

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

FLÁVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE SOBRE DIABETES
MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS**

**RECIFE
2019**

Flávia Inojosa Coutinho De Lima

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE SOBRE DIABETES
MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS**

**Dissertação apresentada ao Curso
Mestrado Profissional em Saúde
Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Osvaldo Cruz, para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- L732c Lima, Flávia Inojosa Coutinho de.
Conhecimentos e práticas dos profissionais da estratégia de saúde da família no município de Recife-PE sobre diabetes mellitus e doenças bucais / Flávia Inojosa Coutinho de Lima. - Recife: [s. n.], 2019.
116 p. : ilus., tab., graf.
- Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.
Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.
1. Doença Crônica. 2. Diabetes Mellitus. 3. Doenças da Boca. 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 5. Atenção básica. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Título.

CDU 614

Flávia Inojosa Coutinho de Lima

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE SOBRE DIABETES
MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde
Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Osvaldo Cruz, para a
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Aprovada:25/03/2019.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães / Fiocruz

Prof^a Dr^a Amanda Priscila de Santana Cabral Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Silvia Regina Jamelli
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos vão para as minhas amigas de turma de Mestrado, que sem o apoio delas tudo seria mais difícil. Com certeza, a melhor turma que existe.

Ao meu amigo, Joás Araújo, por estar sempre disposto a me ajudar, além de me transmitir calma e serenidade.

Agradeço a Jéssika Barbosa, pela sua colaboração que foi de extrema importância para a construção do meu trabalho, além de ter sido uma nova amizade.

A Secretaria de Saúde de Recife, por acreditar que investir no seu profissional sempre vale a pena. Em especial a Ana Sofia Costa, que tanto me incentivou a seguir esse caminho.

Para os funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, em especial Semente, que sempre se mostrou solícito a ajudar, e com sua organização e profissionalismo tornou o caminho mais tranquilo até aqui.

Para os profissionais de saúde que participaram da pesquisa, e que me receberam em seus locais de trabalho tão bem e permitiram que a pesquisa fosse realizada.

Aos meus amigos de trabalho, que me apoiaram e se sobrecarregaram nas minhas ausências.

Em especial, a minha orientadora Prof^a Dr^a Eduarda Cesse, que mesmo diante de tantos desafios pessoais e profissionais, sempre estava presente com seus ensinamentos e apoio.

A minha mais profunda gratidão, a minha família, esposo e filhos, pela compreensão pelos momentos ausentes, pelos momentos de estresses e por serem a minha base.

Aos meus pais, a quem devo minha educação e que me apoiam em todos os momentos da minha vida.

Minha gratidão a todos que permitiram com que todo esse caminho fosse percorrido com dedicação, em especial a Deus, que sem a sua permissão nada disso seria possível.

“Construímos muros demais e pontes de menos.”

Isaac Newton

LIMA, Flávia Inojosa Coutinho de. **Conhecimentos e práticas dos profissionais da estratégia de saúde da família no município de Recife-PE sobre diabetes mellitus e doenças bucais**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) se destaca como uma das principais doenças crônicas no mundo e é responsável por um número elevado de mortes prematuras e perda da qualidade de vida. Diante disso, a atenção integral ao paciente portador dessa condição é uma necessidade constante e é fundamental que os profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação tenham conhecimentos sobre as relações que envolvem o diabetes mellitus e as doenças bucais. Esse estudo tem por objetivo analisar os conhecimentos e as práticas dos profissionais de saúde da estratégia de saúde da família do município de Recife/PE em relação ao diabetes mellitus e às doenças bucais. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 35 equipes de saúde da família distribuídas nos oito Distritos Sanitários de Saúde da cidade. Os dados foram coletados através de dois instrumentos: um questionário aplicado aos profissionais das equipes sobre conhecimentos e práticas e um outro que abordou as características gerais da unidade de saúde e da equipe. Os dados foram tabulados para o cálculo de suas frequências e analisados através dos testes Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Wilcoxon para um nível de significância de 5%. A maioria das equipes entrevistadas (77,1%) informou que possuía grupo de educação em saúde para pacientes diabéticos e, apesar do cirurgião dentista participar dos grupos em 91,4% das equipes da amostra, a relação entre doenças bucais e DM não era abordada em todos os grupos. A maioria dos profissionais entrevistados afirmou saber que existe relação entre DM e doenças bucais, porém mais de 50% deles relatou não saber que as doenças bucais podem afetar o controle glicêmico do paciente diabético. Somente 19,7% dos entrevistados realizavam exame da cavidade bucal, 36,4% realizavam estratificação de risco e 41,4% acompanhavam a hemoglobina glicada dos pacientes. De forma geral, os profissionais apresentaram maior nível de conhecimento da relação entre doenças bucais e DM, porém, menor nível de prática sugerindo-se maior investimento na motivação profissional e troca de saberes visando à integralidade do cuidado do paciente diabético.

Palavras chaves: Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Doenças da Boca. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Atenção básica.

LIMA, Flávia Inojosa Coutinho de. **Knowledge and practices of professionals of the family health strategy in the municipality of Recife, Brazil, on diabetes mellitus and oral diseases.** 2019. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) stands out as one of the leading chronic diseases in the world and it is responsible for a high number of premature deaths and loss of quality of life. Therefore, the integral attention to the patient with that condition is a constant necessity and it is fundamental that the health professionals of different areas have knowledge about the relationships between DM and the oral diseases which are one of its risk factors. This study aims to verify the knowledge and practices of health professionals of the Family Health Strategy in Recife/PE in relation to DM and Oral Diseases. This is an exploratory and a descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 35 family health teams distributed in the eight Health Districts of the city. The data were collected through two instruments: a questionnaire applied to the professionals of the teams about knowledge and practices and another one that addressed the general characteristics of the health unit and the teams. Data were tabulated for the calculation of their frequencies and analyzed using the Chi-square, Kruskal-Wallis and Wilcoxon tests at a 5% significance level. Most of the interviewed teams (77.1%) reported they had a health education group for diabetic patients, and although the dentists have participated in 91.4% of the groups in the sample teams, the relationship between oral diseases and DM was not addressed in all groups. Most of the professionals interviewed knew that there is a relationship between DM and oral diseases, but more than 50% of them reported not knowing that oral diseases could affect the glycemic control of the diabetic patient. Only 19.7% of the interviewees underwent oral cavity examination, 36.4% performed risk stratification and 41.4% followed the patients' glycosylated hemoglobin. In general, the professionals presented a higher level of knowledge of the relationship between oral diseases and DM, but a lower level of practice suggesting greater investment in professional motivation and knowledge exchange aiming the integral care of diabetic patients.

Key words: Chronic diseases. Diabetes Mellitus. Oral diseases, Knowledge, Attitude and practices in health. Primary attention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das unidades de saúde da família participantes do estudo.	44
Tabela 2 - Características das EqSF participantes do estudo	45
Tabela 3 - Características das ações de saúde das EqSF participantes do estudo .	47
Tabela 4 - Distribuição do perfil pessoal e de formação do entrevistado.	49
Tabela 5 - Distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais entrevistados	51
Tabela 6 - Dificuldades referidas pelos profissionais para o pacientes manter a saúde bucal.....	53
Tabela 7 - Distribuição das práticas realizadas pelo profissional em paciente com diabetes.....	54
Tabela 8 - Distribuição das dificuldades para oferecer aconselhamentos sobre saúde bucal.....	55
Tabela 9 - Análise descritiva do escore percentual de prática e de conhecimento dos profissionais avaliados.	56
Tabela 10 - Comparação do nível de conhecimento e prática do profissional segundo a função	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Asb	Auxiliar de Saúde Bucal
AVD	Atividades de vida diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DS	Distrito Sanitário de Saúde
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
HbA1C	Hemoglobina Glicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL-6	Inteleucina – 6
MS	Ministério da Saúde
NAPI	Núcleo de Apoio às práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Programa da Academia da Cidade
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
RPA	Região Político administrativa
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TNF- α	Fator de Necrose Tumoral – α
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	19
3 PRESSUPOSTO	20
4 OBJETIVO GERAL	21
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5 REFERENCIAL TEÓRICO	22
5.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA	22
5.2 O DIABETES MELLITUS E SUA RELAÇÃO COM AS DOENÇAS BUCAIS.....	23
5.3 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE A RELAÇÃO DIABETES MELLITUS E SAÚDE BUCAL.....	31
6. MÉTODO	36
6.1 PERÍODO DO ESTUDO.....	36
6.2 LOCAL DO ESTUDO	36
6.3 UNIDADE DE ANÁLISE	38
6.4 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	38
6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE EQUIPES	40
6.5 .1 Inclusão.....	40
6.5.2 Exclusão.....	40
6.6 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS	40
6.7 COLETA DE DADOS	41
6.8 ANÁLISE DE DADOS.....	41
6.8 1 Caracterização da unidade de saúde, equipe e ações de saúde	41
6.8.2 Perfil dos profissionais avaliados, conhecimentos e práticas	42
6.8.3 Escore de conhecimentos e de práticas.....	42
6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
7 RESULTADOS	44
7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE	44

7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	45
7.3 CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DAS EqSF EM RELAÇÃO A DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS	46
7.4 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EqSF AVALIADAS.....	48
7.5 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A RELAÇÃO DIABETES MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS	50
7.6 DESCRIÇÃO DOS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DAS EqSF RELACIONADAS ÀS DOENÇAS BUCAIS EM PACIENTES DIABÉTICOS	53
7.7 ESCORES DOS CONHECIMENTOS E DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA EqSF EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS	55
8. DISCUSSÃO	58
8.1 CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADAS PARA AS DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS	58
8.1.1 Caracterização das unidades de saúde avaliadas	58
8.1.2 Caracterização das equipes de saúde da família	59
8.1.3 Caracterização das ações de saúde por equipe	61
8.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS	62
8.3 ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO DIABETES MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS.	63
8.4 DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DAS EqSF EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS BUCAIS EM PACIENTES DIABÉTICOS	65
8.5 RELAÇÃO CONHECIMENTO E PRÁTICA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE AS DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS.	67
9 CONCLUSÃO	69
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS	70

APÊNDICE B –QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS.....	81
APÊNDICE C – FORMULÁRIO PADRONIZADO	85
APÊNDICE D – QUADRO DE VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO	88
APÊNDICE E – QUADRO DE VARIÁVEIS DO FORMULÁRIO PADRONIZADO ...	92
APÊNDICE F – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	95
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	113
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE	116

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), bilhões de pessoas ao redor do mundo são afetados por doenças crônicas não transmissíveis, e em todas as fases da vida, desde a infância até a velhice. Além disso, muitas pessoas morrerão prematuramente devido a quatro tipos de doenças não transmissíveis: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Estas podem ser prevenidas, em grande medida, com políticas públicas eficientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Essas condições de saúde matam 41 milhões de pessoas a cada ano, respondendo por 71% de todas as mortes no mundo. Desse número, 15 milhões de mortes ocorrem em indivíduos com idades entre 30 e 70 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Essas condições atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. Sua ocorrência é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida (MALTA *et al.*, 2015).

Percebe-se que essas condições de saúde vêm ocasionando uma mudança no perfil demográfico, epidemiológico e de morbimortalidade da população. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008) indicou que à medida em que a idade avança, aumentam as doenças crônicas: 79,1% dos brasileiros com idade a partir dos 65 anos relatam ser portadores de um grupo de doenças crônicas (MENDES, 2012).

Diante de um movimento mundial de combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil para o período de 2011 à 2022. Tal plano foi desenvolvido para promover a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA Jr, 2013). Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e os fatores de risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Em relação ao DM, há uma epidemia mundial que corrobora com o aumento da prevalência das DCNT. A prevalência global de diabetes quase duplicou desde 1980, passando de 4,7% para 8,5% na população adulta em 2014, gerando um gasto global de bilhões dólares com custos diretos e indiretos relacionados à doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016). A pesquisa Nacional de saúde, realizada em 2013, foi a primeira pesquisa no Brasil que aponta o elevado grau de incapacidade do diabetes, 642.000 brasileiros que têm limitação intensa ou muito intensa devido à doença. Tais dados reforçam a importância das ações de prevenção da doença e promoção da saúde (MALTA *et al.*, 2015).

Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. E o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015). O número de diabéticos está aumentando e é reportado como um dos principais problemas de saúde pública do mundo em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo e da maior sobrevivência de pacientes com DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Afirma-se que o DM não se refere a uma única doença, mas a um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos fatores (SARTORELLI; FRANCO, 2003). O DM está associado às complicações micro e macrovasculares, apresentando alta morbimortalidade, o que requer cuidado, orientações e educação contínua da equipe de saúde de suporte para prevenir complicações agudas e reduzir risco de complicações crônicas (SOUZA, 2012).

Assim, é necessário que os profissionais de saúde se interessem sobre a doença no intuito de proporcionar um tratamento adequado em diferentes áreas do conhecimento (VASCONCELOS *et al.*, 2008). Melhores resultados são alcançados quando equipes multidisciplinares preparadas atuam de forma coordenada para manejar as agudizações da doença e orientar e apoiar os pacientes para lidar com suas próprias condições (BRASIL, 2013).

O diabetes é um fator de risco para outras morbidades incluindo patologias bucais: há taxas mais altas de perda dentária, periodontite e doenças dos tecidos moles orais quando comparados a pacientes não diabéticos (MOORE *et al.*, 2000).

Há alteração na microbiota bucal em pacientes com DM, portanto é necessário compreender a relação entre o microbioma bucal e a inflamação crônica causada pelo DM tipo 2 (JANEM *et al.*, 2017). Além disso, como a saúde bucal e a saúde geral são inseparáveis, há associações e vínculos entre infecções orais e doenças sistêmicas graves como o diabetes (MOORE *et al.*, 2000).

A periodontite é tida como a sexta manifestação crônica que acomete o paciente com DM, segundo a OMS. Portanto, é importante que os diabéticos sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar que inclua dentistas. Além disso, recomenda-se a implantação de programas educacionais de saúde bucal direcionados aos pacientes e aos familiares (ALVES; ANDION; MENEZES, 2009). A presença desses tipos de infecções leva à estimulação da resposta inflamatória resultando em situação de estresse o que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, dificultando o controle das taxas de glicose nos portadores de diabetes reforçando a necessidade de implementação de uma estratégia terapêutica unificada para restabelecer a saúde geral (SOORY, 2007) e evitar o comprometimento da manutenção de uma dieta saudável e do controle glicêmico adequado (AL-KHABBAZ; AL-SHAMMARI, 2011).

Portanto, o controle da doença periodontal é de suma importância para o restabelecimento da saúde geral do paciente. Em uma pesquisa realizada com um grupo de pacientes com diabetes submetidos ao tratamento periodontal não cirúrgico e outro grupo que só recebeu orientações de escovação dental adequada foi observada diminuição da Hemoglobina Glicada (HbA1C), reforçando a necessidade de educação ao paciente diabético quanto aos cuidados com a higiene bucal para o controle metabólico e o desafio inflamatório sistêmico (RAMAN *et al.*, 2014).

O reflexo de condições patológicas sistêmicas na cavidade bucal é cada vez mais pesquisado em função do enfoque multidisciplinar que ultimamente está sendo requerido (YAMASHITA *et al.*, 2013). Assim, além do conhecimento das alterações bucais ser fundamental para o diagnóstico e para atenção em saúde bucal em pacientes diabéticos (AL-KHABBAZ; AL-SHAMMARI, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2008), exige-se o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade (BRASIL, 2013).

A participação efetiva da equipe de saúde bucal (ESB) na estratégia de saúde da família (ESF) no apoio ao cuidado dos usuários que apresentam doenças crônicas aponta para uma abordagem voltada aos princípios da equidade e integralidade

(SILVA *et al.*, 2010a). A atenção à saúde prestada ao indivíduo com DM, tendo em vista a complexidade exigida no seu atendimento, requer a integração dos profissionais das equipes de saúde nas unidades básicas e especializadas do sistema único de saúde (SUS) (BRASIL, 2013). Essa integração é vista como uma possibilidade de romper com os históricos modelos de atenção ineficientes e excludentes pois a ESF tenta modificar a lógica programática dos modelos de atenção articulando as propostas da vigilância à saúde e baseando-se na integralidade para organizar a atenção através da busca ativa de famílias e mudanças no processo de trabalho (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Em relação à saúde bucal, desde 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propõe garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal aos brasileiros. No âmbito da assistência, estas diretrizes indicam a ampliação e qualificação da atenção básica (AB), possibilitando o acesso de todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimento no nível secundário e buscando a integralidade da atenção (BRASIL, 2004). Apesar dos objetivos da inserção das ESB na ESF para ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e melhorar os indicadores de saúde, além de incentivar a reorganização desta área na atenção básica (SOARES *et al.*, 2011), as ações ainda não estão totalmente de acordo com o que é proposto. O que demonstra falta de integração entre os membros da equipe causada, provavelmente, pela inclusão tardia da ESB reproduzindo práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas. A atuação da ESB na abordagem da ESF deve ir muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

Os portadores de diabetes não têm conhecimento das complicações bucais causadas pelo DM e da importância da manutenção adequada da saúde bucal para o controle glicêmico (MOORE *et al.*, 2000). Esse conhecimento limitado é devido à falta de orientação dos profissionais que os acompanham (ELDARRAT, 2011a). Por isso, as manifestações bucais devem ser de conhecimento de outros profissionais da saúde, não apenas do cirurgião dentista, para que possam atuar com interdisciplinaridade na atenção integral do paciente diabético (SILVA *et al.*, 2010a), cujo cuidado exige um conhecimento profundo de todos os profissionais de saúde que os acompanham onde diagnóstico, prescrição e manejo corretos eliminam riscos de complicações e melhoram a qualidade de vida (VASCONCELOS *et al.*, 2008). Aumentar o

conhecimento dos profissionais de saúde provavelmente melhorará sua atitude e comportamento para o manejo da doença (AL-KHABBAZ; AL-SHAMMARI, 2011).

Portanto, o trabalho em equipe tem como objetivo a redução de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007) compartilhando o planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração numa interação democrática entre diferentes atores (FEURWEKWER; SENA, 1999). Se não houver interação entre os profissionais das equipes de saúde da família, corre-se o risco de repetir a prática fragmentada, desumana e centrada no enfoque biológico individual com diferente valoração social dos diversos trabalhos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Diante do exposto, este estudo tem a finalidade de responder a seguinte pergunta: Quais os conhecimentos e as práticas dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família quanto à relação entre Doenças Bucais e Diabetes Mellitus?

2 JUSTIFICATIVA

Com o aumento constante da prevalência de pacientes diabéticos acompanhados na AB e a importância do controle do distúrbio da glicose para garantir a qualidade de vida ao paciente, se faz necessário que as equipes de saúde da família desenvolvam competências e habilidades que permitam enfrentar a epidemia de diabetes, minimizando as complicações, comprometimentos funcionais e perdas da qualidade de vida, além dos impactos para o sistema de saúde, fortalecendo um modelo que visa a integralidade da atenção e do cuidado.

Neste cenário, e diante da situação da crise no setor da saúde no Brasil, ao longo dos anos novos modelos assistenciais têm sido propostos com uma forte tendência de organizar as práticas de saúde pautadas no trabalho interdisciplinar e no acompanhamento multiprofissional da rede de AB em relação aos cuidados prestados para os pacientes portadores de DCNT. Assim, este estudo justificou-se pela importância de verificar os conhecimentos e as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Recife em relação ao diabetes mellitus e às doenças bucais para identificar concepções compartimentalizadas do conhecimento de cada área e as possíveis lacunas de trocas de saberes e integração entre os profissionais que podem fragmentar o cuidado integral ao paciente diabético.

