

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

A INTER-RELAÇÃO ENTRE DOENÇA PERIODONTAL E O DIABETES
MELLITUS

UBERABA - MG

2012

|

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA

**A INTER-RELAÇÃO ENTRE DOENÇA PERIODONTAL E O
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Andréa Maria Duarte Vargas

UBERABA - MG

2012

AGRADECIMENTOS

A Deus pela presença e atuação constante em minha vida.

Aos meus pais, irmãos e minha noiva pelo apoio e carinho.

À orientadora Andréa Maria Duarte Vargas pela inestimável contribuição na elaboração desse trabalho.

RESUMO

O Diabetes mellitus é uma das doenças mais freqüentes nas sociedades modernas. Diabéticos apresentam condições periodontais alteradas quando comparados aos não diabéticos. O presente estudo teve como objetivo compreender a relação entre doença periodontal e diabetes mellitus, identificando os efeitos sobre a saúde do indivíduo com a finalidade de organizar um protocolo para atendimento desse paciente na saúde bucal. Trata-se de uma revisão da literatura, com abordagem descritiva, realizada em base de dados. Considerou-se periódicos, livros, dissertações e teses na língua portuguesa e que estivessem disponíveis em sua íntegra. Utilizou-se como descritores: saúde bucal, periodontia, diabetes mellitus. Para análise do material bibliográfico utilizado nesta pesquisa, consideraram-se os critérios de inclusão o tipo de estudo, ano e texto completo e as referências quanto ao atendimento dos objetivos propostos pelo estudo. A Doença Periodontal se constitui numa afecção bucal crônica, caracterizada por inflamação e/ou destruição de tecido de suporte. A doença periodontal tem sido considerada a sexta complicação do diabetes. A estreita relação entre a doença periodontal e diabetes tem sido motivo de preocupação entre os cirurgiões-dentistas. Considerando a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada do paciente com diabetes para o sistema de saúde, um protocolo de atendimento ao paciente diabético na saúde bucal permite aos dentistas instrumentos norteadores para ações em saúde eficazes e integrais, junto à equipe saúde da família.

Descritores: Diabetes Mellitus. Periodontia. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one of the most frequent diseases in modern societies. Diabetics have periodontal conditions changed when compared to non-diabetics. This study aimed to understand the relationship between periodontal disease and diabetes mellitus, identifying the effects on the health of the individual for the purpose of organizing a protocol for treatment of this patient's oral health. It is a literature review with a descriptive approach, held in the database. It was considered periodicals, books, dissertations and theses available in Portuguese, which were available in its entirety. Were used as descriptors: oral health, periodontics, diabetes mellitus. For analysis of bibliographical material used in this study, we considered the variables type, year and full text and references in meeting the objectives proposed by the study. Disease Periodontal disease is a chronic mouth is characterized by inflammation and / or destruction of supporting tissue. Periodontal disease has been considered the sixth complication of diabetes. The close relationship between periodontal disease and diabetes has been a concern among dentists. Considering the Basic Health Unit as a gateway for patients with diabetes for the health system, a protocol of diabetic patient care in oral health allows dentists instruments for guiding effective health interventions and comprehensive, with the family health team.

Keywords: Diabetes Mellitus.Periodontics. Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

Biblioteca Virtual de Saúde - BVS

Diabetes Mellitus - DM

Doença Periodontal – DP

Estratégia Saúde da Família - ESF

Ministério da Saúde – MS

Unidade Básica de Saúde - UBS

Unidade Saúde da Família - USF

Universidade de São Paulo - USP

Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS.....	09
2.1 Objetivo Geral	09
2.2 Objetivos Específicos	09
3. METODOLOGIA.....	10
4. DESENVOLVIMENTO.....	11
4.1 Diabetes Mellitus.....	11
4.2 Doença Periodontal	12
4.3 O paciente diabético com doença periodontal.....	13
5. PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO NA SAÚDE BUCAL.....	15
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
7. REFERÊNCIAS.....	21

1. INTRODUÇÃO

Há uma preocupação constante com a qualidade de vida relacionada à saúde devido ao aumento do desenvolvimento de doenças crônicas. Dentre essas doenças, o diabetes mellitus se destaca pelas suas complicações e por se constituir importante preditor de mortalidade precoce (SILVA. *et al.*, 2003).

