

DIABETES MELLITUS E SAÚDE BUCAL: A COMPLEXA RELAÇÃO DESTA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Maria Aparecida Salci

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil.

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

Anderson da Silva Rêgo

Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil.

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic

Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil.

Lígia Carreira

Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil.

Magda Lúcia Félix de Oliveira

Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil.

* Extraído do banco de dados da tese intitulada "Atenção Primária à Saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2015. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Autor correspondente:

Anderson da Silva Rêgo
andersonsre@hotmail.com

RESUMO: Avaliar como os profissionais da Atenção Primária desenvolvem a assistência para a prevenção das complicações bucais nas pessoas com *diabetes*. Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa, que teve como referencial teórico o pensamento complexo. Participaram 29 integrantes da Estratégia Saúde da Família. Utilizaram-se três técnicas de coleta de dados: entrevista, observação e análise a prontuários. Para a análise adotou-se a triangulação de dados, as etapas analíticas da *Grounded Theory* e a análise dirigida aos protocolos do Ministério da Saúde; com auxílio do *software* ATLAS.ti. Os profissionais desconheciam os problemas bucais, enquanto complicação crônica do *diabetes*; o encaminhamento para a odontologia ocorria mediante a queixa, sem referência a tratamento preventivo; e, o trabalho interdisciplinar encontrava-se desarticulado da atenção que visa a totalidade das pessoas com *diabetes*. A prevenção da saúde bucal nessa população apresentou grande divergência do estabelecido pelo Ministério da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Complicações do *diabetes*; Pesquisa sobre serviços de saúde; Relações interprofissionais Saúde bucal.

DIABETES MELLITUS AND ORAL HEALTH: COMPLEX RELATIONSHIP OF THE ISSUE IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Current qualitative and evaluative research, based on the theory of Complex Thought, investigates how professionals in Primary Care develop assistance for the prevention of oral complications in people with diabetes. Twenty-eight participants in the Family Health Strategy took part. Three types of data retrieval techniques were employed: interview, observation and analysis of clinical charts. Analysis comprised triangulation of data, analytic stages of the Grounded Theory and analysis on protocols of the Ministry of Health, with ATLAS.ti. Professionals were unaware of oral issues as a chronic complexity of diabetes. Forwarding to the dentist followed complaint, without any reference to preventive treatment. Interdisciplinary work was not linked to care on the holistic evaluation of people with diabetes. Prevention of oral health in this section of the population showed great divergence from that established by the Ministry of Health.

KEY WORDS: Diabetes complications; Health services research; Interprofessional relations Oral health; Primary health care.

Recebido em: 16/09/2019

Aceito em: 05/12/2019

INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma morbidade crônica, de alta prevalência, responsável por óbitos em adultos e idosos em todo o mundo. A prevalência mundial desta doença é de 8,5%, com previsão para aumento de 12% até 2030. No Brasil, dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que 7,6% da população se autorreferem serem portadores da morbidade, que atingem pessoas de ambos os sexos, com baixa escolaridades e residentes em região menos desenvolvida^{1,2}.

O diagnóstico precoce ainda é um dos principais desafios para os serviços públicos de saúde pela dificuldade de percepção das manifestações clínicas da doença. Seu tratamento abarca questões de readequação nutricional, com hábitos alimentares restritos a alimentos com baixo teor de açúcar, incentivos à prática de exercícios físicos, controle rígido dos índices glicêmicos, sustentados pela terapia medicamentosa de escolha, com vistas à redução das complicações decorrentes de sua cronicidade³.

Como doença de difícil controle, DM é responsável por inúmeras complicações crônicas em um prazo estimadamente curto. Vários estudos conformam que, no período de oito a dez anos após o início da doença, as pessoas com DM que não conseguem manter níveis glicêmicos estáveis desenvolverão algum tipo de complicação crônica^{4,6}. Dentre as complicações crônicas do DM, as doenças bucais compreendem mais de 20 doenças comuns nessa população, com destaque para doença periodontal, neuropatia oral, disfunção salivar, cárie e perda dentária^{5,7-8}.