3 PRESSUPOSTO

A maioria dos profissionais da estratégia de saúde da família não têm conhecimento sobre a relação entre saúde bucal e DM, relação essa que impacta na qualidade de vida dos pacientes;

As práticas profissionais - coletivas e individuais – na ESF voltadas para o paciente com diabetes não incorporam conhecimentos para a promoção e prevenção de doenças bucais em relação ao DM.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar os conhecimentos e as práticas dos profissionais da equipe de saúde da família sobre a relação entre doenças bucais e diabetes mellitus no município de Recife, Pernambuco.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar as ações das equipes de saúde da família voltadas para a relação entre doenças bucais e diabetes mellitus;
- b) Identificar os conhecimentos dos profissionais das equipes de saúde da família sobre a relação doenças bucais e diabetes mellitus;
- c) Descrever as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família no que se refere às doenças bucais em pacientes com diabetes;
- d) Analisar comparativamente os escores dos conhecimentos e das práticas desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde da família sobre a relação entre doenças bucais e diabetes mellitus;

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O cenário de ocorrência das DCNT no Brasil é marcado por uma transição demográfica acelerada, um efeito da combinação da redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade que resulta numa transformação da pirâmide etária da população que, em processo de envelhecimento, promove o incremento relativo das doenças crônicas (MENDES, 2012). Também está presente a situação epidemiológica de tripla carga de doenças, ou seja, com a convivência, no mesmo tempo, de uma agenda de doenças infecciosas e causas maternas e perinatais, do crescimento das causas externas e pela dominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (MENDES, 2013). A perda das funções físicas e mentais, advindas do envelhecimento da população, geram interferências na capacidade funcional e na realização das atividades de vida diária (AVD) (SILVA *et al.*, 2010b). Estas doenças podem levar a incapacidades ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde.

5.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

As DCNT produzem custos indiretos importantes e impactantes para a sociedade e o governo em função da diminuição da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos não mensuráveis como os efeitos distintos na qualidade de vida das pessoas afetadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). Dados nacionais e internacionais revelam desigualdades de escolaridade e raça em relação à presença de doenças crônicas, o que pode decorrer da associação com a falta de acesso a oportunidades sociais ao longo da vida, aumentando a vulnerabilidade desse grupo a desfechos desfavoráveis, estratégias direcionadas à diminuição dessas desigualdades podem ter impacto na redução da carga das doenças crônicas nos segmentos populacionais mais vulneráveis (FRANCISCO *et al.*, 2018).

As DCNT têm evolução lenta e apresentam multicausalidade. Esta cronicidade pode gerar um ciclo vicioso de sintomas que pode levar à perda da funcionalidade, além disso, as agudizações são possíveis e, muitas vezes, causadas por manejos

inadequados, principalmente na AB (MENDES, 2012). Assim, os episódios de emergência das doenças crônicas têm chamado a atenção para o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes da AB que ainda não estão organizadas para atenderem as necessidades da população acometida por tais condições (MEDINA *et al.*, 2014).

A criação do SUS e sua continuada e crescente estruturação viabilizaram maior acesso e controle social o que permitiu a formulação de múltiplas políticas públicas para o enfrentamento das DCNT (DUNCAN *et al.*, 2012). Internacionalmente, há um atual consenso de que a AB pautada pelo acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, legitimidade, maior efetividade e eficiência é um pilar central no enfrentamento das DCNT (BEAGLEHOLE *et al.*, 2008; DUNCAN *et al.*, 2012).

Assim, o modelo de saúde vigente no Brasil é organizado em três níveis de atenção (atenção básica, secundária e terciária) propõe um maior monitoramento do DM, contemplando a integralidade da assistência através das ações na AB (MENDES, 2012). Essa integralidade implica no compromisso com uma atenção resultante de práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional, como a equipe de saúde da família, afim de reverter o modelo biomédico (SANTOS; MIDHIMA; MERHY, 2018).

A construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que foi elaborado para a realidade e o contexto da saúde brasileira, contempla as especificidades da cronicidade e das condições de vida adquiridas pelo adoecimento, os contextos relacionados e interrelacionados 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. Esse modelo vem sendo tomado como referência pelo Ministério da Saúde brasileiro para o estabelecimento das políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas (MENDES, 2012).

No Brasil, para o Ministério da Saúde (MS), AB compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012). A grande ampliação da AB e sua instituição como estratégia para a reformulação do primeiro nível de atenção iniciou-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa

Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF foi concebida para ser o primeiro nível de atenção do sistema local de saúde e desenvolver a AB de forma integral e resolutiva, proporcionando além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Contudo, para alcançar tais objetivos é necessário que os profissionais olhem para o todo e não para as partes, ou seja, é necessário ampliar seu campo de visão sistêmica (BACKES *et al.*, 2012). Na ESF são realizadas um conjunto de ações e serviços voltados à necessidade da população dentro do seu espaço físico e social, a partir da construção e estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde responsáveis pelo território que ampliaram o seu olhar para as condições de vida da população e das condições de saúde - doença para além de uma assistência apenas curativista (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Além disso, a ESF permite otimizar o desenvolvimento do trabalho com grupos para o enfrentamento dos agravos de saúde ali identificados, fortalecendo as ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua (FARIA *et al.*, 2014; FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011; MALTA; SILVA JR, 2013). Pode-se perceber que as políticas e diretrizes de saúde pública tem se preocupado com a temática das doenças crônicas, especialmente a diabetes e hipertensão. Considerando os determinantes sociais de saúde, buscando potencializar os espaços coletivos de construção de sentidos, apostando na potencialidade das trocas de experiências e estreitamento dos vínculos (SECCO; PARABONI; ARPINI, 2017).

No que diz respeito às inovações propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as equipes da ESF, destaca-se a inserção de práticas de promoção da saúde, tanto em sua dimensão individual como coletiva, mediante a realização de ações de educação e comunicação em saúde, dirigidas ao incentivo de mudanças comportamentais e a determinados hábitos e estilos de vida de indivíduos mediante a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita às unidades de saúde (MEDINA *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado com o objetivo de avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da atenção básica às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do MACC, foram identificados múltiplos pontos de fragilidades na

assistência às pessoas com diabetes na AB, especialmente, quando analisada pelo prisma desse modelo de atenção. De acordo com o paradigma da complexidade, apareceram diversas situações que remetem a uma organização fragmentada, reducionista, contraditória e disjuntiva às políticas que a embasam. E para que esse modelo possa ser uma realidade na rede de AB e ser efetivo para a assistência ao diabetes, é imprescindível que ocorram mudanças em vários âmbitos de abrangência, incluindo um preparo mais específico, além de mudanças na estrutura da atenção em saúde, repercutindo na forma de atuação dos profissionais de saúde e gestores. (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a ESF deve ser composta por profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Além disso, o MS entende que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da saúde e nas necessidades de população das comunidades adscritas.

A ESF incluída dentro do sistema de serviços de saúde deve ser coordenada e integrada a fim de proporcionar uma atenção menos onerosa, de melhor qualidade e mais direcionada a responder aos agravos crônicos que têm prevalência crescente. Além disso, se propõem a superar a atenção fragmentada pela excessiva especialização e ainda voltada para os problemas agudos que não garante atenção integral ao paciente crônico (GIOVANELLA, 2011).

A ESF representa uma inovação mundial na política de AB. Mas a prevenção e o controle de doenças crônicas precisa ser potencializada por ações que se tornam imprescindíveis como por exemplo a atuação nos territórios entre as populações saudáveis ou de não-doentes. A prevenção de fatores de risco dessas condições crônicas através da implementação de atividades voltadas para a promoção de saúde que gerem mudanças comportamentais exige um compromisso longo e deve ser voltada para os contextos em que os indivíduos estão inseridos (MEDINA *et al.*, 2014).

A abordagem multiprofissional e interdisciplinar ao usuário é a base da estratégia, na qual cada profissional tem um olhar sobre o paciente mas, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e / ou recuperação da saúde. No caso dos hipertensos e diabéticos, esta interação é

fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF propõe uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência à população pautada na integralidade e resolutividade. Nessa perspectiva, é fundamental que a ESF entenda a sua importância no desenvolvimento de ações de prevenção e controle de agravos e na sistematização da assistência e na organização do atendimento, de modo que o paciente com diabetes tenha acesso a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou anti-diabéticos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012).

5.2 O DIABETES MELLITUS E SUA RELAÇÃO COM AS DOENÇAS BUCAIS

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e / ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. A classificação atual da doença é baseada na etiologia do diabetes e distingue: diabetes tipo 1 que resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas, acometendo principalmente crianças e jovens; e diabetes tipo 2 que resulta, em geral, de graus variados de resistência à insulina e deficiência relativa da secreção da insulina. Ainda tem-se a categoria “outros tipos de diabetes” que contém várias formas de DM decorrentes de alterações genéticas ou do uso de fármacos e o diabetes gestacional diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Por se apresentar como uma das causas mais freqüente de internação hospitalar no Brasil, o DM contribui de forma significativa (30% a 50%) para o desenvolvimentos de outras morbidades como Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, Colecistopatias, Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica. As hospitalizações ocorrem pelas descompensações agudas advindas do

controle inadequado da doença e de complicações oculares (cegueira), renais (insuficiência renal), neurológicas e vasculares (amputações de membros inferiores) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, no Brasil, 9 milhões de pessoas se autorreferiram com diabetes mellitus, número superior ao estimado de 6 milhões de adultos com a doença em 2006. Isso sugere que fatores determinantes da incidência da doença podem estar contribuindo para o aumento real da prevalência de diabetes (idade e obesidade crescentes), bem como sua detecção, com uma maior realização de diagnósticos pelos serviços de saúde. Foi verificado que dentre essas 9 milhões de pessoas, 5,5 milhões são sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto (ISER *et al.*, 2015). Dado semelhante é também encontrado em relação a condição de saúde bucal, onde as diferenças dessas condições se dão pela posição social atrelada ao nível de escolaridade (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Além das complicações mais comuns que surgem como resultado desta doença, os pacientes diabéticos que não controlam cuidadosamente seus níveis de glicose no sangue estarão em alto risco de complicações sistêmicas e orais. As manifestações crônicas mais comuns são doenças macrovasculares e incluem doenças da artéria coronária, vascular periférica e cerebrovasculares. Além disso, as complicações microvasculares se manifestam como retinopatia, neuropatia e nefropatia entre outros (ELDARRAT, 2011a).

Em uma revisão de 36 artigos publicados que associavam diabetes mellitus e doenças orais, os autores citaram as principais complicações bucais crônicas encontradas: candidíase oral, xerostomia e periodontite. Concluiu-se que o indivíduo com essa condição crônica pode apresentar durante a vida complicações agudas, que requerem tratamentos imediatos, e crônicas que necessitam de tratamento de prevenção mediante rigoroso controle e acompanhamento da doença (SANZ-SÁNCHEZ; MARTÍNEZ, 2009). Quando o paciente diabético fica descompensado por um período prolongado, as glândulas salivares podem ser afetadas resultando em xerostomia. Dessa forma a saliva em quantidade insuficiente gera acúmulos de placas e detritos em uma velocidade muito maior e isto pode ser fator de risco para o desenvolvimento da cárie dentária e doença periodontal. Além disso, a saliva que possui ação antimicrobiana, quando prejudicada sua produção, ocorre a proliferação de microrganismos como a *Candida Albicans*, ainda agravando-se tal proliferação

quando as concentrações de glicose no sangue e na saliva estão elevadas (ELDARRAT, 2011a; YAMASHITA *et al.*, 2013).

A periodontite encontra-se presente em cerca de 75% dos casos de pessoas com diabetes mellitus e pode ser considerada como uma complicação microvascular da doença. Quanto mais cedo ocorre o aparecimento do diabetes e quanto maior a duração da doença não controlada, o portador será mais suscetível a desenvolver a periodontite que se caracteriza pela inflamação dos tecidos gengivais e dos tecidos de sustentação dos dentes cujas manifestações clínicas incluem gengivas edemaciadas, dolorosas e sangrantes, halitose, mobilidade e perda dentária (BRASIL, 2013). Em um estudo realizado no município de Belo Horizonte em 2006, os pesquisadores observaram nos 300 diabéticos avaliados, uma prevalência significativa de gengivite e periodontite de 55% e 35,3% respectivamente e apenas 9,7% apresentavam periodonto saudável (SILVA *et al.*, 2010a).

Yamashita (2013) também concorda que o problema bucal mais comum e mais prevalente encontrado nos portadores de diabetes é a periodontite e aponta que vários mecanismos têm sido propostos para explicar o aumento da susceptibilidade à periodontite nesses indivíduos, como alterações na resposta imune e na microbiota subgengival, metabolismo do colágeno, vascularização e hereditariedade. E além da periodontite, a ausência do controle metabólico pode estar relacionada à presença de infecções fúngicas. Este autor também informou que a diminuição do fluxo salivar ou sensação de boca seca em portadores de diabetes foi encontrada em 64% dos estudos avaliados por ele.

Um estudo com 220 cirurgiões dentistas clínicos gerais e especialistas do Kuwait avaliou o conhecimento sobre a relação da periodontite e DM. Oitenta por cento dos profissionais estavam cientes que a inflamação gengival, sangramento gengival e reabsorção óssea são manifestações associadas ao DM. Sessenta por cento relataram que a perda de dentes relacionada ao DM é frequente devido a complicações da periodontite. Os autores concluíram que o conhecimento sobre as complicações periodontais em pacientes diabéticos é baixo entre os profissionais, podendo haver uma subestimação da gravidade do processo inflamatório, gerando conseqüências mais graves como o edentulismo parcial ou total. É necessário melhorar a interação entre os profissionais clínicos gerais e especialistas, facilitando encaminhamentos entre os profissionais, bem como o conhecimento dos profissionais

e comportamento em relação ao diagnóstico precoce, prevenção e controle do DM (AL-KHABBAZ; AL-SHAMMARI, 2011).

Segundo Giannobile *et al.* (2013), quanto mais fatores de risco (DM e tabagismo, por exemplo) para a doença periodontal o indivíduo apresentar, maior frequência de utilização de serviços odontológicos de prevenção é necessária para evitar perdas dentárias. Os pacientes com baixo risco necessitariam de apenas uma consulta preventiva anual e pacientes de alto risco, apresentando mais de um fator de risco, duas consultas anuais não seriam suficientes para evitar a perda dentária.

Portanto, percebe-se que a doença periodontal influencia diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Pessoas com diabetes que também possuem periodontite leve, moderada e avançada apresentam maiores impactos negativos na qualidade de vida do que os periodontalmente saudáveis ou com somente gengivite (DRUMOND-SANTANA *et al.*, 2007). Para prevenir a evolução da doença periodontal para formas mais agressivas, o controle glicêmico é fundamental. Há evidências de que o manejo de infecções periodontais em pacientes com diabetes mal controlada pode realmente ajudar a melhorar o controle glicêmico (LADHA; TIWANI, 2013). Tanto o tratamento periodontal não cirúrgico como a orientação de higiene bucal podem melhorar os parâmetros periodontais clínicos bem como os níveis de HbA1c (RAMAN *et al.*, 2014).

Aggarwal e Panat (2012) verificaram que pacientes que escovavam os dentes mais de duas vezes diariamente e consultavam-se com o dentista regularmente apresentavam melhores taxas de controle do DM. No entanto, indivíduos com diabetes são menos propensos a visitar o dentista do que indivíduos sem diabetes. Este achado de Chaudhari *et al.* (2012) enfatiza a necessidade de aumentar a conscientização e apoio para a atenção à saúde bucal entre os pacientes com diabetes e recomenda o desenvolvimento de programas educativos para que os pacientes tenham conhecimento dos cuidados preventivos.

A doença periodontal e o diabetes são exemplos de doenças crônicas que se interrelacionam e cuja condição sistêmica predispõe indivíduos à infecção bucal que, uma vez instalada, volta a exacerbar a doença sistêmica (KIRAN *et al.*, 2005). A possível explicação para o aumento da prevalência e gravidade da periodontite em diabetes pode ser a redução da quimiotaxia de leucócitos polimorfonucleares e defeitos de fagocitose, e a uma resposta imunológica deprimida que reduzem a

capacidade dos pacientes diabéticos de combater a infecção, incluindo a infecção periodontal (TAN; TAY; LIM, 2006).

Vários fatores podem ser responsáveis pela interrelação entre diabetes e periodontite. A infecção periodontal pode elevar o estado de inflamação sistêmica e exacerbar a resistência à insulina pois o processo inflamatório induz essa resistência. Além disso, a infecção pode induzir níveis aumentados de Interleucina-6 (IL-6) e Fator de Necrose Tumoral- α (TNF- α) que é semelhante à obesidade induzindo ou exacerbando a resistência à insulina e um agravamento do controle metabólico em pacientes diabéticos (TAN; TAY; LIM, 2006).

O controle da doença periodontal é realizado pelo tratamento periodontal não cirúrgico e pela instrução de higiene bucal (RAMAN *et al.*, 2014). A falta de conhecimento de bons hábitos de saúde bucal pode levar a um controle glicêmico deficiente e ao aparecimento de morbidades relacionadas à saúde bucal (ALVES; ANDION; MENEZES, 2009). Por o DM ser uma condição crônica exige um acompanhamento regular e sistêmico por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça os recursos necessários para que a pessoa portadora possa manejar a patologia, ou seja, manter o autocuidado necessário para evitar o agravo da doença (PETERMANN *et al.*, 2015). Sendo a educação em saúde a base para o manejo e o domínio da enfermidade (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Ações educativas voltadas para a prevenção de agravos e melhoria da qualidade de vida dos portadores de diabetes são estratégias importantes que amenizam a elevada morbimortalidade, que é duas a três vezes maior do que pacientes não-diabéticos (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013). Visando esse cuidado integral, em 2004, o MS lançou a Política Nacional Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Programa Brasil Sorridente, que tem como uma das principais linhas de ação a reorganização da atenção básica em saúde bucal através das equipes de saúde bucal da ESF.

A conservação da saúde bucal é de fundamental importância no cuidado dos pacientes com DM e isto é papel de toda equipe de AB que deve desenvolver ações integradas com a equipe de Saúde Bucal para possibilitar atenção integral para a manutenção da saúde e bem-estar (BRASIL, 2006). No entanto, apesar dos avanços referentes ao conhecimento sobre o Diabetes, este ainda aparece como um dos grandes problemas de saúde pública no último século tanto no Brasil como no mundo (SILVA *et al.*, 2010b).

5.3 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE A RELAÇÃO DIABETES MELLITUS E SAÚDE BUCAL

A despeito da alarmante prevalência global de diabetes mellitus, pouca informação é disponibilizada sobre a relação entre DM e doenças bucais. Em uma pesquisa realizada que objetivou avaliar os conhecimentos, opiniões e comportamentos dos profissionais de saúde que acompanham pacientes portadores de diabetes sobre a relação diabetes e doenças bucais, foi verificado que os profissionais não foram orientados academicamente sobre o tema. Fato que compromete os encaminhamentos realizados e orientações fornecidas aos pacientes (LOPES *et al.*, 2012). A literatura sugere que para promover saúde bucal adequada e reduzir o risco de doenças bucais, os profissionais de saúde precisam assumir a responsabilidade compartilhando informações sobre as manifestações orais do DM e suas complicações para a saúde bucal e geral quando não tratado (ELDARRAT, 2011b).

Reconhecer a existência da interrelação entre condições sistêmicas e doenças bucais implica dizer que os profissionais de odontologia devem se voltar para práticas e conhecimentos que não apenas estejam relacionados à cavidade bucal, e considerar que as condições sistêmicas do paciente podem interferir e modificar intervenções preventivas ou terapêuticas (WEIDLICH *et al.*, 2008).

Considerando a integralidade da atenção ao diabético, a atitude de um profissional de saúde frente a um paciente 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 à doença (SILVA *et al.*, 2010a). Porém os trabalhadores têm uma concepção compartimentalizada do conhecimento de cada área, o que serve de justificativa para a fragmentação do corpo. Assim, ainda que compartilhem o mesmo espaço de trabalho, a prática permanece centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador ocasionando um desencontro dos saberes (SANTOS; ASSIS, 2006). Lopes *et al.* (2012) observaram que enfermeiros e nutricionistas que acompanhavam pacientes diabéticos até tinham o conhecimento quanto à relação das doenças bucais e a DM, porém não sabiam realizar as recomendações adequadas aos pacientes indicando a necessidade de receberem treinamento específico em saúde bucal.

