



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



FERNANDA TEIXEIRA GARCIA

**“Perfil dos Pacientes Diabéticos Atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão
Universitária – PerioMed da FORP/USP”**

**Ribeirão Preto
2021**



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



FERNANDA TEIXEIRA GARCIA

**“Perfil dos Pacientes Diabéticos Atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão
Universitária – PerioMed da FORP/USP”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade
de Odontologia de Ribeiro Preto como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Aparecida Chaves

Furlaneto

**Ribeirão Preto
2021**



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica pela Seção de Tratamento da Informação do Serviço de Biblioteca.

Teixeira Garcia, Fernanda.

Perfil dos Pacientes Diabéticos Atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão Universitária – PerioMed da FORP/USP. Ribeirão Preto, 2021.

Pesquisa Científica (Tese de Conclusão de Curso) apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Periodontia.

Orientadora: FURLANETO, Flávia Aparecida Chaves

1. Diabetes. 2. Doença Periodontal. 3. Perfil dos pacientes. 4. Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão Universitária – PerioMed da FORP/USP.

**Ribeirão Preto
2021**



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente á **Deus** por guiar sempre minha trajetória e me permitir chegar até aqui.

Aos meus pais **Satília Aparecida Teixeira e Benedito Aparecido Garcia** que sempre foram e serão meu porto seguro, os responsáveis por me incentivarem e tornarem esse sonho possível. Obrigada por viverem e vibrarem todas minhas batalhas, vitórias e por me segurarem em todos meus fracassos, tenho total ciência e gratidão que eu sou quem sou hoje graças á vocês e por vocês.

Á minha orientadora **Flávia Aparecida Chaves Furlaneto** pela oportunidade, confiança e credibilidade em mim depositada para execução desse trabalho. É uma honra ser orientada pela senhora. Me ensinou com entusiasmo a arte de fazer ciência, tão apaixonado pela sua causa, me fez crescer, me orientou de forma segura e transmitiu seus conhecimentos que formaram a base para a realização desse trabalho. Meus sinceros agradecimentos.

À **Yara Loyanne Levi**, por toda atenção dada, pelo incentivo, pelos ensinamentos transmitidos e por toda a paciência em ensinar e passar seus conhecimentos. Uma pessoa com excelentes qualidades, sempre disposta a ajudar.

Em especial ás Professoras, **Daniela Bazan Palioto Bulle, Valeria Oliveira Pagnano de Souza, Ana Carolina Fragoso Motta e Lara Maria Alencar Ramos Innocentini** por serem meus exemplos como mulheres e profissionais além do meu porto seguro durante minha graduação.

Às minhas grandes amigas **Ana Beatriz de Castro Reis, Denise de Souza Freitas, Flavia Maria Ferreira Paro e Taisa Ribeiro Kusumota e Stéffany Melo** por serem minha base nessa jornada, vocês me ensinaram o melhor da vida, me fizeram evoluir de uma forma que nunca imaginei que seria possível, carregou comigo uma parte de cada uma e sou muito grata por tantos momentos maravilhosos vividos ao lado de vocês, nunca esqueçam que são minhas irmãs de alma.

Ao **Programa Unificado de Bolsas de Estudos para Estudantes de Graduação (PUB)**, pelos recursos financeiros disponibilizados, tornando possível a realização desse trabalho.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para mais essa vitória em minha vida.



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|----|
| 1. Resumo | 6 |
| 2. Introdução | 7 |
| 3. Objetivos | 10 |
| 4 Métodos | 11 |
| 4.1 Análise Estatística | 12 |
| 5. Resultados | 13 |
| 6. Discussão | 33 |
| 7. Conclusão | 36 |
| 8. Referências | 37 |
| 9. Anexo I | 39 |
| 10. Anexo II | 42 |
| 11. Anexo III | 45 |



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



1. RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é um fator de risco importante para o desenvolvimento da periodontite (PE) e maior severidade da mesma. Os resultados do tratamento periodontal são menos previsíveis em pacientes com DM. Além disso, enquanto alguns estudos demonstraram que o tratamento periodontal levou a reduções nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1C), outros não encontraram efeitos benéficos do tratamento periodontal no controle glicêmico. Uma das razões para essas divergências pode estar relacionada ao autocuidado pelo paciente, que é considerado um fator primordial no tratamento de pacientes periodontais com DM. Assim, o objetivo deste projeto foi realizar uma avaliação do perfil dos pacientes com PE atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão Universitária (NACE) PerioMed da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP), por meio da aplicação de questionários. A análise das respostas permitiu a identificação de 25 itens que formaram uma escala final para avaliação do perfil dos pacientes. Além disso, os dados demográficos foram computados para cada paciente e foram apresentados como tabelas de frequência, média e desvio-padrão. Todos os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva e teste Kruskal-Wallis ($p < 0,05$). Os principais achados deste estudo apontam para a presença de baixa renda, nível de escolaridade médio, sobrepeso e/ou obesidade, ausência de regularidade em atividades físicas e alguns hábitos alimentares inadequados na maioria dos pacientes portadores de DM tipo 2 e PE. Entretanto, um achado positivo foi que a maioria dos pacientes acredita que a saúde bucal interfere na saúde sistêmica. Assim, conclui-se que com intervenção profissional e conscientização, esses pacientes podem desenvolver hábitos saudáveis e melhorar sua saúde global.



2. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um distúrbio de componentes metabólicos e vasculares, caracterizado por hiperglicemia decorrente de defeitos na insulina ou alteração nos receptores celulares para insulina (resistência à insulina) (ATKINSON e MACLAREN et al., 1990). Muitos fatores contribuem para o surgimento e desenvolvimento de complicações do DM, como genética, dieta, estilo de vida, idade e obesidade (BERGMAN et al., 2013). O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é um dos principais problemas de saúde pública (WANG et al. 2014) e representa uma das 10 principais causas de morte no mundo (ROGLIC et al., 2005).

A PE é uma doença inflamatória disbiótica com um impacto adverso na saúde sistêmica do indivíduo (HAJISHENGALLIS., 2015), podendo afetar adversamente o controle glicêmico em pacientes com DM (SEYMOUR et al., 2007; DIETRICH et al., 2008). Por outro lado, a PE é influenciada por diversos fatores sistêmicos que alteram a resposta imunoinflamatória do hospedeiro, como por exemplo a hiperglicemia. Assim, o DM é considerado um fator de risco para a periodontite (PAPANOU et al., 2018). RAJHANS et al., (2011) avaliou clinicamente a relação da DM com a PE e verificou que 86,8% dos diabéticos apresentaram PE. Além disso, demonstraram que, à medida que os pacientes envelheciam, a prevalência e a gravidade da PE aumentavam (RAJHANS et al., 2011).

A relação de mão dupla entre DM e DP pode ser entendida em dois pontos: inflamação sistêmica permanente e hiperglicemia. Os efeitos da hiperglicemia na saúde bucal podem ser atribuídos aos seguintes mecanismos patológicos (RYAN, CARNU, e KAMER et al. 2003; KIM e AMAR et al., 2006): alteração patogênica da flora microbiana em bolsas periodontais, indução de processos inflamatórios, elevação dos níveis dos produtos finais de glicação avançada e destruição oxidativa não enzimática por metaloproteínases da matriz (MMPs) (TAIYEB-ALI, RAMAN, e VAITHILINGAM et al., 2011). A presença de DM tipo 2 descontrolado aumenta diretamente a razão de MMPs e inibidores teciduais de MMPs em sítios com PE, o que pode contribuir para uma maior degradação da matriz extracelular e destruição tecidual na PE relacionada ao DM (BASTOS et al. 2017).

A terapia periodontal é segura e eficaz em portadores de DM. Alguns estudos demonstraram que o tratamento periodontal levou a reduções na hemoglobina glicada (HbA1C) de 0,27-0,56% (JANKET et al. 2005, SANS et al. 2018, BAEZA et al. 2020). É importante considerar que uma redução em 1% nos níveis de HbA1c já representa um impacto significativo



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



para diminuir as chances de complicações diabéticas, com redução de 37% em complicações microvasculares e de 21% no risco de morte associada ao DM (ST et al. 2000). Considerando a natureza progressiva do DM e que seu agravamento gera complicações substanciais para os pacientes, o tratamento periodontal pode ser de grande valia para ajudar no controle glicêmico de pacientes diabéticos. Contudo, outros estudos não encontraram efeitos benéficos do tratamento periodontal no controle glicêmico (ENGEBRETSON et al. 2013, VERGNES et al. 2018). É importante considerar também que há grande variabilidade, entre os pacientes diabéticos, na sua resposta à terapia periodontal. Assim, um dos fatores que pode contribuir para os resultados do tratamento periodontal, tanto em nível de cavidade bucal, como em nível sistêmico, pode estar relacionado ao autocuidado dos pacientes, como por exemplo a dieta, a atividade física, a adesão aos medicamentos prescritos e a presença de outras co-morbidades.

O sucesso do tratamento do DM depende 95% dos cuidados diários que são realizados pelo próprio paciente (LIN et al. 2008). Consequentemente, melhorar o autocuidado dos pacientes é fundamental para o controle de complicações e sequelas indesejadas da doença (LIN et al. 2008). Indivíduos com DM precisam realizar o autocuidado durante toda a vida para prevenir ou retardar as complicações da doença a curto e longo prazo e melhorar a qualidade de vida (LU et al. 2016). O autocuidado abrange atividades que são vistas como o ponto central do tratamento dos diabéticos, envolvendo comportamentos como aderência às medicações prescritas, seguimento de um plano alimentar, realização de atividades físicas, uso de medicamentos (insulina ou hipoglicemiantes orais), monitorização da glicemia e cuidados com os pés (YIN XU et al., 2008).

Na FORP/USP, existe um Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão (NACE) denominado “PerioMed”, que tem o objetivo de realizar atendimento interdisciplinar a pacientes periodontais portadores de comprometimentos sistêmicos, incluindo diabéticos. Esse núcleo promove atendimento qualificado à sociedade, pesquisa, orientação teórica e clínica formativas a pós-graduandos, consistindo no caráter indissociável de extensão, pesquisa e ensino, gerando conhecimento e transferência de conhecimento. Nesse contexto, lançar mão de instrumentos que permitam traçar o perfil dos pacientes diabéticos atendidos no PerioMed, avaliando a taxa de adesão dos pacientes às recomendações médicas e odontológicas, é fundamental para guiar os profissionais em suas avaliações e condutas, fornecer o resultado dessas informações para os pacientes e até mesmo para criar políticas públicas que beneficiem os pacientes periodontais portadores de DM (“STANDARDS OF MEDICAL CARE IN



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



DIABETS”, 2020).

Seria possível, por exemplo, o desenvolvimento de ações comunitárias educativas para conscientização dos pacientes quanto à importância do controle das doenças crônicas inflamatórias, estimulando uma melhora em seu autocuidado. Os resultados dessas ações poderão impactar sobremaneira os benefícios da terapia periodontal nos pacientes com DM.

Mensurar a taxa de adesão ao tratamento do DM é uma atividade considerada difícil devido à complexidade do regime terapêutico, que envolve diferentes áreas (“STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETS”, 2020). Contudo, uma das estratégias mais utilizadas para isso e para determinar o perfil dos pacientes atendidos é o autorrelato, a partir de perguntas dirigidas específicas em entrevistas ou questionários (LU et. al. 2016).

