

DOENÇA PERIODONTAL E DIABETES NA PERCEPÇÃO DE ADULTOS: UM ESTUDO QUALITATIVO

Periodontal Disease and diabetes in adults' perception: a qualitative study

Danilo Cangussu Mendes¹, Monique de Cássia Carneiro², João Maurício do Valle Souza Filho³, Mariana Rafaela Caetano⁴, Maisa Tavares de Souza Leite⁵, Carlos Alberto Quintão Rodrigues⁶

Resumo: O objetivo deste estudo é analisar a percepção dos diabéticos cadastrados em duas equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a doença periodontal, diabetes e a relação existente entre elas, assim como levantar atividades de interesse para futuros grupos operativos. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida no cenário da Atenção Primária à Saúde no município de Montes Claros – MG. Os sujeitos selecionados foram 30 indivíduos adultos cadastrados como diabéticos. A coleta de dados ocorreu por meio da técnica do grupo focal, utilizando perguntas norteadoras. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram quatro categorias analíticas: percepções da diabetes; percepções da doença periodontal; relação entre diabetes e doença periodontal; atividades de interesse para os participantes em futuros grupos operativos. Constatou-se, nos grupos focais, que os participantes reconhecem os principais sinais e sintomas da doença periodontal e diabetes. Grande parte deles não conseguiu estabelecer a relação entre as duas doenças, mas dentre os que a fizeram, embasaram-se no relato de suas experiências. Esses achados corroboram com a literatura nacional e internacional e evidenciam uma relação bidirecional entre essas duas enfermidades.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Periodontia. Percepção. Saúde da Família.

Abstract: This study aimed to analyze the perception of diabetic patients enrolled in two teams from the Family Health Strategy about periodontal disease, diabetes and the relationship between them, as well as to consider some activities of interest to participants in future operating groups. This is a descriptive qualitative approach developed in the setting of Primary Health Care in the municipality of Montes Claros - MG. The selected subjects were 30 adults diagnosed as diabetics. The data was collected through focus group technique, using guiding questions. To analyze the data we used the technique of content analysis. The results showed four analytical categories: perceptions of diabetes; perceptions of periodontal disease; relationship between diabetes and periodontal disease; activities of interest to participants in future operating groups. It was found in the focal groups that the participants recognized the key signs and symptoms of periodontal disease and diabetes. Most of them failed to establish the relationship between the two diseases, but among those who did, it was based on the reports of their experiences. These findings are in accordance with previous studies that showed a two-way relationship between periodontal disease and diabetes.

Keywords: Diabetes Mellitus; Periodontics; Perception; Family Health.

1 Doutorando em Ciências da Saúde - Unimontes.

2 Graduada em Medicina - Unimontes.

3 Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde - Unimontes.

4 Graduada em Odontologia - Unimontes.

5 Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora da Unimontes.

6 Mestre em Ciências da Saúde - Unimontes.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado por um processo de transformações no último século no que diz respeito à incidência e prevalência de determinadas doenças, sendo que, atualmente, o perfil de morbimortalidade da população caracteriza-se por doenças crônicas.¹ A medicina tem contribuído para uma maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos portadores dessas condições.²

Desse modo, profissionais da atenção primária são levados a buscar um maior conhecimento no tratamento e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, de modo a garantir-lhes melhor manejo e convivência com esse tipo de condição, embasados nas diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Dentre as doenças crônicas, a diabetes *mellitus* (DM) é considerada um distúrbio metabólico, que se caracteriza pela alteração no equilíbrio entre a utilização de glicose pelos tecidos, sua liberação pelo fígado e a relação entre outros hormônios que regulam seu metabolismo.³ Além da hiperglicemia, a DM se manifesta de modo sistêmico, cuja incidência e prevalência vêm crescendo em todo o mundo, sendo considerada, desde 1975, um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁴ A hiperglicemia está relacionada à falta de insulina e/ou capacidade dela exercer seus efeitos no organismo, associando a isso danos e falência de vários órgãos, como coração, rins e olhos.²