Distúrbios metabólicos influenciam a DM têm influência direta em regiões da boca, principalmente nos tecidos pulpare e periacais, que propicia a inflamação da mucosa, com prosseguimento à infecção, que podem ser agravadas pelos altos índices glicêmicos, que têm efeito direto na cicatrização pulpar, por atuar no estadiamento da atuação dos macrófagos, culminando na perda na fixação dos dentes na arcada alveolar. Não obstante, o processo inflamatório causa resistência à insulina nos tecidos, tornando a DM descompensada, sendo necessária atuação dos profissionais de saúde, de ordem multidisciplinar, na detecção e manejo dos casos clínicos⁹⁻¹⁰.

No Brasil, o modelo primário de atenção à saúde deve seguir as diretrizes da portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, para os cuidados a pessoas com doença crônica, com provimento de ações para controle da DM, realizadas conforme preconizado, que garantam o direito à saúde e redução da morbimortalidade associada ao DM. Entre estas ações está a prevenção de complicações relacionadas à doença com avaliação sistemática da cavidade bucal¹¹⁻¹².

A prevenção das complicações crônicas do DM integra um contexto multifacetado, complexo e uma pluralidade de situações interventoras. Dentro de uma visão sistêmica, o Pensamento Complexo¹³ foi tomado como referencial para a compreensão das relações interconectadas e interventoras na assistência das pessoas com DM na APS, na perspectiva da prevenção das complicações bucais.

Destaca-se a relevância do estudo considerando a lacuna existente na literatura com relação ao acompanhamento da assistência bucal às pessoas com DM na APS. Diante desse contexto, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: Como os profissionais de saúde da APS atuam em relação à prevenção, ao controle e ao manejo das complicações bucais nas pessoas com DM? Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar como os profissionais da APS desenvolvem a assistência para a prevenção das complicações bucais nas pessoas com DM atendidas nesse nível da atenção.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa, que teve como referencial teórico o pensamento complexo¹³. Foi desenvolvida em um município de médio porte, localizado na região Sul do país.

Como a APS se constitui em porta de entrada para os serviços de saúde à população com DM, participaram da pesquisa 29 profissionais de saúde de cinco Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF); sendo eles: cinco enfermeiros, cinco médicos, quatro auxiliares de enfermagem, e 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A seleção dos participantes ocorreu por amostragem teórica, a partir dos dados informatizados da Secretaria

de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer número 466.855). Os participantes foram identificados pela sua profissão, seguido da letra P e um número sequencial à realização das entrevistas.

RESULTADOS

Do processo de análise dos dados emergiram três categorias: “O desconhecimento dos problemas bucais como complicação crônica do DM”; “A queixa como referência para o encaminhamento das complicações bucais”; e, “A desarticulação entre os profissionais de saúde da ESF e da Odontologia”. Revelaram um cenário em que havia o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os problemas bucais, enquanto complicação crônica do DM. Além disso, o encaminhamento das pessoas com DM para a odontologia ocorria mediante a queixa das pessoas, sem menções a um tratamento preventivo; e, o trabalho interdisciplinar encontrava-se desarticulado dentro da APS.

O DESCONHECIMENTO DOS PROBLEMAS BUCAIS COMO COMPLICAÇÃO CRÔNICA DO DM

Na atenção à saúde bucal das pessoas com DM, os participantes do estudo afirmaram que não havia um planejamento para essa complicação crônica da doença. Mencionaram, ainda, que as complicações bucais não são reconhecidas nessa atenção.

Na verdade, eu nem sabia dessa complicação do diabetes. Eu não investigo, nem oriento sobre os problemas bucais os meus pacientes com diabetes (Enfermeira - P3).

...eu nem tenho conhecimentos de problemas assim (Auxiliar de Enfermagem - P5).

Diante do desconhecimento dos problemas bucais, os profissionais de saúde não desenvolviam uma atenção capaz de considerar a boca das pessoas com DM na avaliação, em uma realidade que desvalorizava a existência dessas complicações.

