e Gonçalves (2005), na mesma obra, adotam a seguinte classificação para as organizações dos campos de prática profissional:

Multidisciplinaridade - agregação de duas ou mais áreas do conhecimento para examinar um mesmo tema sob pontos de vista distintos, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. Funciona com a justaposição de disciplinas de um único nível, sem cooperação sistemática entre os diversos campos. Quando existente coordenação é de ordem administrativa e externa ao campo técnico-científico.

Pluridisciplinaridade - forma onde a justaposição permanece, em função de uma mesma área temática, com um mesmo nível de hierarquia. Já se processam as relações entre as várias disciplinas, com algum grau de cooperação, numa perspectiva de complementaridade e com objetivos

comuns, mas sem ocorrer coordenação de ações nem qualquer pretensão de criar uma axiomática comum, entendendo a palavra “axiomática” como uma premissa imediatamente evidente que se admite como universalmente verdadeira sem exigência de demonstração [...] dela se podem deduzir as proposições de uma teoria ou de um sistema lógico ou matemático.

Interdisciplinaridade - implica numa axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas. As relações são em um nível hierárquico superior ocupado por uma delas, geralmente por referência à sua temática comum, que atua como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares e como coordenadora do campo disciplinar. Há reciprocidade, enriquecimento mútuo e tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos.

Transdisciplinaridade - integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. É baseada em um sistema com vários níveis e com objetivos diversificados. Há tendência à horizontalização das relações de poder sendo assegurada a coordenação por referência a uma finalidade comum. Implica na criação de um campo novo que desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem.

O diabetes é uma doença multicausal e que tem como determinantes de saúde: índice de desenvolvimento humano em dado território, fatores genéticos, problemas afetivos, hábitos de vida, sedentarismo, estresse e padrão alimentar inadequado. Isso a torna uma doença complexa, que exige o trabalho de uma equipe multiprofissional, o que pode favorecer um diagnóstico precoce e acompanhamento do usuário com a referida doença (FAGUNDES, 2014; HIRATA, 2017). Assim, a equipe multiprofissional que se torna importante para proporcionar o cuidado integral a esses pacientes, como está preconizado pela legislação brasileira, especificamente no inciso II do artigo 2º da Lei nº 13.895 de 30 de outubro de 2019.

A orientação e prevenção do DM é feita principalmente em unidades básicas de saúde (UBS), por equipe multiprofissional composta por nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas e educadores em saúde, dentro de um programa da atenção primária à saúde (FERREIRA *et al.*, 2018).

2.8 Atenção odontológica ao portador de diabetes e o trabalho multidisciplinar

Os pacientes diabéticos não controlados podem apresentar uma série de manifestações bucais. Como já dito anteriormente, a doença periodontal é considerada pela OMS como a sexta maior complicação crônica do distúrbio metabólico e encontra-se presente em cerca de 75% dos casos (TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

Existem evidências científicas que relacionam a doença periodontal como um empecilho para se obter um adequado controle metabólico no diabético e o seu tratamento reduz as necessidades de administração de insulina por esses pacientes. Dessa forma, é fundamental que os indivíduos diabéticos tenham acesso facilitado ao cuidado odontológico e que o cirurgião-dentista participe da equipe multiprofissional que cuida desses pacientes (TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011; SOUZA *et al.*, 2016). Isso está preconizado nos Cadernos de atenção Básica nº 16 e nº 36 (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2013b).

Tendo o SUS adotado o modelo de ESF que estrutura as ações no nível primário com implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas, em 2001 houve a inserção das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017; BRASIL, 2022b).

É importante que haja um trabalho integrado entre a equipe de Saúde Bucal com toda equipe de AB para possibilitar uma atenção adequada às pessoas, contribuindo para a manutenção de sua saúde e bem-estar. Para isso, é importante que o cirurgião-dentista esteja atualizado em relação ao distúrbio metabólico, suas consequências e sobre as necessidades dos portadores de DM (TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011; BRASIL, 2013b).

A equipe de saúde tem a responsabilidade de compartilhar conhecimentos educativos sobre os riscos de complicações bucais nas pessoas com DM, bem como orientar sobre comportamentos adequados que podem reduzir os riscos de perda dentária, doença periodontal e patologias nos tecidos moles (BRASIL, 2013b).

Os médicos e enfermeiros que fazem parte da equipe devem ser capazes de suspeitar da doença periodontal e encaminhar os pacientes diabéticos para o cirurgião-dentista (BRASIL, 2013b).

Com a introdução da Política de Saúde Bucal em 2004, houve a expansão e criação dos serviços odontológicos, reorientação do modelo assistencial, iniciando a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2018).

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, propõe que a adequação do processo de trabalho ocorra por meio da interdisciplinariedade e multiprofissionalismo. A eSB não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Além de suas funções específicas, a equipe

deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. Os profissionais de saúde bucal devem ser e se sentir parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004).

As políticas de saúde orientam que a participação do cirurgião-dentista ocorra nos três níveis de atenção à saúde da população. A importância do CD clínico na equipe hospitalar já foi comprovada ao relacionar a saúde sistêmica e cavidade oral dos pacientes internados por diversos motivos, entre elas as doenças crônicas. Porém, a presença desse profissional nesse lócus ainda precisa ser melhor contemplada pelas ações da PNSB (ROCHA; FERREIRA, 2014; FERREIRA FILHO *et al.*, 2021).

As doenças sistêmicas podem ser agravadas devido a problemas bucais preexistentes mesmo sem que haja queixa dos pacientes. Por esse motivo, a atuação do cirurgião-dentista em hospitais é significativa no que se refere a evolução do estado físico do paciente acamado. Em alguns casos, como nos portadores de diabetes, o quadro de saúde é agravado quando não há um tratamento para a doença severa periodontal, com consequência no atraso do tratamento, estendendo o tempo de permanência no hospital (FERREIRA FILHO *et al.*, 2021).

A atenção integral ao paciente diabético, garantindo o atendimento em todos os níveis, bem como a integração dos profissionais dentro da própria unidade de saúde, são fatores essenciais para contemplar a integralidade das ações em saúde no atendimento ao indivíduo com DM (SILVA *et al.*, 2010).

3 DISCUSSÃO

A saúde é um direito de todos e deve ser garantida pelo Estado em todo o território brasileiro. Princípios e diretrizes orientam as ações e serviços públicos e privados de saúde que integram o Sistema Único de Saúde e aportam políticas públicas visando a manutenção da saúde para toda a população (BRASIL, 1990).

No século XX, tínhamos um modelo de atenção à saúde, fragmentado, no qual a especialização exagerada, levava a divisão do ser humano, dificultando a compreensão do processo saúde-doença, restringindo-o ao sistema fisiológico. Essa visão do modelo biomédico, no qual o fisiológico não é percebido como parte de um todo, torna-o incapaz de compreender a condição humana tanto na saúde como na doença. É importante a integração dos saberes e o seu desenvolvimento na prática, a fim de ofertar uma assistência de qualidade e com longitudinalidade⁷. Só dessa forma o sistema de saúde será capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, aos problemas de saúde da população (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005; HIRATA, 2017).