É importante ressaltar também que o presente projeto de extensão contribuirá para a formação humana e técnica do aluno de graduação envolvido, visto que este terá contato com uma disciplina de pós-graduação e serviços altamente especializados, onde acontecem os atendimentos de pacientes que apresentam PE e diversas doenças sistêmicas. Nesse serviço, grupos de pacientes recebem tratamento periodontal de alta qualidade, baseado em evidências científicas e em protocolos atuais, o que irá contribuir para o conhecimento teórico e prático do aluno no manejo desses pacientes.



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



3. OBJETIVOS

O objetivo deste projeto foi realizar uma avaliação do perfil dos pacientes diabéticos atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão Universitária (NACE) PerioMed da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP), por meio da aplicação dos questionários “Questionário Socioeconômico e de Estilo de vida” e “Questionário sobre autocuidado relacionadas às doenças diabetes mellitus e periodontite”.



4. MÉTODOS

Sistematização na coleta e análise dos dados

O estudo foi realizado com os pacientes com PE e DM atendidos no NACE PerioMed da FORP/USP, por esse motivo uma amostra de conveniência foi selecionada, dispensando a realização de cálculo amostral. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FORP/USP (Número do parecer: 4.593.343- Anexo III). Os pacientes participaram da pesquisa somente após explicação minuciosa de seus objetivos a partir de leitura da Carta de Esclarecimento ao paciente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário utilizado foi adaptado de Schmitt et al. 2013 (Anexo II). Como o período de vigência da bolsa ocorreu durante a pandemia de Sars-Cov-2, os pacientes foram abordados remotamente, por meio de ligações telefônicas. O conjunto de perguntas do questionário abordou os seguintes itens: regularidade da ingestão de medicamentos, aspectos relacionados à dieta, adesão às recomendações alimentares, regularidade do automonitoramento da glicose no sangue, regularidade da prática de atividade física, adesão à consulta médica, atividades específicas de autocuidado, registro dos níveis de glicose no sangue, julgamentos gerais sobre a adequação do autocuidado, presença de comorbidades, tempo de diagnóstico do DM e da PE, cuidados com a higiene oral e opinião pessoal sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica.

A análise das respostas permitiu a identificação de 25 itens que formaram uma escala final para a avaliação do perfil dos pacientes. Oito desses itens foram formulados de maneira positiva e dez inversamente em relação ao que é considerado como autocuidado eficaz. O questionário permitiu a soma da pontuação através de uma “escala de soma” bem como a estimativa de seis pontuações em subescala. Conforme o seu conteúdo, as subescalas foram denominadas “gerenciamento da glicose” (itens 1, 4, 7, 11, 12), “controle dietético” (itens 2, 6, 10, 14), “atividade física” (itens 9, 13, 16), “uso de serviços de saúde” (itens 3, 8, 15) e “higiene oral” (itens 24 e 25). Um item (17) abordou uma classificação geral de autocuidado e foi incluído apenas na “escala de soma” (Schmitt et al. 2013). As demais questões (itens 5, 18, 19, 20, 21, 22, 23) foram apresentadas na forma de porcentagem.

A pontuação do questionário na “escala de soma” envolveu a reversão de itens com palavras negativas, de modo que os valores mais altos indicassem um autocuidado mais eficaz. As pontuações da escala foram calculadas como somas das pontuações dos itens e depois transformadas em uma escala que varia de 0 a 10 (pontuação bruta/pontuação máxima teórica



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



multiplicada 10; por exemplo, para a subescala “gerenciamento da glicose”, uma pontuação bruta igual a 12 levou a uma pontuação transformada de $12/15 \times 10 = 8$) que representou a maior autoavaliação do comportamento avaliado (Schmitt et al. 2013).

O outro questionário (Anexo I) utilizado foi adaptado de “Oliveira et al. 2020”, e consistiu em um conjunto de 39 perguntas sobre aspectos relacionados à dieta, regularidade na ingestão de alguns grupos de alimentos, regularidade da prática de atividade física, cuidados de higiene oral, opinião pessoal sobre a inter-relação entre saúdes bucal e sistêmica, renda mensal, etnia, peso, altura e nível de escolaridade (Anexo II). Ambos questionários foram aplicados por telefone e todos os pacientes assinaram digitalmente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Tentou-se o contato telefônico com 56 pacientes; porém, quinze pacientes não atenderam as ligações, quatro pacientes mudaram de número e não foi possível fazer contato, e seis pacientes não aceitaram participar do estudo. Sendo assim, 31 pacientes foram entrevistados.

4.1 Análise Estatística

Os dados demográficos, socioeconômicos e de estilo de vida foram computados para cada paciente e foram apresentados como tabelas de frequência, média e desvio-padrão. Assim, as análises incluíram estatística descritiva, incluindo valores absolutos e percentuais, e teste Kruskal-Wallis comparando o IMC (Índice de Massa Corporal) à prática de atividade física e ao consumo de alguns grupos de alimentos. Para essas análises, foi utilizado um nível de significância de 5%. Todos os cálculos foram realizados pelo software GraphPad Prism 6 (San Diego, CA, EUA).



5. RESULTADOS

Por meio do “Questionário Socioeconômico e de Estilo de vida “(ANEXO I), foram avaliadas informações relacionadas à idade, IMC, gênero, tratamento, comorbidades e complicações dos pacientes diabéticos. As características demográficas e sistêmicas dos pacientes são apresentadas na Tabela 1.

O questionário foi aplicado para 31 pacientes com a faixa etária média de $57,47 \pm 10,07$ anos, sendo que 54,84% eram mulheres e 45,16% homens. Os pacientes entrevistados receberam o diagnóstico do DM há em média $14,65 \pm 9,83$ anos. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado de modo subjetivo, pois o cálculo foi realizado a partir do peso e altura informados pelos próprios pacientes, e a média de IMC foi de $32,70 \pm 7,02 \text{ kg/m}^2$, revelando que os pacientes poderiam apresentar obesidade, conforme a classificação do IMC fornecida pela OMS (WHO, 1995). Um dos pacientes entrevistados não soube dizer a sua altura. Dessa forma, não foi possível calcular seu IMC e esse paciente foi excluído das comparações do IMC com a prática de atividades físicas e o consumo de alguns grupos alimentares.

O IMC dos pacientes diabéticos foi subdividido, segundo os critérios da OMS, em: <25 (normal); 25-29,9 (sobrepeso); 30-39,9 (obesidade) e ≥ 40 (obesidade mórbida). Os valores absolutos de pacientes para cada classificação foram: <25: 1 paciente; 25-29,9: 12 pacientes; 30-39,9: 12 pacientes; e ≥ 40 : 5 pacientes.

Quanto ao tipo de DM, 12,90% dos participantes apresentavam DM tipo 1, 67,74% apresentavam DM tipo 2 e 19,35% não souberam responder a classificação da doença. Em relação ao tratamento, 54,84% relataram fazer o uso de outros medicamentos em associação à insulina, 25,81% disseram fazer uso somente de medicação, 16,13% responderam que usam exclusivamente insulina e 3,23% não souberam responder (Tabela 1).

Ao serem questionados sobre a presença de outras comorbidades, a hipertensão foi a doença mais prevalente com 41,94%. Quanto a outras comorbidades, 3,23% relataram possuir doença cardiovascular, 3,23% hipertireoidismo, 6,45% hipertensão e doença cardiovascular, 6,45% hipertensão e hipertireoidismo, 12,90% outras comorbidades, como bronquite e anemia, e 25,81% disseram que não possuem outras comorbidades, além do DM (Tabela 1).

A respeito de complicações a longo prazo em decorrência do DM, 35,48% dos pacientes informaram já ter tido alguma complicação, enquanto que 64,52% nunca tiveram nenhuma complicação (Tabela 1). De modo geral as complicações relatadas pelos pacientes foram: retinopatia, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e periodontite.



Tabela 1. Características demográficas e sistêmicas da população envolvida no estudo.

| Parâmetros | Pacientes (<i>n</i> = 31) |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Idade média ± DP (em anos) | 57,47 ± 10,07 |
| Duração do DM [em anos (média ± DP)] | 14,65 ± 9,83 |
| Média IMC ± DP | 32,70 ± 7,02 |
| Gênero [<i>n</i> (%)] | |
| Feminino | 17 (54,84) |
| Masculino | 14 (45,16) |
| Classificação do DM [<i>n</i> (%)] | |
| Tipo 1 | 4 (12,90) |
| Tipo 2 | 21 (67,74) |
| Não soube dizer | 6 (19,35) |
| Tratamento [<i>n</i> (%)] | |
| Exclusivamente insulina | 5 (16,13) |
| Insulina e medicação | 17 (54,84) |
| Somente medicação | 8 (25,81) |
| Não soube dizer | 1 (3,23) |
| Comorbidades [<i>n</i> (%)] | |
| Hipertensão | 13 (41,94) |
| Doença cardiovascular | 1 (3,23) |
| Hipotireoidismo | 1 (3,23) |
| Hipertensão e doença cardiovascular | 2 (6,45) |
| Hipertensão e hipotireodismo | 2 (6,45) |
| Outras | 4 (12,90) |
| Não possui | 8 (25,81) |
| Complicações [<i>n</i> (%)] | |
| Sim | 11 (35,48) |
| Não | 20 (64,52) |

Legenda: DP – Desvio-Padrão; DM – Diabetes Mellitus.

Em relação à análise dos dados dietéticos e de estilo de vida dos indivíduos, foi possível observar alguns dados interessantes em relação a grupos de alimentos comumente incluídos na rotina alimentar brasileira e a frequência da prática de atividade física. Esses dados são apresentados na Tabela 2.

Em relação ao consumo de álcool, 74,19% dos pacientes relataram nunca ingerir, o que é um



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



resultado benéfico tendo em vista que o consumo de álcool pode afetar o controle glicêmico dos pacientes diabéticos. Ademais, 70,97% dos pacientes relataram ingerir leite de vaca frequentemente. Quanto ao consumo de frutas, 64,52% dos indivíduos responderam que consomem frutas frequentemente e apenas 3% ingerem frequentemente bebidas sintéticas, outro resultado que pode ser considerado importante para a manutenção adequada dos níveis glicêmicos.

Outro achado que vale a pena destacar é a frequência na prática de algum tipo de atividade física. Para esse parâmetro, a maioria dos pacientes (74,20%) relatou que nunca ou raramente realizam algum tipo de atividade física (Tabela 2).

