

A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal

The integrity of the attention in diabetics with periodontal disease

Aline Mendes Silva¹

Andréa Maria Duarte Vargas²

Efigênia Ferreira e Ferreira²

Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu²

Abstract *The aim of this study was to evaluate the periodontal conditions of individuals with diabetes and to analyze how SUS has contributed to the health attention of these people in Belo Horizonte, Minas Gerais State. For that, a sample of 300 individuals was selected and interviews with diabetics and health unit managers were conducted. From those, 55% presented gingivitis, 35.3% periodontitis and 9.7% were healthy. As for the integral attention for diabetics in SUS, it was observed that despite the fact that most of them were under medical supervision, only 27.3% were under dental treatment in basic health care units, 3.6% had specialized dental care and only 3.4% were seen by other health workers. Interdisciplinary care and attention in all levels of the system are essential factors for the integrality of health actions.*

Key words *Integrality, Periodontal disease, Diabetes mellitus, Oral health, Integral health care*

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar como está organizado o atendimento aos indivíduos com diabetes melito, usuários do SUS, a partir dos dados das condições periodontais apresentadas por este grupo, em Belo Horizonte (MG). Para tanto, uma amostra representativa de trezentos indivíduos foi selecionada para avaliação clínica e entrevista. Foram realizadas entrevistas também com os gerentes de unidades de saúde. Dos avaliados, 55% apresentaram gengivite, 35,3%, periodontite e 9,7% eram saudáveis. Em relação à integralidade da atenção ao diabético no SUS, pôde-se observar que, apesar da maioria estar sob acompanhamento médico, somente 27,3% estavam sob tratamento odontológico na rede básica, 3,6% recebiam atendimento especializado em odontologia e apenas 3,4% eram atendidos por outros profissionais da saúde. O atendimento interdisciplinar e a atenção em todos os níveis do sistema são fatores essenciais para a integralidade das ações em saúde.*
Palavras-chave *Integralidade, Doença periodontal, Diabetes melito, Saúde bucal, Atenção integral à saúde*

¹ Coordenação de Saúde Bucal, Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Rua General David Sarnoff 3.313, Inconfidentes. 32210-110 Contagem MG. mendes.silva.aline@gmail.com

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

A integralidade da atenção possui como representante histórico mais significativo a medicina integral, movimento surgido nos Estados Unidos da América em resposta à fragmentação da medicina proposta pelo modelo flexneriano, que ressaltava os aspectos biológicos do ser humano em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. A necessidade de se resgatar a percepção do todo e, assim, melhor atender às necessidades da população, desencadeou este movimento¹.

Na literatura, diversos autores procuram estabelecer definições do termo integralidade da atenção à saúde. Para Mattos¹, a integralidade poderia ser definida em três conjuntos de sentidos. O primeiro estaria relacionado à visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço. O segundo seria referente às formas de organizar as práticas e processos de trabalho em saúde, que deveriam articular as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. O terceiro estaria relacionado às políticas especiais de saúde, com o estabelecimento de integração entre os diferentes níveis de atenção e a estruturação de sistemas de referência e contrarreferência, objetivando o atendimento integral dos usuários.

A discussão sobre a integralidade da atenção no Brasil surge como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária nos anos setenta, em busca de um sistema de saúde mais justo e universal². Na década de oitenta, debates importantes foram travados no campo da Saúde Coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas¹. A integralidade aparece como um diferencial no Brasil, com a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema³.

Desde sua implantação, vários progressos têm sido alcançados no desenvolvimento da atenção básica à saúde. As unidades de saúde destinadas a prestar serviços à população experimentaram um crescimento bastante expressivo, tanto em número absoluto quanto em produção de serviços e aumento de cobertura assistencial em áreas antes desassistidas⁴. Apesar dos avanços obtidos com o SUS, seus princípios orientadores ainda não são realidade no cotidiano dos serviços de saúde⁵. Dentre seus princípios e diretrizes, talvez a integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Isto porque

a criação do SUS modificou o arranjo institucional, mas, não necessariamente, transformou as práticas dos serviços de modo a articular a prevenção e a assistência⁵. Nas unidades básicas, o trabalho tem sido organizado, tradicionalmente, de forma fracionada, em função da consolidação das corporações profissionais nos serviços, pela especialização do saber e, consequentemente, do trabalho em saúde⁶.

