

Diabetes Melito: Dificuldades de Acesso e Adesão de Pacientes ao Programa de Saúde da Família

Diabetes Mellitus: Difficulties of Access and Patient Adhesion to the Family Health Program

ROSANA ARAÚJO ROSENDO¹
CLÁUDIA HELENA SOARES DE MORAIS FREITAS²

RESUMO

Objetivo: Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de traçar e conhecer o perfil dos pacientes portadores de diabetes melito, residentes na área de abrangência da USF III, no município de Condado-PB. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, cuja coleta de dados se deu através de uma entrevista estruturada, seguida de exame clínico bucal, realizados em visitas domiciliares. No momento da pesquisa efetuou-se a aferição da pressão arterial dos entrevistados, assim como os níveis de glicemia dos mesmos. **Resultados:** Observou-se que 56% dos entrevistados apresentaram alteração na pressão arterial e 76% se encontraram, durante a coleta de dados, com sua glicemia acima dos valores considerados normais. Verificou-se que 56% foi atendido no serviço público, o principal motivo de ida ao dentista entre os idosos foi a dor de dente (44%), e que 73% dos pacientes não sentem necessidade de atendimento odontológico atualmente, o que deve estar associado ao alto nível de edentulismo (59%), assim como aos sentimentos de medo (38%), ansiedade e tensão (14%), despertados nestes pacientes, antes e durante o atendimento odontológico. Dentre as manifestações bucais encontradas nestes pacientes, podemos citar: presença de lesão de cárie (6%), de restos radiculares (9%) e de doença periodontal (20%), como também o aparecimento de lesões em comissura labial, lábio inferior e nariz. **Conclusão:** A busca pela atenção em saúde bucal pelos idosos diabéticos ocorreu principalmente em serviço público, sendo a experiência da dor o principal motivo de procura nas últimas consultas. A maioria dos entrevistados (59%) são edêntulos. A demora em procurar o serviço odontológico é decorrente de vários fatores como incapacidade física de alguns entrevistados; medo e ansiedade antes e durante o tratamento; além da presença de barreiras geográficas. A caracterização do perfil dos usuários e o conhecimento de suas necessidades contribuíram para a estruturação de um serviço que passou a incentivar a adesão ao tratamento e a manutenção da saúde bucal.

DESCRIPTORIOS

Diabetes Melito. Saúde Bucal. Saúde Pública.

SUMMARY

Objective: This study was carried out with the objective of tracing and knowing the profile of patients having diabetes mellitus who live in the coverage area of the Family Health Program III in the municipality of Condado – PB. **Material and Methods:** This is a quantitative and qualitative research, whose data collection occurred by structured interview, followed by oral clinic examinations accomplished at home visits. During this study, blood pressure of the interviewees was verified, as well as their glyceic levels. **Results:** The main results were: 56% showed alteration in blood pressure and 76% had their glyceic levels above standard values. It was verified that 56% of patients was supported by public service, and among elderly tooth pain (44%) was the chief-complaint; 73% of the patients did not feel they needed any dental care, which must be associated to the high edentulous level (59%), as well as to the feelings of fear (38%), anxiety and tension (14%), rising before and during dental treatment. Among the oral manifestations found in these patients, are: presence of decay lesions (6%), root remains (9%) and periodontal diseases (20%), as well as presence of lesions in lip commissure, lower lip and nose. **Conclusion:** The pursuit for oral health care by elderly diabetic people occurred, mainly, in public services, and the pain was the main reason for this pursuit in the last appointments. Most of the interviewed people (59%) were toothless. Delay in looking for dental services is due to several factors such as physical incapacity of some of the interviewed; fear and anxiety before and during the treatment, and also geographical barriers. The characterization of the users' profile and the knowledge about their needs have contributed to structure a service which encourage the adhesion to treatment and maintenance of oral health.

DESCRIPTORS

Diabetes Mellitus. Oral Health. Public Health.

1 ¹Professora Assistente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande/PB, Brasil

2 ²Professora Associada I de Saúde Coletiva da Universidade Federal Da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil

O diabetes melito é um problema de saúde pública que afeta grandes contingentes populacionais, sendo considerado uma pandemia em expansão global (CARVALHO *et al.*, 2003).