Não temos feito encaminhamentos dos pacientes diabéticos para a odonto. Aqui ainda é o paciente que tem que procurar a clínica de odontologia para marcar uma consulta (Médica – P26).

A QUEIXA COMO REFERÊNCIA PARA O ENCAMINHAMENTO DAS COMPLICAÇÕES BUCAIS

Os participantes do estudo afirmaram a inexistência de atividades preventivas para as complicações bucais, nas pessoas com DM. Entretanto, a queixa era a referência utilizada para o encaminhamento dessas pessoas para a avaliação odontológica.

Nesse contexto, a atenção odontológica ocorria somente diante de um problema já instalado, após presença da queixa, sem comprometimento com o acompanhamento preventivo das complicações bucais, nas pessoas com DM.

Quando os pacientes fazem a queixa é que eu começo a investigar, não que eu investigue todos não. Até porque passa meio despercebido por mim também (Médico-P9).

Partindo de nós, ainda não encaminhamos. Nós temos o dentista, mas o encaminhamento é só a partir da queixa mesmo (Médico-P10).

A DESARTICULAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF E DA ODONTOLOGIA

Outra situação encontrada na realidade avaliada foi a desarticulação entre os serviços de saúde. A odontologia, enquanto especialidade para atendimento das pessoas com DM, além de não ser reconhecida pelos profissionais de saúde da ESF como importante na prevenção de complicações do DM, também se encontrava desarticulada dentro da APS.

Atendimento planejado para pacientes diabéticos não tem. A odonto só trabalha aqui, mas recentemente que eu fui saber o nome da dentista, porque eu nem sabia. É um serviço que está aqui no Posto, mas não tem vínculo conosco. É um serviço a parte (Enfermeira-P1).

Entretanto, alguns participantes referiram que quando existe um planejamento prévio, os profissionais da odontologia conseguem prestar atendimento diferenciado, que vai ao encontro das necessidades das pessoas. Apontando que existe a possibilidade de implantação dessa atenção. E, que juntos, podem realizar um planejamento para o atendimento das pessoas com DM, com vistas à prevenção, ao manejo e ao acompanhamento efetivo da assistência bucal.

Para o diabético não tem nada. Mas, os casos que nós encaminhamos para eles, eles atendem. Ele é um ótimo dentista, já teve caso de paciente acamado ele ir na casa. Ele já foi na casa de um tetraplégico e outro que sofreu acidente. Ele vai tranqüilo. Mas, relacionado à diabetes, orientação para eles atenderem, não tem (ACS-P22).

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados ficam expressas a necessidade de um maior envolvimento e a valorização dos profissionais das EqSF aos problemas bucais nas pessoas com DM, visando vincular a assistência odontológica nessa atenção, dada a importância da prevenção dessas complicações. De acordo com o MS, a prevenção das complicações bucais deve ser orientada pelos profissionais de saúde das EqSF, com vistas ao preparo das pessoas para autogerir sua saúde bucal e identificar precocemente qualquer alteração na boca^{11,16-17}.

Estudo que avaliou a interação entre as equipes de saúde bucal (EqSB) e as EqESF no Distrito Federal revelou que a integração entre as equipes era incipiente e limitada, em que os profissionais da EqSB se mantinham isolados, potencializada pela estrutura física das UBS, em que eram mais atuantes nas ações sociais, de caráter educativo, como em escolas. Além disso, os autores concluíram que havia conflitos normativos e que a organização do processo de trabalho não facilitava para a eficácia das ações condizentes a saúde bucal¹².

No que concerne aos atendimentos odontológicos ofertados a pessoas em condição crônica, como o DM, estudo realizado em Minas Gerais apontou

que a maioria dos entrevistados avaliou satisfatoriamente os serviços de saúde bucal do município, mas os pontos críticos aos programas foram a questão do acesso, da rapidez no atendimento, dos equipamentos utilizados nas clínicas, da continuidade do atendimento e a relação entre profissional e paciente¹⁸.