Tabela 2. Dados dietéticos e de estilo de vida dos indivíduos diabéticos.

| Frequência de consumo semanal de [n (%)] | Pacientes (n= 31) |
|--|-------------------|
| Feijões | |
| Raramente | 1 (3,23) |
| Ocasionalmente | 4 (12,90) |
| Frequentemente | 26 (83,87) |
| Carne vermelha | |
| Raramente | 9 (29,03) |
| Ocasionalmente | 14 (45,16) |
| Frequentemente | 8 (25,81) |
| Carne de frango | |
| Raramente | 2 (6,45) |
| Ocasionalmente | 23 (74,19) |
| Frequentemente | 6 (19,35) |
| Vegetais | |
| Raramente | 5 (16,13) |
| Ocasionalmente | 11 (35,48) |
| Frequentemente | 15 (48,39) |
| Frutas | |
| Raramente | 4 (12,90) |
| Ocasionalmente | 7 (22,58) |



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



| | |
|--------------------|------------|
| Frequentemente | 20 (64,52) |
| Bebidas sintéticas | |
| Raramente | 18 (58,06) |
| Ocasionalmente | 10 (32,26) |
| Frequentemente | 3 (9,68) |
| Leite de vaca | |
| Raramente | 6 (19,35) |
| Ocasionalmente | 3 (9,68) |
| Frequentemente | 22 (70,97) |
| Álcool | |
| Nunca | 23 (74,19) |
| Raramente | 8 (25,81) |
| Ocasionalmente | 0 (0) |
| Atividade física | |
| Nunca | 15 (48,39) |
| Raramente | 8 (25,81) |
| Ocasionalmente | 5 (16,13) |
| Frequentemente | 3 (9,68) |

Legenda: As informações sobre a dieta foram categorizadas em: Frequentemente (consumido ≥ 5 dias / semana); Ocasionalmente (2-4 dias / semana); e Raramente (≤ 1 dia / semana), conforme previamente descrito por Ferreira *et al.*, 2010. O consumo de álcool foi considerado ocasional (no máximo 3 vezes / semana), raro (até 2 vezes / semana) ou nunca. A atividade física foi categorizada em: Nunca; Raramente (1-2 dias / semana); Ocasionalmente (3-4 dias / semana); e Frequentemente (≥ 5 dias / semana).

A análise da distribuição do IMC em relação à frequência da prática de atividade física semanal está representada na Figura 1. Revelou-se que a maioria dos pacientes entrevistados nunca realizam atividade física, incluindo os que possuem IMC <25 . Entre os indivíduos que possuem IMC ≥ 40 , um mencionou realizar atividade física ocasionalmente (de 3 a 4 dias por semana) e quatro disseram que nunca fazem atividade física. Entretanto, não houve diferença estatística para essa análise (Figura 1).

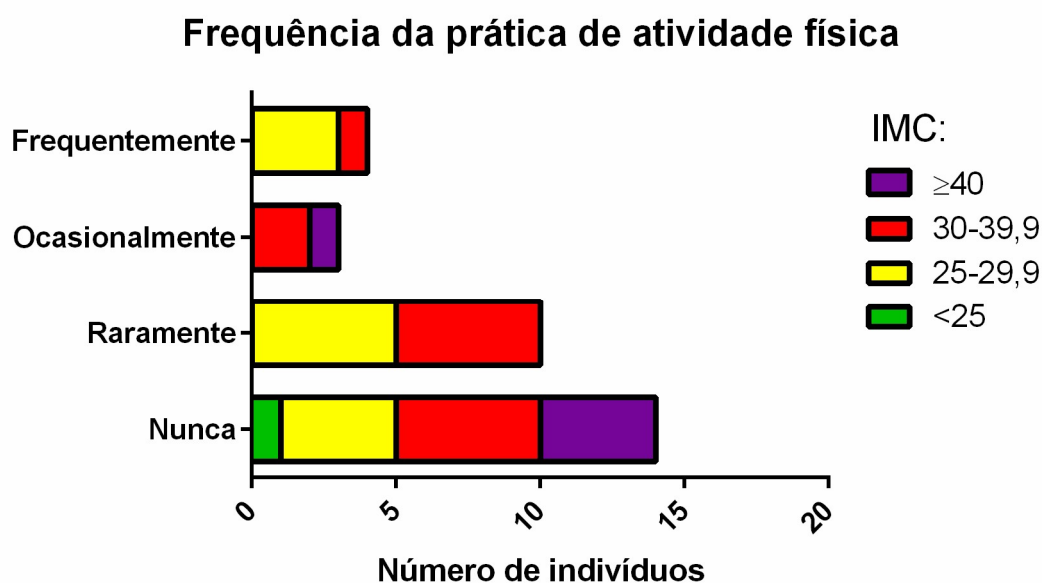


Figura 1. Análise da frequência semanal da prática de atividade física em relação à classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,2625$).

A distribuição do IMC em relação à frequência semanal do consumo de feijões mostrou que 25 pacientes consomem feijões frequentemente (cinco dias por semana ou mais). Dentre os indivíduos com IMC ≥ 40 , um consome ocasionalmente e quatro consomem frequentemente. Houve diferença estatística para essa análise, mostrando que os pacientes que consomem feijões frequentemente tendem a ter um aumento no IMC (Figura 2).

Frequência do consumo de feijões

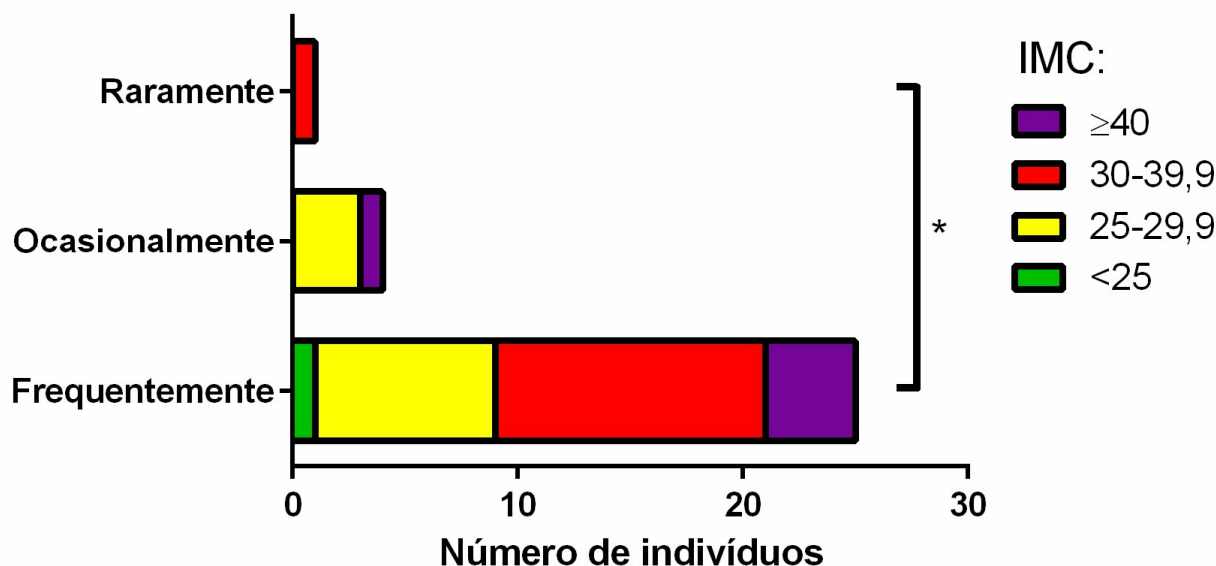


Figura 2. Análise da frequência semanal do consumo de feijões em relação à classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis e teste *post-hoc* de Dunn, $p=0,0329$).

A análise da distribuição do IMC com a frequência semanal da ingestão de carne vermelha (boi, porco, cabrito, dentre outras) mostrou que a maioria dos pacientes ($n=15$) consomem carne vermelha ocasionalmente (de dois a quatro dias por semana). Nessa frequência semanal de consumo, um paciente apresenta IMC <25, seis entre 25-29,9, sete entre 30-39,9 e um ≥ 40 . Não houve diferença estatística para essa comparação ($p > 0,05$) (Figura 3).

Frequência do consumo de carne vermelha

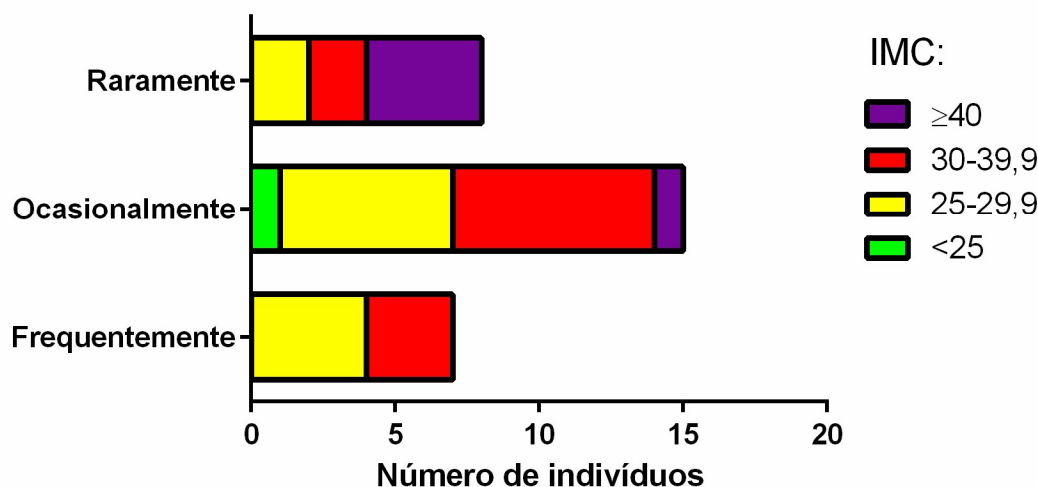


Figura 3. Análise da frequência semanal do consumo de carnes vermelhas (boi, porco, cabrito, etc.) em relação à classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,5922$)

A distribuição do IMC em relação à frequência semanal da ingestão de carne de frango revelou que 22 pacientes consomem carne de frango ocasionalmente (de dois a quatro dias por semana). Nessa frequência semanal de consumo, um paciente apresenta IMC <25, nove entre 25-29,9, dez entre 30-39,9 e dois ≥40. Não houve diferença estatística para essa comparação ($p > 0,05$) (Figura 4).

Frequência do consumo de carne de frango

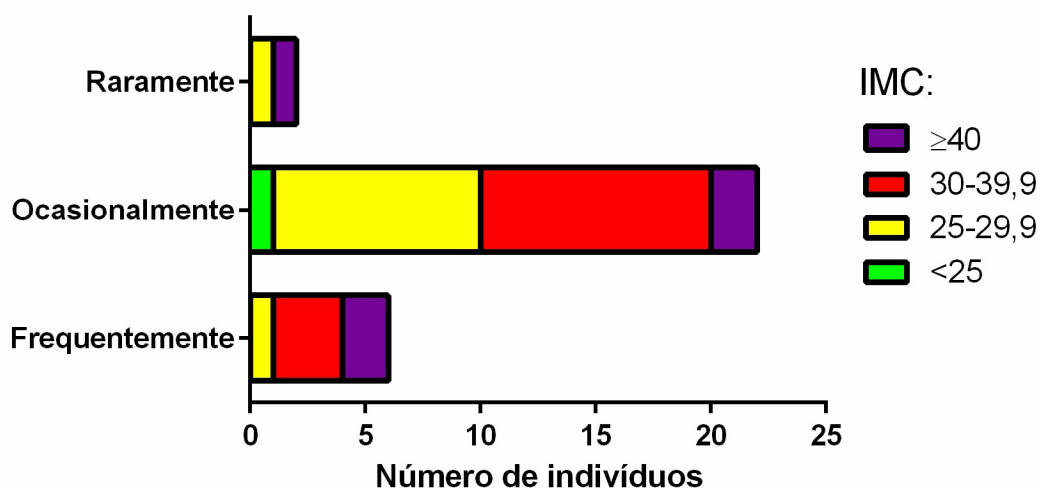


Figura 4. Distribuição da frequência semanal do consumo de carne de frango com a classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,0703$).