As principais manifestações da DM são polidipsia, poliúria, nictúria, polifagia e a perda de peso.⁵ O diabético também pode apresentar outros sinais e sintomas, como parestesia de membros inferiores, sonolência, cetoacidose e hálito cetônico que, embora não sejam patognomônicos da DM,

direcionam o profissional da saúde a realizar uma investigação laboratorial para confirmação ou exclusão de tal patologia.⁴

Além disso, é comum a presença de alterações vasculares periféricas, que levam a distúrbios de cicatrização, predispondo o indivíduo a infecções e amputações de membros, uma vez que na DM há também diminuição da imunidade, com menor produção de mediadores do sistema imune, como a interleucina-1, e atividade reduzida de algumas células, como neutrófilos e macrófagos.⁵

Em virtude do aumento no número de diabéticos nos últimos anos, muitos dos atendimentos odontológicos realizados pelo cirurgião-dentista são direcionados a este público.⁵ Já é sabido que quando a diabetes *mellitus* encontra-se não controlada pelo paciente, esta se relaciona com importantes repercussões na saúde bucal. Dentre elas, destaca-se a hipocalcificação do esmalte dental e a elevação da acidez salivar, fatores que aumentam o risco de cárie. Xerostomia, ulcerações, queilite, abscessos e perda óssea alveolar acentuada são também outras alterações bucais comuns em indivíduos diabéticos.⁴

Grande parte dos diabéticos (em torno de 75%) apresenta a doença periodontal (DP).⁵ Dessa forma, a mesma é considerada a afecção odontológica mais frequente nesse grupo de pacientes, sendo que o risco de desenvolvimento é maior naqueles com diabetes *mellitus* de longa duração. A expressão da DP é determinada pela combinação de fatores ambientais, da microbiota potencialmente patogênica da cavidade oral e da susceptibilidade do hospedeiro que, no indivíduo diabético, já se encontra comprometida pela própria patogênese desta condição.⁶

A doença periodontal se manifesta com edema, hiperemia, dor e sangramento das gengivas, halitose, mobilidade dental e perda dos dentes.

A gravidade da DP em diabéticos tende a ser maior do que naqueles que não têm DM, devido a alterações salivares, dos vasos sanguíneos e do tecido conjuntivo que a DM ocasiona.⁷

Desse modo, torna-se necessário maior acompanhamento clínico deste paciente, por parte do cirurgião-dentista, assim como de outros profissionais da saúde com relação aos níveis glicêmicos. Isto porque, tanto a DM pode aumentar a predisposição do paciente a ter DP, como a presença da doença periodontal poder interferir no controle glicêmico de diabéticos, numa associação bidirecional.⁸

Desta forma, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde conheçam a relação entre DP e DM, de modo a orientar os pacientes diabéticos quanto à prevenção da DP, já que sua alta prevalência se relaciona à falta de informação sobre a etiologia e seu desenvolvimento.⁹

Nunca se enfatizou tanto a qualidade de vida como na atualidade. Sabe-se que ela engloba a satisfação humana na vida familiar, social, ambiental e emocional e está relacionada a questões existenciais e de percepção do próprio indivíduo.¹ No entanto, essa abordagem holística do paciente costuma ser ignorada por muitos profissionais, quando avaliam a necessidade de saúde da população.¹⁰

Normalmente, o profissional de saúde quer saber o que sente o paciente, quais são os sinais, sintomas e como se comporta a doença, com finalidade meramente diagnóstica e terapêutica, esquecendo-se de que fatores psicossociais influenciam no binômio saúde-doença. Pouco se interessa em saber como se sente o paciente e qual a percepção que ele tem de sua enfermidade. Essa comunicação fragmentada gera distância emocional e humana que limita e até pode diminuir os alcances

e respostas da ação terapêutica.¹¹

O ato profissional de cuidar da saúde vem-se deteriorando, na medida em que a comunicação com os pacientes tem sido cada vez mais restrita aos encontros técnicos, distantes e frios, evitando o diálogo e incentivando somente a “informação”. Isso apresenta um desafio para o setor saúde, pois surge a necessidade de reconhecer a doença para além do mero fato biológico, mas também os aspectos sociais e culturais envolvidos.¹¹