O diabetes melito é conceituado como uma patologia em que as concentrações de glicose plasmática encontram-se anormalmente elevadas e constantes, como resultado da deficiência absoluta ou relativa de insulina na presença do excesso absoluto ou relativo do glucagon. Tal alteração propicia uma série de alterações metabólicas, gerando uma doença multissistêmica e complicações graves (MARTINS, 2001).

A classificação atual do diabetes melito inclui quatro classes clínicas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e diabetes gestacional. A classificação é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto, os termos diabetes melito insulino-dependente e não insulino-dependente, amplamente utilizados no passado, devem ser eliminados, usando-se em substituição, a terminologia diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 (BORG, SHERWIN, 2000; CHACRA, MOISÉS, 2001; ADA, 2003).

Mudanças nos hábitos e estilos de vida no último século têm resultado em um aumento dramático na incidência mundial de diabetes; outros fatores que também se destacam no referido aumento são o envelhecimento da população, a hereditariedade e a alimentação inadequada (ZIMMET, ALBERTI, SHAW, 2001).

O número de diabéticos no mundo é de 180 milhões (OMS, 2007). O Brasil possui 5,7 milhões de diabéticos e está em 7º lugar no ranking mundial (BRASIL, 2001; CBD, 2003; FID, 2003).

Na Paraíba, segundo o Ministério da Saúde, existem 135 mil diabéticos e a grande maioria, 37,5 mil, está concentrada na cidade de João Pessoa. O estado e a capital, João Pessoa, apresentam aumento na tendência da mortalidade por diabetes na população de 40 anos e mais, semelhante ao ocorrido no Brasil e na região Nordeste (BRASIL, 2006).

O diabetes caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (BRASIL, 2001b). Este distúrbio, por sua vez, diminui a resistência dos tecidos à infecção, de forma que o paciente com diabetes não tratado ou controlado de modo inadequado apresenta, às vezes, periodontite fulminante com formação de abscessos periodontais e papilas gengivais inflamadas, dolorosas e, até mesmo, hemorrágicas (SHAFER, HINE, LEVY, 1987). Além disso, o paciente com diabetes pode desenvolver xerostomia e redução parcial do fluxo salivar, mobilidade e perda dos dentes, ardência e dor na mucosa oral, atrofia da papila lingual e aumento da incidência de cáries (CARRANZA, NEWMAN, 1997; LAUDA, SILVEIRA, GUIMARÃES, 1998).

Os sinais e sintomas do diabetes incluem fome e sede, perda de peso, infecções urinárias frequentes, grandes volumes urinários, cetoacidose, náuseas, vômitos, aterosclerose de grandes e pequenos vasos sanguíneos, insuficiência renal, diminuição brusca da acuidade visual, neuropatia generalizada, impotência sexual e úlceras em membros inferiores (LOMBA, LOMBA, 2005).

Para o diagnóstico do diabetes melito, além dos sintomas clínicos, testes laboratoriais devem ser solicitados. Os exames laboratoriais usados com maior frequência para diagnosticar o diabetes melito são: glicemia ou aferição da glicose no sangue, teste de tolerância à glicose oral – curva glicêmica – GTT oral (GREGORI, COSTA, CAMPOS, 1999). Além destes, ainda são retratados o hemo-glucoteste (glicofita) e o teste de glicose pós-prandial (LAUDA, SILVEIRA, GUIMARÃES, 1998).

Em se tratando do tratamento do diabetes, a prevenção primária (dos fatores de risco) se faz com um regime alimentar saudável e atividade física regular. A prevenção desses fatores reduz ou adia as necessidades de atenção à doença. A prevenção secundária inclui diagnóstico precoce e tratamento apropriado. Controlar a hipertensão, o colesterol e os níveis de glicemia pode reduzir substancialmente o risco de complicações e desacelerar sua progressão (OPAS, 2003).