O diabetes mellitus (DM) é uma das doenças mais freqüentes nas sociedades modernas. Trata-se de uma expressão patológica que implica em várias modificações a nível sistêmico, se descontrolada. Alterações metabólicas de glicídio, proteínas e gorduras causam o aumento da quantidade de glicose a nível sanguíneo, compreendida por hiperglicemia. Tais alterações provocam distúrbios nos sistemas cardiovascular, renal, sensorial e óptico, além de favorecer infecções secundárias e as doenças periodontais (MEALEY; OCAMPO, 2007; VIEIRA; BRITTO; BASTOS NETO, s.a).

Estudos vêm sendo realizados na tentativa de estabelecer uma relação entre o diabetes e a doença periodontal. Ambas as doenças são multifatoriais, apresentam características de cronicidade, além de elevadas taxas de prevalência na população. Estudos demonstram que o paciente diabético apresenta condições periodontais alteradas quando comparados aos não diabéticos, sendo agravada pela falta de controle glicêmico (WHEBA; RODRIGUES; SOARES, 2004).

A Doença Periodontal (DP) se constitui numa freqüente afecção bucal crônica, caracterizada por inflamação e/ou destruição de tecido de suporte periodontal. Condições locais, relacionadas à deficiente higiene bucal favorecem o desenvolvimento de processos inflamatórios e infecciosos, desencadeando uma série de alterações estruturais, com conseqüências para dentes, gengiva, ossos alveolares e ligamento periodontais, se constituindo como principal causa da perda dental nos adultos (NEVILLE *et al.*, 1998).

O diabetes e a doença periodontal têm interface bidirecional, uma vez que ambas são condicionantes na evolução clínica. A evolução da doença periodontal pode modificar o metabolismo da glicose, dificultando o controle da diabetes, enquanto essa pode dificultar o processo cicatricial da doença periodontal (MADEIRO, BANDEIRA, FIGUEIREDO, 2005).

A doença periodontal tem sido considerada a sexta complicação do diabetes. Desta forma, a estreita relação entre a doença periodontal e diabetes tem sido motivo de preocupação entre os cirurgiões-dentistas. A boca é e deve ser considerado órgão integrante do corpo humano, mantendo uma relação de influência, o que implica em compreender a saúde oral como componente da saúde geral (TRAMONTINA, LOTUFO, 1997).

Essas doenças apresentam uma associação bidirecional na qual o diabetes favorece o desenvolvimento da doença periodontal e esta, quando não tratada, piora o controle metabólico do diabetes (NOVAES JÚNIOR; MACEDO, ANDRADE, 2007).

Além do seu efeito deletério sobre a saúde oral e controle glicêmico, o diabetes mellitus aumenta significativamente a perda óssea por aumentar a reabsorção pela intensidade e duração do infiltrado inflamatório, além de causar complicações microvasculares e diminuir a formação óssea (QUIRINO *et al.*, 2009).

Diante dessas considerações, a realização dessa pesquisa se torna fundamental uma vez que o tema fornecerá conhecimento teórico-científico aos profissionais de saúde e poderá auxiliar no desenvolvimento de um protocolo para o atendimento dos diabéticos na Unidade Básica de Saúde, principalmente, nas ações de saúde bucal, alertando os demais profissionais de saúde para a importância da prevenção das doenças bucais no paciente diabético.

2. OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Compreender a relação entre doença periodontal e diabetes melitus, identificando os efeitos sobre a saúde do indivíduo com a finalidade de elaborar um protocolo para atendimento desse paciente na saúde bucal.

2.2 – Objetivos específicos

- Conhecer os problemas do paciente diabético com doença periodontal;
- Conhecer as possibilidades de tratamento deste paciente;
- Propor um protocolo de atendimento na atenção básica para saúde bucal.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, com abordagem descritiva, realizada na base de dados da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), portal de periódicos da Capes, módulos do CEABSF, site de teses da Universidade de São Paulo – USP, Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Universidade de Uberaba. Para a construção do trabalho considerou-se periódicos, livros, dissertações e teses disponíveis em língua portuguesa e que estivessem disponíveis em sua íntegra. Utilizaram-se como descritores: saúde bucal, periodontia, diabetes mellitus. Para análise do material bibliográfico utilizado nesta pesquisa considerou as variáveis: ano e texto completo. Também, consideraram-se as referências quanto ao atendimento dos objetivos propostos pelo estudo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 – O Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus pode ser compreendido como uma doença que tem como característica principal a falta relativa ou absoluta de insulina, o que implica em mudanças metabólicas nos níveis de carboidratos, proteínas e gorduras. Hormônios antagonistas à produção de insulina, interferência hormonal, falta de receptores compatíveis à insulina e falta de produção são possíveis causas de mudanças nos níveis de insulina (MADEIRO; BANDEIRA; FIGUEIREDO, 2005).