No contexto da integralidade, faz-se necessária uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do SUS. Neste escopo de reflexões, deve ser incluída a atenção à saúde prestada ao indivíduo com diabetes melito (DM), em vista à complexidade exigida no seu atendimento e, portanto, necessidade da integração dos profissionais que constituem as equipes de saúde das unidades básicas e especializadas do SUS. Além disto, a inserção de outros profissionais como nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, professores de educação física é fundamental para o desenvolvimento de uma ação interdisciplinar e integral na prevenção e tratamento do DM⁷. A prestação de um atendimento integral a este grupo é de suma relevância, uma vez que o DM configura um problema de saúde pública mundial e nacional - 140 milhões de pessoas afetadas em todo mundo e cinco milhões no Brasil⁷.

Com o propósito de reorganizar a rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores de DM e estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção a estes indivíduos no SUS, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM⁸. O objetivo deste plano foi garantir o diagnóstico, a vinculação do indivíduo às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde⁸. Apesar da importância das ações implementadas pelo MS, em relação à atenção à saúde dos indivíduos com DM, observa-se que as ações em saúde bucal não foram incluídas no elenco de propostas para garantir o controle e melhoria da qualidade de vida deste grupo. Destaca-se aqui a relação de risco estabelecida na literatura entre o DM e a doença periodontal⁹.

Estudos sugerem que o DM pode acelerar a destruição periodontal e que, em contrapartida, o tratamento periodontal pode reduzir as exigências de insulina e melhorar o equilíbrio meta-

bólico do indivíduo com DM. Portanto, os diabéticos precisam de tratamento e controle da doença periodontal^{9,10}. Nesta perspectiva, a participação efetiva da equipe de saúde bucal no apoio ao cuidado aos usuários que apresentam doenças crônicas como o DM aponta para uma abordagem voltada aos princípios da integralidade. Este trabalho pretende avaliar como está organizado o atendimento aos indivíduos com diabetes melito, usuários do SUS, a partir dos dados das condições periodontais apresentadas por este grupo, em Belo Horizonte.

Métodos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte¹¹.

O trabalho foi desenvolvido nas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Belo Horizonte (MG), distribuídas pelos nove distritos sanitários que compõem a divisão político-administrativa do município. Em cada distrito, foram sorteadas duas UBS para a realização da coleta de dados.

O estudo compreendeu duas etapas: na primeira, foi realizado um estudo epidemiológico em que se utilizou uma amostra representativa de indivíduos diabéticos para determinar a prevalência e gravidade da doença periodontal nesta população. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas estruturadas com estes indivíduos e com os gerentes das UBS estudadas, para conhecer a organização e rotina de atendimento dos diabéticos nas UBS.

Para o cálculo da amostra dos pacientes com DM, utilizou-se o método de estimativa de proporção populacional para a ocorrência de doenças, da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹². Considerando um nível de significância de 95%, erro de 5% e a prevalência de doença periodontal em diabéticos de 75%¹³, seria necessário avaliar 288 indivíduos. Para prevenir possíveis perdas, a pesquisa foi concluída com uma amostra final de trezentos indivíduos diabéticos, de ambos os sexos.

A partir do total de indivíduos diabéticos atendidos em cada distrito sanitário, verificado no cadastro do HIPERDIA (sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes melito em todas as unidades ambulatoriais do SUS)¹⁴,

obteve-se a proporcionalidade da amostra, por distrito. Os indivíduos participantes foram sorteados aleatoriamente entre aqueles cadastrados nas UBS até que se obtivesse um número de exames necessários a cada unidade. Considerou-se como critérios de inclusão o indivíduo diabético, dentado, inscrito no HIPERDIA/SUS/BH e com mais de trinta anos.

Para a coleta dos dados epidemiológicos, foi realizado um estudo piloto, com objetivo de realizar a calibração intraexaminador, testar os instrumentos e para treinamento do pesquisador. Os exames de calibração tiveram um intervalo de sete dias entre o primeiro e o segundo exame. Um total de 588 superfícies foram avaliadas e reavaliadas para que a concordância pudesse ser determinada. Aplicou-se o teste de concordância Kappa (K), encontrando valores considerados satisfatórios para profundidade de sondagem (0,81), perda de inserção clínica (0,91) e sangramento à sondagem (0,79).