Levando-se em consideração a perspectiva de cuidar e buscando a integralidade das ações junto a todos os grupos trabalhados, este estudo foi desenvolvido com os objetivos de traçar o perfil dos pacientes diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família III (USF III), no município de Condado – PB, e investigar as causas que dificultam ou impedem a adesão dos mesmos ao tratamento odontológico.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida no município de Condado/PB, localizado no alto sertão paraibano. O Programa de Saúde da Família começou a ser implantado neste município em novembro de 2000. Em março de 2001 já havia três equipes, incluindo a equipe de saúde bucal, de modo a dar uma cobertura de 100% do programa à população.

A área de estudo compreende a Unidade de Saúde da Família III que apresenta oito micro-áreas, sendo seis localizadas na zona rural e duas na zona urbana. Das 675 famílias cadastradas, 275 vivem na zona urbana e 370 na rural.

Trata-se de um estudo epidemiológico, não experimental e descritivo do tipo transversal de dados individuais.

O universo e a amostra desse estudo deste trabalho se constituíram de 34 pacientes portadores de diabetes melito, devidamente cadastrados na área e que, por alguma razão, não procuram o serviço odontológico da unidade.

Para a operacionalização da presente pesquisa, foi utilizado um formulário de entrevista estruturada padronizado, contendo informações dos entrevistados sobre dados de identificação, condição sócio-econômica, estado de saúde geral, acesso à unidade de saúde e ao serviço odontológico e auto-percepção em saúde bucal.

No momento da pesquisa, efetuou-se a aferição da pressão arterial e dos níveis de glicemia, através de glicosimetria, dos devidos pacientes. Para a avaliação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos, levou-se em consideração a classificação preconizada por BRASIL (2001a) que afirma que a pressão arterial é considerada ideal nos valores de PAS<120 e PAD<80; a pressão arterial normal encontra-se nos valores de PAS<130 e PAD<85; a pressão arterial está dentro dos valores limítrofes quando a PAS encontra-se entre 130 e 139 e a PAD está entre 85 e 89; a pressão arterial de grau leve apresenta a PAS de 140-159 e a PAD de 90-99; a pressão arterial em grau moderado equivale à PAS entre 160-179 e PAD entre 100-109; e a pressão arterial é considerada em estado grave quando a PAS é maior ou igual a 180 e a PAD é maior que 110.

Os dados clínicos foram obtidos através do exame intra-bucal dos pacientes, por meio de inspeção visual, utilizando-se de espátula de madeira, estando o paciente sentado, sob iluminação natural. Este exame foi dirigido à avaliação da cavidade bucal quanto à presença/ausência de elementos dentários, gengivite, periodontite e possíveis manifestações de lesões bucais.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva obedecendo a sequência das perguntas. Os resultados das questões fechadas foram analisados de forma estatística, sendo apresentados em forma de tabelas e figuras; enquanto os resultados das questões abertas foram discutidos com o uso de literatura pertinente.

Foram observadas as exigências éticas e científicas com seres humanos preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere aos princípios éticos de beneficência, respeito à dignidade humana e justiça (BRASIL, 1996).

Foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, tendo o entrevistado o direito de recusa em participar ou em retirar seu consentimento a qualquer momento ou fase da pesquisa.

O presente trabalho foi apresentado ao Comitê

de Ética do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba, obtendo parecer favorável, sob o número 0322.0.000.133-06.

RESULTADOS

Dos 34 pacientes entrevistados da pesquisa 13 (38%) são do sexo masculino e 21 (62%) são do sexo feminino. Quanto à idade, os participantes do estudo estiveram assim distribuídos: 3% de 15 a 34 anos; 18% de 35 a 49 anos; 49% de 50 a 69 anos; 24% de 70 a 89 anos e 6% acima de 90 anos.

Dos entrevistados, 47% pertencem à raça branca, 50% representam os pardos e 3% pertencem à raça negra. Em relação à distribuição por micro-áreas, 47% constituem residência na zona rural e 53% na zona urbana.

Em se tratando do grau de escolaridade, 44% dos entrevistados não têm instrução, 38% realizaram o ensino fundamental incompleto, 6% concluíram o ensino fundamental, 9% concluíram o ensino médio e 3% têm o ensino superior incompleto. Esses dados demonstram a baixa condição sócio-econômica dos pacientes com diabetes.

Com relação à renda pessoal, observou-se que 18% dos entrevistados não têm nenhuma renda, dependendo dos familiares para sobreviver; 65% responderam que recebem um salário mínimo, e 6% dos entrevistados recebe três salários mínimos ou mais.