A insulina é produzida pelas células beta das ilhotas de Langerhans, cuja principal função é facilitar e permitir a interação e absorção da glicose através das membranas das células adiposas, hepáticas e musculares. Controle da glicemia, conhecida como quantidade de açúcar no sangue, armazenamento de glicose no fígado e músculos e auxílio no crescimento são funções do hormônio insulina (MADEIRO; BANDEIRA; FIGUEIREDO, 2005; GREGORI; COSTA; CAMPOS, 1999).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) afirma que aproximadamente 800 mil pessoas morrem devido ao diabetes, além de 221 milhões de pessoas serem portadoras da doença, a qual pode ser considerada uma doença de saúde pública em estágio de epidemia (ALVES *et al.*, 2007; SBD, 2006). Os dois tipos mais comuns do diabetes são os tipos I e II. A primeira é mais rara; atinge pacientes mais jovens e tem sintomas que se manifestam com mais rapidez, correspondendo a uma fração de 10% dos diabéticos. Geralmente aparece antes dos 25 anos de idade. É uma condição mais grave (ALVES *et al.*, 2007).

Já o tipo II apresenta complicações mais presentes. Geralmente, está associado a um fator hereditário. É sempre sintomático, manifestando-se por poliúria, polidipsia, polifagia e cetoacidose, como resultado de distúrbios metabólicos. Aparece na vida adulta, ou seja, geralmente após os 40 anos de idade e, 90% dos diabéticos são do tipo II. Os níveis de proteínas plasmáticas são baixos ou ausentes e os do glucagon, elevados (MELGAÇO, 2002).

O controle da insulina no sangue e nos líquidos extracelulares é feito pelo mecanismo de feedback. A insulina exerce a sua função de manter níveis normais de açúcar na corrente circulatória através da utilização de receptores na superfície celular. A insulina “encaixa” no receptor da célula e permite a passagem da glicose para o interior desta. A insulina promove a utilização da glicose, a síntese das proteínas e a formação e o armazenamento de lipídeos neutros. Participa como catalisador da biossíntese de ácido hialurônico, que é uma glicoproteína sintetizada pelos fibroblastos e osteoblastos, previamente ao colágeno. Quando a quantidade de insulina é pequena, como ocorre nos pacientes diabéticos não-compensados, a reparação dos tecidos lesados é mais lenta (SBD, 2006).

Normalmente, no diabetes tipo I, o paciente precisa da insulina para fazer o controle da taxa de açúcar do sangue. A segunda forma de diabetes, causada pela resistência dos tecidos periféricos à insulina, na maioria das vezes, está associada à obesidade e hipertensão, tendo sua medicação feita por via oral (SBD, 2006).

Muitos diabéticos desconhecem que a boa higiene oral pode se transformar numa excelente aliada no controle da glicemia e melhorar a qualidade de vida dos doentes. Apesar da possibilidade de diagnóstico por meio de alguns sintomas relatados pelos pacientes, a confirmação do diabetes é feita somente após a realização de exames laboratoriais. O mais preciso desses exames refere-se à hemoglobina glicosada do sangue, mas outros como a curva glicêmica e as medidas de glicemia de jejum e pós-prandial também são utilizados no diagnóstico (SBD, 2006).

4.2 - A doença periodontal

A gengivite provoca rubor e edema das gengivas, o que causa aumento da sensibilidade, favorecendo o sangramento durante o uso do fio dental, no ato da escovação ou mesmo da mastigação. Intervenções odontológicas periódicas com um dentista para retirar a placa bacteriana e o tártaro minimiza os efeitos da gengivite (VIEIRA; BRITTO; BASTOS NETO, s.a).