Este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos diabéticos cadastrados em duas equipes da Estratégia Saúde da Família sobre diabetes, doença periodontal e a relação existente entre elas, assim como levantar atividades de interesse para futuros grupos operativos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com a população diabética adscrita em duas equipes de saúde da família que atendem a um bairro do município de Montes Claros – MG. Foram selecionados para a pesquisa, de forma aleatória, 30 indivíduos adultos (idade igual ou superior a 20 anos), com diagnóstico de diabetes *mellitus*, que estavam cadastrados em uma destas duas equipes. Todos aceitaram participar da pesquisa, tendo sido assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

A caracterização demográfica dos indivíduos participantes da pesquisa foi realizada mediante informações obtidas por meio das fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A coleta de dados ocorreu através da técnica do grupo focal, utilizando perguntas

norteadoras. A técnica de grupo focal tem sido utilizada com bastante frequência na área da saúde, sendo apropriada a pesquisas qualitativas, quando se pretende explorar um “foco”, um ponto em especial.¹²

Um moderador conduziu os grupos focais com a finalidade de criar um ambiente amistoso. O número de grupos necessários para esse estudo foi dependente do nível de saturação das informações, conforme observado pela repetição das respostas. Ao final, realizaram-se três grupos focais, aqui denominados *GF1*, *GF2* e *GF3*, com a participação de 11, 8 e 11 pessoas, respectivamente. As discussões foram gravadas com o intuito de contar com todas as informações fornecidas pelos participantes e, em seguida, transcritas na íntegra para garantir a veracidade das informações. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.¹³

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa encontra-se em conformidade com os padrões exigidos na declaração de Helsinki e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (parecer nº 1.522, de 06 de julho de 2009). O anonimato sobre a identidade das pessoas entrevistadas foi mantido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 30 diabéticos participantes da pesquisa, houve distribuição igualitária por sexo. Embora houvesse na amostra indivíduos mais jovens, observou-se predomínio de participantes idosos, sendo que a média de idade da população de estudo foi de 63 anos. Para efeito de análise dos comentários dos participantes, foram atribuídas quatro diferentes categorias: percepções da diabetes; percepções da doença periodontal; relação entre diabetes e

doença periodontal; atividades de interesse para os participantes em futuros grupos operativos.

- Percepções da diabetes

Observou-se, pelas falas nos grupos focais, que a diabetes é uma doença silenciosa e se manifesta, muitas vezes, através de suas complicações, o que concorda com a literatura:

GF2: “é uma doença silenciosa.”

GF3: “é uma enfermidade muito perigosa e muito ruim.”

Nem sempre o diagnóstico da diabetes é feito precocemente, apesar de toda educação e ações em saúde para a prevenção e detecção da doença. Um número significativo de diabéticos, em virtude de se apresentarem oligossintomáticos e até mesmo assintomáticos, tem a confirmação de seu diagnóstico tardiamente, quando as complicações da doença já são detectadas.¹⁴

Houve também quem relacionou o fato de se ter DM com o mau funcionamento do pâncreas e a deficiência de insulina, levando à hiperglicemia, outro dado que se encontra bem sedimentado na literatura:

GF3: “o pâncreas para de funcionar, não produz insulina ou ela é insuficiente e tem excesso de açúcar no sangue.”

Já é sabido que o número de casos de diabetes vem crescendo assustadoramente em todo o mundo. Diversos fatores contribuem para esse fato.¹⁵ O diabetes *mellitus* engloba um grupo de alterações metabólicas relacionadas com o aumento da glicose no sangue. Tanto uma ação defeituosa

da insulina, como uma secreção inadequada dessa secreção pancreática (ou ambas) podem levar à hiperglicemia.¹⁴⁻¹⁵

Durante a reunião dos grupos, houve o relato da vivência dos participantes no dia a dia e estes relacionaram o que sentem com os sinais, sintomas e complicações do diabetes, a maioria destes, concordando com a literatura:

GF 3: “Tontura, muita tontura. Para caminhar tenho que segurar na parede. Tenho medo de cair”.

GF 3: “Tem gente que não dá sintoma nenhum. Igual eu mesmo, não sinto nada. Tomo água demais e tenho secura na boca e só”.

GF 3: “Fraqueza nas pernas, problema de vista e dor nas pernas. Não sei o que é, é a vista ruim. O diabetes dá vista ruim, né?”.