A discussão da prática em saúde coletiva vem construindo um caminho para que os trabalhadores se envolvam no processo de construção da integralidade. Eles precisam refletir criticamente sobre seu processo de trabalho, viabilizando estratégias para o reconhecimento de suas práticas integrais e uma abertura à educação permanente ofertando, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação, sempre buscando uma articulação entre políticas de educação e saúde (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Dentre as várias dimensões de integralidade, a que se refere ao cuidado depende da redefinição de práticas de forma que os profissionais de saúde envolvidos na ESF programem e implementem atividades de investigação e acompanhamento dos usuários com hipertensão e / ou diabetes. Se torna imperativo que a educação em saúde seja prática constante no seu cotidiano, desenvolvida principalmente através de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e também de forma individual, através das consultas (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012) com o objetivo de criar vínculos, de proporcionar acolhimento aos usuários e de desenvolver a autonomia do cuidado. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar as práticas e conformações dos serviços públicos de saúde que se caracteriza pela descontinuidade assistencial ainda nos dias de hoje (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas a mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007). A ênfase na equipe interdisciplinar parece ser uma potencial ferramenta indutora de mudança nos processos de trabalho, alicerçando a integralidade e seus dispositivos (acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade, responsabilização) na confecção de práticas originais de novos modelos de atenção (SANTOS; ASSIS, 2006). Isto, porém, não representa a anulação da disciplinaridade nem a especificidade de cada saber, mas a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, que passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional (FAUERWER; SENA, 1999).

A construção da interdisciplinaridade tem sido um processo contínuo e crescente no setor saúde, em virtude da necessidade de superar a fragmentação do conhecimento humano, na busca de uma visão globalizada que dê conta da complexa dimensão do processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Assim, infere-se que a relação profissional / usuário deve ser permeada pela educação em saúde que possibilita o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar, com base no pressuposto de que todo profissional de saúde deve ser um educador e, sobretudo, libertador, emancipador e transformador (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012).

Nas discussões da atuação em família pela ESF, é necessário ser considerado que o conhecimento seja compartilhado, dialogado e confrontado. Os processos precisam ser ampliados e integrados à rede de cuidados em virtude das diferentes realidades vividas pelas famílias na sociedade. Em geral, o cuidado em saúde requer respostas cada vez mais complexas (BACKES *et al.*, 2012). É importante que o conhecimento seja adaptado ao contexto local que será aplicado, serem avaliadas as barreiras e facilitadores para seu uso e direcioná-lo para práticas de acordo com as necessidades das pessoas que irão usá-lo (LIMA; ACOSTA; OELKE, 2015).

Assim, as práticas grupais têm se destacado na construção de conhecimentos de forma inovadora, no estreitamento da relação da equipe com o usuário e na troca de experiências comuns desenvolvidas através do diálogo. Contudo, nem todos os serviços de saúde encontram-se preparados para atuar nessa lógica de cuidado. Estudos têm apontado que muitos serviços de saúde têm embasado suas práticas em modelos prescritivos, com enfoque no controle e prevenção da doença, reproduzindo a lógica individual nas práticas grupais (SECCO; PARABONI; ARPINI, 2017).

Superar a fragmentação e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde é um dos mais urgentes desafios para melhorar a qualidade da AB no Brasil. Integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde, orientando a ESF para processos de trabalho com abordagem matricial das demandas dos usuários, em especial das condições crônicas de saúde. Fortalecer o trabalho em equipe e o papel dos ACS é essencial para garantir a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de problemas e agravos clínicos (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Na ESF, o ACS apresenta um papel fundamental no processo de educação em saúde bucal em virtude da sua atuação prioritariamente no território. Uma das

competências inerentes ao trabalho do ACS está na capacidade de superação da dicotomia entre o saber técnico e o saber popular, com a intenção de promover discursos que proporcionem a ampliação de diferentes compreensões e vivências do conceito de saúde (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016). Gouvêa *et al.* (2015) avaliaram o conhecimento dos ACS sobre saúde bucal e concluíram que eles devem ser devidamente treinados e capacitados para realizarem procedimentos técnicos em saúde bucal, entre outros, sob pena de comprometer a qualidade e efetividade das ações desenvolvidas.

Por isso um dos grandes desafios atuais para as equipes de AB é a efetividade da Atenção em Saúde para as doenças crônicas cuja abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2004).

Owens *et al.* (2011) observaram que a maioria dos profissionais médicos que tratavam diabéticos afirmou não possuir confiança para orientar os pacientes sobre a relação do DM com a periodontite. Os autores concluíram que é necessária a promoção de educação interdisciplinar para os profissionais da saúde com o objetivo de desenvolver melhores cuidados aos pacientes diabéticos diminuindo os índices de periodontite nesse grupo que representa a sexta manifestação mais comum. Além disso, Cantarutti (2015) observou que a maioria dos pacientes diabéticos alegou não saber e nunca terem sido informados sobre a relação da saúde bucal com o DM ratificando a necessidade da transmissão do conhecimento.

A atuação do cirurgião dentista na abordagem da ESF vai muito além do trabalho clínico. Estes profissionais devem pensar em saúde com uma visão integral e ampliada. No entanto, a formação acadêmica dos profissionais podem não contemplar questões como estas, ou contemplá-las pontual e isoladamente, o que reflete na falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde. Portanto, há a necessidade de motivar os profissionais de saúde bucal para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e o estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas (MORETTI *et al.*, 2010).

Na tentativa de suprir todas essas demandas a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017c), preconiza algumas atribuições em comum para

todos os profissionais da equipe de saúde da família, independentemente do saber específico da sua formação:

Quadro 1- Atribuições dos profissionais das equipes da estratégia de saúde da família

Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;
Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração;
Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público.

Fonte: BRASIL, (2017c).

6. MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório de corte transversal com uma abordagem quantitativa. A pesquisa trabalhou com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e empregou recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los.

6.1 PERÍODO DO ESTUDO

Esse estudo foi iniciado ano de 2017 e finalizado em julho de 2018.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Município de Recife – PE, em diferentes bairros, localizados nos oito distritos sanitários de saúde (DS) que compõem o município.

Recife, capital do estado de Pernambuco, tem uma população estimada de 1.625.583 pessoas, segundo previsão dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2018 (IBGE, 2019). A cidade conta, desde o segundo semestre de 2014, com 08 DS que dispõe de uma rede de saúde composta pelos serviços da rede própria do município como: de atenção básica, de serviços especializados e de urgência e emergência; além de rede complementar e suplementar de Saúde.

Os serviços de AB dentro da rede de atenção tem como função ser o centro de comunicação e a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade, a AB funciona como a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado (BRASIL, 2004).

A rede básica de saúde do município de Recife é composta por equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal (ESB), equipes de agentes comunitários de saúde (EACS), unidades básicas tradicionais de saúde e por vários outros serviços que apoiam as atividades da ESF ampliando o escopo de atuação da atenção básica como os núcleos de apoio a saúde da família (NASF), os núcleos de práticas integrativas (NAPI) e o programa academia da cidade (PAC).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fortalece a necessidade da presença de diferentes formações profissionais defendendo a necessária articulação entre os profissionais de forma que as ações sejam compartilhadas em um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2017c).

Em relação à ESF, em dezembro de 2017, Recife apresentava uma cobertura de 57,30% do seu território coberto por equipes de saúde da família, sendo um total de 270 distribuídas em 130 unidades de saúde (BRASIL, 2017a). Desse total de equipes de saúde da família, apenas 160 contavam com ESB, ou seja 33,96% da população tem cobertura em saúde bucal (BRASIL, 2017b).

Das 160 ESB implantadas no município de Recife, 62 são equipes que estão equiparadas com a equipe de saúde da família ou seja, para cada equipe de saúde da família há uma equipe de saúde bucal. Estas 62 equipes estão distribuídas nos 8 DS da seguinte forma (BRASIL, 2019)

Quadro 2- Relação das Unidades de Saúde da Família com as Equipes de Saúde equiparadas com Saúde bucal em 2017, no município de Recife.

(Continua)

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE EQUIPES EQUIPARADAS POR UNIDADE
1	PSF COQUE	02 EQUIPES
	PSF SÃO JOSÉ DO COQUE	02 EQUIPES
2	CS DR LUIZ WILSON	3 EQUIPES
	UPINHA 24H GOVERNADOR EDUARDO CAMPOS	3 EQUIPES
	UPINHA DIA CHIE	2 EQUIPES
	USF UPINHA 24H DR FERNANDA WANDERLEY	3 EQUIPES
	USF SANTA TEREZINHA	2 EQUIPES
3	USF APIPUCOS	1 EQUIPE
	US 336 PSF UNIAO DAS VILAS	1 EQUIPE
		1
	USF SITIO DOS PINTOS	1 EQUIPE
	USF CORREGO DA FORTUNA	1 EQUIPE
		2
	USF SITIO SAO BRAZ	1 EQUIPE
USF SANTANA	1 EQUIPE	
4	USF BARREIRAS	1 EQUIPE
	USF ENGENHO DO MEIO	2 EQUIPES

Quadro 2- Relação das Unidades de Saúde da Família com as Equipes de Saúde equiparadas com Saúde bucal em 2017, no município de Recife.

(Conclusão)

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE EQUIPES EQUIPARADAS POR UNIDADE
4	USF RODA DE FOGO SINOS	1 EQUIPE
	USF RODA DE FOGO COSIROF	1 EQUIPE
	USF JARDIM TERESOPOLIS	2 EQUIPES
	USF CASARAO DO CORDEIRO	1 EQUIPE
	USF COSME E DAMIAO	1 EQUIPE
5	USF PLANETA DOS MACACOS II	1 EQUIPE
	USF UPINHA DIA NOVO JIQUIÁ	2 EQUIPES
	USF UPINHA DIA BONGI NOVO PRADO	1 EQUIPE
	USF ODONTOLOGA MARINA GUEIRO	1 EQUIPE
6	USF DANCING DAYS	2 EQUIPE
	US 187 PSF ILHA DE DEUS	1 EQUIPE
	US 292 PSF VILA DO IPSEP	1 EQUIPE
	US 268 PSF CAFESOPOLIS	1 EQUIPE
7	USF DR DIOGENES CAVALCANTI	2 EQUIPES
	USF EDUARDO PAES – ALTO DO EUCALIPTO	2 EQUIPES
	USF UPINHA DIA DOM HELDER	3 EQUIPES
	USF UPINHA DIA CORREGO DO EUCLIDES	3 EQUIPES
	USF UPINHA 24H DR MOACYR ANDRE GOMES	3 EQUIPES
	USF UPINHA 24H DR HELIO MENDONCA COR DO JENIPAPO	3 EQUIPES
	USF SITIO DOS MACACOS	1 EQUIPE
8	USF UPINHA DIA DES JOSE MANOEL DE FREITAS UR 4UR 5	3 EQUIPES

Fonte: Brasil (2019)

6.3 UNIDADE DE ANÁLISE

Este estudo teve como unidades de análise as equipes da estratégia de saúde da família que possuem equipes de saúde bucal equiparadas conforme a Portaria GM Nº 673/03 (2003) onde o MS passou a financiar a ESB na proporção de 1 ESF:1 ESB.

6.4 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

No processo de seleção da amostra foi considerado o total de 62 equipes de saúde da família cadastradas no município de Recife e equiparadas ESF / ESB em setembro de 2017. Os parâmetros utilizados para o cálculo da amostra foram: P= 20% ; Erro = 5%; Efeito do desenho = 1.

A amostra final totalizou 35 equipes, distribuídas nos 8 DS, selecionadas aleatoriamente por sorteio. Em cada uma das 35 equipes selecionadas foram entrevistados 100% dos profissionais de nível superior - médico, enfermeiro e cirurgião dentista - e um agente comunitário de saúde. Ao final, foram realizadas 140 entrevistas. Diante da ausência de algum dos profissionais ou de recusa na participação, a equipe foi substituída também por sorteio.

Inicialmente foi realizado teste piloto onde foram selecionadas 3 equipes não incluídas na amostra para a aplicação dos formulários e realização de ajustes visando mais clareza e objetividade das questões na coleta de dados.

Quadro 3- Equipes de Saúde da Família participantes da pesquisa:

DS	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº EQUIPE
1	USF SÃO JOSÉ DO COQUE	1
		2
2	CS DR. LUIZ WILSON	2
	USF UPINHA 24H EDUARDO CAMPOS	2
		3
	USF UPINHA 24H DRA. FERNANDA WANDERLEY	1
		2
3	USF UPINHA DIA CHIÉ	1
	USF APIPUCUS	1
	USF SANTANA	1
	USF SÍTIO DOS PINTOS	1
4	USF ENGENHO DO MEIO	1
		2
	USF RODA DE FOGO- COSIROF	1
		2
5	USF JARDIM TERESÓPOLIS	1
	USF UPINHA DIA NOVO JIQUIÁ	1
	USF UPINHA DIA BONGI NOVO PRADO	1
	USF ODONTÓLOGA MARINA GUEIROS	1
6		2
	USF CAFESÓPOLIS	1
	USF VILA IPSEP	1
7		2
	USF UPINHA DIA ACS MARIA RITA	1
		3
	USF UPINHA 24H DR. MOACYR ANDRÉ GOMES	3
	USF UPINHA 24H DR. HÉLIO MENDONÇA	1
	2	

(Continua)

Quadro 3- Equipes de Saúde da Família participantes da pesquisa:

(Continua)

DS	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº EQUIPE
7	USF ALTO DO EUCALIPTO	1
		2
	USF SÍTIO DOS MACACOS UPINHA DIA DOM HÉLDER	1
		2
8	UPINHA DIA UR4 / UR5	1
		2

Fonte: A autora

6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE EQUIPES

6.5.1 Inclusão

Ter equipe de Saúde Bucal vinculada e equiparada.

6.5.2 Exclusão

Equipe de Saúde não estar completa com todos os profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião dentista);

Recusa de participação de algum dos profissionais da equipe selecionada.

6.6 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

A pesquisa foi realizada através de entrevistas utilizando dois formulários padronizados, com questões estruturadas, um direcionado aos profissionais e o outro direcionado à unidade e equipe de saúde. Esses formulários foram construídos a partir daqueles utilizados na pesquisa REDENUT: Avaliação da inserção do componente alimentação e nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco. Assim, os formulários foram adaptados para verificar os conhecimentos e as práticas sobre a relação diabetes mellitus e doenças bucais e passou por um teste piloto com três equipes de saúde da família que não estavam incluídas na amostra.

A adaptação dos instrumentos de coleta de dados foi realizada a partir das diretrizes de normativas virgentes como a PNAB de 2012, que tem na Saúde da

Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. A PNAD preconiza a seguinte composição mínima para as equipes de saúde da família: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico em enfermagem, auxiliar e / ou técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Todos com atribuições voltadas para ações coletivas e individuais no território adscrito (BRASIL., 2012).

6.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nas unidades de saúde das equipes selecionadas onde foram entrevistados os profissionais de saúde de forma individual.

A coleta aconteceu em duas etapas. Na primeira, foram coletadas informações através do questionário individual do profissional sobre: formação acadêmica dos profissionais das equipes de saúde; conhecimentos e práticas dos profissionais sobre relação entre doenças bucais e diabetes mellitus.

Na segunda etapa de coleta, que também ocorreu durante a visita à unidade foi preenchido um formulário padronizado, com objetivo coletar dados sobre: características da unidade de saúde, características das equipes de saúde da família, ações de formação entre os profissionais da equipe e características das ações realizadas pelas equipes de saúde direcionada aos pacientes com diabetes. Esse formulário foi respondido pela enfermeira da equipe de saúde que estava fazendo parte da amostra do estudo.

Toda a coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora.

Os formulários encontram-se nos apêndices B e C.

6.8 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, o qual foi exportado para o software SPSS, versão 18, com o intuito de serem aplicados os testes estatísticos.

6.8.1 caracterização da unidade de saúde, equipe e ações de saúde

Para se atingir o objetivo específico 1 foi realizada a caracterização da unidade, da equipe de saúde e das ações de saúde desenvolvidas. E para isso foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições.

6.8.2 Perfil dos profissionais avaliados, conhecimentos e práticas:

Para se atingir o Objetivo específico 2, foi realizada uma caracterização do perfil dos profissionais entrevistados assim como descrição das questões relacionadas ao conhecimento em relação às doenças bucais e diabetes mellitus. Onde também foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições.

Para se atingir o objetivo específico 3, foi utilizada a caracterização do perfil dos profissionais e descritas as práticas realizadas por estes, direcionadas aos pacientes diabéticos. Para tanto também foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequências.

6.8.3 Escore de conhecimento e de práticas

Para análise do conhecimento e das práticas foi construído um escore a partir do acerto de cada questão respondida pelo profissional. Foram 5 questões relacionadas ao conhecimento e 22 itens relacionadas à prática. Para cada resposta correta o profissional recebeu um unidade de pontuação. O escore de conhecimento e de prática foi padronizado em escala percentual a fim de comparar o nível de conhecimento e de prática entre as categorias. E foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, mediana, intervalo interquartil, média e desvio padrão dos escores percentuais. A normalidade do escore percentual foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. A comparação da distribuição do escore de conhecimento e prática foi feita através do teste de Wilcoxon. Ainda, foi utilizado este último teste na comparação de conhecimento e prática acerca da relação diabetes e saúde bucal para cada categoria profissional avaliada. Na comparação da distribuição do escore percentual de conhecimento e do escore percentual da prática entre os tipos de função foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os aspectos éticos foram respeitados, em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da CEP/IAM, que

também avaliou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido aplicado individualmente a todos os participantes em duas vias, das quais uma ficou de posse do entrevistado e outra da pesquisadora. Foi esclarecido aos participantes os riscos e benefícios da sua participação na Pesquisa e que a qualquer momento ele poderia desistir e retirar seu consentimento. O número do parecer do CEP é o: 2.607.464.

- a) Os riscos em relação ao estudo estariam relacionados ao constrangimento perante pessoas e instituições, caso a identidade do participante viesse a público, porém foi garantido que este fato não ocorreria.
- b) Os benefícios em relação ao estudo é contribuir para a identificação dos conhecimentos e das práticas dos profissionais da ESF no que se refere à relação entre diabetes mellitus e doenças bucais, corroborando com o aperfeiçoamento da atenção à saúde integral da pessoa com diabetes mellitus.

7 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em subtítulos de acordo com os formulários aplicados às equipes de saúde da família (EqSF).

7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Na tabela 1 observa-se a caracterização das unidades de saúde estudadas. Verifica-se que 40% das unidades da amostra possuem 2 equipes de saúde e que 97,1% delas possuem sala de recepção. Todas as unidades possuem consultório para cada profissional de nível superior e 57,1% possuem sala de atividade educativa / auditório.

Em relação aos equipamentos, os mais presentes nas unidades foram: estetoscópio para todos os profissionais (100%), tensiômetro para todos os profissionais (97,1%), prontuário eletrônico – Esus (91,4%), balança antropométrica (88,6%) e glicosímetro (85,7%).

Tabela 1 - Características das unidades de saúde da família participantes do estudo.