O roteiro das entrevistas foi testado em um segundo estudo piloto, envolvendo dez usuários e o gerente de uma unidade de saúde, não incluídos no estudo principal. Alguns pequenos ajustes foram realizados no roteiro das entrevistas e na ficha clínica com objetivo de adequar melhor os instrumentos a serem utilizados no estudo principal.

Os exames clínicos foram realizados em consultório odontológico, utilizando o refletor para iluminação, seringa tríplice para secagem dos dentes, espelhos bucais, gazes e sonda periodontal tipo Willians (Hu-Friedy®), respeitando-se as normas de biossegurança¹⁵. A presença de doença periodontal foi avaliada através dos parâmetros clínicos: profundidade de sondagem, perda de inserção clínica e sangramento à sondagem. Para determinação do diagnóstico, foram considerados como gengivite os indivíduos que apresentaram pelo menos um sítio com sangramento à sondagem¹⁶ e com periodontite os indivíduos que apresentaram pelo menos um sítio com profundidade de sondagem ≥ 4 mm e perda de inserção clínica ≥ 4 mm, no mesmo sítio¹⁷.

Nas entrevistas com os diabéticos, foram coletados dados relativos ao atendimento na unidade, condições socioeconômicas e comportamentais. Nas entrevistas com os 26 gerentes das unidades estudadas, foram coletados os dados relativos à existência de grupos operativos na UBS, participação dos profissionais da saúde nos grupos, frequência de participação do dentista, encaminhamento de indivíduos com DM ao serviço odontológico, prioridade para atendimento

do paciente com DM na saúde bucal e forma de organização dos prontuários nas UBS.

Os resultados do estudo foram digitados e organizados em um banco de dados utilizando-se o *software* Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 12.0. A análise descritiva dos dados epidemiológicos baseou-se em cálculo de proporções e medidas de tendência central para as variáveis estudadas. Os resultados das entrevistas foram apresentados em percentuais e foram discutidos a partir dos sentidos de integralidade descritos por Mattos¹.

Resultados

Não se organizam políticas e serviços em saúde sem conhecer o problema que deverá ser enfrentado. Neste sentido, o estudo teve início com a descrição do perfil do paciente com DM atendido pelo SUS em Belo Horizonte. Participaram do estudo trezentos indivíduos cuja idade apresentou média de 55,3 ($\pm 10,0$), com mediana em 55 anos. Os resultados que caracterizam a amostra estudada se encontram dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra. Belo Horizonte (MG), 2006.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	120	40%
Feminino	180	60%
Idade		
30-54 anos	148	49,3%
Acima de 55 anos	152	50,7%
Estado civil		
Sem companheiro	128	42,7%
Com companheiro	172	57,3%
Renda		
Até 400 reais	150	50%
Acima de 401reais	150	50%
Escolaridade		
Superior e médio	48	16%
Fundamental e sem estudo	252	84%
Tipo de diabetes melito		
Tipo 1	86	28,7%
Tipo 2	214	71,3%
Tabagismo		
Sim	46	15,3%
Não	254	84,7%
Dentes perdidos		
Até 12 dentes	153	51%
Acima de 12 dentes	147	49%

Entre os diabéticos avaliados, 9,7% apresentaram o periodonto saudável, 55% apresentaram gengivite e 35,3%, periodontite, ou seja, 90,3% da amostra necessitava de algum tipo de intervenção.

Os dados relacionados ao atendimento odontológico e à organização do programa para diabéticos, na UBS, estão relatados nas tabelas 2 e 3, respectivamente.

Tabela 2. Distribuição da amostra quanto ao atendimento odontológico recebido na UBS. Belo Horizonte (MG), 2006.

	N	%
Atendimento pelo CD na época do estudo		
Não	218	72,7%
Sim	82	27,3%
Consultas com o dentista no último ano		
Foi ao dentista	115	38,9%
Não foi	185	61,1%
Local de atendimento		
Unidade básica de saúde	52	63,4%
Referência especializada	3	3,6%
Outros	27	33%

Tabela 3. Organização das atividades do programa para diabéticos na UBS. Belo Horizonte (MG), 2006.