A DM pode provocar várias alterações no sistema renal e endócrino, alterações na visão, na pele, na alimentação, bem como no estilo de vida. Os sinais e sintomas de alerta do diabetes mellitus são: fadiga, poliúria, polidipsia, noctúria, mucosas secas, turgor cutâneo deficiente, perda de peso, turvação visual e polifagia.¹⁶

Um dos participantes do grupo relaciona sua perda acentuada de peso ao diabetes:

GF3: “Eu perdi muito peso. Eu pesava 73 kg e estou pesando 57 Kg agora, em dois anos mais ou menos. Fui tratar da doença porque estava emagrecendo e não sabia a causa”.

A perda de peso está relacionada ao metabolismo de carboidratos prejudicado,

ocasionando o uso ineficiente de energia.¹⁷

Vários participantes também relacionaram problemas visuais em decorrência da diabetes:

GF1: “a minha mãe, ela morreu com problema de diabetes e ela já tava com glaucoma. O diabético não vai no oftalmologista de jeito nenhum, às vezes perde até a visão, né?”.

GF3: “tenho problema de vista”.

Uma das complicações mais preocupantes da diabetes é a retinopatia, que constitui um impacto na qualidade de vida do paciente, pois o torna dependente de outros nas suas atividades diárias, pela perda significativa da visão, indicando um fator importante de morbidade.¹⁸

Outra complicação relatada pelos participantes foi a perda da sensibilidade nas extremidades dos pés e das mãos, correlacionando também à dormência nesses membros:

GF2: “Eu adquiri essa doença em 98, foi quando eu amputei essa perna. quando foi olhar, a glicose estava muito alta e deu infecção generalizada, teve que amputar a perna. Ela atrapalha também a circulação. Então, quando você machuca, você não vê nem o que machucou”.

GF2: “Agora mesmo estou com um problema no dedo aqui. É a circulação.”

GF2 : “Ouvi falar que diabetes dá dormência no braço e na perna”.

A perda de sensibilidade dolorosa em diabéticos é muito comum, pois a diabetes acarreta uma neuropatia sensitivo-motora, ocasionando perda gradual da sensibilidade periférica. Portanto, o diabético poderá não mais sentir dor ou incômodo

ao usar um sapato apertado ou até mesmo, ocasionar uma lesão no membro, no simples ato de cortar as unhas.¹⁹ A neuropatia periférica geralmente afeta as pernas e pode provocar dormência.¹⁶

Um participante correlaciona o hálito cetônico com os pacientes portadores do diabetes:

GF1: “Até o hálito do diabético ele é diferente do hálito da pessoa normal, é um cheiro diferente, maçã podre, acetona, é uma coisa assim esquisita, tenho notado”.

É muito comum em diabéticos o hálito cetônico. A deficiência na utilização da glicose pelo organismo acarreta aumento na formação de cetonas, resultando em cetoacidose, cuja característica clínica é o hálito com odor de frutas podres.²⁰

- Percepções da doença periodontal

Doença periodontal é um grupo de doenças inflamatórias de origem infecciosa, incluindo gengivite e periodontite, que afetam os tecidos de sustentação do dente.²¹ O agente etiológico primário dessa doença é a placa bacteriana ou biofilme microbiano, constituído por bactérias, proteínas salivares e células epiteliais descamadas.⁷ Essa placa se acumula ao redor dos dentes e penetra no sulco gengival, tendo como manifestação inicial a gengivite, caracterizada por hiperemia, edema, recessão e sangramento gengival.^{7,21} Alguns dos diabéticos participantes do estudo confirmaram a presença desses sinais e sintomas:

GF3: “A gengiva fica vermelha, tenho dente mole, fica inflamado. Não sai sangue, fica ruim para escovar.”

GF3: “Às vezes, quando vou escovar os dentes, sai sangue. Sinto dor”.

Já outros participantes dos grupos focais demonstraram desconhecimento acerca do assunto ou relataram não sofrer com a doença periodontal:

GF2: “Eu não entendo nada”.

GF2: “Nunca tive. Nunca inflamei gengiva, nem vermelhou nem nada”.