	N	%	(Continua) p-valor ¹
Quantidade de equipe de saúde			
1 equipe	7	20,0	
2 equipes	14	40,0	0,006
3 equipes	13	37,1	
4 equipes	1	2,9	
Sala de recepção			
Sim	34	97,1	<0,001
Consultório individual para o profissional de nível superior			
Sim	35	100,0	-
Sala de atividades educativas / auditório			
Sim	20	57,1	0,398
Equipamentos presentes			
Estetoscópio para todos os profissionais	35	100,0	<0,001
Tensiômetro para todos os profissionais	34	97,1	<0,001
Glicosímetro para todos os profissionais	30	85,7	<0,001

Tabela 1 - Características das unidades de saúde da família participantes do estudo

	N	%	(Conclusão) p-valor¹
Balança antropométrica	31	88,6	<0,001
Protocolo ou manual clínico sobre pacientes diabéticos	5	14,3	<0,001
Manual educativo para o controle da diabetes	4	11,4	<0,001
Manual educativo sobre a saúde bucal dos pacientes diabéticos	1	2,9	<0,001
Prontuário eletrônico – Esus	32	91,4	<0,001

Fonte: A autora

Nota:¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com os dados da tabela 2, verifica-se que a maioria das equipes (65,7%) possui cobertura de NASF e estão composta com seis ACS (54,3%). Em relação ao planejamento das ações, 100% das equipes o realizam, mas somente 54,3% destas o realizam semanalmente. Todas as equipes utilizam as informações (indicadores) para o planejamento das ações e em 94,3% delas, o cirurgião dentista participa das reuniões.

Em relação às ações de educação permanente, 62,9% das equipes afirmaram realizar, e destas que realizavam, 82,9% relataram a participação do cirurgião dentista e 50% relataram falta de periodicidade na realização destas ações.

O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os itens avaliados, exceto para a cobertura de NASF (p-valor = 0,063) e realização de ações educativas permanentes (p-valor = 0,128).

Tabela 2 - Características das EqSF participantes do estudo

	N	%	(Continua) p-valor¹
Equipe de Saúde cobertura de NASF			
Sim	23	65,7	0,063
Número de ACS na equipe			
Menos de seis	10	28,6	
Seis	19	54,3	0,022
Mais de seis	6	17,1	

Tabela 2 - Características das EqSF participantes do estudo

	N	%	(Conclusão) p-valor ¹
Reunião de planejamento de ações			
Sim	35	100,0	
Com qual frequência?			
Semanal	19	54,3	<0,001
Quinzenal	7	20,0	
Mensal	7	20,0	
Não faz	2	5,7	
Utilização das informações para planejamento de ações			
Sim	35	100,0	-
Participação do cirurgião dentista nas reuniões de planejamento			
Sim	33	94,3	<0,001
Realização de ações de educação permanente			
Sim	22	62,9	0,128
Que frequência			
Semanal	2	9,1	0,016
Quinzenal	2	9,1	
Mensal	7	31,8	
Não tem	11	50,0	
Participação do cirurgião dentista nas ações de educação permanente			
Sim, sempre	18	81,9	<0,001
Sim, às vezes	3	13,6	
Não	1	4,5	

Fonte: A autora

Nota: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

7.3 CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DAS EqSF EM RELAÇÃO A DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS

Na tabela 3 observa-se a distribuição das características das ações de saúde. Verifica-se que a maioria das equipes (77,1%) possuem grupo para usuários com diabetes, e dentre estas, 44,5% têm encontros semanais.

Todos os profissionais da equipe de saúde da família apresentaram uma frequência participação nos grupos voltados para a atenção ao diabético, sendo a maior participação do enfermeiro da equipe: enfermeiros (96%), médicos (92,5%), ACS (88,8%), técnicos de enfermagem (74%), dentistas (66,6%), e profissionais do NASF (51,8%).

Também observa-se que na maioria das EqSF (71,4%) há mobilização de toda a equipe de saúde no acompanhamento multiprofissional a pessoa com diabetes. Na grande maioria das equipes (91,4%), o cirurgião dentista participa das ações educativas. Em 68,6% das equipes não há parcerias com outros setores em ações voltadas para pessoas com diabetes e em 65,7% delas não há envolvimento de lideranças e associações de moradores. Em 71,4% das EqSF a relação de saúde bucal e diabetes é abordada nas ações educativas.

Tabela 3 - Características das ações de saúde das EqSF participantes do estudo

	N	%	(Continua) p-valor
Equipe com grupo para usuários com diabetes (P. EX. HIPERDIA)?			
Sim	27	77,1	0,001
Profissionais participantes regularmente deste grupo			
Médico	25	92,5	
Enfermeiro	26	96,0	
Técnico de enfermagem	20	74,0	
Cirurgião dentista	18	66,6	
Técnico em saúde bucal	10	37,0	
Auxiliar em saúde bucal	1	3,70	
Agente comunitário	24	88,8	
Periodicidade dos grupos			
Semanalmente	12	44,5	
Quinzenalmente	5	18,5	0,236
Mensalmente	10	37,0	
Mobilização de toda a equipe de saúde no acompanhamento multiprofissional a pessoa com diabetes			
Sim	25	71,4	0,011

Tabela 3 - Características das ações de saúde das EqSF participantes do estudo

	N	%	(Conclusão) p-valor
Participação do cirurgião dentista nas ações educativas			
Sim	32	91,4	<0,001
Parcerias intersetoriais em ações voltadas para os pessoas com diabetes			
Sim	11	31,4	0,028
Envolvimentos de lideranças e associações dos moradores em ações voltadas para pessoas com diabetes			
Sim	12	34,3	0,063
Abordagem da relação de saúde bucal e diabetes nas ações educativas			
Sim	25	71,4	0,011

Fonte: A autora

Nota: 1p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

7.4 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EqSF AVALIADAS

De acordo com os dados da tabela 4 pode-se observar a caracterização demográfica e de formação dos profissionais das equipes de saúde da família participantes do estudo.

Verifica-se que a maioria dos profissionais entrevistados é do sexo feminino (85,7%) e que as idades variam entre 41 e 59 anos (48,2%). A maioria dos profissionais apresentam tempo de graduação acima de 12 anos (74,3%), tempo de atuação na estratégia de saúde da família acima de 15 anos (29,3%) trabalhando na mesma equipe de saúde avaliada entre 1 a 5 anos (57,2%).

Dentre os profissionais entrevistados, 52,9% relataram ter tido treinamento introdutório para a estratégia de saúde da família em algum município. Entre os profissionais de nível superior, 83,8% possuíam curso de especialização em saúde da família/saúde pública, mas a maioria (75,0%) referiu que não fez capacitação específica na atenção ao diabetes nos últimos cinco anos e 97,1% deles não participaram de capacitação específica sobre saúde bucal nos últimos cinco anos.

Tabela 4 - Distribuição do perfil pessoal e de formação do entrevistado

	N	%	p-valor¹
(Continua)			
Sexo			
Masculino	20	14,3	<0,001
Feminino	120	85,7	
Idade			
26 a 40	60	43,8	<0,001
41 a 59	66	48,2	
60 ou mais	11	8,0	
Tempo de graduação			
1 a 5 anos	27	25,7	<0,001
Acima de 12	78	74,3	
	Mínimo – Máximo	1,0 – 45	-
	Média ± Desvio padrão	19,2 ± 10,3	-
Tempo de atuação na estratégia de saúde da família			
1 a 5 anos	37	26,4	0,549
6 a 10 anos	30	21,4	
11 a 15 anos	32	22,9	
Acima de 15 anos	41	29,3	
	Mínimo – Máximo	1,0 – 31,0	-
	Média ± Desvio padrão	11,3 ± 6,5	-
Tempo de atuação nesta mesma equipe de saúde em anos			
1 a 5 anos	80	57,2	<0,001
6 a 10 anos	31	22,1	
11 a 15 anos	19	13,6	
Acima de 15 anos	10	7,1	
	Mínimo – Máximo	1,0 – 23,0	-
	Média ± Desvio padrão	6,7 ± 5,1	-

Tabela 4 - Distribuição do perfil pessoal e de formação do entrevistado

	N	%	(Conclusão) p-valor ¹
Participação de treinamento introdutório para a estratégia de saúde da família			
Não	66	47,1	0,499
Sim	74	52,9	
Possui de especialização em saúde da família/saúde pública			
Não	17	16,2	<0,001
Sim	88	83,8	
Fez capacitação específica na atenção ao diabetes nos últimos cinco anos?			
Não	105	75,0	<0,001
Sim	35	25,0	
Já teve alguma capacitação sobre saúde bucal nos últimos cinco anos?			
Não	102	97,1	<0,001
Sim	3	2,9	

Fonte: A autora

Nota: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

7.5 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A RELAÇÃO DIABETES MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS

A distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais entrevistados acerca da relação diabetes e doenças bucais podem ser observadas na tabela 5.

Verificou-se que a maioria dos profissionais (86,4%) afirmou saber da existência de relação entre diabetes mellitus e doenças bucais, assim como as suas manifestações mais comuns (70,7%). As manifestações mais citadas foram: doença periodontal (55,3%), cárie (21,3%) e candidíase oral (14,2%).

Quanto às consequências decorrentes da relação entre diabetes e saúde bucal, a maioria dos profissionais (80,7%) afirmou saber quais as consequências para a saúde, sendo as mais prevalentes: maior perda dentária (15,8%), dificuldade no controle da glicemia (14,3%) e a exacerbação da doença periodontal (13,8%).

Em relação ao conhecimento das principais doenças bucais que podem influenciar no controle glicêmico, a maioria dos profissionais (55,1%) afirmou não ter conhecimento. As doenças bucais mais citadas pelos profissionais que tinham este conhecimento foram a doença periodontal (47,0%), seguido de infecções gerais (25,8%) e cárie (6,1%).

Em relação às principais orientações sobre cuidados com a saúde bucal do diabético, a maioria dos profissionais informou que sabem quais são e citaram com maior frequência a escovação dentária após se alimentar (43,5%) e visitar o dentista regularmente (29,8%).

Tabela 5 - Distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais entrevistados
(Continua)

	N	%	p-valor¹
Sabe dizer se existe relação entre diabetes mellitus e doenças bucais			
Sim	121	86,4	<0,001
Sabe dizer quais as manifestações bucais mais comuns em pacientes com diabetes			
Sim	99	70,7	<0,001
Manifestações bucais mais comuns em pacientes com diabetes			
Cárie	30	21,3	
Doença periodontal	78	55,3	
Candidíase oral	20	14,2	<0,001
Xerostomia / boca seca	11	7,8	
Língua saburrosa	2	1,4	
Sabe dizer quais complicações de saúde decorrentes da relação diabetes e saúde bucal			
Sim	113	80,7	
Complicações de saúde decorrentes da relação diabetes e saúde bucal			
Exacerbação da doença periodontal	29	13,8	
Maior perda dentária	33	15,8	
Maior probabilidade de infecções fungicas	28	13,3	<0,001
Dificuldade de controle da glicemia	30	14,3	
Dificuldade de alimentação	16	7,6	

Tabela 5 - Distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais entrevistados (Conclusão)

	N	%	p-valor¹
Alteração do paladar	5	2,4	
Boca seca	4	1,9	
Mobilidade dentária	15	7,1	
Sangramento gengival	13	6,2	<0,001
Dor de dente	9	4,3	
Secreção purulenta	4	1,9	
Dificuldade de cicatrização	24	11,4	
Sabe dizer se tem alguma doença bucal que pode influenciar no controle glicêmico			
Sim	61	44,9	0,230
Doença bucal que pode influenciar no controle glicêmico			
Carie	4	6,1	
Doença periodontal	31	47,0	
Infecções gerais	17	25,8	<0,001
Não soube responder	9	13,6	
Outros (afta, cancer, dor de dente e falta de dente)	5	7,5	
Sabe dizer quais as principais orientações sobre cuidados com saúde bucal do diabético devem ser realizadas			
Sim	138	98,6	<0,001
Principais orientações sobre cuidados com saúde bucal do diabético devem ser realizadas			
Usar enxaguatório bucal diariamente	15	5,0	
Realizar escovação dentária após se alimentar	130	43,5	<0,001
Visitar o dentista regularmente	89	29,8	
Usar fio dental diariamente	65	21,7	

Fonte: A autora.

Nota:¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 6 são apresentadas as dificuldades referidas pelos profissionais para que o paciente consiga manter a saúde bucal. Verifica-se que a maioria dos profissionais (98,6%) afirmou saber quais são os motivos e citaram a falta de

orientação educacional como sendo o maior dessas dificuldades (41,7%), seguida da condição econômica (18,3%) e hábito/cultura (ambos com 13,9% das citações).

Tabela 6 - Dificuldades referidas pelos profissionais para o pacientes manter a saúde bucal.

	N	%	p-valor ¹
Sabe dizer quais são as principais dificuldades para o paciente diabético manter a sua saúde bucal?			
Sim	138	98,6	<0,001
Dificuldades			
Falta de orientação educativa	75	41,7	
Falta de condições econômicas	33	18,3	
Falta de acompanhamento pela equipe de saúde	1	0,5	<0,001
Falta hábito	25	13,9	
Falta Cultura	25	13,9	
Falta Acesso	21	11,7	

Fonte: A autora

Nota: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de propor

7.6 DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DAS EqSF RELACIONADAS ÀS DOENÇAS BUCAIS EM PACIENTES DIABÉTICOS

Pode-se observar, na tabela 7, a distribuição das práticas em saúde bucal realizadas pelos profissionais voltadas para o paciente diabético.

Dentre os entrevistados, 95,7% disseram realizar acompanhamento dos pacientes com diabetes e também acompanhamento em visitas domiciliares quando necessário, 93,6% referiram que encaminham o paciente diabético para outros profissionais da equipe ou NASF.

Quando questionados se realizam perguntas sobre a saúde bucal do paciente, 66,6% dos profissionais responderam positivamente e 19,7% responderam que costumam realizar exame da cavidade bucal durante as consultas. Cerca de 36,4% dos entrevistados afirmaram realizar estratificação de risco dos pacientes diabéticos e 41,4% costumam acompanhar a Hemoglobina Glicada do paciente.

Tabela 7 - Distribuição das práticas realizadas pelo profissional em paciente com diabetes

	Sim	p-valor¹
Realiza acompanhamento dos pacientes diabéticos	134(95,7%)	<0,001
Realiza acompanhamento domiciliar dos pacientes diabéticos	134(95,7%)	<0,001
Realiza acompanhamento em grupo dos pacientes diabéticos	95(67,9%)	<0,001
Costuma acompanhar a glicemia em jejum do paciente	121(86,4%)	<0,001
Costuma acompanhar a Hemoglobina Glicada do paciente	58(41,4%)	0,043
Costuma realizar perguntas sobre a saúde bucal do paciente	89(63,6%)	0,001
Costuma realizar exame da cavidade bucal durante as consultas	14(19,7%)	<0,001
Costuma aconselhar os usuários diabéticos sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal nas consultas ou visitas domiciliares	94(67,1%)	<0,001
Costuma realizar esclarecimentos sobre a relação de riscos que existem entre o diabetes e as doenças bucais	67(47,9%)	0,612
Aborda o tema tabagismo na anamnese	117(84,2%)	<0,001
Costuma perguntar sobre os hábitos familiares dos pacientes com diabetes em relação aos cuidados com a saúde bucal	101(72,1%)	<0,001
Ao aconselhar sobre saúde bucal os usuários diabéticos, considera as condições sociais (renda, educação, habitação...)	127(90,7%)	<0,001
Costuma perguntar quando foi a última consulta ao cirurgião dentista	80(57,1%)	0,091
Encaminha o paciente diabético para o cirurgião dentista desde o primeiro atendimento	94(67,1%)	<0,001
Costuma acompanhar a adesão ao tratamento odontológico do paciente diabético nas consultas ou visitas domiciliares	59(42,1%)	0,063
Costuma falar sobre a importância da adesão ao tratamento odontológico para a saúde, aos usuários com diabetes, durante as consultas ou visitas domiciliares	108(77,1%)	<0,001
Encaminha o paciente diabético para outros profissionais da equipe ou Nasf	131(93,6%)	<0,001
Referencia o paciente diabético para outras especialidades clínicas	92(88,5%)	<0,001
Realiza busca ativa de pacientes diabéticos	94(67,1%)	<0,001
Realiza estratificação de risco dos pacientes diabéticos	51(36,4%)	0,001
Atualiza planilha de acompanhamento de pacientes diabéticos	74(52,9%)	0,499

Fonte: A autora.

Nota:¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 8 pode-se observar a distribuição das dificuldades vividas pelos profissionais para aconselhar os pacientes sobre saúde bucal. Verifica-se que a maioria dos profissionais (51,4%) afirmou que não encontra dificuldade, mas 27,1% referiu a falta de conhecimento como principal motivo para não conseguir informar o paciente sobre tal tema.

Tabela 8 - Distribuição das dificuldades para oferecer aconselhamentos sobre saúde bucal

	N	%	p-valor¹
Falta de conhecimento no assunto	38	27,1	
Dificuldade de acesso ao profissional Dentista	9	6,4	
Resistência do paciente com o tema	19	13,6	<0,001
Não encontra dificuldades	72	51,4	
Tempo de consulta e Outros	2	1,4	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

7.7 ESCORES DOS CONHECIMENTOS E DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA EqSF EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS

Na tabela 9 observa-se a comparação dos escores dos conhecimentos e das práticas. O menor percentual de prática adequada foi de 27,27% e o maior foi de 90,91%. A mediana do escore percentual da prática correta dos procedimentos foi de 68,18%. Em relação ao conhecimento, observa-se que o menor percentual foi de 20% e o maior foi de 100%. O escore mediano de conhecimento dos profissionais foi de 80,00% das questões apresentadas. O teste de comparação de distribuição foi significativo (p-valor = 0,018), indicando que os profissionais apresentam maior nível de conhecimento, porém menor nível de prática.

Tabela 9 - Análise descritiva do escore percentual de prática e de conhecimento dos profissionais avaliados.

Domínio avaliado	Estatística avaliadas						p-valor ¹
	Mínimo	Máximo	Mediana	Intervalo Interquartil	Média	Desvio padrão	
Prática	27,27	90,91	68,18	22,73	65,00	14,49	0,018
Conhecimento	20,00	100,00	80,00	20,00	69,86	24,64	

Fonte: |A autora.

Nota:¹p-valor do teste de Wilcoxon.

Na tabela 10 observa-se a mediana e o intervalo interquartil do escore percentual de prática e conhecimento dos profissionais segundo a função que exercem.

Verifica-se que o grupo dos médicos apresentou maior mediana do percentual de prática (72,73 pontos), seguido do grupo dos cirurgiões dentistas (68,18 pontos) e dos ACS (63,64 pontos). Porém, o teste de comparação da distribuição da prática entre os grupos profissionais não foi significativo (p-valor = 0,185) indicando que a distribuição do escore percentual de prática não difere entre as categorias.

Em relação ao conhecimento, observa-se que o grupo cirurgião dentista apresenta maior mediana do escore percentual (100 pontos) seguido do grupo médico (80 pontos). Entre os enfermeiros e ACS, verifica-se a mesma mediana no escore de conhecimentos (40 pontos). Na comparação da distribuição de conhecimentos e práticas para cada função, verifica-se que não existe diferença significativa entre o nível de conhecimento e da prática nas funções de médico (p-valor = 0,594), enfermeiro (p-valor = 0,825) e ACS (p-valor = 0,103). No grupo de cirurgiões dentistas foi observado uma diferença significativa do nível de conhecimento e prática dos profissionais (p-valor < 0,001), sendo o nível de conhecimento maior do que o nível de prática destes profissionais.

Tabela 10 - Comparação do nível de conhecimento e prática do profissional segundo a função

	Prática	Conhecimento	p-valor²
Médico	72,73(18,18)	80,00(20,00)	0,594
Enfermeiro	59,09(27,27)	60,00(40,00)	0,825
Cirurgião dentista	68,18(18,18)	100,00(20,00)	<0,001
ACS	63,64(27,27)	60,00(40,00)	0,103
p-valor ¹	0,185	<0,001	-

Fonte: A autora.

Nota: ¹p-valor do teste de kuskal-Wallis.

Nota: ²p-valor do teste de Wilcoxon.