	N	%
Presença de grupos operativos		
Sim	24	92,3%
Não	2	7,7%
Profissionais		
Dentista	8	33,3%
Nutricionista/psicólogo	2	8,4%
Fisioterapeuta	6	25%
Assistente social	3	12,5%
Participação do dentista		
Participação contínua	3	12,5%
Participação eventual	5	20,8%
Prontuário		
Separado	20	76,9%
Único	6	23,1%
Encaminhamento à saúde bucal		
Sim	7	26,9%
Não	5	19,2%
Eventualmente	14	53,9%
Prioridade de atendimento na saúde bucal		
Sim	10	38,5%
Não	4	15,3%
Eventualmente	12	46,2%
Total	26	100

Em relação à prioridade de atendimento ao diabético, em 61,5% das UBS, ela existe somente em caso de “necessidade” ou determinada urgência.

Discussão

A expressiva prevalência de gengivite (55%) e periodontite (35,3%) no grupo estudado já se configurava como hipótese neste estudo. A literatura tem mostrado que indivíduos diabéticos apresentam maior prevalência de doenças gengivais e periodontais^{18,23}, quando comparados à população geral. Os dados do SB-BRASIL²⁴, inquérito epidemiológico de abrangência nacional, mostram uma prevalência de gengivite na população brasileira de 9,97% em indivíduos entre 35 e 44 anos e 3,27% em indivíduos entre 65 e 74 anos. Em relação à periodontite, a prevalência de indivíduos com bolsas periodontais acima de 4mm foi de 1,34 para a faixa etária de quinze a dezoito anos, 9,98% na população de 35 a 44 anos e 6,3% nos indivíduos de 65 a 74 anos. Considerando que os critérios de exame neste estudo e no SB-BRASIL²⁴ foram os mesmos, os dados confirmam a gravidade da saúde periodontal deste grupo de diabéticos.

Outros estudos também mencionam que os portadores de diabetes apresentam percentuais mais elevados de bolsas profundas e perdas graves de inserção periodontal do que os indivíduos não diabéticos²⁵; que adultos diabéticos apresentam maior gravidade das condições periodontais quando comparados aos não diabéticos e que estes apresentam três vezes mais chance de sofrer perda de tecido periodontal de suporte^{26,27}.

Apesar desta gravidade, o exame periodontal parece não fazer parte integrante da rotina da maioria dos profissionais do serviço público ou privado. O que se observa frequentemente é uma profissão que se organizou em torno de uma patologia - a cárie dentária - e tem na prótese, que deveria ser a marca do fracasso da odontologia (resultado da perda dentária), um “totem e marco distintivo da profissão”²⁸. Procedimentos para controle e tratamento da DP vão sendo relegados a segundo plano²⁹.

Este fato é demonstrado quando, apesar do padrão epidemiológico apresentado, somente 27,3% dos diabéticos relataram estar em atendimento odontológico na UBS à época do estudo e apenas 38,9% haviam procurado o dentista no último ano. Considerando que a gengivite tem grandes chances de ser controlada, por meio de procedimentos incluídos no rol de atividades da

UBS (atenção básica), 55% dos diabéticos deveriam estar em tratamento. Entre os diabéticos examinados, 35,3% apresentaram periodontite mas somente 3,6% dos entrevistados estavam em tratamento na clínica odontológica especializada.

No entanto, todos os incluídos no estudo eram cadastrados no HIPERDIA, indicando que a grande maioria dos indivíduos diabéticos estava sendo atendida periodicamente pelos médicos das unidades.

Entre as atividades previstas pelo Ministério da Saúde⁷, encontra-se a formação de grupos operativos, sobretudo no caso de doenças crônicas como a DM, como forma de vinculação com a UBS e desenvolvimento de programas educativos para controle da doença e promoção de saúde. Através das entrevistas com os gerentes, observou-se que 92,3% das unidades realizavam trabalho com grupos voltados ao diabético. Dentre os profissionais da saúde, excetuando-se os médicos e enfermeiros, que participam efetivamente destes grupos, o dentista seria o mais presente (33,3%), sendo que 12,5% apresentavam uma participação contínua e 20,8%, uma colaboração quando solicitado. Deste modo, a participação da odontologia no atendimento ao diabético é incipiente, em todas as fases nas quais se investe no controle da doença.

Acredita-se que a participação dos dentistas nos grupos operativos melhoraria de maneira significativa a prevalência de gengivite nos diabéticos (55%). Medidas simples como a orientação e a motivação a estes indivíduos, por exemplo, representariam melhorias das condições gengivais. Para Tinoco e Tinoco²⁹, um indivíduo motivado em relação à sua saúde periodontal tem mais chances de se beneficiar das medidas de prevenção. Como o grau de motivação oscila com o passar do tempo, seria importante a presença do dentista nestes grupos, com maior frequência.