Considerando o quadro clínico de pessoas com DM é necessária uma conduta diferenciada, como foco no planejamento das ações, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal, agenda integral para atendimento às demandas, tanto programada quanto espontânea, a longitudinalidade e a adoção de medidas essenciais ao controle de agravos relacionados à doença, como a doença periodontal¹⁹.

As medidas básicas para prevenir doença periodontal compreendem: manutenção do controle glicêmico; higiene oral com escovação e fio dental ao menos duas vezes ao dia; e, acompanhamento constante para que não haja perda dental, por isso a importância de garantir a essa população uma consulta por ano com o cirurgião dentista^{5,11}. Essas medidas são consideradas simples dentro do complexo contexto de prevenção e controle do DM, as quais todos os profissionais de saúde da APS têm condições de orientar e preparar as pessoas com DM, para exercerem o cuidado bucal de maneira efetiva em uma perspectiva preventiva.

Estudos revelam que as pessoas com DM apresentam elevada prevalência de dentes perdidos, carência de informações sobre os cuidados de higiene bucal e da relação entre a doença periodontal e o DM, e não são acompanhados por cirurgiões dentistas regularmente²⁰⁻²¹. Outro estudo revelou que apesar das múltiplas manifestações orais associadas ao DM, a consciência dos profissionais de saúde para fazerem associações com a saúde bucal e saúde geral ainda é inadequada. Afirmando a necessidade de médicos, enfermeiros e dentistas conhecerem as várias manifestações orais do DM para fazerem um diagnóstico precoce⁸.

O atendimento interdisciplinar é crucial para a integralidade das ações em saúde para a prevenção da saúde bucal nas pessoas com DM. Para muitos profissionais de saúde, esse ainda é um desafio dentro dos serviços de saúde em que impera o modelo de saúde

biomédico²²⁻²³. A Política Nacional de Saúde Bucal tem como diretriz a qualificação dos profissionais da APS para adequar a demanda da população e para atendimento às necessidades de saúde bucal. Ressalta-se, ainda, que os profissionais da odontologia recebem qualificação sobre o trabalho no atendimento primário, com vistas a utilização dos indicadores epidemiológico para seu planejamento estratégico como profissional atuante na APS²⁴⁻²⁵.

Estudo aponta que para os cirurgiões dentistas, o trabalho na APS/ESF se constitui em um grande desafio. Pois, esses profissionais precisam desenvolver competências para além do seu núcleo do conhecimento e saírem do isolamento da prática restrita ao consultório, para assumirem um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde, especialmente, na medida em que se faz necessário integrar a prática desses profissionais a um cenário marcado pela fragmentação com que cada especialidade atua²⁶.

A fragmentação presente nessa assistência - que não consegue integrar as partes no todo - precisa ser repensada e retomada pelos profissionais de saúde diante da perspectiva do cuidado interdisciplinar e integral. Para o pensamento complexo, a fragmentação vivenciada nas especialidades é fruto do sistema educacional milenar, que ao longo dos anos fragmentou os conteúdos, descontextualizou os fatos e não ensinou as pessoas a pensarem de maneira integrada¹³.

A prioridade estabelecida para o atendimento odontológico foi marcada por necessidades consideradas mais urgentes, frente as atuações de cunho curativista/assistencialista e não preventiva. Por isso, os encaminhamentos por parte dos profissionais de saúde das EqSF só ocorriam mediante a referência de queixa por parte das pessoas com DM.

Estudos realizados na APS identificaram que a oferta de serviço odontológico é insuficiente para a demanda reprimida das áreas de abrangência, o que contribui para uma prática contraditória ao conceito de acesso e de acolhimento da ESF²⁷⁻²⁸. Entretanto, nesse estudo, a maior insuficiência para a não realização do acompanhamento das pessoas com DM pela odontologia foi o desconhecimento e a não valorização dessa atenção pelos profissionais de saúde das EqSF.

Outro estudo também identificou que os

profissionais de saúde não costumam avaliar a condição periodontal, nem encaminhar o paciente para tratamento odontológico quando a DM é diagnosticada²⁰. A orientação adequada sobre os cuidados de higiene se constituem em medidas rápidas, simples e de baixo custo, que podem reduzir as complicações periodontais associadas à doença, além de proporcionar melhor qualidade de vida a essas pessoas^{5,11,29}.