8. DISCUSSÃO

Tendo como ponto de partida a importância da equipe multidisciplinar e interprofissional na atenção ao cuidado das pessoas com diabetes, este estudo se propôs a analisar os conhecimentos e práticas dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família no município de Recife em relação às doenças bucais e o DM, entendendo que a integração das ações entre os profissionais é de extrema importância para o processo de trabalho na abordagem das doenças crônicas na atenção básica.

8.1 CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADAS PARA AS DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS

Neste tópico serão discutidas as características das unidades de saúde, equipes de saúde da famílias e o desenvolvimento das suas ações de saúde.

8.1.1 Caracterização das unidades de saúde avaliadas:

Foi verificada que a maioria das unidades de saúde da amostra possuía duas equipes de saúde da família atuando no espaço físico. Nestas unidades cada profissional de nível superior possuía o seu próprio consultório para o atendimento ambulatorial, com exceção dos dentistas que, mesmo possuindo sua própria cadeira odontológica, dividiam a mesma sala atendendo seus pacientes simultaneamente.

Nem todas as unidades de saúde possuíam espaço para a realização de atividades educativas. Apenas 57,1% delas possuíam um espaço adequado para tal finalidade. Este fato pode dificultar a realização de atividades educativas que são necessárias no cotidiano das ações profissionais para a criação de vínculo, acolher o paciente e desenvolver a autonomia dos sujeitos (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012) tão importantes para o manejo das DCNT como o DM.

Praticamente todos os profissionais possuíam tensiômetros e estetoscópios, porém, 14,3% das unidades pesquisadas não possuíam glicosímetro e este equipamento é fundamental para o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes diabéticos. Da mesma forma, o sistema de informação E-SUS AB, importante

ferramenta para o acompanhamento das DCNT na população e ampliação da qualidade do atendimento, não estava disponível em 8,6% das unidades estudadas.

Foi observado que apenas 14,3% das unidades visitadas possuíam protocolo/manual clínico para pacientes diabéticos, 11,4% possuíam manual educativo para pacientes diabéticos e 2,9% possuíam manual educativo de saúde bucal para pacientes diabéticos. O ideal é que todos os profissionais tenham à sua disposição protocolos clínicos pois estes auxiliam na determinação do tipo de prática de cuidado, no estabelecimento da frequência de acompanhamento, orientam a necessidade de encaminhamento para especialista e para a consulta médica quando necessários, dentre outras orientações (LADHA; TIWARIL, 2013). Resultados semelhantes foram observados através de estudo realizado em municípios de Pernambuco onde a maioria das unidades dispunham de materiais, equipamentos e medicamentos necessários à assistência ao diabetes e a hipertensão, mas apenas 1/3 das unidades dispunham de protocolo / manual clínico para manejo dos pacientes com HAS ou DM (REDENUT, 2016).

8.1.2 Caracterização das equipes de saúde da família:

Verificou-se que a maioria das EqSF (54,3%) possuíam seis ACS na sua composição, eram cobertas por equipes de NASF (65,7%) e todas realizavam reuniões de planejamento com utilização de indicadores do território. A participação do cirurgião dentista nas reuniões foi relatada em 94,3% das EqSF.

As reuniões com frequência semanal eram realizadas em 54,3% das equipes e as demais reuniões aconteciam quinzenalmente ou mensalmente em 20% das EqSF. Apenas 5,7% das equipes informou não haver frequência para a realização de reuniões de planejamento. A realização periódica de reuniões é uma importante estratégia de integração e planejamento, principalmente para o planejamento em saúde de equipes multiprofissionais que detém diferentes saberes e habilidades (PERUZZO *et al.*, 2018) pois proporciona espaço para reflexão e solução de problemas, elaboração de metas, esclarecimentos, além de constituir uma ferramenta que aproxima os profissionais da equipe (LIMA *et al.*, 2016).

A participação efetiva da equipe de saúde bucal (ESB) no apoio ao cuidado aos usuários que apresentam doenças crônicas, como o DM, aponta para uma abordagem voltada aos princípios da equidade e integralidade (SILVA *et al.*, 2010a) e a

participação do dentista nas reuniões da grande maioria das EqSF é um achado positivo.

As ações de educação permanente são realizadas na maioria (62,9%) das equipes de saúde da família com a participação dos cirurgiões dentistas em 81,9% delas. Porém, a metade das EqSF informou que este tipo de ação não tem periodicidade. O que muitas vezes ocorrem são encontros multidisciplinares, ainda distanciados da prática interdisciplinar que, segundo Gelbecke, Matos, Sallum (2012), no campo de construção do conhecimento e da prática assistencial, é um distanciamento entre a interdisciplinaridade falada e a interdisciplinaridade vivida. Também fortalecendo a questão das ações de educação permanente, esses autores defendem que uma equipe que consegue trocar experiências e saberes na resolução de problemas tem uma grande chance de ampliar sua atuação no território. Assim, a interdisciplinaridade é favorecida na estratégia da saúde da família onde o processo de trabalho promove o encontro e ação conjunta das equipes (MORETTI *et al.* 2010).

A educação permanente possibilita aos trabalhadores refletirem sobre o seu fazer e o seu agir visando à transformação da realidade de trabalho, com possibilidade de construção de um novo modo de fazer a saúde, respondendo às necessidades dos usuários, mas também atendendo às necessidades do próprio trabalhador que está sempre em formação. O estímulo à experiência multiprofissional e interdisciplinar propicia a ampliação do campo de competência através de troca de saberes, levando a um notório ganho em termos de qualidade na atenção à saúde, sem que necessariamente se percam as especificidades e saberes próprios de cada profissão ou especialidade (GELBECKE, MATOS, SALLUM, 2012).

8.1.3 Caracterização das ações de saúde por equipe:

A maioria das equipes (77,1%) informou que possuía grupo para usuários com diabetes e, dentre estas, 44,5% realizavam encontros semanais. No entanto, apenas 67,5% dos profissionais informaram realizar acompanhamento do paciente diabético através de grupos. Para algumas EqSF, trabalhar com grupos talvez ainda seja um desafio porque alguns profissionais podem seguir trabalhando numa lógica centrada na doença sem levar em consideração os anseios, necessidades e demandas dos usuários. A importância dos grupos de educação em saúde foi verificada em estudos onde os resultados apontaram que a tecnologia de grupo, quando bem empregada,

tem levado a uma diminuição dos índices de glicemia capilar, níveis pressóricos e demanda por consultas médicas, além de ser uma importante estratégia para o fortalecimento do autocuidado dos pacientes crônicos (MENDONÇA; NUNES, 2015). Além disso, segundo Cantarutti (2015) que observou em sua pesquisa que a maioria dos pacientes entrevistados alegou não saber e nunca terem sido informados sobre a relação da saúde bucal com o DM, é essencial a realização de grupos de educação em saúde para que todos os profissionais em saúde sensibilizem os pacientes diabéticos em relação ao risco do desenvolvimento de problemas bucais e o seu impacto na saúde geral.

Portanto, o grupo de educação em saúde voltado para os pacientes diabéticos é uma ferramenta fundamental para instrumentalizar a prática destes pacientes, gerando informações que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes da doença. Segundo Mendonça e Nunes (2015), a categoria dos profissionais de saúde que participam com mais frequência dos grupos (53,9%) são os ACS, todavia este achado não foi corroborado pelos resultados desta pesquisa que mostrou uma participação maior dos enfermeiros e dos médicos nos grupos. Dentre os 77,1% das equipes que afirmaram realizar grupos, os enfermeiros participam em 96,0%, os médicos 92,5%, os ACS 88,8% e o cirurgião dentista participa em apenas 66,6%.

A maioria das EqSF (71,4%) respondeu que há mobilização de toda a equipe de saúde no acompanhamento multiprofissional ao paciente diabético e que o cirurgião dentista participa (em 91,4% das EqSF) das ações educativas voltadas ao paciente com diabetes. Contudo, a relação entre saúde bucal e diabetes não é abordada nas ações educativas de todas as equipes. Esta relação é abordada em 71,4% das EqSF e deveria ser abordada em todas elas aproveitando as próprias características das equipes para a potencialização das ações educativas: sendo a EqSF multiprofissional - composta por diferentes profissionais atuando em um mesmo local de trabalho - e interprofissionais - principalmente por haver integração e interação entre o trabalho de diferentes profissionais, os resultados da equipe podem ser potencializados. Estes aspectos são empregados nos serviços de saúde com o objetivo de garantir a qualidade da assistência por meio da integralidade e continuidade dos cuidados (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

A maioria das equipes (68,6% e 65,7% respectivamente) informou que não há parcerias intersetoriais nem também há envolvimento de lideranças e associações dos moradores em ações voltadas para os pacientes diabéticos. Ao contrário do que foi encontrado em uma pesquisa realizada em comunidades autônomas na Espanha, que objetivou descrever atividades comunitárias de promoção da saúde na AB, e observou que mais da metade das equipes investigadas desenvolvia atividades comunitárias, e que 80% destas implementavam ações intersetoriais (MARCH *et al.*, 2014).

8.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

A maioria dos profissionais de nível superior entrevistados (74,3%) possuía um tempo de graduação acima de 12 anos, onde 29,3% deles atuavam na Estratégia de Saúde da família há mais de 15 anos. E 57,2% dos profissionais trabalham na mesma equipe de saúde entre 1 a 5 anos. A idade do profissional e o tempo de atuação na equipe são aspectos que podem interferir na harmonia e cooperação entre os profissionais influenciando na maneira como eles percebem seu trabalho em equipe (PERUZZO *et al.*, 2018) ou seja, trabalhadores com até 30 anos de idade ou com até um ano de atuação na ESF tendem a possuir uma perspectiva sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe menos positiva do que os profissionais mais velhos e com mais tempo de trabalho. Isto se deve principalmente pelo fato de eles estarem vivenciando o processo de inserção na equipe, o que envolve a aceitação pelos demais e a apropriação adequada da rotina de trabalho (PERUZZO *et al.*, 2017).

A articulação entre a saúde e educação preconiza a formação para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade e da qualidade da comunicação entre a equipe e usuários / famílias / comunidade (SILVA, *et al.*, 2015). Assim, em relação à formação dos profissionais avaliados, a maioria dos profissionais de nível superior (83,8%) apresentavam curso de especialização em saúde da família e ou saúde pública onde espera-se a formação de um profissional voltada à integralidade das ações. No entanto, apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral.

Há uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. Pois o perfil dos

profissionais de saúde ainda demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Pode-se perceber essa lacuna de formação quando 97,1% dos profissionais entrevistados relataram não participar de capacitação específica sobre saúde bucal nos últimos cinco anos e 75,0% deles referiram não fazer capacitação específica na atenção a pessoa com diabetes. A prática de modelos assistenciais mais coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção deve permear o trabalho na saúde da família. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de fortalecer a implementação de ações estruturais voltadas para a capacitação dos profissionais com vistas ao atendimento qualificado das pessoas hipertensas e / ou diabéticas (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012).

A educação permanente deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central. A formação e a capacitação dos trabalhadores deve também considerar aspectos pessoais, valores e idéias que cada profissional tem sobre o SUS. De modo geral, a integração do profissional ao cotidiano dos serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e da vida (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

8.3 ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO DIABETES MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS.

O conhecimento das alterações bucais é de suma importância para o diagnóstico e para atenção em saúde bucal dos pacientes diabéticos. O reflexo de condições patológicas sistêmicas na cavidade bucal é cada vez mais pesquisado em função do enfoque multidisciplinar e interdisciplinar que ultimamente está sendo mais abordado. A literatura sugere que para promover saúde bucal adequada e reduzir o risco de doenças bucais, os profissionais da saúde da área odontológica e demais áreas da saúde precisam assumir a responsabilidade compartilhando informações sobre as manifestações orais do DM e suas complicações para a saúde bucal e geral (ELDARRAT, 2011a).

Pode-se observar que a maioria dos profissionais (86,4%) informou que existe relação entre as duas patologias, mas 70,7% dos profissionais sabiam quais seriam

as manifestações bucais mais comuns em pacientes diabéticos: 55,3% citaram a doença periodontal, 21,3% citaram a cárie dentária e 14,2% a candidíase.

Segundo Yamashita (2013), realmente a doença periodontal é o achado mais prevalente nos diabéticos, corroborando a opinião da maioria dos entrevistados. Mas a diminuição do fluxo salivar ou sensação de boca seca em portadores de Diabetes também foram encontradas em 64% dos estudos avaliados (YAMANSHITA, 2013) e apenas 7,8% dos profissionais entrevistados citaram estas manifestações como sendo comum em diabéticos.

Quanto às consequências de saúde decorrentes da relação entre diabetes e saúde bucal, a maioria dos profissionais (80,7%) disseram saber quais as consequências para a saúde, sendo as mais prevalentes nas respostas: maior perda dental (15,8%), dificuldade no controle da glicemia (14,3%) e a exacerbação da doença periodontal (13,8%). Os entrevistados não associaram a dificuldade de alimentação com a perda dentária. Al-khabbaz e Al-shammari (2011) concluíram em sua pesquisa que o conhecimento da relação periodontal e suas complicações em pacientes com diabetes é baixo entre os profissionais. Reforçando a importância de melhorar a integração entre os profissionais clínicos gerais e especialistas.

A maioria dos profissionais (55,1%) não sabiam que doenças bucais podem influenciar o controle glicêmico. Porém, dos 44,9% que afirmaram saber, apenas 47% referiram a doença periodontal como sendo a doença bucal que pode influenciar o controle da glicemia na pessoa com diabetes. Estudos (LADHA; TIWANI, 2013; RAMAN *et al.*, 2014) relatam tal influência e, desta forma, a participação do cirurgião dentista no cuidado integral a pessoa com diabetes e a importância do conhecimento dos condicionantes e determinantes das doenças crônicas são fundamentais para a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

A orientação dos cuidados com saúde bucal para as pessoas com diabetes relatada com maior frequência (43,5%) pelos entrevistados foi a escovação dentária após a alimentação e apenas 29,8% dos profissionais orientavam visitar o dentista regularmente apesar de 67,1% dos profissionais afirmarem que realizam encaminhamento de seus pacientes ao cirurgião dentista. Sabe-se que pacientes que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia e frequentam rotineiramente o dentista apresentam melhores taxas de controle do DM (AGGARWAL; PANAT, 2012) e como o paciente com diabetes é menos propenso a visitar o dentista do que indivíduos sem diabetes (CHAUDHARI *et al.*, 2012), este achado enfatiza a necessidade de aumentar

a conscientização e apoio para a atenção à saúde bucal dos pacientes com diabetes através da realização de programas educativos para que os pacientes tenham conhecimento dos cuidados preventivos. A grande maioria dos entrevistados (98,6%) afirmou conhecer os motivos pelos quais os pacientes têm dificuldades em manter a saúde bucal. A falta de orientação educativa foi o principal motivo indicado por 41,7% dos profissionais corroborando com os dados de Aggarwal e Panat (2012) que verificaram que a falta de informação e as dificuldades financeiras podem contribuir para a não adesão aos cuidados de higiene bucal.

8.4 DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DAS EqSF EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS BUCAIS EM PACIENTES DIABÉTICOS

As práticas do cuidado com a pessoa com diabetes mais realizadas pelos profissionais encontravam-se dentro das atribuições dos profissionais da atenção primária à saúde conforme a PNAB ,2017, tal como realizar atenção domiciliar para usuários que possuam problemas de saúde controlados / compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. Segundo os resultados, 95,7% afirmaram que realizam o acompanhamento dos pacientes diabéticos, e afirmaram realizar acompanhamento em visita domiciliar a estes pacientes, quando necessário.

Verificou-se que as práticas mais citadas pelos profissionais são aquelas inerentes ao saber específico de cada categoria e, com exceção do dentista, não estão diretamente relacionadas à saúde bucal do paciente.

A grande maioria dos profissionais (93,6%) respondeu que encaminham seus pacientes com diabetes para outros profissionais da EqSF e NASF. Este é um achado importante pois o cuidado integral dos indivíduos e suas famílias facilitam o trabalho interdisciplinar dos profissionais das equipes de saúde da família. É necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e a comunidade. O trabalho em equipe representa um dos pilares para uma assistência integral e equânime em saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Porém, em relação a encaminhar o paciente com diabetes para o cirurgião dentista da equipe desde a primeira consulta ou visita domiciliar, um pouco mais da metade (67,1%) dos profissionais realizavam esse encaminhamento. A consulta

odontológica preventiva é importante para o diagnóstico precoce das principais alterações da saúde bucal, como a cárie dentária e a doença periodontal, limitando assim os danos causados por tais enfermidades. Apesar de 67,1% dos profissionais terem afirmado que encaminham seus pacientes ao cirurgião dentista, apenas 29,8% destes profissionais citaram a visita regular ao dentista como uma orientação importante sobre cuidados com a saúde bucal a ser realizada a pessoa com diabetes.

Do total de profissionais entrevistados, 67,1% disseram que aconselham os pacientes com diabetes quanto à importância do cuidado com a saúde bucal, mas apenas 47,9% afirmaram que esclarecem sobre a relação diabetes e doenças bucais. Quando questionados sobre a principal dificuldade que enfrentam para ofertarem aconselhamentos do cuidado com a saúde bucal do paciente com diabetes verificou-se que um pouco mais da metade dos profissionais afirmou que não encontram dificuldade (51,4%), mas 27,1% referiu a falta de conhecimento como principal motivo para não conseguir informar o paciente sobre tal tema. No estudo desenvolvido por Owens *et al.* (2011), a maioria dos profissionais entrevistados relatou não ter confiança para orientar os pacientes com diabetes sobre a relação da doença periodontal com o DM, ou seja, um resultado muito pior que o achado por esta pesquisa. Além disso, pôde-se observar que 66,6% dos profissionais realizavam perguntas sobre a saúde bucal do paciente, mas apenas 19,7 % costumavam realizar exame da cavidade bucal durante as consultas indicando a necessidade de aperfeiçoamento do conhecimento dos profissionais “não dentistas” em relação às manifestações bucais do DM.

O controle glicêmico para o ajuste da dose medicamentosa pode ser monitorado pela hemoglobina glicada que é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longos prazos, pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos meses (BRASIL, 2013). Apesar da importância deste exame, somente 41,4% dos entrevistados costumavam acompanhar a hemoglobina glicada do paciente diabético: prática mais realizada pelo profissional médico.

Outra ferramenta pouco utilizada pelos profissionais entrevistados foi a estratificação de risco dos pacientes diabéticos acompanhados pela equipe de saúde. Apenas 36,4% dos profissionais afirmaram realizar estratificação. Tal estratégia é importante para a garantia do acesso com equidade e possibilita identificar os diferentes níveis de risco e as situações de maior urgência procedendo as devidas

priorizações. Para que isto aconteça, o trabalho em equipe é fundamental e deve acontecer em todos os espaços e momentos na USF (BRASIL, 2012).

8.5 RELAÇÃO CONHECIMENTO E PRÁTICA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE AS DOENÇAS BUCAIS E DIABETES MELLITUS.

Em relação às práticas direcionadas para os pacientes diabéticos, o menor percentual de prática aplicada foi de 27,27% e o maior foi de 90,91%. Acerca do conhecimento, observou-se que o menor percentual foi de 20% e o maior foi de 100%. As medianas se mantiveram em 68,18% e 80% em relação às práticas e aos conhecimentos respectivamente. O teste de comparação de distribuição foi significativo (p -valor = 0,018), indicando que os profissionais, de uma forma geral, apresentam maior nível de conhecimento, porém, menor nível de prática. Tal fato corrobora os achados de Lopes *et al.* (2012) que indicaram que os profissionais, apesar de possuírem o conhecimento, não realizavam as recomendações adequadas aos pacientes e necessitavam de treinamento específico em saúde bucal.