Com relação ao uso de medicamentos para controle da glicemia e à necessidade de hospitalizações por parte dos entrevistados, evidenciam-se os resultados demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise do uso de hipoglicemiantes orais e da necessidade de hospitalização pela doença, Unidade de Saúde da Família III, Condado/PB, 2006.

	USO DE HIPOGLICEMIANTE ORAIS	HOSPITALIZAÇÃO PELO DIABETES MELLITUS
SIM	24 (71%)	01 (3%)
NÃO	10 (29%)	33 (97%)
TOTAL	34 (100%)	34 (100%)

Em se tratando da prática de alguma atividade física, 44% dos pacientes relataram fazer caminhada, enquanto 56% não realizam nenhum tipo de atividade física diária ou regular para favorecer o seu estado geral de saúde.

Com relação ao uso de dieta hipocalórica e de adoçante artificial por parte dos entrevistados, verificam-se os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação do uso de dieta hipocalórica e de adoçante artificial, no dia-a-dia, pelos entrevistados, Unidade de Saúde da Família III, Condado/PB, 2006.

	USO DE DIETA HIPOCALÓRICA	USO DE ADOÇANTE ARTIFICIAL
SIM	28 (82%)	31 (91%)
NÃO	06 (18%)	03 (9%)
TOTAL	34 (100%)	34 (100%)

Quando os entrevistados foram questionados se tinham dificuldade de acesso à unidade de saúde e aos serviços odontológicos, 35% deles responderam que sim e 65% relataram que não.

Com relação ao acesso ao serviço de saúde utilizado, 56% dos entrevistados afirmaram utilizar o serviço odontológico público, 26% buscaram o atendimento privado, 6% utilizaram os dois tipos de serviço e 12% procuraram o atendimento de um prático.

Na figura 1 encontra-se demonstrado o tempo de procura ao atendimento odontológico por parte dos entrevistados. Os resultados são justificados, segundo os pacientes, por fatores como: incapacidade física de alguns entrevistados; medo e ansiedade antes e durante o tratamento; presença de barreiras geográficas, que dificultam o acesso da própria equipe; e a perda de elementos dentários acentuada por parte destes pacientes.

Os motivos que levaram os pacientes diabéticos a procurar o serviço odontológico são os mais variados, estando os resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Motivo que despertou nos diabéticos o interesse/necessidade pelo atendimento odontológico, Unidade de Saúde da Família III, Condado/PB, 2006.

Motivo da Consulta com o CD	n	%
Rotina	01	3
Cavidade nos dentes	06	18
Dor de dente	15	44
Doença Periodontal	06	18
Feridas/Manchas	00	0
Mais de um desses fatores associados	04	11
Outros (medo da doença - diabetes)	02	6
TOTAL	34	100

Dentre os sentimentos despertados nos pacientes diabéticos antes e durante o tratamento odontológico encontram-se: o medo em 38% dos casos, a ansiedade e tensão em 14%, cefaléia em 6% e nervosismo em 3% dos relatos obtidos. O medo que os pacientes relataram foi de possíveis complicações como hemorragia e dificuldade de cicatrização.

No momento da coleta desses dados, foi realizada a aferição da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial diastólica (PAD) desses pacientes (Figura 2). De acordo com os valores obtidos, verificou-se que 24% dos pacientes estão com a pressão arterial sistólica menor que 120 e a pressão arterial diastólica menor que 80, valores estes considerados ideais dentro dos padrões apresentados.

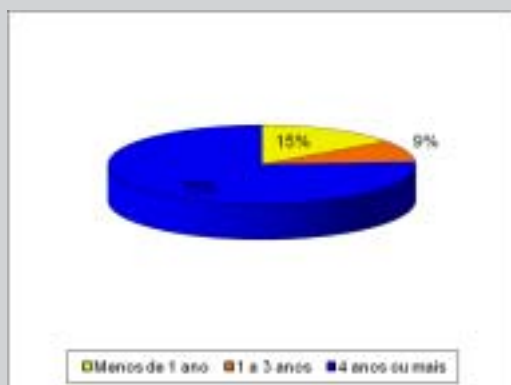


Figura 1: Tempo de visita ao cirurgião-dentista (em anos), Unidade de Saúde da Família III, Condado/PB, 2006.