A gengivite se não tratada evoluiu para periodontite, doença em que compromete os tecidos periodontais, levando à destruição óssea e de fibras do

ligamento periodontal, implicando em formação de bolsas com líquido purulento. Tal gravidade é ocasionada pelas bactérias da placa bacteriana, também responsável pela perda do elemento dental (VIEIRA; BRITTO; BASTOS NETO, s.a).

A mobilidade dos tecidos na cavidade bucal é naturalmente acentuada devido à fonação e, especialmente, à mastigação dos alimentos. Tais tecidos são bastante resistentes à tração mecânica, embora tal resistência seja proporcional à quantidade de colágeno que estiver sendo sintetizado. No paciente diabético não compensado, a síntese de colágeno é mais lenta, o que significa maior facilidade para deiscência e contaminação de feridas cirúrgicas, causando retardo da reparação (GREGHI *et al.*, 2002).

4.3 - O paciente diabético com doença periodontal

As doenças periodontais mais comuns são a gengivite e a periodontite e ambas tendem a se manifestar nos diabéticos de uma maneira mais agravada, dificultando o tratamento médico e dentário (PERISSÊ, 2006). O usuário do sistema de saúde portador do diabetes que possui níveis glicêmicos controlados pode ser acompanhado pelo profissional dentista a nível ambulatorial. Já o paciente que possui níveis alterados, deve ter um acompanhamento mais criterioso, pois pode vir a necessitar de internações hospitalares (VIEIRA; BRITTO; BASTOS NETO, s.a).

Isso se deve a vários fatores, entre eles a dificuldade de cicatrização, as alterações na circulação sanguínea e a queda da imunidade do paciente, que fica mais propenso a contrair infecções (CUNHA MELO, 2001).

O DM predispõe ao desenvolvimento da doença periodontal, pelo fato do descontrole glicêmico. Assim, a relação bidirecional entre essas duas doenças é evidente. Tais doenças prejudicam diretamente a qualidade de vida do ser humano devido às suas complicações, tais como, descontrole glicêmico, insuficiência renal, deficiência visual, úlceras plantares, neuropatia periférica, gengivite, periodontite, perda dentária, hemorragia gengival, xerostomia, risco aumentado de cárie (MORAIS *et al.*, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2006).

Diante de complicações de inúmeras ordens, evidencia-se a necessidade de uma assistência interdisciplinar, podendo ser efetuada pela Equipe Saúde da Família – ESF.

Zobolli e Fortes (2004) caracterizam a ESF dentro de um conceito de sistema de saúde integrado visando à qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente já que estes são determinantes no processo saúde-doença; e dentro do primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, a atenção básica, voltados para educação e promoção da saúde, prevenção e tratamento dos agravos, e a reabilitação.

Nesse contexto, a atuação da Equipe Saúde da Família, é de fundamental importância pelo fato de possuir diferentes profissionais que irão assistir aos usuários de forma holística, contemplando tanto o diabetes quanto a doença periodontal.

5. PROPOSTA DE ATENDIMENTO SISTEMATIZADO DO PACIENTE DIABÉTICO NA SAÚDE BUCAL

A Estratégia Saúde da Família – ESF – foge da concepção usual dos outros programas já concebidos pelo Ministério da Saúde (MS), não sendo uma prática verticalizada. Caracteriza-se por uma “estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p. 4).

A ESF se define como estratégia que objetiva atender a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação de saúde (BRASIL, 1997).

A Estratégia Saúde da Família é

um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996 *apud* ROSA e LABATE, 2005, p. 1030).

Os objetivos da ESF são reorientar o modelo assistencial conforme os princípios do SUS, através da prestação de assistência integral, contínua e com resolutibilidade; intervir nos fatores de risco a que a população está exposta; identificar a família como núcleo de atendimento; humanizar as práticas de saúde e, democratizar o processo saúde-doença e o reconhecimento da saúde como direito de todos (BRASIL, 1997).

A ESF tem como elementos centrais o trabalho com adscrição da clientela; visita domiciliar; integralidade das práticas; equipe interdisciplinar e porta de entrada do sistema local de saúde.

A Unidade Saúde da Família (USF) deve trabalhar com adscrição da clientela, ou seja, a USF deve ser responsável por atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias que se encontra dentro dessa área de abrangência, onde devem residir de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes, critério flexível devido às diversidades políticas, sociais e econômicas de cada região (BRASIL, 1997).