Na doença periodontal ocorre inflamação da gengiva, desenvolvimento de bolsas periodontais, abscessos recorrentes, perda óssea rápida e progressiva, havendo também osteoporose trabecular, ocasionando, nos casos mais severos e duradouros a perdas dentárias. Além disso, correlaciona-se também a sensibilidade dentária pelo fato dos elementos dentários gradualmente perderem a sua proteção periodontal natural, causando, dessa forma, desconforto ao paciente.^{5,7}

GF1: “Sentia aquela gastura, uma friagem”.

GF2: “Meu dente começou a amolecer, fui ao dentista, arranquei quatro, assim de uma vez. Amoleceu sozinho”.

- Relação entre diabetes e doença periodontal

O DM e a periodontite são doenças que apresentam aspectos comuns em relação à resposta inflamatória e são de alta prevalência na população mundial. A inter-relação entre essas doenças representa um exemplo de como uma doença sistêmica pode predispor uma infecção oral e de como uma infecção oral pode exacerbar uma condição sistêmica. Fortes evidências demonstram

que o diabetes é um fator de risco para a gengivite e periodontite e que o nível do controle glicêmico da diabetes parece ser importante nessa relação. A doença periodontal, por sua vez, pode ter um impacto significativo sobre o diabetes, contribuindo para agravar o seu controle metabólico.²²

O DM predispõe ao desenvolvimento da DP, a qual leva ao descontrole glicêmico, o que ressalta a importância da relação bidirecional entre essas duas doenças.⁷

O nível de controle glicêmico do paciente está relacionado à presença e severidade da doença periodontal. Pacientes diabéticos pobremente controlados têm um maior risco de desenvolver periodontite, quando comparados a diabéticos bem controlados e não diabéticos.²²⁻²³

A severidade das manifestações orais e sua frequência estão relacionadas à descompensação do diabetes.²⁰ Essa interdependência do diabetes com a doença periodontal ficou evidenciada em algumas falas, quando os pacientes responderam se achavam que existia alguma relação entre essas duas condições:

GF1: “Mas como tem, né? Relação entre a diabetes e a saúde em geral, né? Não só a boca, é tudo, diabete atrapalha”.

GF1: “Eu tinha pouco tempo que tinha tirado o tártaro e novamente já tem, [...] eu tenho notado o aumento depois da diabetes de tártaro”.

GF3: “Tenho certeza que sim, senti melhora depois do tratamento [periodontal], porque recuperou esses dentes aqui que estavam com problema. Então por isso que eu falo, tem sim.

Uma influi na outra mesmo. A gente tem que prevenir”.

A periodontite ocorre com grande frequência em pacientes com DM, sendo até quatro vezes mais comum nesses pacientes do que na população geral.²⁴ Tem sido apontada como a sexta complicação mais prevalente do DM, sendo associada à placa bacteriana e cálculo, geralmente acompanhada por secreção purulenta e ocasionando grande reabsorção óssea.^{7,20} Os pacientes diabéticos têm mais frequentemente doença agressiva do que os não diabéticos.²⁴ Com isso, para evitar a progressão da doença periodontal, precauções devem ser tomadas:

GF1: “Tem uma relação com o diabetes [a doença periodontal], até a higiene tem que ser aumentada”.

Pacientes com controle inadequado do diabetes apresentam mais sangramento gengival e gengivite do que pacientes diabéticos controlados ou aqueles que não apresentam a doença.⁵ Isso pode ser evidenciado no comentário a seguir:

GF1: “Depois que eu descobri que estava com diabetes com resultado dos exames que começou a aparecer, inflamar a gengiva”.

Os mecanismos pelos quais o diabetes pode contribuir para a periodontite incluem mudanças vasculares, disfunção de neutrófilos, síntese de colágenos e predisposição genética, além de mudanças na microbiota gengival.⁸

Estudos apontam que os portadores de diabetes apresentaram percentuais mais elevados

de bolsas profundas e perdas severas de inserção periodontal do que os indivíduos normoglicêmicos⁸:

GF3: “Eu posso falar de mim, porque eu senti o problema mesmo. Senti, mas foi profundo. Perdi a proteção dos ossos, praticamente por causa da diabetes. Meus dentes perderam praticamente toda a força. A maioria caiu, né? Tem queda de dente, porque enfraquece”.