A fim de modificar o modelo assistencial biomédico para um modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, tentando ofertar um cuidado integral, ampliando o acesso por meio da AB, surge a ESF (SILVA, 2011; GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017). Tendo em vista uma lógica de trabalho em equipe multidisciplinar e intersetorial, a ESF tenta resolver os agravos e problemas a saúde mais frequentes de uma determinada população em um território de abrangência da equipe de saúde (BORGES, 2017). Essa equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a

⁷ O termo longitudinalidade não é usual na literatura brasileira e na internacional; tem sentido semelhante a “continuidade do cuidado”. A maioria dos autores adotam a conceituação de Starfield, em que os termos têm significados diferentes. Segundo o autor, longitudinalidade é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para várias doenças e cuidados preventivos. Enquanto “continuidade do cuidado”, não há preocupação em estabelecer uma relação terapêutica ao longo do tempo e sim em tratar uma doença específica e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente. Para o autor, a continuidade não é um elemento característico da atenção primária, nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) (<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>).

essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Ainda podem trabalhar conjuntamente à eSF as equipes multiprofissionais do Núcleo de Apoio de Saúde da Família e Atenção Básica (BORGES, 2017).

A ESF é considerada como modelo assistencial prioritário pelas Políticas Nacionais de Atenção Básica de 2006 e 2011 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011). A PNAB 2017 foi implantada, sendo justificada pelos problemas existentes e atribuídos, em parte, a PNAB 2011, mesmo com a expansão da ESF e impactos positivos sobre as internações (BORGES, 2017; MELO *et al.*, 2018).

Enquanto a ESF se expandia, em 2001 houve a inclusão das eSB na estratégia e em 2004 adotou-se um novo modelo de atenção à saúde bucal, a PNSB. O objetivo dessa política foi garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, melhorando a saúde geral e qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2022a). O modelo é organizado em “linhas do cuidado” que redireciona o processo de trabalho onde a atuação em equipe é importantes, tendo como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008a).

É importante entender que a atenção odontológica precisa ser ofertada de forma multiprofissional e interprofissional. A inclusão da eSB na ESF possibilita a reorientação do processo de trabalho, dentro dos princípios do SUS, no âmbito dos serviços de saúde (SILVA, 2011).

A fragmentação da atenção à saúde precisava ser superada, garantindo a integralidade da assistência à saúde, com qualidade e humanização. Com esse intuito, publicou-se a Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, visando estruturar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), tentando a integração sistêmica de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010). Assim, a RAS busca dar melhores condições de operacionalidade ao SUS em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica de forma a atender as condições agudas, mas sobretudo o manejo das condições crônicas de saúde da população.

Dentre as doenças crônicas, o diabetes mellitus é reconhecido como um importante problema de saúde pública e um desafio para o SUS, haja vista sua alta prevalência no Brasil. Além da mortalidade podem ocorrer doenças graves como cardiopatias, doenças renais, vasculares, entre outras, que diminuem a qualidade de

vida e autoestima desses pacientes (SILVA, 2010; MAIA; COSTA; SILVA, 2017; BORGES, 2017).

Na tentativa de conter o avanço das DCNT, o Ministério da Saúde (MS) prioriza ações de prevenção e manejo do DM, inclusive como uma ação programática na ESF (BORGES, 2017). Ademais, com intuito de melhorar a atenção aos pacientes diabéticos, o MS publicou: o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus; os Cadernos de Atenção Básica nº 16 e o nº 36; assim como os documentos “Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis” e “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Além da publicação dos documentos citados acima, o MS redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e estabeleceu diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado por níveis de governo, ao publicar a Portaria GM/MS nº 483 de 01 de abril de 2014. Com a Lei nº 13.895 de 30 de outubro de 2019, fica instituída a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética (BRASIL, 2014; BRASIL 2019).

Diante do exposto, destacamos que o cuidado e a prática em saúde ao diabético deve considerar a multicausalidade da doença, enxergando o paciente em sua individualidade para que possam responder efetivamente as complexas necessidades de saúde de indivíduos e coletividade, entendendo que essa relação não deve se restringir a ações e procedimentos meramente tecnicistas, ou seja, é necessário que o diálogo e as interações interpessoais sejam utilizados como conceitos fundamentais para os serviços de saúde (HIRATA, 2017).

O tratamento do DM tem como objetivo o controle metabólico e, conseqüentemente, a prevenção de complicações agudas e crônicas associadas à doença. Para isso, é importante atuar nos determinantes e condicionantes de saúde, como adotar uma alimentação equilibrada, realizar exercícios regularmente, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e tratamento farmacológico ou não. Qualquer que seja o objetivo terapêutico, a educação em saúde e o acompanhamento contínuo devem ser vistos como componentes integrais do cuidado (BORGES, 2017).

Uma variedade de estratégias e técnicas podem ser utilizadas para promover o desenvolvimento adequado de habilidades para facilitar o autocuidado. Após a definição do tratamento, é importante o acompanhamento periódico para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações (BORGES, 2017).

Fagundes (2014), relata que os portadores de DM devem ser acompanhados por equipe composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e educadores físicos com experiência em diabetes, porém não cita o cirurgião-dentista, apesar de políticas públicas de saúde sugerirem a inclusão do CD em equipes multiprofissionais e relatarem as manifestações bucais relacionadas com a doença (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2013b; FAGUNDES, 2014). A autora afirma que a equipe deve trabalhar em prol do controle glicêmico e mediante grupos operativos com participação do usuário, realizando atividades educativas na promoção e prevenção da doença; e fornecendo conhecimentos ao usuário para que ele possa lidar com sua patologia (FAGUNDES, 2014).

A autora relata que essa prática é capaz de criar uma aliança terapêutica entre a equipe e o paciente e permite uma maior autonomia por parte deste último, dando longevidade, reduzindo as hospitalizações e, conseqüentemente, os gastos em saúde pública por diminuir a incidência das manifestações crônicas capazes de invalidar e/ou levar o paciente a óbito. É fundamental o vínculo entre usuário, família e comunidade, pois permite conhecer o contexto em que o paciente vive, facilitando o processo de trabalho da equipe (FAGUNDES, 2014).

Um ponto a destacar é que embora o trabalho seja em grupo, a especificidade de cada profissional deve existir. O conhecimento técnico-científico desses profissionais são fundamentais para que os mesmos possam intervir no processo saúde-doença, visto que o DM tem várias complicações (FERREIRA *et al.*, 2018).