Diferentemente, para a categoria dos ACS, pôde-se perceber que este grupo apresentou um nível de prática maior do que o de conhecimento o que pode-se levar a pensar que estes profissionais estão realizando ações sobre saúde bucal e diabetes mellitus sem transmitir o conhecimento correto comprometendo a qualidade e efetividade das ações desenvolvidas como afirma Gouvêa *et al.* (2015). Sendo o ACS um personagem de destaque dentro do atual modelo assistencial, este deve receber capacitação contínua e, portanto, é essencial para a qualidade do processo de trabalho que este profissional seja capacitado para realizar seu papel de forma segura, transmitindo informações corretas às famílias.

Na comparação da distribuição de conhecimento e prática para cada categoria profissional, verificou-se que não existiu diferença significativa entre o nível de conhecimento e de prática para os grupos de médico (p -valor = 0,594), de enfermeiro (p -valor = 0,825) e de ACS (p -valor = 0,103). Ou seja, essas categorias praticam de acordo com o conhecimento que têm. Resultado semelhante também encontrado no estudo de Salci, Meirelles, Silva (2017), onde concluíram que nem todos os profissionais da equipe de saúde da família, principalmente os de nível técnico, tinham conhecimento sobre o diabetes, especialmente sobre suas complicações. E os ACSs criaram estratégias para se autocapacitarem. Isso promovia, nesses profissionais,

dificuldade em sua atuação, especialmente nas atividades educativas para a prevenção das complicações do diabetes.

Todavia, para o grupo de cirurgiões dentistas foi observado uma diferença significativa do nível de conhecimento e prática destes profissionais (p -valor $<0,001$): o nível de conhecimento foi maior que o nível de prática, ou seja, pode-se dizer que o cirurgião dentista tem mais conhecimento mas pratica menos.

Como a maior parte da amostra foi composta por profissionais bastante experientes, com mais de 10 anos de atuação, sua formação à época pode não ter contemplado a forma de pensar em saúde numa visão integral o que, por sua vez, pode refletir na falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde mesmo tendo realizado cursos de pós-graduação em saúde da família.

Esta contradição pode ser percebida na rotina diária do atendimento na ESF onde há ainda distanciamento entre a ESB e a EqSF e uma visão fragmentada da saúde do paciente. Contudo, como afirmou Moretti *et al.* (2010), a atuação do dentista na ESF perpassa o trabalho clínico e deve-se investir na motivação dos profissionais a redirecionarem sua prática para atenção ao cuidado integral do paciente.

Quando esses profissionais possuem formação voltada para uma prática no contexto da saúde coletiva e da família conseguem com mais facilidade estabelecer uma integração no trabalho em equipe. Envolvê-los em práticas assistenciais desenvolvidas pela ESF requer atuação conjunta de todos os envolvidos, sendo essas trocas de extrema importância para a atenção ao cuidado integral do paciente (PERUZZO *et al.*, 2018).

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas nesse estudo, visto que foi um estudo de abordagem quantitativa, através dos instrumentos utilizados. O que pode levar à perda de algumas dimensões subjetivas dos conhecimentos e das práticas dos profissionais da ESF em relação às doenças bucais e diabetes mellitus, que seriam melhor captadas por metodologias qualitativas.

9 CONCLUSÃO

- a) A maioria das equipes entrevistadas informou que possuía grupo de acompanhamento a paciente com diabetes, porém o cirurgião dentista participa dos grupos em 66,6% dessas equipes, porém a relação entre doenças bucais e DM não era abordada em todos os grupos e ações educativas;
- b) A maioria dos profissionais entrevistados afirmou saber que existe relação entre DM e doenças bucais, das quais a doença periodontal foi citada por 55,3% dos profissionais. No entanto, a maioria dos profissionais relatou não saber que a periodontite pode afetar o controle glicêmico do paciente diabético;
- c) A grande maioria dos profissionais afirmou realizar visitas domiciliares ao paciente diabético e 93,6% também referiram que encaminham este paciente para outros profissionais da equipe e NASF. No entanto, somente 19,7% dos entrevistados realizavam exame da cavidade bucal, 36,4% realizavam estratificação de risco, 41,4% acompanhavam a hemoglobina glicada dos pacientes e 27,1% relataram a falta de conhecimento como principal motivo para instruir adequadamente o paciente sobre a relação entre DM e doenças bucais;
- d) Os profissionais do grupo dos cirurgiões dentistas apresentaram maior nível de conhecimento da relação entre doenças bucais e DM, porém, menor nível de prática. De forma contrária, o grupo dos ACS apresentou maior nível de prática e menor nível de conhecimento sugerindo-se maior investimento na motivação profissional e troca de saberes visando à integralidade do cuidado.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto e da importância da atuação de todos os profissionais das EqSF frente as necessidades do paciente com diabetes, torna-se oportuno um investimento maior em educação permanente voltado para o cuidado com esses pacientes. Afim de proporcionar abordagem interdisciplinar e práticas multidisciplinares para uma compreensão integral e ampliada do ser humano / família e comunidade.

Como encaminhamento e requisito do mestrado profissional, foi construído um projeto de intervenção (APÊNDICE F) voltado para o fortalecimento da educação permanente nas equipes de saúde da família com foco na relação entre diabetes mellitus e doenças bucais. Visando a integração entre os profissionais da equipe, de forma que o conhecimento seja compartilhado entre os distintos saberes e dessa forma resignificar o trabalho em equipe dentro da ESF.

REFERÊNCIAS

- AGGARWAL A, PANAT S. Oral health behavior and HbA1c in Indian adults with type 2 diabetes. **Journal of Oral Science**, Nihon, v.54, n.4,p. 293-301, 2012.
- AL-KHABBAZ, A. K.; AL-SHAMMARI, K. F. Diabetes Mellitus and Periodontal Health: Dentists' Knowledge. **Medical Principles and Practice**, Kuwait, v. 20, n. 6, p. 538–544, 2011.
- ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu,v. 9, p. 150-153, 2001.
- ALVES, C.; ANDION, J.; MENEZES, R. Oral Health Knowledge and Habits in Children with Type 1 Diabetes Mellitus. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 1, p. 70–73, 2009.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- BACKES, D. S. *et al.* Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1151–1157, 2012.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade.**, São Paulo, São Paulo, v.20, n.4, p. 884-899, 2011.
- BEAGLEHOLE, R. *et al.* Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. **The Lancet**, London, v. 372, n. 9642, p. 940–949, set. 2008.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cobertura de atenção básica. In:_____: **E-Gestor Atenção Básica**. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 19 fev. 2018.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cobertura de atenção básica. In:_____: **E-Gestor Atenção Básica**. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 19 fev, 2018.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal.**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. (Caderno de Atenção Básica, n.17).
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.**Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. 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 : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica..** Brasília DF: Ministério da Saúde, 2017. 110 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação das Unidades de Saúde da Família.** Brasília DF: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. (Caderno de atenção básica n.1).

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** Brasília DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 13 fev. 2019

CANTARUTTI, R. F. R. **Saúde bucal de adultos com diabetes mellitus na perspectiva da rede de atenção à saúde.**2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CARVALHO FILHA, F.; NOGUEIRA, L.; VIANA, L. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 930–936, 2012.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, p. 18-23, set./dez. 2007.

CHAVES, M.; TEIXEIRA, M.; SILVA, S. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença : contribuições da Enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 215–221, 2013.

CHAUDHARI M. et. al. Evaluating components of dental care utilization among adults with diabetes and matched controls via hurdle models. **BioMed Central Oral Health**, London, p. 12:20. 2012. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6831-12-20> Acesso em: 18 dez. 2018.

DRUMOND-SANTANA T. et. al. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.637:644, 2007.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl 1, p. 126–134, 2012.

ELDARRAT, A. H. Diabetic patients: Their knowledge and perception of oral health. **Libyan Journal of Medicine**, Philadelphia, v. 6, n. 1, p. 1–5, 2011a.

ELDARRAT, A. H. Awareness and attitude of diabetic patients about their increased risk for oral diseases. **Oral health & preventive dentistry**, New Malden, v. 9, n. 3, p. 235 - 241, 2011b.

FACCHINI, L. A; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 42, n.1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 07 mar. 2019.

FARIA, H. T. G. *et al.* Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 254–260, 2014.

FERNANDES, M. T. de O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1331–1340, 2011.

FEUERWEKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Revista Olho Mágico**, Londrina, p.5 - 18, 1999.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>. Acesso em: 07 mar. 2019.

GIANNOBILE, W.V. *et. al.* Patient Stratification for Preventive Care in Dentistry. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 92, n. 8, p.694 - 701, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711568/pdf/10.1177_0022034513492336.pdf. Acesso em: 16 dez. 2018.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081–1096, 2011.

GELBCKE, F.L., MATOS, E.M., SALLUM, N.C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.4. 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202>. Acesso em: 09 fev. 2019.

GOUVÊA, G.R. *et al.* Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1185-1197, 2015.

ISER, B. P. M. A prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: Resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. **Revista Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>. Acesso em: 06 mar. 2019.

IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html?>. Acesso em: 24 fev. 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Atlas**. 7th ed. Brussels, 2015.

JANEM, W. F. *et al.* Salivary inflammatory markers and microbiome in normoglycemic lean and obese children compared to obese children with type 2 diabetes. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 12, n. 3, p. 1–16, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172647> Acesso em: 16 jul. 2017.

KIRAN, M. *et al.* The effect of improved periodontal health on metabolic control in type 2 diabetes mellitus. **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 32, n. 3, p. 266–272, 2005.

LADHA, K. TIWARIL, B. Type 2 Diabetes and Edentulism as Chronic Co-Morbid Factors Affecting Indian Elderly: An Overview. **Journal Indian Prosthodont Society**, Mumbai v. 13, n. 4, p. 406-412, 2013.

LIMA, M.; ACOSTA, A.; OELKE, N. Translação do conhecimento : traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113–117, 2015.

LIMA, F. S. *et al.* Exercício de Liderança do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 3893-3906, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3905/pdf_1807 Acessado em: 24 fev. 2019.

LOPES, M. H. *et al.* Diabetes educators' knowledge, opinions and behaviors regarding periodontal disease and diabetes. **Journal of dental hygiene**, Chicago v. 86, n. 2, p. 82–90, 2012.

MACIAZEKI-GOMES R.C *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1637-1646, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais

para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.18, supl. 2, p. 3 – 16, 2015.

MARCH, S. et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 28, n. 4, p. 267–273, 2014.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, p. 69–82, 2014.

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

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n.78, p. 27-34, 2013.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 397-409, maio/ago. 2015.
Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/1981-7746-tes-13-02-0397.pdf>.
Acesso em: 14 out. 2018.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária : um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071–2085, 2012.

MOORE, P. A. et al. Diabetes and Oral Health Promotion: a Survey of Disease Prevention Behaviors. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 131, n. 9, p. 1333–1341, 2000.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

OLIVEIRA, M. B. O. et al. Associação entre fatores socioeconômicos, comportamentais, saúde geral e condição da mucosa bucal em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.26182016> Acesso em: 07 mar. 2019.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158–164, 2013.

OLIVEIRA, K. C. S. DE; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862–868, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estadísticas Sanitarias Mundiales: Una Instantanea de La Salud Mundial**. Geneva, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global report on diabetes**. Geneva, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf. Acesso em: 24 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Time to Deliver**. report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Geneva, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 out. 2018.

OWENS, J.B., *et al.* North Carolina Internists' and Endocrinologists' Knowledge, Opinions, and Behaviors Regarding Periodontal Disease and Diabetes: Need and Opportunity for Interprofessional Education. **Journal of Dental Education**, Washington, v.75, n.3, mar.,p. 329 – 338, 2011.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1-9, 2018.

PERUZZO, H. E.*et al.* Marcon SS. Influência do sexo, idade e tempo de atuação na percepção sobre o trabalho em equipe. **Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v.21, p. 1 – 7, 2017.

PETERMANN, X. B. *et al.* Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à saúde: uma revisão narrativa. **Revista Saúde Santa Maria**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 49–56, 2015.

RAMAN, R. P. C. *et al.* Effect of nonsurgical periodontal therapy verses oral hygiene instructions on Type 2 diabetes subjects with chronic periodontitis: a randomised clinical trial. **BioMed Central Oral Health**, London, v. 14, n. 1, p. 14 - 79, 2014.

REDENUT - **Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco** (APQ-0277-4.06/13). Relatório final. Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016. 61p.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005.

SALCI, M. D. A.G; MEIRELLES, H. S. B; SILVA, D. M. G.V. Atenção primária às pessoas com diabetes meççitus na pectiva do modelo de atenção às doenças

crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449566029>. Acesso em: 06 mar. 2019.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para a reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acesso em: 08 mar. 2019.

SANTOS, A. M. DOS; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade : construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas , BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53–61, 2006.

SANZ-SÁNCHEZ, I.; MARTÍNEZ, A. B. Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. **Avances En Odontostomatología**, Madrid, v. 25, n. 5, p. 249–263, 2009.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl.1, p. 120–134, 2003.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011.

SECCO, A. C.; PARABONI, P.; ARPINI, D. M. Os grupos como dispositivos de cuidado na AB para o trabalho com pacientes portadores de diabetes e hipertensão. **Mudanças: Psicologia da saúde**, São Bernardo do Campo, v. 25, n.1, p. 9-15, 2017.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1685–1698, 2010.

SILVA, A. M. *et al.* A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2197–2206, 2010a.

SILVA, L. M. C. *et al.* Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 462–468, jun. 2010b.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.49, n.esp 2, p. 16-24, 2015.

SOARES, F. F. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7, p.3169-3180, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SOORY, M. Periodontal Disease Severity and Systemic Diseases Prevalent in a Caribbean Catchment Area of Patients Severidad de la Enfermedad Periodontal y Enfermedades Sistémicas en una Zona de Captación de Pacientes en el Caribe. **Journal West Indian Medical**, Kingston, v. 56, n. 2, p. 191-193, 2007.

SOUZA, E. C. **Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família de Pernambuco**: Um estudo das características da qualidade do atendimento. 2012. 125p. Dissertação (Mestrado): Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, 2012.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, nov, 2007.

TAN, W.; TAY, F.; LIM, L. Diabetes as a risk factor for periodontal disease: current status and future considerations. **Annals Academy of Medicine**, Singapore, v. 35, n. 8, p. 571–581, 2006.

VASCONCELOS, B. C. D. E. *et al.* Prevalência das alterações da mucosa bucal em pacientes diabéticos: Estudo preliminar. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 423–428, 2008.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA C.M.M. A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 133-141, 2013.

WEIDLICH, P. *et al.* Association between periodontal diseases and systemic diseases. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 32–43, 2008.

YAMASHITA, J. M. *et al.* Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. **Revista de Odontologia da Universidade Estadual de São Paulo**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 211–220, 2013.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido – PROFISSIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título Diabetes Mellitus e Doenças Bucais: Análise dos conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Município de Recife-PE, realizada pela mestrande Flávia Inojosa Coutinho de Lima e orientada pela pesquisadora Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo deste estudo é analisar os conhecimentos e as práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a relação Diabetes Mellitus e Doenças Bucais.

Após entender e concordar em participar, a sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de uma entrevista, que será respondida através de um questionário de perguntas fechadas sobre conhecimentos e práticas relacionadas à saúde bucal e Diabetes Mellitus, e o preenchimento de um formulário padronizado sobre a estrutura da Unidade de Saúde e características da Equipe de saúde a qual está inserido.

Alguns possíveis riscos relacionados com sua participação na pesquisa podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. Vale salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado nesta pesquisa.

Participando da pesquisa, você estará contribuindo para o conhecimento das práticas no cuidado da Saúde Bucal dos pacientes Diabéticos, permitindo auxiliar na melhoria da atenção à saúde desses pacientes.

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os dados coletados ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador

específico para pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:
Pesquisadora: Flávia Inojosa Coutinho de Lima.
E.mail: flavia.ic.lima@hotmail.com
Telefone: (81) 998420991

APÊNDICE B –QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS

QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS – Conhecimentos e Práticas

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____

Questionário a ser preenchido junto a(o) médico(a), enfermeiro(a), cirurgiã(o)-dentista e o Acs- 4 formulários por equipe .

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

1. Nome da equipe ESF: _____

2. Número da equipe: |_|_|

Atenção: copiar no cabeçalho de cada página do formulário as informações 1 e 2

3. Data da entrevista: |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Nome _____ do profissional: _____
2. Data de Nascimento: ___/___/_____
3. Sexo: () 1. Masculino 2. Feminino
4. Função do entrevistado
 - 1. Médico(a)
 - 2. Enfermeiro(a)
 - 3. Cirurgião Dentista
 - 4. ACS
5. Tempo de graduação: _____
6. Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família: _____
7. Tempo de atuação NESTA equipe: _____
8. O Sr (a) Já participou de treinamento introdutório para a Estratégia SF?
1 Sim 0 Não
9. Possui curso de especialização em saúde da família/saúde pública?
1 Sim 0 Não
10. Fez capacitação específica na atenção ao DIABETES nos últimos cinco anos?
1 Sim 0 Não
11. Já teve alguma capacitação sobre saúde bucal nos últimos cinco anos?
1 Sim 0 Não

PRÁTICAS

AGORA VAMOS PASSAR A PERGUNTAS SOBRE AS PRÁTICAS VOLTADAS AO PACIENTE DIABÉTICO

12. Realiza acompanhamento ambulatorial dos pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não
13. Realiza acompanhamento domiciliar dos pacientes diabéticos?

- 1 Sim 0 Não
14. Realiza acompanhamento em grupo dos pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não
15. Costuma acompanhar a hemoglobina glicada dos pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não
16. O senhor (a) costuma realizar perguntas sobre a saúde bucal dos pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não
17. O senhor (a) costuma realizar exame na cavidade bucal dos pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não 9 Não se aplica
18. O(a) senhor(a) COSTUMA ACONSELHAR os pacientes diabéticos sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal nas consultas ou visitas domiciliares?
1 Sim 0 Não
19. O senhor (a) costuma realizar esclarecimentos sobre os riscos que existem entre o diabetes e as doenças bucais?
1 Sim 0 Não
20. Aborda o tema do tabagismo na anamnese?
1 Sim 0 Não
21. O(a) senhor(a) costuma perguntar sobre os hábitos FAMILIARES dos dos pacientes diabéticos em relação aos cuidados com a saúde bucal?
1 Sim 0 Não
22. Quais são as DIFICULDADES que o(a) senhor(a) enfrenta para oferecer aconselhamentos sobre saúde bucal dos pacientes diabéticos?

NÃO LER as alternativas. Pode marcar uma opção.