Os danos causados aos tecidos bucais pela doença periodontal causam evidente repercussão negativa na qualidade de vida do indivíduo. Aspectos funcionais do sistema estomatognático, como mastigação, deglutição e fala ficam comprometidos assim como a estética do sorriso e, frequentemente, a autoestima.²¹

- Atividades de interesse para os participantes em futuros grupos operativos.

Dentre as atividades a serem trabalhadas futuramente em grupos operativos, alguns pacientes sugeriram que se abordassem os fatores relacionados à etiopatogenia da diabetes bem como a diferenciação entre a DM tipo 1 e a tipo 2:

GF2: “Queria assim, que fosse explicar melhor a origem da diabete, o porquê.”

GF2: “eu queria saber o seguinte: a diferença entre diabetes 1 e 2. Qual a diferença?”

Questionaram, também, sobre alterações oftalmológicas decorrentes da DM, que são tão frequentes, e nem todos os pacientes que as têm sabem se são devidas a diabetes ou não:

GF1: “A gente tem que lembrar também que nós tínhamos que ter uma visita numa reunião do oftalmologista porque a gente deixa de olhar a visão.”

GF2: “Problema de olho, né?”

Sobre a alimentação do diabético, ainda há falta de informação e dificuldade de adaptação por parte dos pacientes portadores de DM:

GF1: “O pessoal tem mania de falar de que tudo que se arranca da terra e é um assunto que as pessoas ficam meio confusas, faz ou não faz mal?”

GF1: “Falar sobre chás, vocês poderiam dar uma dicas de chás.”

GF3: “A alternativa para ficar mais barata a alimentação do diabético.”

Outro tema oportuno relaciona-se ao controle da diabetes. Muitos não sabem quais as medidas a serem tomadas diante da descompensação da doença:

GF1: “O que come na hora que dá a hipoglicemia eu acho que deveria ser tratado também nas reuniões, o que causa realmente essa descompensação no caso da hipoglicemia...”

GF2: “Controle da diabete.”

Percebeu-se que, embora a prática de atividade física contribua para o controle glicêmico e bem-estar psicossocial dos diabéticos, muitos não aderiram a essa prática por uma série de razões, chegaram a sugerir que a atividade física fosse feita em grupo, para maior adesão:

GF1: “Caminhada em grupo, seria bom, né?”

Alguns participantes manifestaram desejo de conhecer mais a respeito da DM para lidar melhor com a doença e suas complicações:

GF2: “A gente estando melhor informado, vive melhor a diabete, porque a gente fica perdido no mundo, não sabe o que é bom e o que é ruim, né?”

As ações educativas em diabetes devem favorecer a participação do indivíduo e de sua família, uma vez que o estilo de vida deste, bem como o ambiente físico e social em que ele está inserido tendem a ser modificados por essas ações, que também melhoram a relação dos diabéticos com os profissionais que os acompanham.

Os grupos operacionais são potenciais estimuladores do conhecimento, quer através do diálogo ou da interação, sendo, portando, estratégias fundamentais para a promoção da saúde.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a percepção dos pacientes diabéticos de uma comunidade norte-mineira sobre a inter-relação entre a diabetes e a doença periodontal.

Os resultados encontrados demonstraram que os participantes da pesquisa identificaram vários sinais e sintomas, tanto da diabetes quanto da doença periodontal. A relação entre essas duas condições foi relatada por alguns participantes que, por experiência própria, observaram uma piora no

quadro de saúde bucal, após o advento da diabetes. Dentre as atividades de interesse relatadas pelos participantes dos grupos focais, destacam-se: etiopatogenia da diabetes, alimentação saudável e atividade física.