Reforçando a importância da prevenção e acompanhamento odontológico às pessoas com DM, estudos sugerem que, principalmente, os cuidados periodontais têm influência benéfica em curto prazo sobre os resultados metabólicos, com melhora significativa do controle glicêmico^{3,27-30}.

Outra situação que expressa a falta de um trabalho interdisciplinar é o fato de as pessoas com DM não terem atendimento odontológico específico para a prevenção de complicações bucais, em sua correlação com o DM, apesar de existir clínica odontológica de referência em todas as UBS. Essa integração deveria ser assumida pelos profissionais de saúde das EqSF, em uma dinâmica mais integrativa entre os diferentes serviços que compõem a rede de atenção às pessoas em condição crônica¹¹.

Estudo que trabalhou com a Política Nacional de Saúde Bucal infere que, apesar dos avanços dessa política, ainda exige grande esforço dos envolvidos para que, de fato, o cuidado à saúde seja integral. O trabalho entre as equipes que compõem a APS não é fortalecido o que restringe a efetividade das ações, principalmente, de promoção da saúde²⁶.

O fato de as pessoas com DM procurarem atendimento odontológico apenas quando necessita aponta a questão cultural e que deve ser corrigido pelos profissionais de saúde para que se possa ter uma resposta resolutiva das ações em saúde realizados no ambiente primário. A construção do vínculo e a pactuação do plano terapêutico na questão odontológica é um método facilitador na aderência e continuidade do tratamento, com constante reconstrução e que pode fortalecer as práticas de autocuidado³⁰.

A pactuação dos prontuários odontológicos com os de acompanhamentos clínicos, abordados em outros estudos, reforçam esta prática como método viável para reduzir as iniquidades assistenciais e promover

práticas intensivas de prevenção de complicações na boca, decorrentes da cronicidade do DM. Desta forma, a avaliação clínica mais precisa pode ser acentuada pelos profissionais, potencializando a integração conjunta entre as EqSESF e EqSB^{12,18-19,24,30}.

Visualizar esse contexto complexo das complicações bucais nas pessoas com DM e identificar que os profissionais de saúde das EqSF o simplificam, marca a necessidade de uma reforma no pensamento dos atores sociais envolvidos nessa atenção, dada a inadequação do conhecimento que se encontrou desarticulado, fragmentado e compartimentado. Assim, a complexidade contribuiu para o reconhecimento e a necessidade de uma nova ordem, com abertura para novos paradigmas capazes de integrar as partes no todo, reconhecendo a importância dessas partes planejarem uma assistência que atenda as pessoas em sua multiplicidade e totalidade¹³.

CONCLUSÃO

Avaliar como os profissionais da APS desenvolvem a assistência para a prevenção das complicações bucais nas pessoas com DM revelou um cenário que apresentou grande divergência no que se encontra estabelecido pelo Ministério da Saúde na atenção a essas pessoas; e, do que se espera de uma atenção que consiga trabalhar com vistas à totalidade das pessoas com DM.

Considerando que é uma realidade a inserção do profissional odontólogo na composição das EqSF, podemos avaliar que ainda é um projeto em construção, principalmente com relação aos cuidados das pessoas com DM. Sugere-se refletir/discutir sobre esta mudança de paradigma, em especial, com estratégias para vincular/integrar o dentista na promoção da saúde das pessoas atendidas na APS.

Embora o estudo tenha sido realizado em apenas um município, seus resultados podem contribuir para a qualificação da atenção à saúde bucal das pessoas com DM acompanhadas na APS, dada a importância desses profissionais considerarem os problemas bucais no rol das complicações crônicas do DM e assistirem essas pessoas em sua totalidade, utilizando os recursos disponíveis na APS, como a clínica odontológica.

AGRADECIMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Brasil – bolsa de doutorado.