Apesar da importância do trabalho em equipe, outros profissionais são ainda menos presentes nos trabalhos dos grupos operativos. Nas entrevistas com os diabéticos, apenas 3,4% dos entrevistados relataram receber atendimento com outros profissionais, como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. Ressalte-se que estes profissionais são escassos na maioria das equipes, em Belo Horizonte.

Quanto ao encaminhamento dos diabéticos para consulta odontológica, em 73,1% das UBS, constatou-se que o indivíduo diabético não era encaminhado para tratamento na saúde bucal como rotina mas apenas em casos de “necessidade” ou urgência. O mesmo critério era adota-

do para priorizar o atendimento do diabético, em 61,5% das UBS.

Deste modo, o atendimento odontológico é completamente desvinculado do atendimento feito pela equipe do PSF (médico e enfermeiro). Os cuidados em saúde que deveriam ser planejados interdisciplinarmente têm sido realizados isoladamente, por cada profissional. Somente 23,1% das UBS trabalham com prontuário único.

Considerando a integralidade da atenção ao diabético, o primeiro sentido descrito por Mattos¹ aborda a visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço. A atitude de um profissional de saúde frente a um paciente que traz uma necessidade seria buscar conhecer todos os aspectos que envolvem a sua vida, em prol da construção de uma imagem mais ampla desse campo de necessidades, permitindo que as ações a serem definidas contemplem fatores de risco à saúde e condições outras que não relacionadas somente ao motivo da consulta¹. Dentro desta perspectiva, o ideal seria que nas UBS os profissionais envolvidos no atendimento dos usuários pudessem ter esta visão, mas, no entanto, percebe-se que na prática isto não ocorre. Os indivíduos com DM atendidos pelo médicos sequer eram encaminhados para atendimento odontológico. Isto evidencia a grande dificuldade em perceber até as necessidades de saúde dos indivíduos como um todo. Baldini *et al.*³⁰ afirmam que o fato da odontologia não estar presente desde o início do programa PSF possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados. Outro aspecto que merece ser evidenciado é que o pequeno número de psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais, na rede municipal de Belo Horizonte, pode estar comprometendo a organização de uma equipe de saúde mais efetiva e com maior clareza das necessidades globais dos usuários.

O segundo sentido da integralidade a ser considerado na análise se refere às formas de organizar as práticas e processos de trabalho em saúde¹. Os resultados encontrados mostram ainda que existe pouca integração entre os profissionais das unidades de saúde. Dentre as pessoas estudadas, a grande maioria - 218 (72,7%) - não estava sob tratamento odontológico, 61,1% não haviam sido atendidos pelo dentista, no último ano, embora 96,6% realizassem controle médico periódico. O pequeno número de indivíduos atendidos pelo dentista (27,3%) pode retratar uma falta de integração das ações médicas e odontológicas, visto que quase todas as unidades do município pos-

suem dentista. O trabalho em equipe é fundamental, uma vez que os dados relatados na literatura nacional e internacional, bem como os descritos neste estudo, apontam para uma maior prevalência e gravidade de gengivite e periodontite em indivíduos com DM quando comparados à prevalência da doença na população geral²⁴. Juntando-se a estes dados o fato da doença periodontal poder dificultar o controle da glicemia, reafirma-se a necessidade de serem revistas as práticas e processos de trabalho em saúde no sentido de enfatizar o trabalho interdisciplinar no controle da glicemia dos diabéticos.

Considerando-se o pequeno número de unidades que referenciam os indivíduos diabéticos para tratamento odontológico - 26,9% - e ainda os 73,1% das unidades que não o encaminham regularmente, pode-se supor que exista um desconhecimento da equipe de saúde sobre a necessidade de atendimento odontológico ao indivíduo com DM ou uma dificuldade de acesso ao serviço odontológico que faz com que o indivíduo seja encaminhado apenas quando apresenta um quadro de urgência. Outra questão a ser abordada é que os profissionais da saúde apresentam uma concepção compartimentalizada do conhecimento de cada área e, ainda que atuem no mesmo espaço de trabalho, a prática permanece centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, ocasionando um desencontro dos saberes³¹. Os resultados apresentados mostram que nas UBS o trabalho tem sido organizado de forma fragmentada, sem a participação efetiva e o envolvimento de outros profissionais da área da saúde, que são fundamentais ao desenvolvimento da prática profissional. A própria divisão do prontuário em médico e odontológico retrata esta segmentação. Neste estudo, apenas 23,1% das unidades de saúde da família utilizam prontuários únicos para os indivíduos. O trabalho em equipe interdisciplinar é uma potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, alicerçando a integralidade e seus dispositivos (acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade, responsabilização)³². É um caminho que deve ser almejado pelas equipes de saúde.