Ainda em seu trabalho, Ferreira *et al.* (2018, p.6), relatam que “é importante contextualizar as práticas ocorridas no Brasil, com a de diversos países. O cuidado com o Diabetes realizado por meio de equipe multiprofissional merece destaque”. Eles expõem o fato que na Europa, em países como Reino Unido, Holanda e Dinamarca as práticas coletivas objetivam diminuir os riscos, triagem e cuidado preventivo para evitar as complicações tardias da doença. Destacam o Canadá, em relação as suas políticas de saúde pública e intervenção sobre as doenças crônicas, pois o país apresenta 15 sistemas de saúde distintos, mas que atuam direcionados

para a prevenção e práticas multiprofissionais modernas e eficientes, sendo que um dos modelos de intervenção adotado é o “Modelo Michigan para Diabetes Tipo 2” qualidade de vida e custos. Os autores dizem que no Brasil, embora exista limitações e problemas de saúde pública como a falta de profissionais, tem-se visto empenho para melhorar a atividade das equipes multidisciplinares (FERREIRA *et al.*, 2018).

Herman *et al.* (2015) usaram o modelo de Michigan modificado e os dados do estudo ADDITION-Europe para estimar o risco absoluto de desfechos cardiovasculares na população desse estudo e assim avaliar a eficácia e custo-utilidade de estratégias alternativas para a prevenção e tratamento de diabetes tipo II. Os autores concluem que grandes benefícios podem advir tanto do diagnóstico precoce, do tratamento de rotina do diabetes como do controle de fatores de risco cardiovascular.

No Brasil, o modelo de atenção aos portadores de doença crônica foi inspirado no “Chronic Care Model”, desenvolvido pelos Estados Unidos da América (EUA), que vem sendo adotado em vários países, com resultados satisfatórios e que foi adaptado para a realidade brasileira. Esse modelo contempla as especificidades da cronicidade e das condições de vida adquiridas pelo adoecimento, os contextos relacionados e inter-relacionados nesse processo, assim como a pessoa, sua família, suas redes sociais, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão e as políticas (BRASIL, 2013a; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adotado pelo MS para o estabelecimento das políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas, como o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações, a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato (BRASIL, 2013a).

Estudos nacionais, que demonstram a eficácia do MACC, destacam uma melhor atenção à saúde das pessoas, com o emprego de novas estratégias pelos profissionais, como ações para o autocuidado, entrevista motivacional e grupo operativo, ocorrendo maior adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Essa informação coincide com as experiências de outros países que adotaram esse modelo de atenção (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Em relação a atenção à saúde de pessoas com diabetes, o trabalho de Salci, Meirelles e Silva (2017) não encontraram estudos que permitissem avaliar se o MACC vem servindo como referência para os profissionais da saúde e se o modelo, ao oferecer uma estrutura específica, promoveu mudanças no processo de atenção em saúde das pessoas com essa condição de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010, p.7) define a prática colaborativa interprofissional (PIC) como uma situação em que “vários profissionais de saúde de diferentes formações profissionais trabalham juntos aos pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para oferecer a mais alta qualidade de atendimento”. Os profissionais que compõem a equipe possuem objetivos compartilhados, clareza de papéis, comunicação e tomada de decisão compartilhada (LEE *et al.*, 2021).

O reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional de saúde para a educação do paciente diabético propiciou o desenvolvimento de inúmeros projetos e programas educativos, tanto em nível nacional quanto internacional, na tentativa de lidar com a demanda atual dos pacientes diabéticos. Temos como exemplo o Staged Diabetes Management (SDM) que é um protocolo de atendimento sistematizado ao paciente diabético na atenção primária desenvolvido pelo International Diabetes Center (IDC), em Minneapolis (USA), no ano de 1989. Esse protocolo contém um livro texto e dois guias rápidos para direcionar o atendimento ao paciente diabético pela equipe multiprofissional. Os guias rápidos são documentos baseados nas recomendações da American Diabetes Association - ADA, do National Diabetes Data Group, do International Diabetes Federation - IDF e da Organização Mundial da Saúde - OMS. Os documentos definem as bases do tratamento e os métodos para a tomada de decisão pelos profissionais em relação ao tratamento, bem como orientam a equipe multiprofissional a oferecer aos pacientes diabéticos os meios para o manejo de sua doença (LEITE *et al.*, 2001; ZANETTI *et al.*, 2006).

O SDM foi implementado em diversos países, com comprovada redução nos níveis de hemoglobina glicosilada e diminuição das complicações crônicas advindas do diabetes (LEITE *et al.*, 2001; ZANETTI *et al.*, 2006).

O Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAI) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), adotou o SDM com a finalidade de melhorar o controle metabólico, lipídico e da

pressão arterial dos pacientes atendidos nesse Centro. A experiência foi exitosa, visto que possibilitou a participação dos pacientes nas decisões quanto às modificações que se fizeram necessárias no atendimento oferecido, além de favorecer a aquisição de conhecimentos para o automanejo do diabetes. Quanto ao tratamento, obteve-se um aumento de cobertura medicamentosa para diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia. A adesão ao plano alimentar e à atividade física também aumentaram, bem como o conhecimento acerca da doença. Além disso, houve redução dos sinais e sintomas referidos pelos pacientes, como consequência da melhora do controle metabólico alcançado com a implementação do protocolo SDM (ZANETTI *et al.*, 2006).

Shen, Huang e Hsieh (2017) avaliaram em seu estudo que as práticas educativas intensas e de curto prazo, realizadas por equipes multidisciplinares, logo após o diagnóstico da DM, são capazes de favorecer resultados importantes na média da HbA1c, podendo diminuir a doença cardíaca coronária e a nefropatia. Esses resultados podem estar relacionados à menor flutuação nos níveis de glicose no sangue. O estudo foi realizado em pacientes recém-diagnosticados com DM tipo 2, que foram internados em uma enfermaria de Endocrinologia e Metabolismo de um hospital, onde receberam intervenções multidisciplinares intensivas em algum período entre janeiro de 2003 e dezembro de 2005. Os pacientes ainda não haviam participado de atividades educativas e permaneceram internados em ala de Metabolismo de 7 a 10 dias. Após a alta, todos os diabéticos inscritos participaram de um programa regular sequencial de educação em diabetes em um ambulatório base (SHEN; HUANG; HSIEH, 2017).

O estudo de Siaw e Lee (2018) relatou que pacientes com diabetes devem ser tratados de forma colaborativa dentro de uma equipe multidisciplinar de prestadores de cuidados, pois o impacto desse modelo em sua pesquisa foi positivo em várias áreas clínicas, com resultados humanísticos e econômicos. Sua pesquisa sistemática envolveu estudos controlados randomizados de vários países, com pacientes diabéticos não controlados. Nesse estudo comparou-se os resultados do grupo que teve intervenção da equipe multidisciplinar com os do grupo que teve o cuidado centrado no médico. Todos os 16 estudos dessa pesquisa avaliaram o grupo que teve a intervenção multiprofissional e desses 12 relataram uma melhora significativa na HbA1c (SIAW; LEE, 2018). Em comparação com o modelo convencional de assistência centrada no médico, iniciativas como o cuidado

colaborativo multidisciplinar têm mostrado uma redução média da HbA1c de 0,20% para 1,60%. A qualidade de vida das pessoas com diabetes sendo atendidos por uma equipe de enfermeiros e médicos aumentou significativamente enquanto se observou uma diminuição na qualidade de vida das pessoas com diabetes no modelo de atenção centrado no médico (SIAW; LEE, 2018).