A USF se caracteriza como unidade destinada a realizar atenção contínua desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da

saúde, características do nível primário de atenção. Representam o primeiro contato da população com os serviços de saúde, assegurando referência e contra-referência, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde (BRASIL, 1997).

As equipes devem realizar o mapeamento das áreas e microáreas de atuação e sua distribuição por equipes. Em seguida, fazem o cadastramento das famílias sob sua responsabilidade, através de visitas domiciliares (CORBO e MOROSINI, 2005). Nessas visitas identificará quem e quantos são os componentes familiares; as morbidades existentes; as condições de moradia, socioeconômicas, sanitárias e ambientais das áreas onde essas famílias vivem (BRASIL, 1997).

Esse processo de conhecer os fatores intervenientes da saúde e do adoecimento permite a compreensão dos problemas de saúde em seu contexto territorial e o planejamento mais adequado das intervenções necessárias, desde a definição de prioridades ao estabelecimento das ações mais adequadas (TEIXEIRA, 1998 *apud* CORBO e MOROSINI, 2005).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada do paciente com diabetes para o sistema de saúde; além de se configurar como ponto de atenção estratégico para garantir o acesso e o vínculo, responsabilizando-se pelo monitoramento dos pacientes dentro do seu território, de forma eficaz e humanizada.

A equipe de Saúde da Família deve atuar de forma integrada e com competências bem estabelecidas, na abordagem do diabetes.

As responsabilidades assumidas pela equipe devem ser:

- Diagnóstico dos casos
- Cadastramento dos portadores
- Busca ativa de casos
- Tratamento dos casos
- Monitorização dos níveis de glicose do paciente
- Diagnóstico precoce de complicações
- 1º atendimento de urgência
- Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade

- Medidas preventivas e de promoção da saúde
- Orientação sobre complicações bucais
- Atendimento clínico odontológico
- Tratamento da Doença Periodontal e suas complicações.

É fundamental estabelecer um eixo norteador de atendimento aos pacientes diabéticos odontológicos. Para isso, os usuários do sistema de saúde devem ser classificados quanto ao diabetes, em baixo, moderado e alto risco (TERRA; GOULART; BAVARESCO, s.a).

O paciente em baixo risco apresenta controle metabólico e glicêmico, com níveis abaixo de 200mg/dL, ausência de complicações, o que resulta em baixo risco para intervenções dentárias. Já o paciente em moderado risco apresenta sintomas ocasionais, controle metabólico razoável, poucas complicações do diabetes e níveis glicêmicos abaixo de 250mg/dL. Ressalta-se que intervenções odontológicas devem ser realizadas após avaliação clínica do médico responsável. Os pacientes em alto risco apresentam inúmeras complicações do diabetes, difíceis controles metabólicos e glicêmicos, estando o nível acima de 250 mg/dL, mesmo em jejum, o que implica em ajustes por meio de insulina (TERRA; GOULART; BAVARESCO, s.a).

Pacientes diabéticos que apresentam qualquer risco para intervenções odontológicas devem ser submetidos, inicialmente, ao tratamento clínico, para posterior intervenção odontológica. Profilaxias com antibioticoterapia e antissépticos orais produzem efeitos benéficos nas intervenções cirúrgicas (TERRA; GOULART; BAVARESCO, s.a).