Em relação à integração entre os diferentes níveis de atenção, terceiro sentido da integralidade utilizado nesta análise¹, observa-se um pequeno número de diabéticos atendidos na atenção básica (27,3%) e atenção especializada (3,6%) no SUS/BH. No que concerne à atenção básica, o número encontrado - 27,3% - pode mostrar uma dificuldade da saúde bucal em responder as necessidades da população no âmbito da atenção

primária. Como a assistência odontológica pública no Brasil tem se restringido quase completamente aos serviços básicos, ainda assim, com grande demanda reprimida³³, para que o grau de resolutividade neste nível de atenção básica seja satisfatório para os diabéticos, ou seja, os casos com gengivite (55%) sejam solucionados, deve se tornar rotina a utilização adequada dos meios disponíveis de diagnóstico no exame periodontal²⁹, coordenada com procedimentos de controle e prevenção desta doença, que incluem o trabalho nos grupos operativos. É claro que a prática odontológica apresenta certas especificidades, uma vez que inclui num mesmo ato o diagnóstico e a terapêutica cirúrgica, cuja conclusão pode se arrastar por semanas ou meses. Esta característica do ato odontológico introduz um complicador a mais quando se discute acesso a serviços, que é a combinação de uma alta prevalência de doenças (e, conseqüentemente, de necessidades), com uma lógica de tratamento complexa, demorada e onerosa³².

A Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades. Até seu lançamento, em 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração e pequenas cirurgias³⁴. Dado muito semelhante ao encontrado neste estudo, em que apenas 3,6% do atendimento ao diabético era ofertado pela rede secundária. Este valor não corresponde às necessidades de atendimento dos indivíduos com DM, uma vez que estes podem ter suas condições de saúde bucal agravadas e, portanto, necessitem de atendimento especializado. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo, em conseqüência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas locais regionais de saúde³⁴. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica³⁴.

Nesse sentido, a política Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. No âmbito da assistência, estas diretrizes apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimento no nível secundário, de modo a

buscar a integralidade da atenção. Os centros de especialidades odontológicas estão preparados para oferecer à população os serviços de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais³⁴.

A organização das instituições na busca da integração dos cuidados em saúde, em todo o sistema, através da conformação de uma rede de serviços estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento, é de fundamental importância. Também a articulação entre os diferentes níveis, com a estruturação de sistemas de referência e contrarreferência que dêem conta das necessidades destes indivíduos, bem como a ação interdisciplinar, tornam-se imperiosas para seguir-se os caminhos rumo à integralidade da atenção³⁵.

Conclusões

Foi observada uma prevalência significativa de gengivite e periodontite na população de diabéticos estudada, 55% e 35,3%, respectivamente, o que torna a atenção à saúde bucal de grande importância, tanto para a melhoria das condições de saúde bucal quanto para o controle da glicemia para os indivíduos diabéticos. Em relação à rotina de atendimento do indivíduo diabético no SUS/BH, com vistas à integralidade da atenção, pôde-se observar, através das entrevistas com os diabéticos, uma participação incipiente de outros profissionais da saúde, além do médico, no atendimento a estes indivíduos (3,4%). Apesar de o dentista estar presente em quase todas as UBS, o acesso a este ainda é restrito e apenas 27,3% dos indivíduos estudados estavam sob tratamento odontológico na atenção básica, 3,6% na atenção especializada e apenas 38,9% haviam procurado o atendimento odontológico no último ano. Em relação ao desenvolvimento de grupos operativos com vistas à prevenção e controle do diabetes, pôde-se verificar, através das entrevistas com os gerentes, que a maioria das unidades de saúde estudadas realizavam estes grupos (92,3%). Em 33,3% destas, o dentista participava dos grupos, sendo sua presença vinculada geralmente ao convite da equipe. Em 73,1% das unidades, os indivíduos diabéticos não eram encaminhados para a odontologia ou o eram em caso de alguma necessidade/dor. Em 61,5% das unidades, o diabético não tinha prioridade no atendimento na saúde bucal ou a tinha em caso de necessidade/dor. Outros profissionais, como nutricionis-

tas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, participavam das atividades dos grupos em 4,2%, 25%, 4,2% e 12,5% das unidades estudadas, respectivamente. Outro aspecto relevante é que, na maioria das UBS (76,9%), o prontuário da medicina e da odontologia eram separados, o que reforça a hipótese de existir pouca integração entre os profissionais nas equipes. 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.