A pesquisa de Lee *et al.* (2021) foi uma metanálise e revisão sistemática, uma extensão da scoping review, com uma pesquisa de literatura atualizada para 2020 que examinou o PIC comparado com os cuidados e controles usuais usando HbA1c, PAS e PAD em pacientes com diabetes e/ou hipertensão na atenção primária. O estudo foi realizado nos EUA, Brasil e Canadá. A maioria das equipes envolvia médicos como profissionais da atenção primária, e na maioria das vezes incluía profissionais de nutrição, enfermagem e farmácia. Em relação às intervenções, as equipes realizaram sessões educativas conjuntas/em grupo e tiveram visitas compartilhadas/em grupo. Como resultado, essa pesquisa concluiu que a PIC foi associada à redução de níveis de HbA1c independentemente do nível basal de HbA1c e diminuição da PAS e PAD na atenção primária de pacientes adultos com diabetes e/ou hipertensão; e que para os casos com HbA1c inicial maior ou igual a 9, o resultado foi substancial (LEE *et al.*, 2021).

É importante que a equipe multiprofissional esteja atenta as possíveis manifestações bucais do diabetes. Com o propósito de informar os profissionais de saúde sobre a relação dos problemas bucais e o controle da glicose. A Federação Internacional de Diabetes publicou em 2009 um documento intitulado “Oral health for people with diabetes”. A instituição recomenda que os profissionais realizem acompanhamento anual no sentido de saber se os pacientes portadores de diabetes têm sintomas de doença gengival (incluindo sangramento) e, quando o sistema de saúde oferece acesso, se estes frequentam regularmente um dentista para exames de saúde bucal (IDF, 2009).

No Brasil, o acesso à saúde bucal é apoiada pela PNSB, com ação nos três níveis assistenciais, organizados em Rede de Atenção à Saúde. Na atenção básica é primordial o tratamento precoce das afecções bucais, assim como o acompanhamento regular desses pacientes. Pacientes que apresentam problemas periodontais avançados devem ser referenciados para a atenção secundária praticada nos CEOs. Aos pacientes internados devido a questões médicas que apresentem manifestações bucais, a política precisa garantir assistência

odontológica clínica e/ou cirúrgica de modo a assegurar não só o atendimento integral como promover a qualidade de vida desse paciente. Portanto, não parece razoável que o CD não integre as equipes multiprofissionais de assistência primária aos pacientes crônicos onde se incluem os diabéticos.

Segundo Labolita *et al.* (2020), devido à complexidade do DM e suas manifestações na cavidade bucal, o CD deve atuar de forma ativa e integrada na equipe multidisciplinar. Os outros profissionais da saúde devem ser capazes de reconhecer essas manifestações como sinais e sintomas da doença para que possa propiciar cuidados adequados e melhores condições de vida aos pacientes portadores de DM.

Existe um consenso internacional que o diabetes pode apresentar diversas manifestações bucais, incluindo a doença periodontal. O CD, seja na atenção básica ou secundária deverá suspeitar dessa patologia ao se deparar com suas manifestações bucais. Caso o paciente ainda não tenha a doença diagnosticada, o profissional pode realizar testes clínicos bem como solicitar exames laboratoriais para apoiar sua conduta clínica (LABOLITA *et al.*, 2020).

Importante reafirmar que existe uma relação bidirecional entre o DM e a doença periodontal, sendo essa última responsável por dificultar o controle glicêmico e, conseqüentemente, favorecer complicações como as cardiovasculares. O tratamento da periodontite em pacientes diabéticos reduz o índice glicêmico, citocinas pró-inflamatórias, metaloproteinases da matriz e proteína C reativa (BILITARDO; LEITE; MELLO, 2020; LABOLITA *et al.*, 2020). Dessa forma, quanto antes for o tratamento e o acompanhamento adequado das condições bucais, melhor será para a qualidade de vida do paciente e para a eficácia e eficiência do sistema de saúde.

O estudo de Silva *et al.* (2010) analisou como estava organizado o atendimento aos indivíduos diabéticos, usuários do SUS, a partir dos dados das condições periodontais apresentadas por esse grupo, em unidades básicas de saúde (UBS) do município de Belo Horizonte (MG). Os pacientes foram entrevistados assim como os gerentes das unidades. Dos 300 pacientes analisados, 90,3% necessitava de intervenções odontológicas. As entrevistas revelaram que a participação de outros profissionais da saúde, além do médico, no atendimento a esses indivíduos é incipiente (3,4%). Apesar da presença do CD em quase todas as UBS, o acesso ao tratamento odontológico ainda era restrito. Apenas 27,3% dos

indivíduos estudados estavam sob esse tipo de tratamento na atenção básica, 3,6% na atenção especializada e apenas 38,9% haviam procurado assistência odontológica no último ano. Em relação aos gerentes, nas entrevistas esses relataram que a maioria das unidades de saúde estudadas realizavam grupos operativos para a prevenção e controle do DM (92,3%) e que a participação do CD nesses grupos foi de 33,3%. Em 73,1% das unidades, os indivíduos diabéticos não foram encaminhados para a Odontologia ou os foram em caso de alguma necessidade/dor. Em 61,5% das unidades, o paciente diabético não teve prioridade no atendimento à saúde bucal, a não ser em caso de necessidade/dor (SILVA *et al.*, 2010).

Souza *et al.*, (2016), em relação aos pacientes assistidos pela ESF no município de Anápolis (GO), observaram que os pacientes eram acompanhados no HIPERDIA, em sua maioria, somente pelo médico ou com este e o enfermeiro (73,9%, n = 116), não tiveram acompanhamento regular pelo cirurgião-dentista. Ademais os autores verificaram que os pacientes tinham pouca informação sobre a inter-relação do diabetes mellitus com as doenças periodontais (SOUZA *et al.*, 2016).

O acesso ao CD ainda é restrito e, quando existente há baixa adesão dos pacientes aos tratamentos. A maioria dos pacientes afirmam só serem atendidos quando procuram pelo tratamento. Para os autores isso sugere a precariedade na atenção primária no atendimento público a esta doença, visto que esses pacientes são acompanhados por médico e/ou enfermeiro do programa HIPERDIA que integra as ações prioritárias neste nível assistencial (SOUZA *et al.*, 2016).

Os processos de municipalização e descentralização do SUS ampliaram os serviços públicos odontológicos com a preocupação de estabelecer o atendimento integral e multidisciplinar ao paciente, porém os novos e precários vínculos empregatícios da equipe odontológica muitas vezes dificultam a permanência desses profissionais, comprometendo não só a integralidade da atenção à saúde dos pacientes como o vínculo com estes e com os outros profissionais da unidade de saúde onde atuam (LABOLITA, *et al.*, 2020).