- 1. Falta de conhecimento do profissional no assunto
 - 2. Dificuldade de acesso ao profissional Dentista
 - 3. Resistência do paciente com o tema
 - 4. Tempo de consulta
 - 5. Não encontra dificuldades
 - 6. Outros: _____
 - 7. Não se aplica
23. Ao aconselhar sobre Saúde bucal dos pacientes diabéticos, o(a) senhor(a) considera ou consideraria as CONDIÇÕES SOCIAIS (renda, educação, habitação, ...) deste usuário?
1 Sim 0 Não
24. O(a) senhor(a) costuma perguntar quando foi a última consulta ao cirurgião dentista?
1 Sim 0 Não
25. O sr (a). encaminha o seu paciente diabético para o Cirurgião dentista desde a primeira consulta / cadastro?
1 Sim 0 Não

26. O(a) senhor(a) costuma AVALIAR A ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO dos usuários com diabetes nas consultas ou visitas domiciliares?
1 Sim 0 Não
28. O(a) senhor(a) costuma falar sobre a IMPORTÂNCIA da ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO para a saúde, aos usuários com diabetes, de forma geral, nas consultas ou visitas domiciliares?
1 Sim 0 Não
29. O sr (a). encaminha os pacientes diabéticos para outro profissional da ESF ou NASF?
1 Sim 0 Não
30. O sr (a). referencia os pacientes Diabéticos para especialidades clínicas?
1 Sim 0 Não
31. O sr (a). realiza busca ativa de pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não
32. O sr (a). faz estratificação de riscos dos pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não
33. O Sr (a). atualiza planilha de acompanhamento de pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não

CONHECIMENTOS SOBRE RELAÇÃO SAÚDE BUCAL E DIABETES

AGORA VAMOS PASSAR A PERGUNTAS SOBRE SEUS CONHECIMENTOS SOBRE A RELAÇÃO DO DIABETES MELLITUS E DOENÇAS BUCAIS

34. O(a) senhor(a) sabe dizer se existe relação entre diabetes e doenças bucais?
1 Sim 0 Não
35. O(a) senhor(a) sabe dizer quais são as manifestações bucais mais comuns em pacientes diabéticos?
1 Sim 0 Não
- 35.1 Caso sim, Quais são elas: (NÃO LER AS ALTERNATIVAS). Pode marcar mais de uma
- 1. Cárie dentária
 - 2. Doença periodontal (gengivite e periodontite)
 - 3. Candidíase oral
 - 4. Xerostomia / boca seca
 - 5. Língua saburrosa
 - 6. Outros: _____
 - 7. Não se aplica

36. O(A) senhor(a) sabe dizer quais as complicações de saúde decorrentes da relação diabetes e doenças bucais?
- 1. Exarcebação da doença periodontal

- 2. Maior perda dentária
- 3. Maior probabilidade por infecções fungicas
- 4. Dificuldade de controle da glicemia
- 5. Dificuldade na alimentação
- 6. Alteração do paladar
- 7. Boca seca
- 8. Mobilidade dentária
- 9. Sangramento gengival
- 10. Dor de dente
- 11. Secreção purulenta
- 12. Outros: _____
- 13. Não se aplica

37. O(a) senhor(a) sabe dizer se tem alguma doença bucal que pode influenciar o controle glicêmico?

1 Sim 0 Não

37.1 O(a) senhor(a) sabe dizer qual a doença bucal que pode influenciar o controle glicêmico?

38. O senhor poderia citar quais as principais orientações sobre cuidados com saúde bucal do diabético devem ser realizadas?

(NÃO LER AS ALTERNATIVAS). Pode ser mais de uma alternativa.

- 1. Usar enxaguatório bucal diariamente
- 2. Realizar escovação dos dentes após se alimentar
- 3. Visitar o dentista regularmente
- 4. Usar fio dental diariamente
- 5. Fazer uso de anti-inflamatório quando a gengiva estiver sangrando
- 6. Outros: _____
- 7. Não se aplica

39. O(a) senhor(a) sabe dizer quais são as principais dificuldades para o paciente diabético manter a sua saúde bucal?

1 Sim 0 Não

39.1 Se sim, quais são elas? NÃO LER AS ALTERNATIVAS. Pode ser mais de uma alternativa.

- 1. Falta de orientação educativa
- 2. Falta de condições econômicas
- 3. Falta de acompanhamento pela equipe de saúde
- 4. Outros: _____
- 6. Não se aplica

APÊNDICE C – FORMULÁRIO PADRONIZADO

FORMULÁRIO PADRONIZADO

Estrutura da Unidade de Saúde e característica da ESF

Será preenchido apenas um formulário por equipe

NÚMERO DO FORMULÁRIO: _____

Data da entrevista: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Distrito Sanitário: _____
2. Bairro: _____
3. Nome da equipe ESF: _____
4. Número da equipe: |__|__|

Atenção: copiar no cabeçalho de cada página do formulário as informações 1, 3 e 4.

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE SAÚDE

5. NOME DA UNIDADE: _____
6. QUANTIDADE DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE: _____

ESTRUTURA FÍSICA

7. Tem sala de recepção? 1 Sim 0 Não
8. Cada profissional de nível superior tem um consultório? 1 Sim 0 Não
9. Sala de Atividades educativas / auditório? 1 Sim 0 Não

EQUIPAMENTOS

10. Marque os equipamentos que a Unidade de Saúde possui:

- Estetoscópio para todos os profissionais;
- Tensiômetro para todos os profissionais;
- Glicosímetro para todos os profissionais;
- Balança antropométrica
- Protocolo ou manual clínico sobre pacientes Diabéticos
- Manual educativo para o controle da Diabetes
- Manual educativo sobre a saúde bucal dos pacientes diabéticos
- Prontuário eletrônico – Esus

EQUIPE DE SAÚDE

11. Esta Equipe de Saúde tem cobertura de NASF:

1 Sim 0 Não

12. Na equipe, tem quantos ACS?

- 1. Menos de seis
- 2. Seis
- 3. Mais de seis

13. A equipe faz reuniões de planejamento de ações?

1 Sim 0 Não

13.1 Se sim, com que frequência?

- 1. Semanal
- 2. Quinzenal
- 3. Mensal
- 4. Não tem

13.2 A Equipe de saúde utiliza as informações para planejamento de ações?

1 Sim 0 Não

13.3 O cirurgião dentista participa dessas reuniões de planejamento?

1 Sim 0 Não

14. A equipe realiza ações de Educação Permanente?

1 Sim 0 Não

14.1 Se sim, com que frequência?

- 14.1 1. Semanal
- 14.2 2. Quinzenal
- 14.3 3. Mensal
- 14.4 4. Não tem

14.2 O cirurgião dentista participa dessas ações de Educação Permanente?

1 Sim, sempre.

2 Sim, às vezes.

0 Não

AÇÕES DE SAÚDE

15. Nesta Equipe existe um grupo para usuários com diabetes (P. EX. HIPERDIA)?

1 Sim 0 Não

15.1 Caso sim, quais os profissionais que participam regularmente deste grupo?

Pode marcar mais de uma opção.

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Cirurgião Dentista
- Técnico em Saúde Bucal (TSB)
- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)
- Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Profissional do NASF, qual:

Outros profissionais, quais:

16. Qual é a periodicidade dos encontros do grupo?

LER as alternativas. Pode marcar SOMENTE UMA opção.

- 1 Semanal
 - 2 Quinzenal
 - 3 Mensal
 - 4 Quando necessário (não tem periodicidade)
 - Outra, qual:
-

17. Há mobilização de toda a Equipe de Saúde no acompanhamento multiprofissional ao paciente diabético?

1 Sim 0 Não.

18. O Cirurgião dentista participa das ações educativas com os usuários da Equipe de Saúde?

1 Sim 0 Não

19. Há parcerias com outros setores em ações voltadas para os pacientes diabéticos?

1 Sim 0 Não

20. Há envolvimento de lideranças e associações dos moradores em ações voltadas para os pacientes diabéticos?

1 Sim 0 Não

21. A relação de Saúde bucal e Diabetes é abordada nas ações educativas?

1 Sim 0 Não

APÊNDICE D – Quadro de variáveis do questionário dos profissionais das EqsF

Variáveis	Descrição	Categorias
Recursos Humanos		
Médico / Enfermeiro / Cirurgião dentista com especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública	O profissional da equipe possui especialização em ESF ou saúde pública	Sim ou não
Médico / Enfermeiro / Cirurgião dentista / Acs com capacitação específica para diabetes nos últimos 5 anos	Médico / Enfermeiro / Cirurgião dentista / Acs da equipe passou por alguma capacitação específica para diabetes nos últimos 5 anos	Sim ou não
Médico / Enfermeiro / Acs com capacitação específica para saúde bucal nos últimos 5 anos	Médico / Enfermeiro / Acs da equipe passou por alguma capacitação específica para saúde bucal nos últimos 5 anos	Sim ou Não
Médico / Enfermeiro / Cirurgião dentista / Acs Treinamento Introdutório para a ESF	Médico / Enfermeiro / Cirurgião dentista / Acs Passou por Treinamento Introdutório para a ESF	Sim ou Não
Atuação na ESF	Tempo de atuação na Estratégia de saúde da família	Tempo em anos de atuação na ESF
Atuação na Equipe	Tempo em que o profissional está atuando na mesma equipe da ESF	Tempo em anos de atuação na mesma equipe
Conhecimentos		
Doenças bucais e diabetes mellitus	Sabe dizer se existe relação entre doenças bucais e diabetes	Sim ou não
Manifestações bucais mais comuns em pacientes diabéticos	Sabe dizer quais são as manifestações bucais mais comuns em pacientes diabéticos	Sim ou não
Manifestações bucais mais comuns em pacientes diabéticos	Sabe citar quais são as doenças bucais mais comuns no paciente diabético	Cárie Doença periodontal Xerostomia Candidíase oral Língua Saburrosa Outras:
Doença bucal mais comum no diabético e que pode influenciar o controle glicêmico	Identifica a doença periodontal como sendo a doença bucal mais comum no paciente diabético e que pode trazer dificuldades no controle glicêmico.	Doença periodontal

Complicações e consequências da relação doenças bucais e diabetes	Identifica como complicações e consequências da relação DIA e SB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Boca seca 2. Sensibilidade dentinária 3. Sangramento gengival 4. Mobilidade dentária 5. Alteração de paladar 6. Secreção purulenta 7. Dificuldade de se alimentar 8. Dificuldade de controle glicêmico 9. Dificuldade de cicatrização 10. Mal hálito 11. Perdas dentárias 12. Outras
Orientações sobre cuidados com saúde bucal do diabético	Cita como sendo as principais orientações sobre cuidados com saúde bucal do diabético que devem ser realizadas pelo próprio paciente: Realizar escovação dentária após as refeições; Visitar o dentista regularmente; Usar fio dental diariamente; limpeza da língua, controle da dieta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar escovação dentária após as refeições 2. Visitar o dentista regularmente 3. Usar fio dental diariamente 4. Outros:
Dificuldades do autocuidado em saúde bucal	Identifica quais as principais dificuldades do paciente em manter o autocuidado com a saúde bucal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de orientação educativa 2. Falta de condições econômicas 3. Falta de acompanhamento pela equipe de saúde 4. Falta de hábito 5. Condições culturais 6. Outros:
Práticas		
Acompanhamento dos pacientes diabéticos	Realizar acompanhamento dos pacientes diabéticos	Sim ou não

Acompanhamento domiciliar dos pacientes diabéticos	Realizar acompanhamento domiciliar dos pacientes diabéticos	Sim ou não
Acompanhamento em grupo dos pacientes diabéticos	Realizar acompanhamento em grupo dos pacientes diabéticos	Sim ou não
Tabagismo na anamnese	Realizar abordagem sobre tabagismo na anamnese	Sim ou não
Doenças bucais na anamnese	Abordar as doenças bucais durante a anamnese	Sim ou não
Glicemia e a hemoglobina glicada	Avaliar a glicemia e a hemoglobina glicada durante a consulta	Sim ou não
Exame clínico da cavidade bucal	Realizar o exame clínico da cavidade bucal durante a consulta	Sim ou não
Consulta ao cirurgião dentista	Perguntar quando foi a última consulta ao cirurgião dentista	Sim ou não
Riscos da doença	Abordar sobre os riscos do Diabetes Mellitus e doenças bucais	Sim ou não
Dificuldades em orientações em Saúde bucal	Sente dificuldades em realizar orientações em Saúde bucal	Sim ou não
Cuidados com a saúde bucal nas consultas ou visitas domiciliares	Aconselhar os usuários com diabetes sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal nas consultas ou visitas domiciliares	Sim ou não
Condições sociais (renda, educação, habitação, ...) do paciente diabético ao realizar aconselhamento em saúde bucal	Considera as condições sociais (renda, educação, habitação, ...) do paciente diabético ao realizar aconselhamento em saúde bucal	Sim ou não
Adesão ao tratamento odontológico	Avaliar a adesão ao tratamento odontológico dos usuários com diabetes	Sim ou não
Encaminhamento para o Cirurgião dentista	Encaminhar para o Cirurgião dentista desde a primeira consulta	Sim ou não
Encaminhamento para outro componente da ESF ou NASF	Encaminhar o paciente diabético para outro componente da ESF ou NASF, sempre que necessário	Sim ou não
Encaminhamento diabéticos para especialidades clínicas	Realizar encaminhamento a outras especialidades	Sim ou não

	clínicas, quando se fizer necessário.	
Prevenção de doenças bucais	Realizar orientações sobre prevenção de doenças bucais mais comuns no paciente diabético	Sim ou não
Tratamento odontológico	Orientar sobre a importância do tratamento odontológico, que deve ser realizado pela equipe de saúde bucal	Sim ou não
Busca ativa	Realizar busca ativa dos pacientes diabéticos, juntamente com os demais componentes da equipe	Sim ou não
Estratificação de riscos de diabéticos	Realizar estratificação de risco dos pacientes diabéticos.	Sim ou não
Planilha de diabéticos	Atualizar Planilha de paciente cadastrados e acompanhamento pela equipe de saúde da família	Sim ou não

APÊNDICE E – Quadro de variáveis do formulário padronizado

Variáveis	Descrição	Categorias
Estrutura Física		
Sala de Recepção ou espera	Presença de sala de espera ou recepção adequada para os pacientes	Sim ou não
Consultórios suficientes	Presença de quantidade suficientes de consultórios, de forma que os profissionais de nível superior não necessitem dividir o mesmo espaço	Sim ou não
Sala de reunião / palestras ou auditório	Presença de espaço adequado para atividades educativas e reuniões.	Sim ou não
Equipamentos		
Estetoscópio	Presença de estetoscópio para todos os profissionais de nível superior	Sim ou não
Tensiômetro	Presença de tensiômetro para todos os profissionais de nível superior	Sim ou não
Glicosímetro	Presença de glicosímetro e fitas para a equipe de saúde	Sim ou não
Balança antropométrica	Presença de balança na Unidade de saúde	Sim ou não
Protocolo ou manual clínico sobre pacientes Diabéticos	Existe protocolo clínico na unidade de saúde sobre paciente diabético	Sim ou não
Manual educativo para o controle do Diabetes	Existe algum manual educativo para o controle do diabetes na unidade de saúde	Sim ou não
Manual educativo sobre a saúde bucal dos pacientes diabéticos	Existe algum manual sobre saúde bucal dos pacientes diabéticos na unidade de saúde	Sim ou não
Prontuário eletrônico – Esus	A unidade de saúde é equipada com prontuário eletrônico – E-sus	Sim ou não
Equipe		
Componentes da ESF	A equipe deve estar composta com composição mínima de profissionais conforme preconizado pela PNAB	Médico / Enfermeiro / Cirurgião dentista / Técnico de Enfermagem / Acs / Técnico de Saúde

		bucal / Auxiliar de saúde bucal (Asb)
Possui NASF	A equipe tem cobertura do NASF	Sim ou não
Quantidade de Acs por equipe	Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que fazem parte da equipe de saúde	Menos de seis / Seis / Mais de seis
Reunião de equipe para planejamento de ações	Frequência com que a equipe de saúde se reúne para planejamento de ações	Semanal / quinzenal / mensal / Não tem
Participação do cirurgião dentista nas reuniões de planejamento	O cirurgião dentista participa das reuniões de planejamento das ações	Sim ou Não
Atividades de Educação Permanente	Frequência com que a equipe de saúde realiza atividades de Educação Permanente	Semanal / quinzenal / mensal / Não tem
Participação do cirurgião dentista nas ações de educação permanente da equipe	O cirurgião dentista participa das ações de Educação Permanente da equipe	Sim ou Não
Ações		
Grupo para diabéticos	A equipe de saúde realiza alguma atividade com pacientes diabéticos tipo HIPERDIA	Sim ou não
Profissionais participantes das ações	Todos os profissionais de diversas áreas do conhecimento devem participar das ações voltadas para o paciente diabéticos	Médico / Enfermeiro / Cirurgião dentista / Técnico de Enfermagem / Acs / Técnico de Saúde bucal / Asb / NASF
Ações de promoção		
Mobilização da equipe de saúde	Todos os profissionais da equipe de saúde devem se mobilizar para acompanhar os pacientes diabéticos, de acordo com a estratificação de riscos	Sim ou não
Participação do cirurgião dentista nas ações educativas com o paciente diabético	O cirurgião dentista deve participar das ações realizadas com os pacientes diabéticos da equipe	Sim ou não
Parcerias com outros setores	Deve existir parcerias com outros setores do município e também de outras	Sim ou não

	instâncias, na busca pela melhoria do cuidado com o paciente diabético	
Associações de moradores / lideranças comunitárias	As associações de moradores / lideranças comunitárias são pilares importantes para se envolverem com a equipe em ações voltadas a prevenção do diabetes e seus riscos	Sim ou não
Saúde bucal do diabético nas ações educativas	Nas ações educativas a saúde bucal do paciente diabético deve ser abordada com frequência para que os pacientes sejam orientados da importância do cuidado com a cavidade bucal afim de prevenir riscos e complicações do diabetes.	Sim ou não

APÊNDICE F – Projeto de intervenção

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

FLÁVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA

**Projeto de intervenção para melhoria do cuidado ao paciente com diabetes,
com foco na Educação Permanente dos profissionais das Equipes de Saúde da
Família sobre a relação saúde bucal e diabetes mellitus.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública, pelo Instituto Aggeu
Magalhães – FioCruz.

Flávia Inojosa Coutinho De Lima

Projeto de intervenção para melhoria do cuidado ao paciente diabético, com foco na educação permanente dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre a relação saúde bucal e diabetes mellitus.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Instituto Aggeu Magalhães – FioCruz.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse

RECIFE

2019

1. SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Diabetes Mellitus (DM) se destaca como uma das principais doenças crônicas no mundo e é responsável por um número elevado de mortes prematuras e perda da qualidade de vida. Diante disso, a atenção integral ao paciente portador dessa condição é uma necessidade constante e é fundamental que os profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação tenham conhecimentos sobre as relações que envolvem o DM e as doenças bucais que são um de seus fatores de risco. O controle inadequado da glicemia nos pacientes diabéticos é uma realidade nos sistemas de saúde. A observação de altos percentuais de paciente com essa patologia, e com dificuldade de controle, leva-nos a olhar esses pacientes de uma forma mais ampla e integral. Daí a importância dos conhecimentos e das práticas dos profissionais da Atenção Básica em relação às doenças bucais nesses pacientes. E por esse motivo o objeto de intervenção proposto é a implementação de um projeto de Educação Permanente das equipes de Saúde da Família do Município de Recife, com foco na troca de saberes sobre a relação doenças bucais e diabetes mellitus através de um cuidado multiprofissional e interdisciplinar ao grupo de pacientes com diabetes mellitus, visando promover um melhor controle dos níveis glicêmicos e melhoria da qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

Os objetivos propostos nesse projeto de intervenção têm como finalidade implementar e fortalecer atividades que proporcionem melhoria nas ações de cuidado voltadas para o paciente diabéticos, principalmente em relação a saúde bucal, envolvendo todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, independente do saber específico de cada um.

Objetivo geral

- Implementar um processo educativo para a formação da equipe de saúde da família em relação a doenças bucais e diabetes mellitus, atividade que deve ser considerada parte da educação permanente imprescindível em toda equipe de saúde da família.

Objetivos específicos

- Planejar oficinas com os profissionais das equipes de saúde da família para a formação educativa, trabalhando o tema da relação que existe entre as doenças bucais e o diabetes mellitus

- Fortalecer a importância da integração entre os profissionais das equipes de saúde da família, através da troca de saberes nas atividades de Educação Permanente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

As DCNT são problemas de saúde global e uma ameaça ao desenvolvimento humano. Têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidades, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades e para a sociedade geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Essas condições crônicas tem evolução lenta e apresentam multicausalidade, o que difere das condições agudas. Essa cronicidade pode gerar um ciclo vicioso de sintomas que podem levar à perda da funcionalidade. As agudizações podem se apresentar nas doenças crônicas e muitas vezes, causadas por manejos inadequados principalmente na AB (MENDES, 2012).

Os episódios de emergência das doenças crônicas tem chamado a atenção para o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito das equipes de AB, que ainda não estão organizadas de forma a atenderem às necessidades da população acometida pelas condições crônicas (MEDINA *et al.*, 2014).