Colaboradores

Silva AS, Vargas AMD e Ferreira EF participaram da elaboração do artigo nas fases de concepção, delineamento, análises e redação do artigo. Abreu MHNG participou da fase de análise e interpretação dos dados.

Referências

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
2. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 45-60.
3. Sá PK. *Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói - RJ* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
4. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):509-584.
5. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20:1411-1416.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. *Cad Saude Publica* 1999; 15:345-353.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ações Programáticas e Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. [site da Internet] [acessado 2007 mar 05]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/publicacoes/miolo2002.pdf>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** [Série C. Projetos, Programas e Relatórios nº 59]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Oliver RC, Tervonen T. Diabetes: A risk factor for periodontitis in adults. *J Periodontol* 1994; 65:530-538.
10. Miller LS, Manwell MA, Newbold D, Reding ME, Rasheed A, Blodgett J, Kornman KS. The relationship between reduction in periodontal inflammation and diabetes control: a report of 9 cases. *J Periodontol* 1992; 63:843-848.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4(2):15-25.
12. Lwanga SK, Lemeshow S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: WHO; 1991.
13. Sonis ST, Fazio RC, Fang LF. Diabetes Mellito. In: Teles JCB, Moreira LC, Souza RA, organizadores. **Princípios e Prática de Medicina Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 115-127.
14. Brasil. Ministério da Saúde. **HIPERDIA: sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos** [site da Internet] [acessado 2007 mar 05]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. [Série A. Normas e Manuais Técnicos] Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing: a indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol* 1990; 17:714-721.
17. American Academy of Periodontology. Parameters of care. *J Periodontol* 2000; 71(5 Suppl):847-883.
18. Barilli ALA, Passos ADC, Marin-Neto JA, Franco LJ. Periodontal disease in patients with ischemic coronary atherosclerosis at a University Hospital. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87:695-700.
19. Khader YS, Dauod AS, El-Qaderi SS, Alkafajei A, Batayha WQ. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *J Diabetes Complications* 2006; 20:59-68.
20. Drummond-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad Saude Publica* 2007; 23: 637-644.
21. Moore PA, Weyant RJ, Mongelluzzo MB, Myers DE, Rossie K, Guggenheimer J, Block HM, Huber H, Orchard T. Type 1 diabetes mellitus and oral health assessment of periodontal disease. *J Periodontol* 1999; 70:409-417.
22. Cianciola LJ, Park BH, Bruck E, Mosovich L, Genco RJ. Prevalence of periodontal disease in insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc* 1982; 104:653-60.

23. Løe H. Periodontal disease: the sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16:329-334.
24. Brasil. Ministério da Saúde. **Projeto SB-Brasil 2003. Condições de Saúde bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. [site da Internet] [acessado 2007 mar 04]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf
25. Tomita NE, Chinellato LEM, Pernambuco RA, Lauris JRP, Franco LJ. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. *Rev. Saude Publica* 2002; 36:607-613.
26. Papapanou PN, Lindhe J. Epidemiologia da doença periodontal. In: Lindhe J, organizador. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 43-65.
27. Papapanou PN. World Workshop in Clinical Periodontics. Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol* 1996; 1:1-36.
28. Botazzo C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2003.
29. Tinoco EMB, Tinoco NMB. Diagnóstico e prevenção das doenças periodontais. In: Buischi IP, organizador. **Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/EAP-APCD; 2000. p. 101-123.
30. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21:1026-1035.
31. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
32. Mueller CD, Schur CL, Paramore LC. Access to dental care in the United States: estimates from a 1994 survey. *JADA* 1998; 129:429-437.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. [site da Internet] [acessado 2007 mar 05]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente** [site da Internet] [acessado em 2007 mar 03]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php
35. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):39-52.

Artigo apresentado em 30/11/2007

Aprovado em 12/01/2008

Versão final apresentada em 04/03/2008