A análise da distribuição do IMC em relação à frequência semanal do consumo de vegetais (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, etc) revelou que 14 pacientes consomem vegetais frequentemente (cinco dias ou mais por semana) e que 11 pacientes consomem vegetais frequentemente (cinco dias ou mais por semana) e que 11 pacientes consomem ocasionalmente (de dois a quatro dias por semana). Dentre os indivíduos com IMC ≥ 40 , dois responderam que consomem vegetais frequentemente, dois ocasionalmente e um raramente. Não houve diferença estatística para essa comparação ($p > 0,05$) (Figura 5).

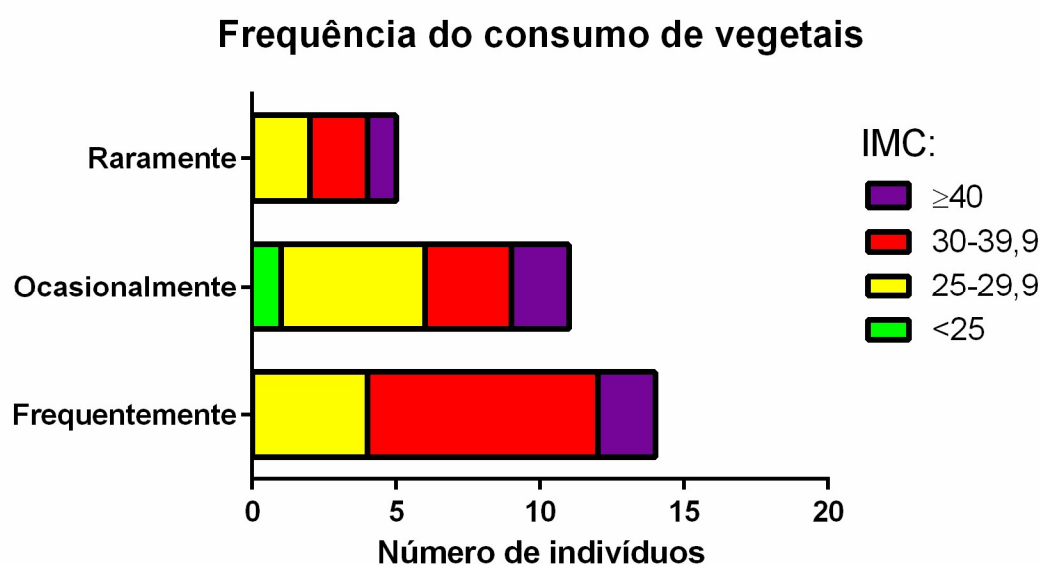


Figura 5. Distribuição da frequência semanal do consumo de vegetais (verdura ou legume) com a classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis, $p = 0,4393$).

A distribuição do IMC com a frequência semanal do consumo de todos os tipos de frutas revelou que 19 pacientes consomem frutas frequentemente (cinco dias ou mais por semana), sendo que oito apresentam IMC entre 25-29,9, sete entre 30-39,9 e quatro ≥ 40 . Ainda, não houve diferença estatística para essa comparação ($p > 0,05$) (Figura 6).

Frequência do consumo de frutas

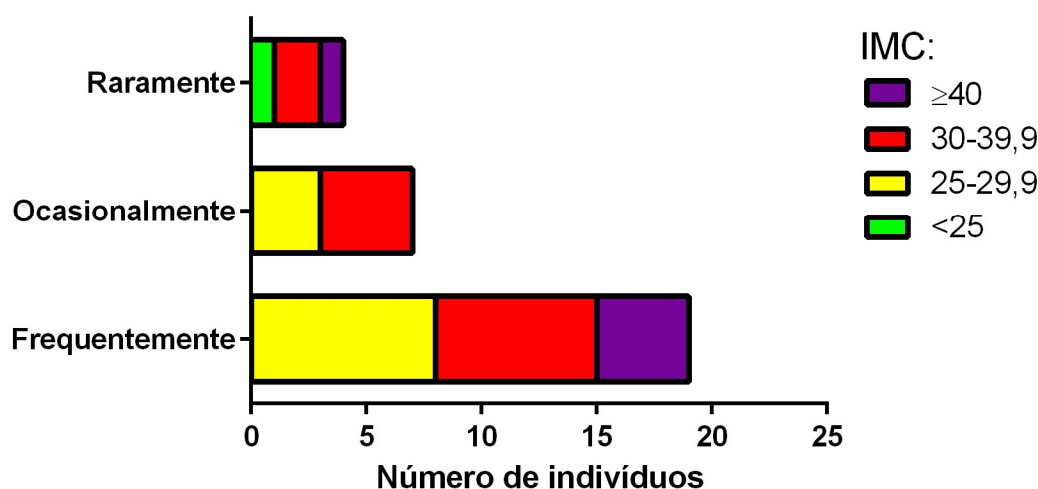


Figura 6. Distribuição da frequência semanal do consumo de frutas com a classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,3126$).

Analisando a distribuição do IMC com a frequência semanal da ingestão de bebidas sintéticas (refrigerantes ou sucos artificiais), foi possível observar que 18 pacientes raramente consomem bebidas sintéticas. Desses, doze possuem IMC entre 25-29,9, quatro entre 30-39,9 e dois ≥ 40 . Na análise desses dados, não houve diferença estatística significativa ($p > 0,05$)(Figura 7). Como os pacientes deste estudo são diabéticos, eles frequentemente são aconselhados a não consumirem nenhum tipo de bebida sintética devido às altas quantidades de açúcares presentes nessas bebidas, o que pode ser considerado um possível viés. Ainda assim, três pacientes relataram ingerir bebidas sintéticas frequentemente (cinco ou mais dias por semana).

Frequência do consumo de bebidas sintéticas

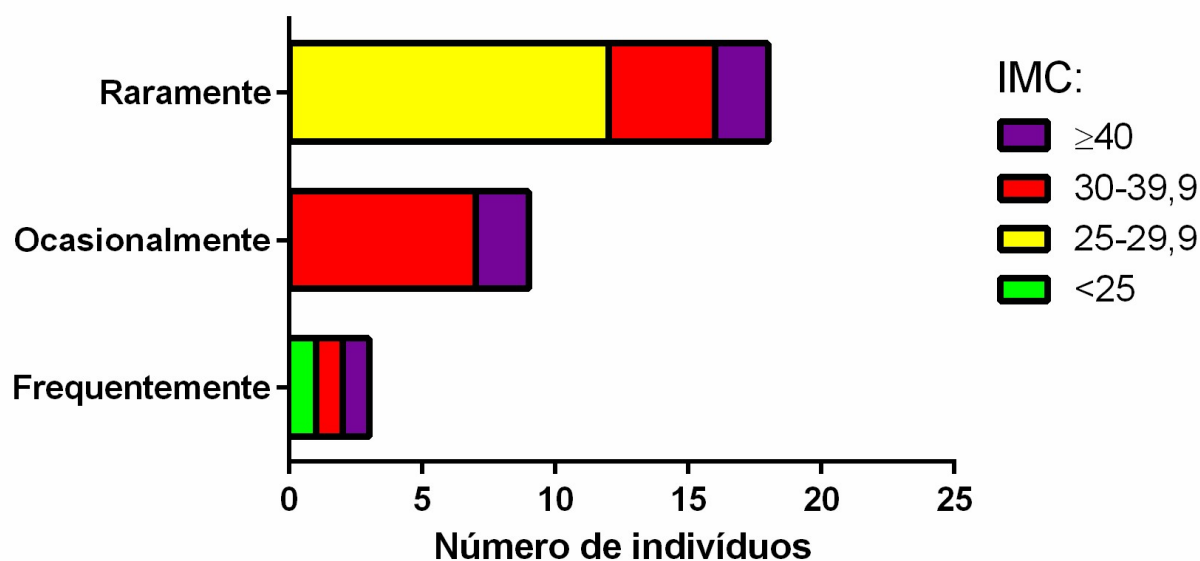


Figura 7. Distribuição da frequência semanal do consumo de bebidas sintéticas em relação à classificação do IMC dos pacientes diabéticos (teste de Kruskal-Wallis, $p = 0,4435$).

A análise da distribuição do IMC com a frequência semanal do consumo de leite de vaca mostrou que 21 pacientes fazem o consumo frequentemente (cinco dias ou mais por semana), sendo que nove indivíduos possuem IMC entre 25-29,9, dez entre 30-39,9 e dois ≥ 40 . Não houve diferença estatística para essa comparação ($p > 0,05$) (Figura 8).

Frequência do consumo de leite de vaca

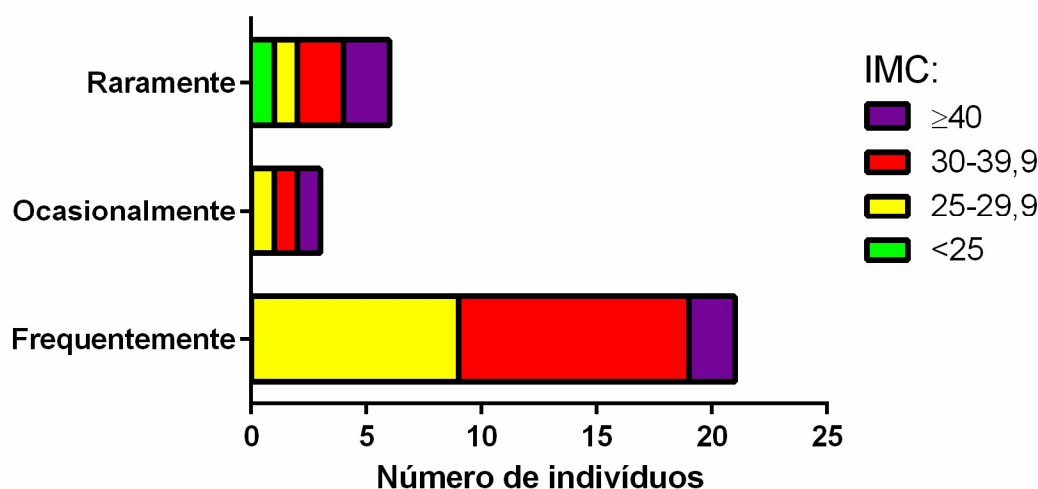


Figura 8. Distribuição da frequência semanal do consumo de leite de vaca em relação à classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,2199$).

Por meio da análise da distribuição do IMC com a frequência semanal da ingestão de álcool, foi observado que 21 pacientes nunca ingerem nenhum tipo de bebida alcoólica. Dentre esses, nove indivíduos possuem IMC entre 25-29,9, sete entre 30-39,9 e cinco ≥ 40 . O paciente com IMC < 25 respondeu que consome bebidas alcoólicas raramente (um dia por semana ou menos). Não houve diferença estatística para essa comparação ($p > 0,05$) (Figura 9).