A criação do SUS e sua continuada e crescente estruturação viabilizaram maior acesso e forte controle social, o que permitiu a formulação de múltiplas políticas públicas para o enfrentamento das DCNT (DUNCAN *et al.*, 2012).

O modelo de saúde, vigente no Brasil, organizado em três níveis de atenção (atenção básica, secundária e terciária), propõe um maior monitoramento do DM, contemplando a integralidade da assistência, através das ações em AB. Pois a equipe de saúde pode auxiliar as pessoas na busca do autocuidado, amenizando os seus problemas de saúde, além de poder atuar em todas as fases do processo saúde-doença. (SILVA *et al.*, 2010b).

A coordenação e a integração dentro da organização de sistemas de serviços de saúde tem como objetivo proporcionar uma atenção mais acessível financeiramente, ou seja, menos onerosa, de melhor qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos, que tem prevalência crescente. Além disso, se propõem a superar a atenção fragmentada pela excessiva especialização e ainda voltada para os problemas agudos, e desta forma não garante atenção integral ao paciente crônico (GIOVANELLA, 2011).

Por tornar-se significativa para a mudança do modelo assistencial, visando a qualidade de vida da comunidade pois promove uma estruturação dos serviços de saúde, a ESF propõe uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência à população pautada na integralidade e resolutividade, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (ROSA; LABATE, 2005).

Além das complicações mais comuns que surgem como resultado desta doença, os pacientes diabéticos que não controlam cuidadosamente seus níveis de glicose no sangue estarão em alto risco de complicações sistêmicas e orais. As manifestações crônicas mais comuns são doenças macrovasculares e incluem doenças da artéria coronária, vascular periférica e cerebrovasculares. Além disso, as complicações microvasculares se manifestam como retinopatia, neuropatia e nefropatia entre outros (ELDARRAT, 2011) .

Em uma revisão de 36 artigos publicados que associavam Diabetes Mellitus e Doenças orais, os autores citam as principais complicações bucais crônicas encontradas nos estudos: candidíase oral, xerostomia e doença periodontal. Concluíram que o indivíduo com essa condição crônica pode apresentar durante a vida, complicações agudas, que requerem tratamentos imediatos, e crônicas que necessitam de tratamento de prevenção mediante rigoroso controle e acompanhamento da doença (SANZ-SÁNCHEZ; MARTÍNEZ, 2009). Quando o paciente de diabetes fica descompensado por um período prolongado, pode afetar as glândulas salivares resultando em xerostomia. Dessa forma a saliva em quantidade insuficiente gera acúmulos de placas e dentritos em uma velocidade muito maior, isso pode ser fator de risco para o desenvolvimento da cárie dentária e doença periodontal. Além disso, a saliva tem ações antimicrobianas, que quando prejudicadas permite o crescimento de micorganismos como por exemplo a *Candida Albicans*, agravando-se quando as concentrações de glicose no sangue e na saliva estão elevadas (ELDARRAT, 2011; YAMASHITA *et al.*, 2013).

A doença periodontal e o diabetes são exemplos de doenças crônicas que se interrelacionam, onde a condição sistêmica predispõe indivíduos a infecção bucal que instalada exacerba a doença sistêmica (KIRAN *et al.*, 2005). A possível explicação para o aumento da prevalência e gravidade da doença periodontal em diabetes pode

ser devida à redução da quimiotaxia de leucócitos polimorfonucleares e defeitos de fagocitose, e a uma resposta imunológica deprimida, reduzindo assim a capacidade dos pacientes diabéticos de combater a infecção, incluindo a infecção periodontal (TAN; TAY; LIM, 2006).

O DM por ser uma condição crônica exige um acompanhamento regular e sistêmico por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça os recursos necessários para que a pessoa portadora possa manejar a patologia, ou seja, manter o autocuidado necessário para evitar o agravo da doença (PETERMANN *et al.*, 2015). Sendo a educação em saúde a base para o manejo e o domínio da enfermidade (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Ações educativas voltadas para a prevenção de agravos e melhoria da qualidade de vida dos portadores de diabetes são estratégias importantes que amenizam a elevada morbimortalidade, que é duas a três vezes maior do que pacientes não-diabéticos, gerada pelas consequências dessa condição crônica (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

A conservação da saúde bucal é de fundamental importância no cuidado dos pacientes portadores de DM. Esse cuidado é papel de toda equipe de AB. 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 (BRASIL, 2006).

Reconhecer a existência da interrelação entre condições sistêmicas e doenças bucais, implica dizer que os profissionais de odontologia devem se voltar para práticas e conhecimentos que não apenas estejam relacionados à cavidade bucal, e considerar que as condições sistêmicas do paciente vão interferir e modificar intervenções sejam elas preventivas ou terapêuticas (WEIDLICH *et al.*, 2008).

Considerando a integralidade da atenção ao diabético, 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 a doença (SILVA *et al.*, 2010a).

A discussão da prática em saúde coletiva vem construindo um caminho para que os trabalhadores se envolvam no processo de construção da integralidade. Eles precisam refletir criticamente sobre seu processo de trabalho, viabilizando estratégias

para o reconhecimento de suas práticas integrais e uma abertura à educação permanente. Preparando-se para oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação. Em busca de uma articulação entre políticas de educação e saúde, com o intuito de aproximar a subjetividade e a prática desses trabalhadores voltadas para um sujeito / usuário contextualizado a partir de suas necessidades sociais em saúde (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A construção da interdisciplinaridade tem sido um processo contínuo e crescente no setor saúde, em virtude da necessidade de superar a fragmentação do conhecimento humano, na busca de uma visão globalizada que dê conta da complexa dimensão do processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Assim, infere-se que a relação profissional / usuário deve ser permeada pela educação em saúde, que possibilita o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar, com base no pressuposto de que todo profissional de saúde deve ser um educador e, sobretudo, libertador, emancipador e transformador (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012).

Nas discussões da atuação em família pela ESF, é necessário ser considerado que o conhecimento seja compartilhado, dialogado e confrontado. Os processos precisam ser ampliados e integrados à rede de cuidados, em virtude das diferentes realidades vividas pelas famílias e na sociedade em geral (BACKES *et al.*, 2012).

4. MÉTODO

a. CENÁRIO DA INTERVENÇÃO:

O projeto de intervenção será desenvolvido Município de Recife – PE, nos oito distritos sanitários de saúde (DS) que compõem o município.

Recife, capital do estado de Pernambuco, tem uma população estimada de 1.637.834 pessoas, segundo previsão dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2018 (IBGE, 2019). A cidade conta, desde o segundo semestre de 2014, com 08 DS que dispõe de uma rede composta pelos serviços da rede própria do município como: de atenção básica, de serviços especializados e de urgência e emergência; além de rede complementar e suplementar de Saúde.

A rede básica de saúde do município de Recife é composta por Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal (ESB), Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Unidades Básicas Tradicionais de Saúde e por vários outros serviços que apoiam as atividades da ESF, ampliando o escopo de atuação da atenção básica como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), os Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI) e o Programa Academia da Cidade (PAC).

Em relação à ESF, em dezembro de 2017, Recife tinha cobertura de 57,30% do seu território coberto por Equipes de Saúde da Família, sendo um total de 270, distribuídas em 130 Unidades de Saúde (BRASIL, 2017a). Desse total de equipes de Saúde da Família apenas 160 contavam com ESB, ou seja, 33,96% da população tem cobertura em saúde bucal (BRASIL, 2017b).

Das 160 ESB implantadas no Município de Recife, 62 são equipes que estão equiparadas com a equipe de saúde da família, ou seja, para cada equipe de saúde da família há uma equipe de saúde bucal (CNES, 2017).

As 62 equipes de saúde da família estão distribuídas da seguinte forma nos distritos sanitários:

Quadro 1 - Relação das Unidades de Saúde da Família com as Equipes de Saúde equiparadas com Saúde bucal em 2017, no município de Recife.

(Continua)

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE EQUIPES EQUIPARADAS POR UNIDADE
1	PSF COQUE	02 EQUIPES
	PSF SÃO JOSÉ DO COQUE	02 EQUIPES
2	CS DR LUIZ WILSON	3 EQUIPES
	UPINHA 24H GOVERNADOR EDUARDO CAMPOS	3 EQUIPES
	UPINHA DIA CHIE	2 EQUIPES
	USF UPINHA 24H DR FERNANDA WANDERLEY	3 EQUIPES
	USF SANTA TEREZINHA	2 EQUIPES
3	USF APIPUCOS	1 EQUIPE

Quadro 2 - Relação das Unidades de Saúde da Família com as Equipes de Saúde equiparadas com Saúde bucal em 2017, no município de Recife.

(Conclusão)

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE EQUIPES EQUIPARADAS POR UNIDADE
3	US 336 PSF UNIAO DAS VILAS	1 EQUIPE
	USF SITIO DOS PINTOS	1 EQUIPE
	USF CORREGO DA FORTUNA	1 EQUIPE
	USF SITIO SAO BRAZ	1 EQUIPE
	USF SANTANA	1 EQUIPE
4	USF BARREIRAS	1 EQUIPE
	USF ENGENHO DO MEIO	2 EQUIPES
	USF RODA DE FOGO SINOS	1 EQUIPE
	USF RODA DE FOGO COSIROF	1 EQUIPE
	USF JARDIM TERESOPOLIS	2 EQUIPES
	USF CASARAO DO CORDEIRO	1 EQUIPE
	USF COSME E DAMIAO	1 EQUIPE
5	USF PLANETA DOS MACACOS II	1 EQUIPE
	USF UPINHA DIA NOVO JIQUIÁ	2 EQUIPES
	USF UPINHA DIA BONGI NOVO PRADO	1 EQUIPE
	USF ODONTOLOGA MARINA GUEIRO	1 EQUIPE
6	USF DANCING DAYS	2 EQUIPE
	US 187 PSF ILHA DE DEUS	1 EQUIPE
	US 292 PSF VILA DO IPSEP	1 EQUIPE
	US 268 PSF CAFESOPOLIS	1 EQUIPE
7	USF DR DIOGENES CAVALCANTI	2 EQUIPES
	USF EDUARDO PAES – ALTO DO EUCALIPTO	2 EQUIPES
	USF UPINHA DIA DOM HELDER	3 EQUIPES
	USF UPINHA DIA CORREGO DO EUCLIDES	3 EQUIPES
	USF UPINHA 24H DR MOACYR ANDRE GOMES	3 EQUIPES
	USF UPINHA 24H DR HELIO MENDONCA COR DO JENIPAPO	3 EQUIPES
	USF SITIO DOS MACACOS	1 EQUIPE
8	USF UPINHA DIA DES JOSE MANOEL DE FREITAS UR 4UR 5	3 EQUIPES

Fonte: BRASIL, 2017.

b. SUJEITOS

O Público alvo dessa intervenção são os profissionais das equipes de saúde da família do Município de Recife - PE, que compõem a rede de atenção básica do município e se enquadraram nos critérios de amostra da pesquisa. Ou seja, as 62 equipes de saúde que tem uma equipe de saúde bucal equiparada.

Complementando o plano, os gestores das políticas de atenção básica de doenças crônicas e de saúde bucal dos distritos sanitários, também participarão das atividades na fase de planejamento das oficinas.

c. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

1. Inicialmente será apresentado o resultado da pesquisa realizada aos coordenadores municipais das políticas de Atenção Básica, Doenças crônicas e Saúde bucal.

2. Planejamento das 13 oficinas que serão realizadas por distrito sanitário. Sendo 30 participantes por encontro. Segue distribuição por distrito sanitário:

DS I - 4 equipes - 1 oficina

DS II - 13 equipes - 3 oficinas

DS III - 6 equipes - 1 oficina

DS IV - 9 equipes - 2 oficinas

DS V - 5 equipes - 1 oficina

DS VI - 4 equipes - 1 oficina

DS VII - 17 equipes - 3 oficinas

DS VIII - 3 equipes - 1 oficina

3. Realização das oficinas com os profissionais das equipes. Cada oficina terá duração de 4 horas, onde será utilizada a metodologia ativa na construção do conhecimento.

- Apresentação da situação problema através da explanação da conclusão da pesquisa.

- Divisão em grupo dos participantes, para levantarem hipótese para o problema.

- Exposição dos achados científicos a respeito da relação Diabetes Mellitus e Doenças Bucais e a importância da integração da equipe de atenção básica no cuidado integral ao paciente diabético.

- Fechamento com as possíveis estratégias para o problema apresentado, fortalecendo a construção de ações de Educação Permanente dentro dos espaços de atuação da equipe de saúde.

4. Avaliação do processo através do feedback dos profissionais e número de participantes nas oficinas.

d. PARCERIAS ESTABELECIDAS

A parceria será com a Secretaria de Saúde do município de Recife. Através das coordenações de Saúde Bucal e Doenças Crônicas, além das coordenações distritais

▪

5. MEIOS / RECURSOS

- Humanos: membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico em saúde bucal, técnico de enfermagem, ACS).

- Materiais:
 - Papel, cartolina, fita adesiva, tarjetas, computador, projetor Datashow.
 - Prédios onde a formação vai acontecer através de parcerias com os distritos sanitários: unidade de saúde, escolas, igrejas, teatros.

6. RESULTADOS ESPERADOS:

Espera-se que 80 % dos profissionais participem das oficinas, e que após essa atividade, consigam levar para seus espaços de trabalho a importância da troca de conhecimentos, nos distintos saberes dos profissionais da equipe de saúde da família. E com isso fortalecerem as ações de Educação Permanente, que possam modificar ou melhorar as práticas do cuidado, que nesse caso são para os pacientes diabéticos.

7. AVALIAÇÃO:

Ao final do processo será realizado uma pesquisa com os profissionais sobre as oficinas.

Também será realizado um Feedback dos profissionais a respeito das ações realizadas em seus locais de trabalho. Após um prazo pactuado nas oficinas.

E também iremos realizar a avaliação através do número de oficinas e participantes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BACKES, D. S. *et al.* Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1151–1157, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal.**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. (Caderno de Atenção Básica, n.17).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cobertura de atenção básica. In: _____: **E-Gestor Atenção Básica**. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 19 fev. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cobertura de atenção básica. In: _____: **E-Gestor Atenção Básica**. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 19 fev, 2018

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Brasília DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 13 fev. 2019.

CARVALHO FILHA, F.; NOGUEIRA, L.; VIANA, L. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene, Fortaleza**, v. 12, n. n. esp., p. 930–936, 2012.

CHAVES, M.; TEIXEIRA, M.; SILVA, S. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 215–221, 2013.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 126–134, dez. 2012.

ELDARRAT, A. H. Diabetic patients: Their knowledge and perception of oral health. **Libyan Journal of Medicine**, Philadelphia, v. 6, n. 1, p. 1–5, 2011.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1081–1096, 2011.

KIRAN, M. *et al.* The effect of improved periodontal health on metabolic control in type 2 diabetes mellitus. **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 32, n. 3, p. 266–272, 2005.

MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, p. 69–82, out. 2014.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global report on diabetes**. Geneva: 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf. Acesso em: 28 jan. 2018

PETERMANN, X. B. *et al.* Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à saúde: uma revisão narrativa. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 49–56, 2015.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005.

SANZ-SÁNCHEZ, I.; MARTÍNEZ, A. B. Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. **Avances En Odontoestomatología**, Madrid, v. 25, n. 5, p. 249–263, 2009.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1685–1698, 2010.

SILVA, A. M. *et al.* A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2197–2206, 2010a.

SILVA, L. M. C. *et al.* Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 462–468, jun. 2010b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017

TAN, W.; TAY, F.; LIM, L. Diabetes as a risk factor for periodontal disease: current status and future considerations. **Annals Academy of Medicine**, Singapore, v. 35, n. 8, p. 571–581, 2006.

WEIDLICH, P. *et al.* Association between periodontal diseases and systemic diseases. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 32–43, 2008.

YAMASHITA, J. M. *et al.* Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. **Revista de Odontologia da Unesp**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 211–220, 2013.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diabetes Mellitus e Doenças Bucais: Análise dos conhecimentos e das práticas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família do Município de Recife - PE.

Pesquisador: FLAVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86344518.7.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.607.464

Apresentação do Projeto:

Estudo de corte seccional, quantitativo de uma amostra de 35 equipes de saúde da família distribuídas nos oito Distritos Sanitários de Saúde do município de Recife - PE , e que estão em condições de equiparação com a equipe de saúde bucal. Projeto vinculado ao mestrado profissional do IAM/FIOCRUZ.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os conhecimentos e as práticas dos Profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a relação Doenças Bucais e Diabetes Mellitus do Município de Recife-PE.

Objetivo Secundário:

Identificar os conhecimentos dos profissionais das Equipe de Saúde da Família sobre a relação doenças bucais e diabetes Mellitus - Descrever as práticas dos profissionais das Equipe de Saúde da Família no que se refere a doenças bucais em pacientes diabéticos - Analisar a integração das ações entre os membros das equipes de saúde da Família e saúde bucal em relação aos cuidados com a saúde bucal dos pacientes diabéticos.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.607.464

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados ao estudo podem estar relacionados ao constrangimento perante pessoas e instituições, caso a identidade do participante venha a público, porém é garantido que este fato não ocorrerá.

Benefícios:

Contribuir para a análise dos conhecimentos e das práticas dos profissionais da ESF no que se refere à relação entre Diabetes Mellitus e Doenças Bucais, corroborando com o aperfeiçoamento da Atenção à Saúde Integral do Paciente portador de Diabetes Mellitus.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, bem estruturada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos e demais declarações obrigatórias foram apresentadas.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Foram apresentadas todas as documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em atendimento à RES. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1096921.pdf	20/03/2018 10:42:02		Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.607.464

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/03/2018 07:37:26	FLAVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	19/03/2018 16:56:23	FLAVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_participacao.pdf	19/03/2018 16:55:17	FLAVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	19/03/2018 16:42:59	FLAVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	19/03/2018 16:42:33	FLAVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/03/2018 16:39:48	FLAVIA INOJOSA COUTINHO DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 18 de Abril de 2018

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXO B – Carta de Anuência da Secretaria de Saúde de Recife



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora **Flávia Inojosa Coutinho de Lima**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ Pernambuco), a desenvolver pesquisa nas seguintes USF do Recife: USF Alto Da Brasileira / Diógenes Cavalcanti / Reservatório, USF Alto do Eucalipto / Ednaldo Vasconcelos, USF Barreiras, USF Cafesopolis, USF Casarão do Cordeiro, USF Coque / Dr. Berilo Pernambucano, USF Cosme e Damião, USF Dancing Days, USF Engenho do Meio, USF Ilha de Deus, USF Jardim Teresopolis, USF Planeta dos Macacos II, USF Roda de Fogo / Cosirof, USF Roda de Fogo / Sinos, USF Santana, USF São José do Coque, USF Sítio dos Macacos, USF Sítio dos Pintos / Dr. Antônio Da Silva, USF Sítio São Braz, USF União das Vilas, USF Vila do Ipsep, USF UR 04/05 1 Etapa / Jose Manoel de Freitas, USF UPINHA Dia Novo Jiquia, USF UPINHA Dia Dom Helder, USF UPINHA 24H Governador Eduardo Campos, UPINHA 24 H/USF Dr. Moacyr André Gomes/Morro Da Conceição UPINHA 24H / USF Dra. Fernanda Wanderley / Linha do Tiro, UPINHA 24H/USF Professor Dr. Hélio Mendonça/Córrego do Jenipapo, UPINHA Dia ACS Maria Rita da Silva / Córrego do Euclides, UPINHA Dia/USF Bongí Novo Prado, sob o título: **"Diabetes Mellitus e doenças bucais: análise dos conhecimentos e das práticas dos profissionais da estratégia de saúde da família no município de Recife - PE"**, sendo orientada por Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados: O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa; não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 19 de março de 2018.

Atenciosamente,

Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEGES / SESAU
Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinho, CEP: 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92