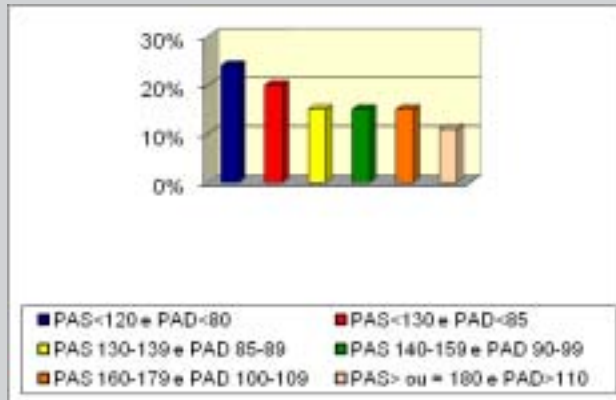


Figura 2: Descrição dos valores obtidos na pressão arterial dos pacientes diabéticos, Unidade de Saúde da Família III, Condado/PB, 2006.

Realizou-se ainda o teste de glicemia: o hemoglicoteste (glicofita), estando os pacientes em jejum (Figura 3). Segundo os valores referenciados, 76% dos pacientes se encontraram, no momento da coleta de dados, com sua glicemia acima dos valores considerados normais.

Durante o exame clínico dos pacientes, verificou-se que as manifestações bucais mais frequentes foram cárie e doença periodontal associados, seguidos da presença de restos radiculares na cavidade bucal. Além destes, foram observados o aparecimento de lesões, como: lesão de lábio inferior, lesão de nariz e lesão em comissura labial.

Na Unidade de Saúde da Família III do município de Condado-PB, verificou-se uma predominância de edêntulos totais, representados por 59% dos entrevistados.

DISCUSSÃO

De acordo com os dados da pesquisa, 79% dos

entrevistados se apresentaram com a faixa etária compreendida de 50 a 90 anos de idade. Portanto, esses valores entram em concordância com SCHNEIDER, BERND, NURKIM (1995) que afirmam que a prevalência do diabetes melito aumenta com a idade, tendo seu pico entre 65 e 74 anos.

As desigualdades sociais implicam em diferenças nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo para aqueles que apresentam maior risco social. Assim, a apropriação desigual das riquezas tem reflexos importantes no setor saúde e uma parcela importante da sociedade não tem acesso a serviços odontológicos (BARROS, BERTOLDI, 2002; MANHÃES, COSTA, 2008).

O baixo grau de escolaridade e a baixa renda pessoal, predominante nos usuários participantes dessa pesquisa, refletem diretamente as desigualdades sociais e, conseqüentemente, o desrespeito aos direitos sociais que são aqueles que atendem às necessidades básicas do ser humano como alimentação, saúde, educação, habitação, entre outros.

É importante ressaltar que alguns aspectos que

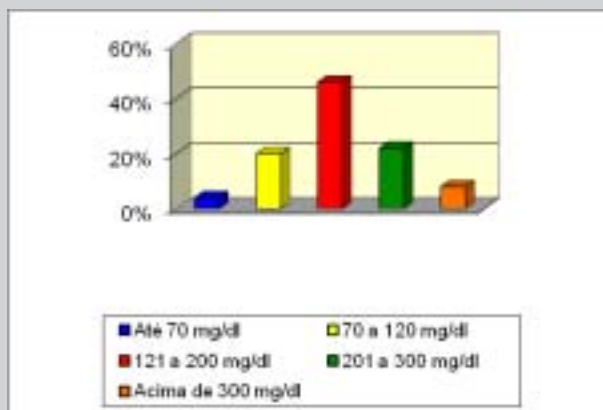


Figura 3: Análise do teste de glicemia: o hemoglicoteste (glicofita), realizado nos pacientes diabéticos, Unidade de Saúde da Família III, Condado/PB, 2006.

influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde podem estar profundamente imbricados, como a escolaridade e a renda. A baixa escolaridade esteve associada com o menor uso de serviços de saúde, uma vez que os entrevistados que relataram apresentar baixo nível de instrução escolar foram os que menos procuraram assistência odontológica. Esses valores corroboram com os dados das pesquisas desenvolvidas por NERI, SOARES (2002) e MOREIRA *et al.*, (2005).