Frequência do consumo de álcool

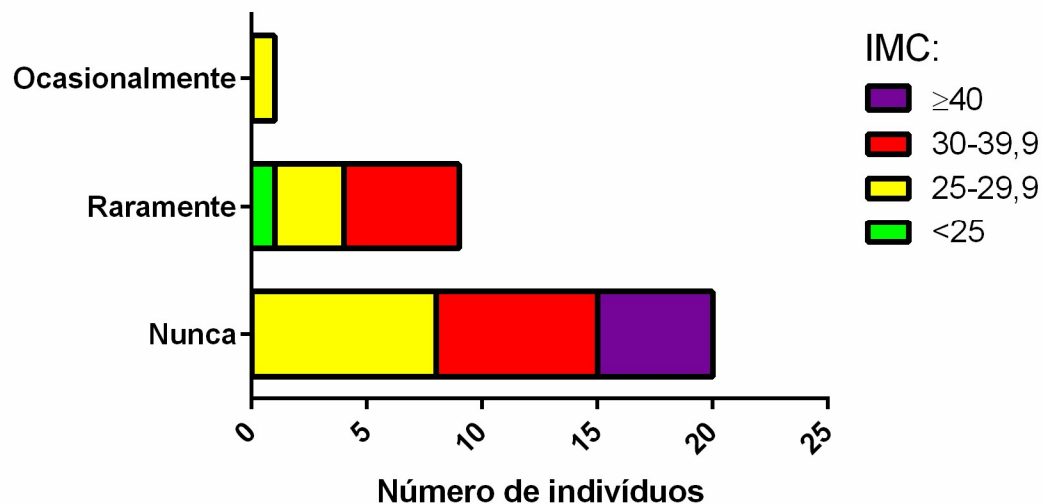


Figura 9. Distribuição da frequência semanal do consumo de álcool com a classificação do IMC dos pacientes diabéticos. Não foram observadas diferenças significativas para essas variáveis (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,2007$).



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



No questionário “Questionário sobre Autocuidado relacionadas às doenças diabetes mellitus tipo 2 e periodontite a ser aplicado aos pacientes do NACE -PerioMed (ANEXO II) foi utilizado declarações para analisar as atividades de autocuidado relacionadas às doenças diabetes e periodontite.

Com relação as questões referentes ao gerenciamento da glicose, 51,61% disseram que verificam a glicemia diariamente, 16,13% responderam que verificam quase todos os dias, 19,35% relataram que verificam poucas vezes e 12,90% reportaram que não verificam a glicemia (Tabela 3).

Quanto ao consumo dos medicamentos para o DM prescritos pelo médico, 90,32% confirmaram que tomam todos medicamentos corretamente. Enquanto que 3,23% tomam quase sempre, 3,23% tomam às vezes e 3,23% não tomam (Tabela 2).

Quando os pacientes foram questionados sobre o esquecimento do uso das medicações para o DM, 67,74% alegaram que não se esquecem nunca e 6,45% responderam que se esquecem sempre. Sobre o registro dos níveis de glicose, 41,94% dos pacientes informaram que registram todos os dias, 22,58% registram quase sempre, 22,58% somente às vezes e 12,90% não registram (Tabela 3).

Tabela 3. Características dos pacientes diabéticos quanto ao gerenciamento da glicose.

| Autoavaliação do gerenciamento da glicose [n (%)] | Pacientes (n= 31) |
|--|-------------------|
| Verifico minha glicemia diariamente | |
| Aplica-se muito a mim | 16 (51,61) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 5 (16,13) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 6 (19,35) |
| Não se aplica a mim | 4 (12,90) |
| Eu tomo minha medicação para diabetes conforme prescrito pelo médico todos os dias | |
| Aplica-se muito a mim | 28 (90,32) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 1 (3,23) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 1 (3,23) |
| Não se aplica a mim | 1 (3,23) |
| Registro meus níveis de açúcar no sangue regularmente | |
| Aplica-se muito a mim | 13 (41,94) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 7 (22,58) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 7 (22,58) |



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



| | |
|--|------------|
| Não se aplica a mim | 4 (12,90) |
| Não verifico meus níveis de açúcar no sangue com frequência suficiente | |
| Aplica-se muito a mim | 8 (25,81) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 5 (16,13) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 5 (16,13) |
| Não se aplica a mim | 13 (41,94) |
| Costumo esquecer de tomar ou pular minha medicação para diabetes | |
| Aplica-se muito a mim | 2 (6,45) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 7 (22,58) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 1 (3,23) |
| Não se aplica a mim | 21 (67,74) |

Quanto ao controle dietético dos pacientes, quando questionados sobre o seguimento rigoroso das recomendações alimentares fornecidas pelo médico ou nutricionista, as respostas obtidas foram: 29,03% seguem a risca as recomendações, 32,26% seguem em um grau consideravelmente bom, 29,03% seguem às vezes e 9,68% não seguem as recomendações (Tabela 3).

Sobre a escolha de uma alimentação que facilite o controle glicêmico, 38,71% dos pacientes afirmaram que escolhem alimentos que não geram elevação nos níveis de glicemia e 12,90% não se importam com a quantidade de açúcares presentes na dieta. Ademais, 22,58% dos entrevistados disseram que às vezes sofrem “compulsões alimentares” (Tabela 3).

Em relação ao consumo de doces ou outros alimentos ricos em carboidratos, 12,90% informaram consumir bastante, 29,03% disseram que consomem em um grau considerável, 41,94% relataram consumir pequenas quantidades e apenas 16,13% disseram que não consomem esses tipos de alimentos (Tabela 3).

Tabela 3. Características dos pacientes diabéticos quanto ao controle dietético.

| Autoavaliação do controle dietético [n (%)] | Pacientes (n= 31) |
|--|-------------------|
| A comida que escolhi facilita o controle da glicemia | |
| Aplica-se muito a mim | 12 (38,71) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 12 (38,71) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 3 (9,68) |
| Não se aplica a mim | 4 (12,90) |
| Como muito doce ou outros alimentos ricos em carboidrato | |



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



| | |
|--|------------|
| Aplica-se muito a mim | 4 (12,90) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 9 (29,03) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 13 (41,94) |
| Não se aplica a mim | 5 (16,13) |
| Eu sigo rigorosamente as recomendações alimentares fornecidas pelo meu médico ou nutricionista | |
| Aplica-se muito a mim | 9 (29,03) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 10 (32,26) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 9 (29,03) |
| Não se aplica a mim | 3 (9,68) |
| Às vezes, tenho verdadeiras "compulsões alimentares" | |
| Aplica-se muito a mim | 7 (22,58) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 6 (19,35) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 3 (9,68) |
| Não se aplica a mim | 15 (48,39) |

Também foram abordadas as características dos pacientes diabéticos quanto à prática de atividades físicas. Para esse grupo de questões, somente 19,35% disseram que praticam atividades físicas regularmente para alcançar os níveis ideais de açúcar no sangue e a maioria dos pacientes, especificamente 51,61%, disseram que não praticam nenhum tipo de atividade física (Tabela 4).

Ainda nesse contexto, 32,26% dos pacientes disseram que evitam praticar atividade física mesmo sabendo que ela pode melhorar o controle do DM. Além disso, 29,03% dos pacientes não fazem atividade física mesmo quando ela já estava planejada (Tabela 4).

Tabela 4. Características dos pacientes diabéticos quanto a prática de atividades físicas.

| Autoavaliação da prática de atividades físicas [n (%)] | Pacientes (n= 31) |
|--|-------------------|
| Pratico atividades físicas regularmente para alcançar os níveis ideais de açúcar no sangue | |
| Aplica-se muito a mim | 6 (19,35) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 4 (12,90) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 5 (16,13) |
| Não se aplica a mim | 16 (51,61) |
| Evito atividades físicas embora isso melhore o meu diabetes | |
| Aplica-se muito a mim | 10 (32,26) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 11 (35,48) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 4 (12,90) |



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



| | |
|---|------------|
| Não se aplica a mim | 6 (19,35) |
| Costumo não realizar a atividade física planejada | |
| Aplica-se muito a mim | 9 (29,03) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 4 (12,90) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 13 (41,94) |
| Não se aplica a mim | 5 (16,13) |

Em relação ao uso dos serviços de saúde, observou-se que 74,19% dos pacientes estavam em dia com todas as consultas, enquanto que 9,68% não estavam com as consultas em dia. Quando abordados sobre o costume de evitar consultas médicas, 3,23% disseram que evitam as consultas sempre, 16,13% evitam quase sempre, 9,68% evitam às vezes e 70,97% não evitam. Quanto a necessidade de consultar com mais frequência o médico, 25,81% acreditam que deveriam consultar o médico com maior frequência (Tabela 5).

Tabela 5. Características dos pacientes diabéticos quanto ao uso dos serviços de saúde.

| Autoavaliação do uso de serviços de saúde [n (%)] | Pacientes (n= 31) |
|--|-------------------|
| Eu estou em dia com todas as consultas médicas necessárias para o meu tratamento de diabetes | |
| Aplica-se muito a mim | 23 (74,19) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 3 (9,68) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 2 (6,45) |
| Não se aplica a mim | 3 (9,68) |
| Costumo evitar consultas médicas relacionadas ao diabetes | |
| Aplica-se muito a mim | 1 (3,23) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 5 (16,13) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 3 (9,68) |
| Não se aplica a mim | 22 (70,97) |
| Em relação aos meus cuidados com o diabetes, devo consultar meu médico com mais frequência | |
| Aplica-se muito a mim | 8 (25,81) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 6 (19,35) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 7 (22,58) |
| Não se aplica a mim | 10 (32,26) |

No conjunto de perguntas sobre autoavaliação da higienização oral, 54,84% dos pacientes disseram que realizam a higiene oral conforme recomendado pelo dentista. E quando

questionados sobre o uso de dispositivos para limpeza interdental, 32,26% responderam que não usam e somente 29,03% responderam que usam diariamente (Tabela 6).

Tabela 6. Características dos pacientes diabéticos quanto a higiene oral.

| Autoavaliação da higiene oral [n (%)] | Pacientes (n= 31) |
|---|-------------------|
| Eu realizo a higienização dos meus dentes com a escova conforme recomendado pelo dentista | |
| Aplica-se muito a mim | 17 (54,84) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 10 (32,26) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 4 (12,90) |
| Não se aplica a mim | 0 (0) |
| Eu não uso dispositivos de limpeza interdental com frequência suficiente | |
| Aplica-se muito a mim | 10 (32,26) |
| Aplica-se a mim em um grau considerável | 9 (29,03) |
| Aplica-se a mim em um pequeno grau | 3 (9,68) |
| Não se aplica a mim | 9 (29,03) |

Quando os pacientes foram questionados sobre sua autoavaliação geral do autocuidado com o DM, 12,90% (4 pacientes) disseram que seu autocuidado com o DM é ruim, 19,35% (6 pacientes) disseram que seu autocuidado é ruim em um grau considerável, 16,13% (5 pacientes) disseram que seu autocuidado é ruim em um pequeno grau e a maioria 51,61% (16 pacientes) disseram que seu autocuidado com o DM não é ruim (Figura 10).