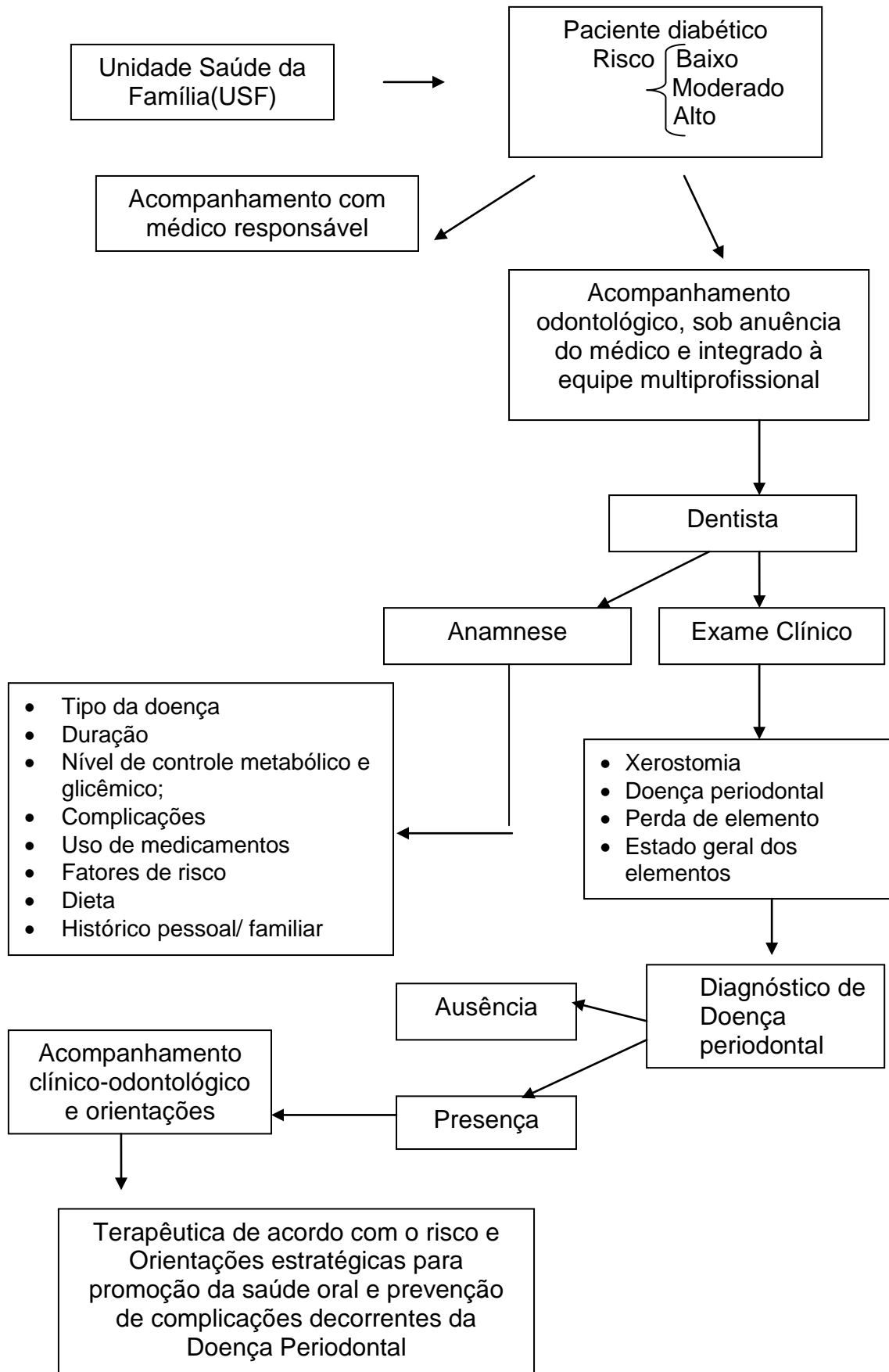
Complicações agudas durante as intervenções odontológicas, como hipo ou hiperglicemia podem ocorrer, devendo o profissional odontólogo estar atento à sua identificação e tratamento. Nesse contexto é fundamental uma atuação multiprofissional da Estratégia Saúde da Família visando um cuidar integral e humanizado.

A ESF visa à transição entre o profissional isolado para o trabalho em equipe multiprofissional, pois, essa quebra a divisão do processo de trabalho em saúde e, responsabiliza cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação ao problemas coletivos (CAMPOS, 1992 *apud* ROSA e LABATE, 2005, p. 1032).

As equipes têm como atribuições conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; identificar os problemas de saúde e situações de risco que a população está exposta; elaborar um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral respondendo à demanda; resolver os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos objetivando a melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais para enfrentar os problemas levantados (BRASIL, 1997).

Ao considerar nesse estudo o diabetes e a doença periodontal como problemas a serem enfrentados pela equipe saúde da família justificam-se a criação de um protocolo de atendimento ao paciente diabético na saúde bucal, com vistas à conservação da saúde oral e promoção da qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

Figura 1 – Fluxograma da proposta de atendimento ao paciente diabético na atenção básica



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM está relacionado às alterações que aumentam a probabilidade de desenvolvimento da doença periodontal. O conhecimento por parte dos profissionais cirurgiões-dentistas, acerca da temática em questão, é imprescindível para que se execute uma assistência interdisciplinar, holística, segura e de qualidade.