Quando questionados quanto à dificuldade de acesso à unidade de saúde e aos serviços odontológicos, 35% dos pacientes afirmaram ter dificuldades no acesso. Abordagens sobre as desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos podem propiciar, aos formuladores de políticas públicas de atenção à saúde bucal, a informação necessária para uma reflexão sobre o acúmulo de doenças bucais não tratadas que resulta no elevado contingente de edêntulos no Brasil (MOREIRA *et al.*, 2005).

Com relação ao local de atendimento, o levantamento nacional das condições de saúde bucal da população brasileira mostrou que 40,5% da população do Brasil, na faixa etária de 65 a 74 anos, procuram o serviço odontológico público, e que 65,69% não se consulta há três anos ou mais (BRASIL, 2004). No presente estudo, evidenciou-se uma maior busca por parte dos usuários pelo serviço público, representando 56% dos entrevistados. Em se tratando do tempo de procura ao atendimento odontológico, 76% dos entrevistados relataram não procurar o serviço há 4 anos ou mais. Apesar dos esforços feitos nos últimos anos, com a implantação da política nacional de saúde a partir de 2004, para ampliação da cobertura de acesso a serviços de saúde bucal, ainda há grandes dificuldades no acesso aos serviços de saúde bucal.

Quanto ao motivo da procura ao dentista, partiu-se da premissa que, ao longo da vida, as pessoas apresentam necessidade de atendimento odontológico, por diferentes motivos (MANHÃES, COSTA, 2008). Na presente pesquisa, o principal motivo de ida ao dentista entre os idosos foi a dor de dente (44%), resultados bem próximos ao SB BRASIL 2003 para esta faixa etária (48,12%), mostrando que em sua essência o modelo de atenção à saúde bucal ainda é do tipo curativo-mutilador.

No momento da coleta dos dados, 56% dos pacientes apresentaram alteração na pressão arterial. A hipertensão arterial sistêmica faz, muitas vezes, parte da síndrome que inclui intolerância à glicose, resistência à insulina, obesidade, dislipidemia e doença arterial coronariana. A importância do controle de pressão

arterial em pacientes com Diabetes Melito foi estimada através de seu impacto na redução do índice de progressão da nefropatia hipertensiva, doenças cerebrovasculares e doença cardiovascular (ADA, 2000).

Uma das principais funções da insulina é impedir que a taxa de açúcar no sangue, a glicemia, venha a ultrapassar, após a alimentação, os valores de 160-180 mg/dl (GREGORI, COSTA, CAMPOS, 1999). A taxa de açúcar no sangue de um indivíduo normal em jejum é uma constante orgânica, variando entre 70 e 120 mg/dl. No indivíduo diabético, pela deficiência de insulina, a glicemia em jejum se encontra elevada (SCHNEIDER, BERND, NURKIM, 1995). Dos pacientes entrevistados, 76% se encontraram com sua glicemia acima dos valores considerados normais, no momento da coleta, em jejum.

No presente estudo, 44% dos pacientes relataram fazer caminhada e 82% dos mesmos faziam uso de dieta hipocalórica. Assim como a dieta, os exercícios físicos são importantes no tratamento do diabetes por que o aumento do trabalho muscular consome a glicose mais rapidamente, além de contribuir para melhores condições cardiocirculatórias (LAUDA, SILVEIRA, GUIMARÃES, 1998).

O grande desafio para os profissionais de saúde é poder atender às necessidades da clientela por meio de programas de orientação e acompanhamento, objetivando a adesão do paciente ao tratamento proposto e consequente controle da patologia (CIANCIARULLO *et al.*, 2002).

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho permitem concluir que a busca pela atenção em saúde bucal pelos idosos diabéticos ocorreu principalmente em serviço público, sendo a experiência da dor o principal motivo de procura nas últimas consultas. A demora em procurar o serviço odontológico é decorrente de vários fatores: incapacidade física de alguns entrevistados; medo e ansiedade antes e durante o tratamento; além da presença de barreiras geográficas, que dificultam o acesso da própria equipe.