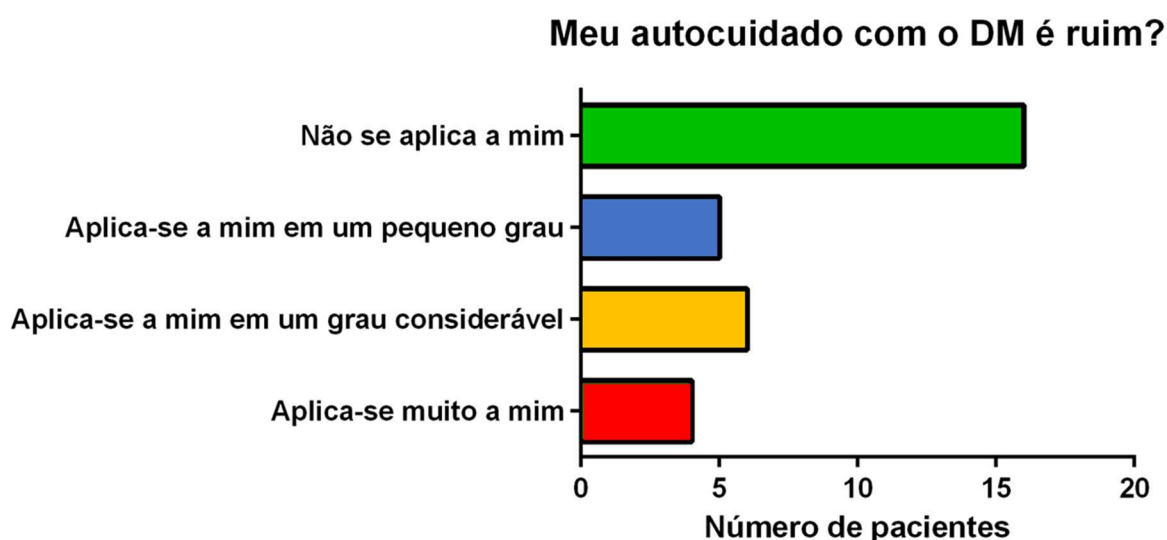


Figura 10. Classificação geral de autocuidado com o Diabetes Mellitus, conforme a autopercepção dos pacientes.

Quando os pacientes foram questionados sobre a influência da periodontite no controle glicêmico, verificou-se que 58,10% dos participantes consideram que a periodontite não interfere na glicemia, ao passo que 41,90% consideram que a periodontite pode interferir na glicemia (Figura 11).

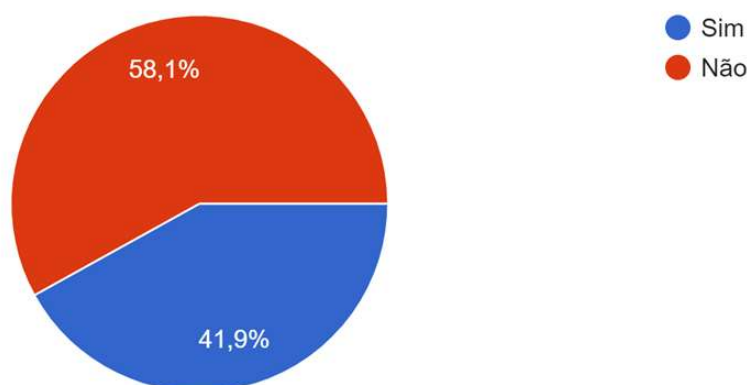


Figura 11. Percentual de pacientes diabéticos que acreditam ou não na influência da periodontite sobre o controle glicêmico.

Sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica, 96,80% dos pacientes diabéticos acreditam que a saúde bucal interfere na saúde sistêmica e 3,20% não acreditam nessa interferência (Figura 12).

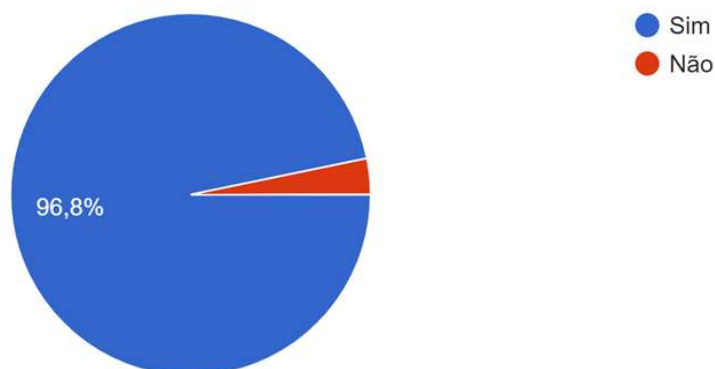


Figura 12. Percentual de pacientes diabéticos que acreditam ou não na influência da saúde bucal sobre a saúde sistêmica.

Ao analisar a frequência diária de higienização bucal dos pacientes, 90,30% disseram que realizam a higienização bucal de 2 a 3 vezes por dia, sendo que 51,60% higienizam 3 vezes ou mais por dia (Figura 13).

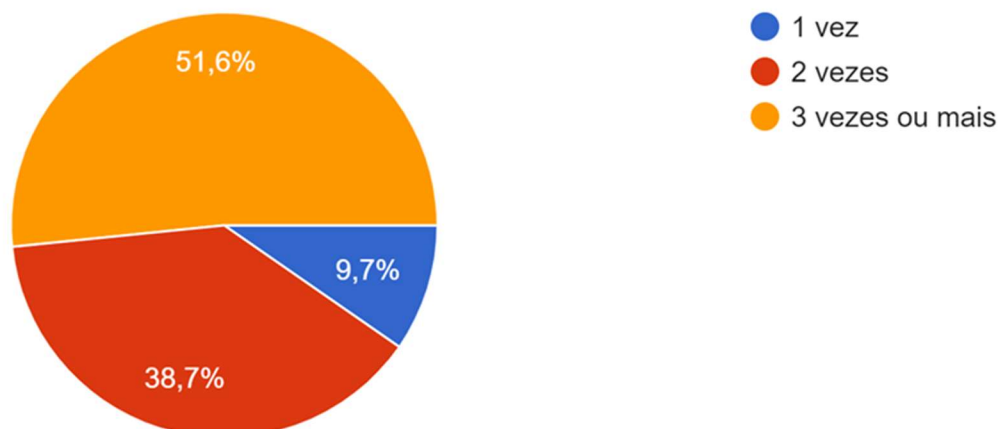


Figura 13. Frequência diária de higienização bucal dos pacientes diabéticos envolvidos no estudo.

Além disso, 77,4 % dos pacientes relataram fazer uso de dispositivos de limpeza interdental (fio dental ou escova interdental) (Figura 14), fato que reforça que a maioria dos pacientes realmente se preocupa com a saúde bucal.

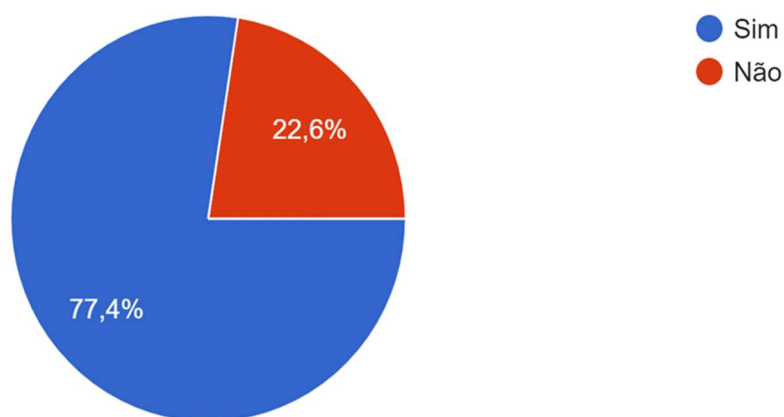


Figura 14. Porcentagem de pacientes diabéticos em relação à utilização de dispositivos de limpeza interdental (fio dental ou escova interdental).

De acordo com a pontuação da escala final para avaliação dos pacientes diabéticos, considerando que a pontuação da escala varia de 0 a 10, foi possível observar que a subescala “atividade física” apresentou a pior pontuação com média de $4,05 \pm 2,98$. A segunda pior pontuação foi na subescala “controle dietético” com pontuação média de $6,08 \pm 2,28$ (Tabela 7). Isso mostra que os pacientes precisam receber orientações e incentivo para melhorar a dieta, bem como desenvolver e manter hábitos saudáveis, como a prática regular de atividades físicas.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



Entretanto, os pacientes parecem fazer bom uso dos serviços de saúde, visto que essa subescala apresentou a maior pontuação com média de $7,31 \pm 2,45$, seguida da subescala “gerenciamento da glicose”. Esses dados revelam que os pacientes estão conscientes da gravidade da doença que possuem e dos cuidados médicos que ela requer.

Tabela 7. Pontuação da escala final para avaliação do perfil dos pacientes.

| Subescalas | Pacientes ($n = 31$) |
|---|------------------------|
| Atividade física | $4,05 \pm 2,98$ |
| Controle dietético | $6,08 \pm 2,28$ |
| Higiene oral | $6,29 \pm 2,42$ |
| Classificação geral de autocuidado com o DM | $6,88 \pm 3,75$ |
| Gerenciamento da glicose | $7,25 \pm 2,50$ |
| Uso de serviços de saúde | $7,31 \pm 2,45$ |

Legenda: DM – Diabetes Mellitus.



7. DISCUSSÃO

Muitos fatores contribuem para o surgimento e desenvolvimento de complicações da DM, como genética, dieta, estilo de vida, idade e obesidade (BERGMAN et al., 2013). Nesse estudo pudemos observar que 74,19% dos pacientes entrevistados apresentam alguma outra comorbidade além da DM, sendo a hipertensão a doença mais prevalente com 41,94%. Dado preocupante visto que dentre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo, se encontram a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, principalmente quando associadas (FRANCISCO et al., 2018). Além disso, estudos mostram que a prevalência de hipertensão é aproximadamente o dobro entre os diabéticos em comparação com os não diabéticos, e o risco de doença cardiovascular é cerca de quatro vezes maior em pacientes com ambas as doenças (KANNEL, et al. 2000).

A prevalência simultânea de hipertensão arterial e diabetes mellitus nos idosos representa um importante problema de Saúde Pública no Brasil (FRANCISCO et al., 2018). Além do tratamento farmacológico, a prática de atividade física e a adoção de dietas cardioprotetoras podem diminuir o risco de eventos cardiovasculares mais graves ou mesmo fatais neste subgrupo populacional (KANNEL, et al. 2000).

No entanto em nosso estudo quando os pacientes foram abordados as características quanto à prática de atividades físicas somente 19,35% disseram que praticam atividades físicas regularmente para alcançar os níveis ideais de açúcar no sangue e a maioria dos pacientes, mais da metade, disseram que não praticam nenhum tipo de atividade física. Ainda nesse contexto, a maioria dos pacientes disseram que evitam praticar atividade física mesmo sabendo que ela pode melhorar o controle do DM. Este dado nos chama atenção pois atualmente, a prática de exercícios físicos tem sido sugerida como uma possibilidade de tratamento não medicamentoso para os indivíduos com DM (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Já está bem estabelecido na literatura que a prática regular de atividade física pode promover resultados positivos no tratamento de DM, tais como: melhora na sensibilidade à insulina, diminuição dos níveis de glicose no sangue para faixa de normalidade, redução das doses de insulina e atenuação das disfunções autonômicas e cardiovasculares (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2010; MOURA et al., 2011). Por outro lado, a ausência de atividade física pode afetar adversamente o controle glicêmico de pacientes diabéticos (KIRKPATRICK et al., 2020).