Vila Verde *et al.* (2020), avaliaram a assistência odontológica a pacientes diabéticos na APS, propondo melhorias, de modo a viabilizar o seu cuidado longitudinal. Os autores explicitam que apesar do esclarecimento biológico sobre doenças periodontais, cárie e diabetes e a relação entre elas, ainda há dificuldade

de profissionais em saúde bucal atuarem na assistência à pacientes diabéticos na APS continuamente, evitando encaminhamentos para periodontistas e endodontistas. O estudo relata ainda que nas unidades de saúde analisadas a procura por atendimento odontológico foi somente em quadros agudos de condições bucais crônicas como cáries e periodontopatias, expondo pacientes a intervenções de maiores riscos; com possibilidade de antibioticoterapia e internação. Os autores constataram que as equipes de ESF ainda não reconhecem integralmente os riscos das doenças periodontais e sua relação com o diabetes, dificultando a adesão do paciente ao tratamento de maneira contínua, pois, o processo de educação em saúde acaba limitado ao CD. Para o sucesso no tratamento dos pacientes diabéticos, os autores consideram ser necessário que todos os profissionais da equipe compreendam a importância dos cuidados bucais (VILA VERDE *et al.*, 2020).

Uma revisão de literatura feita por Oliveira *et al.* (2020) objetivou buscar a existência de protocolos validados para o atendimento integrado médico-odontológico ao paciente DM2 que possam ser adaptados para o contexto da atenção primária em saúde pública. Essa revisão revelou informações, tais como:

- a) A literatura é limitada a respeito do assunto, tanto em âmbito nacional quanto internacional.
- b) Poucos autores investigaram o estabelecimento da relação entre a integração dos cuidados médico e odontológico para o atendimento ao paciente DM2. Seus resultados, entretanto, foram convergentes ao documentar o uso potencial da equipe de saúde bucal em diferentes pontos de atenção para o monitoramento desses pacientes. Evidenciou-se incipiente difusão dos conhecimentos acumulados ao longo de vinte anos de pesquisas da relação bidirecional entre diabetes e periodontite na área médica.
- c) Em outros estudos ficou documentada a falha na transmissão de informações referentes ao papel da saúde bucal para o controle da doença, tanto em meio aos profissionais médicos, quanto aos pacientes, sobretudo os DM2. Há uma consciência muito limitada da relação entre periodontite e efeitos adversos no diabetes entre pacientes portadores da doença e profissionais da saúde que parece um padrão internacional, que pode refletir limitações na comunicação e integração da interface entre Odontologia, serviços médicos gerais e lacunas nas formações das profissões de saúde.

Glurich, Nycz e Achary (2017 *apud* Oliveira *et al.*, 2020) traçaram um panorama a respeito do atual status da integração entre os cuidados médico-odontológico do paciente com diabetes, no âmbito da atenção primária. Para tal, os autores realizaram uma revisão dos principais documentos nacionais e internacionais considerados como referência para a tomada de decisões clínicas para o tratamento médico do paciente diabético, identificando aqueles que apresentavam alguma recomendação em relação à Odontologia. Observou-se que no Brasil, nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), não havia qualquer recomendação referente à saúde bucal. No estudo, detectaram ainda obstáculos potenciais à integração do cuidado ao paciente diabético entre as equipes de saúde médico-odontológica. Os autores ressaltam que esses obstáculos devem ser analisados de acordo com a realidade do país, considerando as peculiaridades do seu sistema de saúde e legislação.

Assim como foi observado no trabalho de Glurich, Nycz e Acharya (2017), descrevemos aqui alguns estudos internacionais em relação a atenção odontológica ao paciente diabético e a sua relação interdisciplinar.

No estudo realizado por Holzinger, Dahlendorf e Heintze (2016), na Alemanha, sobre a interação médico/cirurgião-dentista no cuidado ao paciente, fez-se um questionário com ambas as profissões. Houve uma crítica mútua, onde os médicos relataram que os CD só se preocupavam com os dentes, subestimando a saúde geral do paciente. Por sua vez, os CD muitas vezes percebiam uma falta de interesse pela saúde bucal por parte dos médicos. No entanto, as duas categorias profissionais demonstraram vontade em melhorar a comunicação a fim de alcançar melhor desempenho interprofissional. Nesse estudo, dentre as doenças crônicas, o DM2 desempenhou um papel central especialmente na visão dos cirurgiões-dentistas, enfatizando a relação entre a DP e o diabetes, relatando que os médicos deveriam encaminhar todos os pacientes diabéticos para o acompanhamento odontológico (HOLZINGER; DAHLENDORF; HEINTZE, 2016).

Na Alemanha, outra pesquisa foi realizada por Sippl, Rieger e Huettig (2017), em que descreveram os resultados de entrevistas realizadas com médicos clínicos e cirurgiões-dentistas sobre as expectativas e experiências de colaboração interprofissional. Como resultado, observou-se um déficit de conhecimento médico em relação as doenças bucais, percebidos pelos CDs, assim como destes em relação as medicações, além de expectativas divergentes sobre o escopo da

colaboração, o que dificulta a cooperação interprofissional profunda e regular entre as profissões. Esse déficit de conhecimento percebido pode estar enraizado no processo de formação tanto de cirurgiões-dentistas como médicos clínicos na Alemanha. Os autores concluem que promover a capacitação interprofissional é uma forma promissora de melhorar a cooperação entre médicos e CDs a longo prazo (SIPPLI; RIEGER; HUETTIG, 2017).

Uma pesquisa realizada na Austrália destaca o conhecimento limitado dos médicos clínicos e educadores em saúde sobre as manifestações bucais, incluindo a relação entre a saúde bucal e diabetes, o que se torna uma barreira ao abordar os cuidados de saúde bucal de pessoas com diabetes. Os médicos reconhecem a importância da saúde bucal para esses pacientes, porém as práticas atuais de treinamento em saúde bucal, avaliação de risco e atividades de referências são limitadas. Segundo Poudel *et al.* (2020), na Austrália e em todo o mundo, há uma atenção redobrada para encorajar os profissionais não cirurgião-dentista na promoção da saúde oral. Uma abordagem de cuidado em equipe é essencial para incorporar a saúde bucal nos cuidados de rotina dos portadores de DM (POUDEL *et al.*, 2020).

No estudo de Bissett *et al.* (2020), os médicos não tinham conhecimento das evidências bidirecionais que associam diabetes e periodontite, além de deficiente comunicação interprofissional entre esses profissionais e os cirurgiões-dentistas, foi o que se concluiu em um projeto qualitativo usando interação de workshops para identificar maneiras de melhorar o trabalho multidisciplinar. Nesse projeto realizado entre médicos, CDs e pacientes diabéticos do norte da Inglaterra, foi evidenciado que estes últimos não receberam informações sobre a relação entre a periodontite e o diabetes, nem pelos médicos da família, nem pelos CDs (BISSETT *et al.*, 2020).