FINANCIAMENTO E CONFLITO DE INTERESSES

O financiamento da pesquisa foi feito pelos próprios pesquisadores e não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.4, p.672-679, out./dez. 2008.
- FARAH, G. J.; BORTOLINI, M. C. T.; CUMAN, R. K. N. Manifestações bucais em pacientes diabéticos. *Arquivo APADEC*, Maringá, v. 8, maio 2004.
- MADEIRO, A. T.; BANDEIRA, F. G. S.; FIGUEIREDO, C. R. L. V. A estreita relação entre diabetes e doença periodontal inflamatória. *Odontologia Clínica-Científica*, Recife, v. 4, n. 1, p. 7-12, jan.-abr., 2005.
- VASCONCELOS, B. C. E.; NOVAES, M.; SANDRINI, F. A. L.; MARANHÃO FILHO, A. W. de A.; COIMBRA, L. S.. Prevalência das alterações da mucosa bucal em pacientes

- diabéticos: estudo preliminar. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 424-8, maio-jun. 2008.
5. SOUSA, R. R.; CASTRO, R. D.; MONTEIROM, C. H. I. R. S. H.; SILVA, S. C.; NUNES, A. B. O paciente odontológico portador de diabetes mellitus: uma revisão da literatura. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada*. João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 71-7, jul.-dez., 2003.
6. MADEIRO, A. T.; PASSOS, I. A.; FIGUEIREDO, C. R. L. V. Abordagem preventiva da doença periodontal no paciente diabético: revisão de literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 76-81, jan.-mar., 2008.
7. ALVES, C.; ANDION, J. M.; BRANDÃO, M. M. A.; MENEZES, R. M. Pathogenic Aspects of the Periodontal Disease Associated to Diabetes Mellitus. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, São Paulo, v. 51, p. 1050-57, 2007.
8. TOMITA, N. E.; CHINELLATO, L. M.; PERNAMBUCO, R. A.; LAURIS, J. R. P.; FRANCO, L. J. Nipobrasileiros, Grupo de Estudos de Diabetes. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 5, p.607-13, out., 2002.
9. PINHEIRO, A. C. C.; SANDRES, D. L. S.; OLIVEIRA, G. C.; LIMA, D. L. F.; NUTO, A. S. S.; REGO, D. M. Tratamento periodontal e bem-estar: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 2, p.68-73, 2006.
10. BORTOLI, D.; LOCATELLI, F. A.; FADEL, C. B.; BALDANI, M. H. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada na terceira idade. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*. Ponta Grossa, v. 9, n 3, p. 55-65, set.-dez., 2003.
11. BOHÓRQUEZ, G. F.; JARAMILLO, E. L. G. El diálogo como encuentro: aproximaciones a la relación médico paciente. *Hacia promoção de la salud*, Manizales, v.9, p.79-91, 2004
12. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.
13. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
14. VILAR, L. *Endocrinologia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. *Diretrizes SBD: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus*. Rio de Janeiro: SBD, 2006. 154p.
16. NASCIMENTO, M. T. F.; FIGUEREDO, J. E. F. Distúrbios Endócrinos Comuns. *Enfermagem Médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 550-553.
17. RUBIN, E.; CORSTEIN, F.; BUBIN, R.; SCHWARTING, R.; STRAYE, D. *Patologia: bases clinicopatológicas da medicina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1194-1224.

18. BOSCO, A.; LERÁRIO, A. C.; SORIANO, D.; SANTOS, R. F.; MASSOTE, P.; GALVÃO, D. *et al.* Retinopatia diabética. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 217-27, abr. 2005.
19. LOPES, C. F. Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito. *Jornal Vascular Brasileiro*, São Paulo (online), v. 2, n. 1, p.79-82, maio, 2003. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-01/03-02-01-79/03-02-01-79.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2010.
20. CARVALHO, L. A. C. *Subsídio para o planejamento de cuidados especiais para o atendimento odontológico de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2*. São Paulo, 2002, 85 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2002.
21. ARAÚJO, M.; SUKEKAVA, F. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. *Periodontia*. Rio de Janeiro, v.17, p. 7-13, 2007.
22. NOVAES JUNIOR, A. B.; MACEDO, G. O.; ANDRADE, P. F. Inter-relação doença periodontal e diabetes mellitus. *Periodontia*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 39-44, 2007.
23. JEPSEN S, KEBSCHULL M, DESCHNER J. Relationship between periodontitis and systemic diseases. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz*. v.54, n.9, p.1089-96, 2011.
24. ROCHA, J. L. L.; BAGGIO, H. C. C.; CUNHA, C. A.; NICLEWICZ, E.; LEITE, S. A. O.; BAPTISTA, M. I. D. K.; ROCHA, J. L. L. *et al.* Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 221-29, 2002.
25. TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-47, 2003.