O conhecimento das necessidades e dificuldades apresentadas por este grupo indica que o cirurgião-dentista deve atender o paciente diabético de uma forma holística, ter uma maior integração com a equipe de saúde e realizar procedimentos odontológicos com cautela e precaução.

A caracterização do perfil dos usuários e o conhecimento de suas necessidades contribuíram para a estruturação de um serviço que passou a incentivar a adesão ao tratamento e a manutenção da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. ADA. American Diabetes Association. Recomendações para a prática médica. XI – Nefropatia diabética. *Diabetes Clin*, 4(6):431-434, 2000.
2. ADA. American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus: follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26(11):160-167, 2003.
3. BARROS AJD, BERTOLDI AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):709-17, 2002.
4. BORG WP, SHERWIN RS. Classification of diabetes mellitus. *Advances in Internal Medicine*, 45:279-295, 2000.
5. BRASIL. Resolução N° 196 de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Informe de Atenção Básica. Diabetes. 2001 fev.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 13-15, 21-25 e 31, 2001a.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF), 73p, 2001b.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relato de situação: Paraíba. 2. ed. Brasília, DF, 2006.
11. CARRANZA FAJR, NEWMAN MG. *Periodontia Clínica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, 196-8.
12. CARVALHO LAC, CARBONI AMG, MELO WR, MAGALHÃES MHCG, ANTUNES JLF. Pacientes Portadores de Diabetes Tipo 2: Manifestações Sistêmicas e Oraís de Interesse para o Atendimento Odontológico. *RPG Revista de Pós-Graduação*, 10(1):53-58, 2003.
13. CHACRA AR, MOISÉS RCMS. Diabetes Mellito: Classificação e Diagnóstico. In: CORONHO V. *et al* (Ed). *Tratado de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, 924-926.
14. CIANCIARULLO TI, GUALDA DMR, SILVA GTR, CUNHA ICKO. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe Editorial, 2002, 319-327.
15. CONSENSO BRASILEIRO SOBRE O DIABETES 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes mellito e tratamento do diabetes mellito tipo 2. *Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro. Maio, 2003, 75p.
16. FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. *El Diabetes Atlas*. 2. ed., 2003, 56p.
17. GREGORI C, COSTAAA, CAMPOSAC. O paciente com diabetes mellito. *RPG Revista de Pós-Graduação*, 6(2):166-174, 1999.
18. LAUDA PA, SILVEIRA BL, GUIMARÃES MB. Manejo Odontológico do Paciente Diabético. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*, 2(9):81-87, 1998.
19. LOMBA M, LOMBA A. Objetivo Saúde. *Especialidades Médicas*. 2. ed., 2005, cap. 6, 142-143.
20. MANHÃES ALD, COSTA AJL. Acesso e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cad. Saúde Pública*, 4(1):207-18, 2008.
21. MARTINS DV. Metabolismo dos Carboidratos. In: CORONHO V. *et al*. (Ed). *Tratado de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, 918-923.
22. MOREIRA RS, NICO LS, TOMITA NE, RUIZ T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*, 21(6):1665-1675, 2005.
23. NERI M, SOARES W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 18 (supl.):77-87, 2002.
24. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Nota descritiva n 312. [Citado em 2007 Set 6]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>. Acesso em: 25 jul. 2005.
25. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 31 jul. 2004.
26. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. *Tratado de Patologia Bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987, cap. 12, 615-616.

27. SCHNEIDER M, BERND G, NURKIM NL. Diabetes Mellitus e suas Manifestações Bucais sobre o Periodonto: uma revisão bibliográfica. *Revista Odonto Ciência*, 10(20):89-98, 1995.
28. ZIMMET P, ALBERTI KGMM, SHAW J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 414:782-787, 2001.

Original submetido em 03/Jun/2011
Versão Final apresentada em 01/Out/2011
Aprovado em 18/Out/2011

Correspondência

Rosana Araújo Rosendo
Rua. Floriano Peixoto, 414 - Sala 10 - Centro
Patos – Paraíba - Brasil
CEP: 58.700-300

Email: cesprodonto@hotmail.com