Dubar *et al.* (2020) tiveram como objetivo de sua pesquisa avaliar o conhecimento dos médicos clínicos franceses sobre a relação da doença bucal com a doença sistêmica e esclarecer os fatores específicos que influenciam tal consciência em um esforço para melhor integrar as preocupações de saúde bucal na prestação de cuidados de saúde global. Considerou-se 253 questionários preenchidos por médicos. Destes, 75% conheciam a associação da DP com o DM. Quase a mesma porcentagem relatou nunca perguntar aos seus pacientes se eles já foram diagnosticados com DP enquanto apenas 14,23% desses médicos relataram ter contato frequente com o CD de seus pacientes. Em sua prática diária, 63,24%

dos médicos relataram realizar frequentemente um exame bucal. Dor de dente, sangramento gengival, e mobilidade dentária foram regularmente investigados por apenas 50,98%, 43,08% e 20,55% dos médicos, respectivamente. No entanto, 59,29% disseram perguntar a seus pacientes sobre seus acompanhamentos odontológicos, e 80,24% disseram que recomendam esse tipo de atendimento odontológico. Importante observar que 30,83% dos médicos relataram não ter nenhum contato com os CDs de seus pacientes. Da amostra, 52,96 % dos médicos relataram que não receberam informações sobre DP durante sua formação inicial ou pós-graduação, mesmo que 69,57% considerem seus conhecimentos sobre DP insuficientes. Da mesma forma, consideram insuficientes seus conhecimentos e compreensão sobre as inter-relações dessas patologias com doenças sistêmicas (71,15%). Apesar disso, 86,56% se interessaram em realizar atualização sobre o tema (DUBAR *et al.*, 2020).

Outro achado da pesquisa citada acima é que essa lacuna entre conhecimento, prática e atitudes é ainda mais prevalente entre os médicos mais jovens. De fato, estes parecem não realizar exames orais com tanta frequência em seus pacientes, além de quase não perguntarem sobre os sintomas periodontais e se eles são regularmente acompanhados por um CD, ao contrário dos profissionais com mais de 10 anos de formação (DUBAR *et al.*, 2020). Concluiu-se com esse estudo que a Odontologia e a Medicina comportam-se como interdependentes e complementares. Os autores consideram que o conhecimento das doenças que influenciam ambas as profissões é benéfico para todos e reforçam claramente a necessidade de desenvolver qualitativa e quantitativamente a relação entre médicos e cirurgiões-dentistas (DUBAR *et al.*, 2020).

Torna-se importante investir na capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional em relação ao conhecimento do DM e das manifestações bucais, principalmente sobre a DP, devido a sua relação com doenças sistêmicas como DM e doenças cardiovasculares. O MS oferece cursos de qualificação a CDs por intermédio do UNASUS, por exemplo o “Situações Odontológicas Comuns em Atenção Primária à Saúde”, que oportuniza a formação dos profissionais através de casos clínicos, com temas de saúde bucal de crianças, adultos, gestantes, idosos e prevenção e controle de cárie, doença periodontal, câncer bucal, doenças sistêmicas com acometimento bucal e urgências odontológicas (BRASIL, 2022c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM é uma epidemia mundial, com prevalência crescente, sendo considerada um problema de saúde pública. A doença diminui a qualidade de vida de seus portadores, podendo levar a uma série de comorbidades, incapacidade física e morte, sobrecarregando economicamente a sociedade assim como os sistemas de saúde.

Os estudos analisados neste trabalho que tratam sobre a relação multidisciplinar, envolvendo a atenção odontológica aos pacientes com DM, seja em âmbito nacional ou internacional, sugerem que essa atenção ainda é deficiente. É consensual entre os autores questões tais como: dificuldade de acesso a uma atenção odontológica regular, deficiência de conhecimento sobre a relação de ambas as patologias por parte dos profissionais (médicos e cirurgiões-dentistas), fragmentação do trabalho ainda apoiado no modelo biomédico, dificuldades de comunicação entre os membros da equipe e destes com os pacientes, além de outras que podem envolver a não permanência de profissionais em suas funções, prejudicando o vínculo profissional-usuário.

No Brasil, a ESF adotada pelo MS como modelo assistencial para atenção primária deve buscar resolutividade por meio da ampliação do acesso, da integração de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo em vista a proteção e qualidade de vida das pessoas. Para tal, a estratégia considera a atuação de equipes multidisciplinares, na qual se inclui as equipes de saúde bucal.

Por sua vez, as diretrizes da PNSB, além de apontarem para a reorganização do modelo de atenção, buscam a ampliação do acesso aos serviços odontológicos nos três níveis assistenciais, tendo como premissa o atendimento ao princípio da integralidade do SUS. Nesse contexto, a política enfatiza que as eSBs devem atuar de forma interdisciplinar e intersetorialmente, integrando-se ao processo de trabalho da ESF.

Observa-se que tanto a Política Nacional de Atenção Básica como a Política Nacional de Saúde Bucal preconizam o trabalho em equipe multidisciplinar e a integralidade da assistência. Consideramos a atenção integral e multidisciplinar fatores imprescindíveis ao processo assistencial dos portadores de DM devido à complexidade da doença e suas possíveis complicações. Entendemos como cuidado integral não só a assistência à saúde, incluído aí a saúde bucal, mas

também o direito à informação sobre sua condição patológica, assim como orientações no sentido de promover e incentivar o autocuidado.

Com o crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o MS implementou políticas e estratégias voltadas para a prevenção e manejo do DM. Observa-se em seus documentos a importância da atenção multidisciplinar à saúde dos portadores de DM, assim como das informações sobre as manifestações bucais relacionadas a doença. Fatos esses que enfatizam, portanto, a necessidade de que a atenção odontológica seja efetivamente implementada nas práticas das equipes de saúde.

Diante do exposto, consideramos que os estudos aqui revisados sugerem que a participação do CD nas equipes de cuidado dos pacientes com DM é capaz de contribuir com o controle glicêmico ao tratar das DP e outras infecções bucais, proporcionando melhorias à qualidade de vida desses pacientes.

Da mesma forma, inferimos que no Brasil as diretrizes das políticas de saúde são convergentes no que tange ao aumento do acesso, a integralidade da atenção e a integração de CD nas equipes multiprofissionais. Entretanto, o que nos parece é que mesmo com a progressão do SUS e do seu arcabouço legal e político, na prática, seus princípios orientadores ainda não foram incorporados na rotina dos serviços de saúde, principalmente no que tange a integralidade da atenção aos pacientes portadores de diabetes, haja visto a alta incidência da doença no país. Lembramos que, segundo o MS, a estimativa é que o Brasil tenha 21,5 milhões de diabéticos até 2030.

Nesse sentido, esperamos que mais estudos sobre a participação do CD e das equipes de saúde bucal no processo de atenção aos pacientes diabéticos sejam realizados no país. A PNSB pode incentivar a produção de trabalhos sobre essa temática por meio de parceria acadêmica, como o preconizado no seu eixo “transversalidade das ações”.