Sabe-se que a PE é uma doença inflamatória disbiótica com um impacto adverso na



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto**



saúde sistêmica (HAJISHENGALLIS et al., 2015), podendo afetar adversamente o controle glicêmico em pacientes com DM (SEYMOUR et al. 2007; DIETRICH et al. 2008). Alguns estudos demonstraram que o tratamento periodontal promove reduções na hemoglobina glicada (HbA1C) de 0,27-0,56% (JANKET et al. 2005, SANZ et al. 2018, BAEZA et al. 2020). Contudo, outros estudos não encontraram efeitos benéficos do tratamento periodontal no controle glicêmico (ENGEBRETSON et al. 2013, VERGNES et al. 2018). É importante considerar também que há grande variabilidade, entre os pacientes diabéticos, na resposta à terapia periodontal. Sendo que, um dos fatores que pode contribuir para os resultados do tratamento periodontal, tanto em nível de cavidade bucal, como em nível sistêmico, pode estar relacionado ao autocuidado dos pacientes, como por exemplo a dieta, a atividade física, a adesão aos medicamentos prescritos e a presença de outras co-morbidades. Assim, uma das estratégias mais utilizadas para conhecer o perfil dos pacientes atendidos é o autorrelato, a partir de perguntas específicas dirigidas em entrevistas ou questionários (LU et al. 2016).

Como já mencionado, conhecer o perfil dos pacientes é importante pois o sucesso do tratamento do DM depende 95% dos cuidados diários que são realizados pelo próprio paciente (LIN et al. 2008). Neste estudo, quando os pacientes foram questionados sobre sua autoavaliação geral do autocuidado com o DM 51,61% (16 pacientes) disseram que seu autocuidado com o DM não é ruim. Importante visto que o diabetes descontrolado aumenta o risco e a gravidade das doenças periodontais.

No conjunto de perguntas sobre autoavaliação da higienização oral, 54,84% dos pacientes disseram que realizam a higiene oral conforme recomendado pelo dentista e em relação aos cuidados de higiene oral, 96,80% dos pacientes diabéticos entrevistados disseram que consideram a saúde bucal importante para manter a saúde sistêmica e realizam a higienização bucal de 2 a 3 vezes por dia. Além disso, 77,4 % dos pacientes relataram fazer uso de dispositivos de limpeza interdental (fio dental ou escova interdental), fato que reforça que a maioria dos pacientes realmente se preocupam com a saúde bucal.

No entanto, 58,1% dos pacientes acreditam que a periodontite não interfere no controle glicêmico. Esse resultado evidencia a necessidade de conscientização dos pacientes diabéticos sobre a inter-relação entre o DM e DP, pois a diabetes pode favorecer a instalação, a gravidade e a progressão da doença periodontal e da infecção periodontal, condicionada por células fagocitárias, como macrófagos (BRANDÃO; SILVA; PENTEADO, et al. 2011). A doença periodontal pode ainda induzir a um estado crônico de resistência à insulina, contribuindo para



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



hiperglicemia. Segundo Kannel, a relação bidirecional entre diabetes e doença periodontal torna necessário o tratamento periodontal do paciente com diabetes e é importante conscientizar a classe odontológica e médica sobre tal associação, a fim de determinar um plano de tratamento adequado para cada caso.(KANNEL et al., 2000)

Em relação ao consumo de álcool, 74,19% dos pacientes relataram nunca ingerir, o que é um resultado benéfico tendo em vista que o consumo de álcool pode afetar o controle glicêmico dos pacientes diabéticos.(DE CARVALHO TORRES et al., 2011) Quanto ao consumo de frutas, 64,52% dos indivíduos responderam que consomem frutas frequentemente e apenas 3% ingerem frequentemente bebidas sintéticas, outro resultado que pode ser considerado importante para a manutenção adequada dos níveis glicêmicos.(“2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020,” 2020)

Em relação ao uso dos serviços de saúde, observou-se que a grande maioria dos pacientes estavam em dia com todas as consultas e não evitam comparecer. Dado importante, pois, pacientes diabéticos com a doença mal controlada podem apresentar complicações como a amputação dos membros inferiores, cegueira e insuficiência renal(GROSS et al., 2002). Além disso, quem tem diabetes está mais propenso a desenvolver problemas cardiovasculares, como infarto e AVC.(GROSS et al., 2002)

Grande parte dos dados revelam que os pacientes estão conscientes da gravidade da doença que possuem e dos cuidados médicos que ela requer. No entanto, a falta de conhecimento da relação entre a doença periodontal e a DM pode levar à manutenção de um foco infeccioso; este foco, é sabido, pode trazer severas implicações ao controle glicêmico e à qualidade de vida destes pacientes(KANNEL et al., 2000). Dessa forma, é importante que haja uma maior integração entre as equipes médica e odontológica responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes desse grupo, no intuito de orientá-los adequadamente sobre os cuidados necessários à manutenção da saúde periodontal e sistêmica.

Com os achados deste estudo torna-se evidente a necessidade de conscientizar não apenas os pacientes sobre a importância do desenvolvimento de hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física, alimentação balanceada e higienização bucal correta. Mas também os profissionais de saúde sobre a relação bidirecional do DM e da PE, a fim de proporcionar uma maior interação com os profissionais da equipe médica com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.



8. CONCLUSÃO

Os principais achados deste estudo referem-se à ausência de atividades físicas e hábitos alimentares inadequados, relatados pelos próprios pacientes e além disso a maior parte deles não acreditam que a periodontite interfere no controle glicêmico, no entanto, 96,80% dos pacientes diabéticos acreditam que a saúde bucal interfere na saúde sistêmica. Isso mostra que com a assistência e intervenção profissional adequada, juntamente com a conscientização da importância do desenvolvimento de hábitos saudáveis, pode ser possível gerar uma melhora no quadro sistêmico em que esses pacientes se encontram.

Por meio dos dados obtidos neste estudo foi possível compreender o perfil dos pacientes diabéticos atendidos no NACE - PerioMed da FORP/USP, essas informações poderão guiar futuras intervenções clínicas que serão realizadas nos pacientes do PerioMed e nos demais pacientes diabéticos que serão atendidos na FORP/USP. A partir desses dados, as intervenções clínicas poderão ser direcionadas de modo a conscientizar os pacientes sobre a importância do desenvolvimento de hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física, alimentação balanceada e higienização bucal correta, a fim manter o controle glicêmico e reduzir as complicações desencadeadas pelo diabetes mellitus, como a periodontite.



9. REFERÊNCIAS

2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. **Diabetes care**, v. 43, n. Suppl 1, p. S14–S31, 1 jan. 2020.

BAEZA, M. et al. Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: systematic review and meta-analysis. **Journal of applied oral science : revista FOB**, v. 28, 2020.

BERGMAN, M. Pathophysiology of prediabetes and treatment implications for the prevention of type 2 diabetes mellitus. **Endocrine**, v. 43, n. 3, p. 504–513, 2013.

BRANDÃO, D. F. L. M. O.; SILVA, A. P. G.; PENTEADO, L. A. M. Relação bidirecional entre a doença periodontal e a diabetes mellitus. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 2, p. 117–120, 2011.

DE CARVALHO TORRES, H. et al. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 514–519, 2011.

DIETRICH, T. et al. Age-dependent associations between chronic periodontitis/edentulism and risk of coronary heart disease. **Circulation**, v. 117, n. 13, p. 1668–1674, abr. 2008.

ENGEBRETSON, S. P. et al. The effect of nonsurgical periodontal therapy on hemoglobin A1c levels in persons with type 2 diabetes and chronic periodontitis: a randomized clinical trial. **JAMA**, v. 310, n. 23, p. 2523–2532, 18 dez. 2013.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3829–3840, 1 nov. 2018.

GROSS, J. L. et al. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, n. 1, p. 16–26, fev. 2002.

HAJISHENGALLIS, G. Periodontitis: from microbial immune subversion to systemic inflammation. **Nature reviews. Immunology**, v. 15, n. 1, p. 30–44, 1 jan. 2015.

JANKET, S. J. et al. Does periodontal treatment improve glycemic control in diabetic patients? A meta-analysis of intervention studies. **Journal of dental research**, v. 84, n. 12, p. 1154–1159, dez. 2005.

KANNEL, W. B. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. **American journal of hypertension**, v. 13, n. 1 Pt 2, jan. 2000.

LIN, C. C. et al. Development and testing of the Diabetes Self-management Instrument: a confirmatory analysis. **Research in nursing & health**, v. 31, n. 4, p. 370–380, ago. 2008.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



LU, Y. et al. Measuring Self-Care in Persons With Type 2 Diabetes: A Systematic Review. **Evaluation & the health professions**, v. 39, n. 2, p. 131–184, 1 jun. 2016.
Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.

PAPAPANOU, P. N. et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **Journal of clinical periodontology**, v. 45 Suppl 20, p. S162–S170, 1 jun. 2018a.

PAPAPANOU, P. N. et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **Journal of periodontology**, v. 89 Suppl 1, p. S173–S182, 1 jun. 2018b.

ROGLIC, G. et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. **Diabetes care**, v. 28, n. 9, p. 2130–2135, set. 2005.

SANZ, M. et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. **Journal of clinical periodontology**, v. 45, n. 2, p. 138–149, 1 fev. 2018.

SCHMITT, A. et al. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. **Health and quality of life outcomes**, v. 11, n. 1, 13 ago. 2013.

STRATTON, I. M. et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 321, n. 7258, p. 405–412, 12 ago. 2000.

TAIYEB-ALI, T. B.; RAMAN, R. P. C.; VAITHILINGAM, R. D. Relationship between periodontal disease and diabetes mellitus: an Asian perspective. **Periodontology 2000**, v. 56, n. 1, p. 258–268, jun. 2011.

VERGNES, J. N. et al. The effects of periodontal treatment on diabetic patients: The DIAPERIO randomized controlled trial. **Journal of clinical periodontology**, v. 45, n. 10, p. 1150–1163, 1 out. 2018.

WANG, H. et al. Nutritional and eating education improves knowledge and practice of patients with type 2 diabetes concerning dietary intake and blood glucose control in an outlying city of China. **Public health nutrition**, v. 17, n. 10, p. 2351–2358, 30 ago. 2014.

XU, Y. et al. Adaptation and testing of instruments to measure diabetes self-management in people with type 2 diabetes in mainland China. **Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society**, v. 19, n. 3, p. 234–242, 2008.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



10. ANEXO I - Questionário Socioeconômico e de Estilo de vida

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO (FORP-USP)

Nome: _____ Data de nascimento: _____

_____ Estado civil: _____

_____ Profissão: _____

Sua cor ou raça é: () 1 - Branca () 2 - Preta () 3 - Parda () 4 - Amarela () 5 – Indígena.