REFERÊNCIAS

1. Bommer C, Sagalova V, Heeseemann E, Manne-Goebler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. Global Economic Burden of Diabetes in Adults: Projections From 2015 to 2030. *Diabetes Care* 2018;41:963–70. doi:10.2337/dc17-1962.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilante Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
3. Morowatisharifabad MA, Abdolkarimi M, Asadpour M, Fathollahi MS, Balaei P. The Predictive Effects of Protection Motivation Theory on Intention and Behaviour of Physical Activity in Patients with Type 2 Diabetes. *Open Access Maced J Med Sci* 2018;6. doi:10.3889/oamjms.2018.119.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2017. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl 1):S4-10.
5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Acesso em 20/09/2017 Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-S-BD-2015-2016.pdf>
6. Lira Neto JCG, Silva AP da, Araújo MFM de, Damasceno MMC, Landim MBP, Freitas RWJF de. Controle metabólico e adesão medicamentosa em pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*

- 2017;30:152–8. doi:10.1590/1982-0194201700024.
7. D’Aiuto F, Gable D, Syed Z, Allen Y, Wanyonyi KL, White S, et al. Evidence summary: The relationship between oral diseases and diabetes. *Br Dent J* 2017;222:944–8. doi:10.1038/sj.bdj.2017.544.
 8. Mauri-Obradors E, Estrugo-Devesa A, Jane-Salas E, Vinas M, Lopez-Lopez J. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. *Med Oral* 2017;0–0. doi:10.4317/medoral.21655.
 9. Segura-Egea JJ, Martín-González J, Cabanillas-Balsera D, Fouad AF, Velasco-Ortega E, López-López J. Association between diabetes and the prevalence of radiolucent periapical lesions in root-filled teeth: systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Invest* 2016;20:1133–41. doi:10.1007/s00784-016-1805-4.
 10. Tibúrcio-Machado C dos S, Bello MDC, Maier J, Wolle CFB, Bier CAS. Influence of Diabetes in the Development of Apical Periodontitis: A Critical Literature Review of Human Studies. *Journal of Endodontics* 2017;43:370–6. doi:10.1016/j.joen.2016.11.012.
 11. 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 12. Scherer CI, Scherer MD dos A, Chaves SCL, Menezes ELC de. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde Debate* 2018;42:233–46. doi:10.1590/0103-11042018s216.
 13. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre (RS): Sulina; 2011.
 14. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 15. Minayo MCS, editor. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.
 16. Aral CA, Nalbanto lu Ö, Nur BG, Altunsoy M, Aral K. Metabolic control and periodontal treatment decreases elevated oxidative stress in the early phases of type 1 diabetes onset. *Archives of Oral Biology* 2017;82:115–20. doi:10.1016/j.archoral-bio.2017.06.009.
 17. Bascones-Martínez A, González-Febles J, Sanz-Esporrín J. Diabetes and periodontal disease. Review of the literature. *Am J Dent* 2014; 27 (2): 63 – 67.
 18. Oliveira EJP, Nogueira DA, Pereira AA. Relação entre percepção sobre serviços odontológicos e condições de Saúde Bucal em hipertensos e diabéticos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23:3695–704. doi:10.1590/1413-812320182311.19872016.
 19. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JR da SN, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2018;42:145–62. doi:10.1590/0103-11042018s110.
 20. Sousa JNL de, Nóbrega DR de M, Araki ÂT. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. *Rev Odontol UNESP* 2014;43:265–72. doi:10.1590/rou.2014.042.
 21. Borgnakke WS, Yl ostalo PV, Taylor GW, Genco RJ. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. *Journal of Periodontology* 2013;84:S135–52. doi:10.1902/jop.2013.1340013.
 22. Trindade L de L, Pires DEP de. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. *Texto Contexto - Enferm* 2013;22:36–42. doi:10.1590/S0104-07072013000100005.
 23. Dalazen CE, De-Carli AD, Moyses SJ. Oral Health in the Family Health Strategy: analysis of articles published in the period 2004-2014. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23:325–38. doi:10.1590/1413-81232018231.14412015.
 24. Santos NML dos, Hugo FN. Formação em Saúde