Sugerimos que gestores incentivem a inclusão de eSB na composição das equipes multiprofissionais que dão assistência aos pacientes diabéticos, em todos os níveis de atenção, e que invistam na capacitação dessas equipes, tal qual preconiza a Lei nº 13.895 de 30 de outubro de 2019, em seu artigo 2º incisos II e V. Importante que estimulem a elaboração de protocolos clínicos e de serviços, para que haja a oferta de atenção à saúde de qualidade aos portadores de DM.

REFERÊNCIAS

ALVANHAN, D. *et al.* *Manual de Saúde Bucal*. 1ª ed. Londrina – PR: 2009.

Secretaria Municipal de Londrina, 2009, p.268-269. Disponível em:

https://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolo_saude_bucal/protocolo_saude_bucal.pdf. Acesso em: 05/02/2022.

American Diabetes Association. *ADA 2019: o que mudou no diagnóstico de diabetes*. 2019. Disponível em:

<https://pebmed.com.br/ada-2019-o-que-mudou-no-diagnostico-de-diabetes/>. Acesso: 05/02/2022.

BILITARDO, I. O.; LEITE, B. N.; MELLO, T. R. C. A influência da saúde bucal no controle glicêmico, sob orientação interdisciplinar. *Revista de Medicina*, vol. 99, n. 3, p. 258-265, 2020. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/147886>. Acesso em: 04/09/2021.

BISSET, S. M. *et al.* A qualitative study exploring strategies to improve the inter-professional management of diabetes and periodontitis. *Primary Care Diabetes*, vol. 14, p. 126-132, 2020.

BORGES, D. B. *Avaliação das ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na Atenção Básica*. 2017. 197p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/186182> Acesso: 09/09/2021.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Acesso: 02/2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos Jurídicos. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso: 04/09/2021.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos

Jurídicos. *Lei 13.895 de 30 de outubro de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13895.htm. Acesso:

09/09/2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 03/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso: 03/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) Brasília, 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso: 13/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria e Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 16 - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus*. Brasília, 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf. Acesso:13/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica nº17 - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Saúde Bucal*. Brasília, 2008a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso: 13/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações de cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília, 2008. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doe_ncas_cronicas.pdf. Acesso: 14/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.032 de 05 de maio de 2010*. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Ministério da Saúde. Brasília, 2010a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html. Acesso 29/03/2022.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema de Legislação da Saúde. 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso: 07/10/2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso: 03/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Nota Técnica 41 de 20 de novembro de 2012*. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/02/NT-41_2012-Rede-Cronicas-final.pdf. Acesso em 14/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 07/10/2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 36*. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2013b. 160 p.. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 12/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014*. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Sistema de Legislação da Saúde. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso: 04/09/2021.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema de Legislação da Saúde. 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm.

Acesso: 03/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2018a.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

Acesso: 29/03/2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente*. Brasília, 2022a. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf.

Acesso: 23/02/2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Brasil Sorridente*. [internet]. Brasília, 2022b. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorriente/atencobasica>. Acesso: 15/02/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Brasil Sorridente*. [internet]. Brasília, 2022c. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorriente/transversalidade>. Acesso em:

07/03/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Capítulo Introdutório - *Base Conceitual do Sistema*. Estratégia e-SUS Atenção Básica. [internet]. Brasília, 2022d. Disponível em:

http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/introdutorio#_1fob9te. Acesso em

03/2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Inquéritos de Saúde*. Vigitel. [internet]. Brasília, 2022e. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/inqueritos-de-saude/vigitel>. Acesso:

03/2022.

CHAVES, S. C. L. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática* [online].

Salvador: EDUFBA, 2016, 376 p. ISBN 978-85-232-2029-7. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/5smtc/pdf/chaves-9788523220297.pdf>. Acesso em:

07/03/2022.

CUNHA, M, E.; GIOVANELLA, L.: Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*,

vol.16 (supl.1), p.1029-1042, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kciM5qB7RcPBDwK/?lang=pt>. Acesso:
09/03/2022.

DUBAR, M *et al.* Awareness and practices of general practitioners towards the oral-systemic disease relationship: A regionwide survey in France. *Journal of Evaluation in Clinical practice*, vol. 26, p. 1722-1730, 2020.

FAGUNDES, L. S. *Abordagem multidisciplinar à pacientes diabéticos e hipertensos atendidos por equipe de saúde de família em Claro dos Poções - MG*. 32f. (Trabalho de Conclusão do Curso) Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, 2014. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4574.pdf>. Acesso:
20/11/2021.

FERREIRA, D. L. *et al.* O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no Brasil em atividades de cuidado com o diabetes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, vol. (sup. 17), e91, 2018. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/91/26>. Acesso: 21/11/2021.

FERREIRA FILHO, M. J. S. *et al.* A atuação do cirurgião-dentista em equipe multiprofissional no âmbito hospitalar – revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, vol.7, n.2, p. 13126-13135, 2021. Disponível em:
<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24304/19418>. Acesso:
12/02/2022.

FRANCO, M. M. *et al.* Glycemic control and the production of cytokines in diabetic patients with chronic periodontal disease. *Revista Gaúcha de Odontologia*, vol. 65, n. 1, p. 37-43, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rqo/a/M45sXLzjWfg5R4pMChV8JZx/?format=pdf&lang=en>. Acesso: 13/10/2021.

GAMA, C. A. P.; GUIMARÃES, D. A.; ROCHA, G. N. G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei vol. 12, n. 3, p. 1-16, 2017. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300013. Acesso: 04/10/2021.

GLURICH, I.; NYCZ, G.; ACHARYA, A. Status Update on Translation of Integrated Primary Dental-Medical Care Delivery for Management of Diabetic Patients. *Clin Med Res*, vol. 15, n. 1-2, p. 21-32, 2017. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5572842/>. Acesso em 10/1/2022.

HERMAN, W. H *et al.* Early Detection and Treatment of Type 2 Diabetes Reduce Cardiovascular Morbidity and Mortality: A Simulation of the Results of the Anglo-Danish-Dutch Study of Intensive Treatment in People With Screen-Detected Diabetes in Primary Care (ADDITION-Europe). *Diabetes Care*, vol. 38, p.1449-1455, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25986661/>. Acesso em 10/1/2022.

HIRATA, P. C. *Os olhares da equipe de saúde da atenção básica: Práticas e cuidados dos usuários com diabetes mellitus*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médica - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/984921?guid=414b9a837fdadb38bcdc&returnUrl=%2fresultado%2flistar%3fguid%3d414b9a837fdadb38bcdc%26quantidadePaginas%3d1%26codigoRegistro%3d984921%23984921&i=1>. Acesso em 13/11/2021.

HOLZINGER, F.; DAHLENDORF, L.; HEINTZE, C. 'Parallel universes'? The interface between GPs and dentists in primary care: a qualitative study. *Family Practice*, vol.33, n. 5, p. 557-561, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/33/5/557/2197645?login=false>. Acesso em: 11/12/2012.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Guideline on oral health for people with diabetes*. Brussels: IDF 2009. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/83-oral-health-for-people-with-diabetes>. Acesso em: 10/03/2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Diabetes Atlas*, 10th edition, 2021. Disponível em: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF Atlas 10th Edition 2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF%20Atlas%2010th%20Edition%202021.pdf). Acesso em: 06/02/2022.