A sistematização de atendimento ao paciente diabético na saúde bucal permite aos dentistas instrumentos norteadores para ações em saúde eficazes e integrais, junto à equipe saúde da família. Estudos mais aprofundados sobre o tema são necessários junto às educações permanentes com os profissionais de Equipes Saúde da Família para que protocolos de atendimento aos portadores de diabetes sejam sempre avaliados e revistos como o proposto acima, na tentativa de minimizar a incidência da doença periodontal e valorização da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.F. *et al.* Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, v. 22, p. 379-90, 2006.
- ALVES, C. *et al.* Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 51, n. 7, p. 1050-57, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- CORBO, Anamaria D' Andréa e MOROSINI, Márcia Valéria G. C. **Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde**. In: VENÂNCIO, Joaquim. Políticas de Saúde, FIOCRUZ: Rio de Janeiro, p. 157-81, 2005.
- CUNHA MELO, C. F. **Periodontia na terceira idade**. 54f. Monografia (Especialização) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- GREGHI, S. L. A. *et al.* Relação entre diabetes Mellitus e doença periodontal. **Revista APCD**, São Paulo, v. 56, n.4, p. 265, 2002.
- GREGORI, C.; COSTA, A. A.; CAMPOS, A. C. O paciente com diabetes melito. **RPG**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 166-174, 1999.
- QUIRINO, M. R. S. *et al.* Doença periodontal e diabetes mellitus: uma via de mão dupla. **Revista de Ciências Médicas**, v. 18, n. 5/6, p. 235-41, 2009.
- MADEIRO, A.T.; BANDEIRA, F.G; FIGUEIREDO, C.R.B.L. A estreita relação entre diabetes e doença periodontal inflamatória. **Odontologia Clínica Científica**, v. 4, n. 1, p. 07-12, 2005.
- MEALEY, B. L.; OCAMPO, G. L. Diabetes mellitus and periodontal disease. **Periodontology**, v. 44, p. 127-153, 2007.
- MELGAÇO, C. A. Diabetes mellitus e a doença periodontal: revisão da literatura. **JBE**, v. 3, n. 9, p. 100-104, 2002.

MORAIS, G.F.C. *et al.* O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Revista de Enfermagem do Rio de Janeiro**, v. 17, n.2, p. 240-5, 2009.

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

NOVAES JÚNIOR, A. B.; MACEDO, G. O.; ANDRADE, P. F. Inter-relação doença periodontal e diabetes mellitus. **Revista Periodontia**, v. 17, n. 2, p. 39-44, 2007.

PERISSÊ, C. R. Relação entre diabetes e doença periodontal. **Jornal Conversa Pessoal**, a. 4, n. 64, 2006. Disponível em:<
<http://www.senado.gov.br/portaldoservidor/jornal/jornal64/diabetes.aspx>>. Acesso em 12/12/2011.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho e LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, nov./dez. 2005.

SILVA, I. S. *et al.* Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. **Análise Psicológica**, v. 21, n. 2, p. 185-94, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (Diretrizes). **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**. 154 p, 2006. Disponível em:<
<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>>.

TERRA, B. G. ; GOULART, R. R.; BAVARESCO, C. S. **O cuidado do paciente odontológico portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde**. s. d. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/especializacao/trabalho_betinaterra_mh_e.pdf>. Acesso em: 02/01/2012.

TRAMONTINA RG, LOTUFO R, MICHELI G, KON S. Diabetes: um fator de risco para doença periodontal. Quando? **RGO**, v. 45, n. 1, p.50-54, 1997.

VIEIRA, F. C.; BRITTO, M. L. B.; BASTOS NETO, F. **A influência mútua entre Diabete Mellitus e Doença Periodontal**. s.d. Disponível em:<
<http://www.endonline.com.br/artigos/tcc/fernanda.pdf>>. Acesso em 15/01/2012.

WHEBA, C.; RODRIGUES, A. S.; SOARES, F. P. Diabetes e doença periodontal: uma relação bidirecional. In: BRUNETTE, C. M. **Periodontia médica**: uma abordagem integrada. São Paulo: SENAC, 2004. P. 173-195.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1-11, 2004.