Sua renda familiar é: () 1. Menor que 1 salário mínimo () 2. 1 salário mínimo () 3. 1 a 2 salários mínimos () 4. 2 salários mínimos () 5. 2 a 3 salários mínimos () 6. 3 ou mais salários mínimos

Nível de escolaridade: Qual é o curso mais elevado que cursou, no qual concluiu pelo menos uma série? _____

1. Você considera a sua saúde bucal importante para manter a sua saúde geral? () Sim () Não

2. Você realiza a higienização dos seus dentes quantas vezes ao dia? () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais

3. Você usa dispositivos de limpeza interdental (fio dental, escova interdental)? () Sim () Não

4. O(A) sr(a) sabe seu peso? (mesmo que seja valor aproximado) () Sim, qual? _____ () Não sabe

5. Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez? _____

6. O(A) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (somente para pessoas com 30 anos ou mais) () Sim, qual? _____ () Não sabe

7. O(A) sr(a) sabe sua altura? (mesmo que seja valor aproximado) () Sim, qual? ____ () Não sabe

8. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana

9. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana

10. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come este tipo de salada? () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais

11. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame) ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



12. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido? () 1 vez () 2 vezes () 3 ou mais
13. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana
14. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha, o sr(a) costuma: () Tirar o excesso de gordura visível () Comer com a gordura
15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana
16. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha, o(a) sr(a) costuma: () Tirar a pele () Comer com a pele
17. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana
18. Em geral, quantas copos por dia o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural? () 1 copo () 2 copos () 3 ou mais copos
19. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana
20. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come frutas? () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais
21. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana
22. Que tipo de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar? () Diet/Light/Zero () Normal
23. Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar por dia? ____
24. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não leite de soja) ____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana
25. Quando o(a) sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? () Integral () Desnatado
26. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alimentos doces? () Nunca () Uma vez ou mais por mês
27. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? () Nunca ()



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



Uma vez ou mais por mês

28. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana

29. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) _____ doses por dia

Para homens:

30. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? () Sim () Não

Para mulheres:

31. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? () Sim () Não

Para todos:

32. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia) () Sim () Não

33. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? _____

34. Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência?

35. Em geral, no dia que o(a) sr(a) faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? _____ horas _____ minutos

36. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou? () Sim () Não

37. No desempenho das suas atividades de trabalho, em quantos dias da semana o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso? ____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana

38. Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão fora do trabalho? _____ horas por dia

39. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma usar o computador fora do trabalho? _____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias) () Nunca ou menos do que uma vez por semana _____



11- ANEXO II - Questionário sobre Autocuidado relacionadas às doenças diabetes mellitus tipo 2 e periodontite a ser aplicado aos pacientes do NACE -PerioMed

Nome:

Idade:

Data:

As declarações a seguir descrevem atividades de autocuidado relacionadas às doenças diabetes mellitus tipo 2 e periodontite. Pensando em seu autocuidado nos últimos dias, especifique até que ponto cada declaração se aplica a você.

| | Aplica-se muito a mim | Aplica-se a mim em um grau considerável | Aplica-se a mim em um pequeno grau | Não se aplica a mim |
|--|-----------------------|---|------------------------------------|---------------------|
| 1. Verifico minha glicemia diariamente | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. A comida que escolhi facilita o controle da glicemia | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Eu estou em dia com todas as consultas médicas necessárias para o meu tratamento de diabetes | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Eu tomo minha medicação para diabetes (por exemplo, insulina, comprimidos) conforme prescrito pelo médico todos os dias | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Quais são os remédios que faço uso (nome e dosagem): | | | | |
| 6. Como muito doce ou outros alimentos ricos em carboidrato | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Registro meus níveis de açúcar no sangue regularmente (ou analiso a tabela de valores com meu medidor de glicose) | 3 | 2 | 1 | 0 |



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 8. Costumo evitar consultas médicas relacionadas ao diabetes | 3 | 2 | 1 | 0 |
|--|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9. Pratico atividades físicas regularmente para alcançar os níveis ideais de açúcar no sangue | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10. Eu sigo rigorosamente as recomendações alimentares fornecidas pelo meu médico ou especialista em diabetes | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 11. Não verifico meus níveis de açúcar no sangue com frequência suficiente | 3 | 2 | 1 | 0 |
|--|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12. Costumo esquecer de tomar ou pular minha medicação para diabetes (por exemplo, insulina, comprimidos) | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13. Evito atividades físicas embora isso melhore o meu diabetes | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14. Às vezes, tenho verdadeiras "compulsões alimentares" (não desencadeadas por hipoglicemia) | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 15. Em relação aos meus cuidados com o diabetes, devo consultar meu médico com mais frequência | 3 | 2 | 1 | 0 |
|--|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16. Costumo não realizar a atividade física planejada | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 17. Meu autocuidado com diabetes é ruim | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 18. Há quanto tempo foi diagnosticado com diabetes? Qual o tipo de diabetes? | | | | |
|---|--|--|--|--|

| | | |
|--|-----|-----|
| 19. Você possui alguma outra doença sistêmica? Qual (is)? | Sim | Não |
|--|-----|-----|

| | | |
|---|-----|-----|
| 20. Já teve alguma complicação da diabetes? Qual (is)? | Sim | Não |
|---|-----|-----|

| | | |
|---|--|--|
| 21. Há quanto tempo foi diagnosticado com periodontite? | | |
|---|--|--|

| | | |
|---|-----|-----|
| 22. Você acha que a periodontite interfere no controle do açúcar no sangue? | Sim | Não |
|---|-----|-----|

| | | |
|--|-----|-----|
| 23. Você considera a sua saúde bucal importante para manter a sua saúde geral? | Sim | Não |
|--|-----|-----|



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 24. Eu realizo a higienização dos meus dentes com a escova conforme recomendado pelo dentista | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 25. Eu não uso dispositivos de limpeza interdental (fio dental, escova interdental) com frequência suficiente | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|---|



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



12. Anexo III – Parecer do comitê de ética em Pesquisa



USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP - FORP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil dos Pacientes Diabéticos Atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão Universitária - PerioMed da FORP/USP

Pesquisador: Flávia Aparecida Chaves Furlaneto Messoria

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43162821.3.0000.5419

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.593.343

Apresentação do Projeto:

Trata-se de proposta de pesquisa coordenada pela Profa. Flávia Aparecida Chaves Furlaneto Messoria, a ser desenvolvida com pacientes atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão Universitária – PerioMed da FORP/USP

Objetivo da Pesquisa:

Realizar uma avaliação do perfil dos pacientes diabéticos atendidos no Núcleo de Apoio à Cultura e Extensão Universitária (NACE) PerioMed da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP), por meio da aplicação de questionários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a resolução nº466/2012 todas as pesquisas em seres humanos podem apresentar riscos, como possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. No caso do presente projeto de pesquisa, por envolver somente respostas aos questionários, os pesquisadores informam que os riscos decorrentes deste projeto serão mínimos e envolverão possível desconforto pelo tempo gasto nas respostas as perguntas do questionário, e autoavaliação quanto aos seus cuidados com a saúde bucal e sistêmica, sendo que essa reflexão poderá gerar sentimentos desconfortáveis. Caso os sentimentos gerados sejam prejudiciais, o participante poderá imediatamente

Endereço: Avenida do Café s/nº - Bloco K, sala k-10

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-904

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-0493

Fax: (16)3315-4102

E-mail: cep@forp.usp.br



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP - FORP/USP



Continuação do Parecer: 4.593.343

avisar ao pesquisador sobre sua situação e, se for o caso, solicitar seu desligamento do projeto de pesquisa. Além disso, os pesquisadores informam que se responsabilizarão pela guarda e confiabilidade de todos os dados fornecidos.

Benefícios:

Nenhum benefício direto ou imediato será gerado aos participantes. No entanto, a participação neste projeto gerará benefícios a médio prazo, tais como: 1) Determinação do perfil dos pacientes diabéticos atendidos no NACE – PerioMed; 2) Guiar os profissionais no estabelecimento de protocolos para atendimento periodontal dos pacientes com DM2; 3) Desenvolvimento de ações comunitárias para conscientização dos pacientes quanto à importância do controle de doenças crônicas inflamatórias; 4) Realização de ações educativas com os pacientes para melhora do autocuidado, o que beneficiará o controle tanto da Periodontite como do Diabetes Mellitus.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está detalhado e fundamentado com base na literatura científica, e de acordo com os documentos apresentados e instrumento de análise, segue os princípios éticos de estudo em seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram folha de rosto, TCLE e autorizações de infraestrutura, e todos os documentos estão adequados.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado conforme deliberado na 245ª Reunião Ordinária do CEP/FORP de 08/03/2021.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|--------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1692503.pdf | 02/02/2021 16:32:44 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura | FINAL_PUB_Extensao.pdf | 02/02/2021 16:11:08 | Flávia Aparecida Chaves Furlaneto | Aceito |

Endereço: Avenida do Café s/nº - Bloco K, sala k-10

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-904

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-0493

Fax: (16)3315-4102

E-mail: cep@forp.usp.br



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP - FORP/USP



Continuação do Parecer: 4.593.343

| | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------|---|--------|
| Investigador | FINAL_PUB_Extensao.pdf | 02/02/2021 16:11:08 | Messora | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_PUB_extensao.pdf | 02/02/2021 16:10:47 | Flávia Aparecida Chaves Furlaneto Messora | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_Final.pdf | 01/02/2021 16:05:52 | Flávia Aparecida Chaves Furlaneto Messora | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Aut_Infra_Clinica_Final.pdf | 01/02/2021 12:00:33 | Flávia Aparecida Chaves Furlaneto Messora | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Decl_Infra_Departamento_Final.pdf | 27/01/2021 10:14:11 | Flávia Aparecida Chaves Furlaneto Messora | Aceito |
| Outros | dec_part_pesq_final.pdf | 27/01/2021 10:12:41 | Flávia Aparecida Chaves Furlaneto Messora | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 16 de Março de 2021

Assinado por:
Simone Cecilio Hallak Regalo
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida do Café s/nº - Bloco K 2 sala k-10

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-904

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0493

Fax: (16)3315-4102

E-mail: cep@forp.usp.br



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Comissão de Graduação

Folha de Informação

Em consonância com a Resolução CoCEX-CoG nº 7.497/2018, informamos que a Comissão de Graduação da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP) em sua 509ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de maio de 2022, **aprovou**, fundamentando-se na sugestão da Subcomissão para Avaliação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) da Unidade, **a inclusão deste trabalho na Biblioteca Digital de Trabalhos Acadêmicos da USP (BDTA).**

Cumpre-nos destacar que a disponibilização deste trabalho na BDTA foi autorizada pelos autores (estudante e docente orientador) no formulário de indicação de orientador (conforme anexo).

Ribeirão Preto, 22 de junho de 2022.

Prof. Dr. Michel Reis Messori
Presidente da Comissão de Graduação
FORP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Cristina Borsato

Presidente da Subcomissão para Avaliação dos TCCs da FORP

FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DE ORIENTADOR(A)

| <u>DADOS PESSOAIS</u> | |
|--|---|
| Nome: Fernanda Teixeira Garcia | |
| Nº USP: 9790325 | Período: 9º período |
| Telefone de contato: (19) 99493-2206 | E-mail USP: fernanda.teixeira.garcia@usp.br |
| <u>INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO</u> | |
| Nome do Orientador(a): Flávia Aparecida Chaves Furlaneto | |
| Departamento: DCTBMFP | |
| Área de conhecimento: Periodontia | |
| Subárea: Diabétes e Doença Periodontal | |
| <u>MODALIDADE</u> | |
| Modalidade: | |
| Pesquisa Científica, Tecnológica e Educacional | |
| <u>ACEITE DO(A) ORIENTADOR(A)</u> | |

Eu, Prof(a). Dr(a). Flávia Aparecida Chaves Furlaneto, aceito ser orientador(a) do(a) aluno(a) supracitado(a), comprometendo-me a orientar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso em todas as suas etapas.

Declaramos ter pleno conhecimento do Regulamento dos Trabalhos de Conclusão de Curso da FORP, estando, portanto, cientes de que este TCC poderá ser incluído na Biblioteca Digital de trabalhos Acadêmicos (BDTA) da USP.



Fernanda Teixeira Garcia



Flávia Aparecida Chaves Furlaneto