LABOLITA, K. A. *et al.* Assistência odontológica à pacientes diabéticos. Caderno de graduação. *Ciências Biológicas e de Saúde* Unit, vol. 6, n. 1, p. 89-98, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/6835/3891>. Acesso em: 12/04/2021.

LEE, J. K. *et al.* Assessment of interprofessional collaborative practices and outcomes in adults with diabetes and hypertension in primary care a systematic review and meta-analysis. *Jama net work*, vol. 4, n. 2, e2036725, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349282765_Assessment_of_Interprofessional_Collaborative_Practices_and_Outcomes_in_Adults_With_Diabetes_and_Hypertension_in_Primary_Care_A_Systematic_Review_and_Meta-analysis. Acesso em: 12/04/2021.

LEITE, S. A. O *et al.* "Enfoque multidisciplinar ao paciente diabético: Avaliação do impacto do "Staged Diabetes Management" em um sistema de saúde privado". *Arq Bras Endocrinol Metab*, vol. 45, n. 5, p. 481-486, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/f5WdLqbhqvDbrGw7Q37PWgN/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 05/12/2021.

LITTLE, W. J. *et al.* *Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido*. 7ª ed. 605 p., Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. ISBN 978-85-352-3121-2

MAIA, M. B.; COSTA, G. S.; SILVA, K. C. F. Associação entre Diabetes Mellitus e doença periodontal. *Revista Intercâmbio*, vol. X, p. 181-197, 2017. Disponível em: <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/185/196#>. Acesso: 07/10/2021.

MARQUES, J. A. M. *et al.* *Protocolo Clínico e de regulação odontológico*. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/i16prot-reg-odontologico.pdf>. Acesso: 05/02/2022.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Revista Saúde Debate*, vol. 42, n. 1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 13/02/2022.

MOROSINE, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Debate*, vol. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso: 12/02/2022.

NEVILLE, B. W. *et al.* *Patologia Oral e Maxilofacial*. Guanabara Koogan. 705p., Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, L. M. L. *et al.* Cuidado integrado do paciente periodontal diabético tipo 2 na Atenção Básica: revisão scoping. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 3, e300327, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300327>. Acesso em abril de 2021.

PEDUZZI, M.: Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, vol. 35 n. 1, p.103-9, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09/03/2022.

PITITTO, B. A.; BAHIA, L.; MELO, K. *Dados Epidemiológicos de diabetes mellitus no Brasil*. Departamento de Epidemiologia, Economia e Saúde Pública, Sociedade Brasileira de Diabetes 2018-2019. Disponível em: [https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/06/SBD-Dados-Epidemiologicos-do-Diabetes - High Fidelity.pdf](https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/06/SBD-Dados-Epidemiologicos-do-Diabetes-High-Fidelity.pdf). Acesso: 02/07/2021.

POUDEL, P. *et al.* Perceptions and practices of general practitioners on providing oral health care to people with diabetes - a qualitative study. *BMC Family Practice*, vol. 21, n. 34, 2020. Disponível em: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-020-1102-9.pdf>. Acesso em 10/2/2022.

ROCHA, A. L.; FERREIRA, E. F. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arq. Odontol.*, vol. 50, n. 4, 2014. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392014000400001. Acesso: 12/02/2022.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 25, e2882, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KqrCzL9TjgWHKKCpHZpQF4G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 16/11/2021.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. *Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus*. SES/SC 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14794-anexo-deliberacao-330-2018/file>. Acesso: 27/09/2021.

SHEN, Z. Z.; HUANG, Y. Y.; HSIEH, C. J. Early short-term intensive multidisciplinary diabetes care: A ten-year follow-up of outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 130, p. 133-141, 2017. doi: 10.1016/j.diabres.2017.05.022.

SI AW, M. Y. L.; LEE, J. Y. Multidisciplinary collaborative care in the management of patients with uncontrolled diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, vol. 73, e13288, 2019. doi: 10.1111/ijcp.13288.

SILVA, S. M. *Diabetes Mellitus tipo II: repercussão na saúde periodontal*. 2010. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Centro de

Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35999>. Acesso: 31/03/2021.

SILVA, A. M. *et al.* A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 4, p. 2197-2206, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400034>. Acesso: 12/04/2021.

SILVA, O. F. *Cuidados no atendimento odontológico aos indivíduos com Diabetes Mellitus à luz da literatura*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2011. 35f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2970.pdf>. Acesso: 31/03/2021.

SIPPLI, K.; RIEGER, M. A.; HUETTIG, F. Experiências de GPs e dentistas e expectativas de profissionais colaboração: descobertas de um estudo qualitativo na Alemanha. *BMC Health Services Research*, vol. 17, n. 179, 2017. doi:10.1186/s12913-017-2116-4.

SOUZA, C. C. *et al.* Visão do paciente sobre a relação bilateral entre o diabetes mellitus e as doenças periodontais. *Rev. Bras. de Odontologia*, vol. 73, n. 4, p. 288-292, 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722016000400006#:~:text=Um%20estudo%20recente%20realizado%20por,regulares%20apenas%20ao%20cirurg%C3%A3o%2Ddentista. Acesso: 25/11/2021.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. *Texto Contexto Enferm*, vol. 14, n. 2, p. 213-221, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Ksy5rZRwnZ3Xjqv89yYdzmm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 30/07/2021.

TERRA, B. G.; GOULART, R. R.; BAVARESCO, C. S. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. *Rev APS*, vol. 4, n. 2, p. 149-161, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14697/7860>. Acesso: 10/11/2021.

VALE, B. T. Diabetes Mellitus um problema de saúde pública. *Revista Saúde em Foco* – Edição nº 09 – Ano: 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/088_DIABETES_MELLITUS_UM_PROBLEMA_DE_SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 21/03/21.

VILA VERDE, L. H. C. *et al.* A longitudinalidade do cuidado odontológico ao paciente diabético na atenção primária em saúde: atualidades e desafios. *FAG Journal of Health*, vol. 3, p. 407-411, 2020. Disponível em:

<https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/219/200>. Acesso: 25/11/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. WHO, 2010. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=9A4A52A102E2A941D110E957E36CB6B7?sequence=1. Acesso em: 11/2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on diabetes*. Geneva: WHO, 2016.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>. Acesso em: 21/03/21.

ZANETTI *et al.* Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management: relato de experiência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 19, n. 4, p. 253-260, 2006. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/408/40819411.pdf>. Acesso: 18/11/2021.

ZIMPEL, T. B. *et al.* Diabéticos: Uma abordagem odontológica. *Revista Saúde Integrada*, vol. 10, n. 20, 2017. Disponível em:

<http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/index>. Acesso: 25/11/2021.