

Recomendações da “International Diabetes Federation” (IDF) sobre Saúde Oral para as Pessoas com Diabetes*

C. Pina e Brito, R. Duarte

BASE CLÍNICA

A manutenção de uma higiene oral adequada para obtenção de uma boa saúde oral constitui uma componente aceite das recomendações habituais para um estilo de vida saudável. Uma higiene oral pobre está associada a gengivites, as quais podem progredir para inflamações e infeções mais graves resultando em peri-odontites. Sabe-se que as doenças infecciosas são mais comuns nas pessoas com diabetes quando o grau de controlo glicémico é inadequado; por outro lado, sabe-se também que a inflamação se associa a uma diminuição da sensibilidade à insulina ou seja, a uma pioria potencial do controlo glicémico.

Quer a diabetes tipo 1, quer a diabetes tipo 2, associam-se a uma pesada carga de doença cardiovascular (DCV), constituindo esta a principal complicação da diabetes tipo 2. Na diabetes ocorrem níveis aumentados de marcadores inflamatórios, que poderão contribuir ou não para a DCV; pensa-se que esses marcadores inflamatórios contribuirão para a DCV no contexto de outras patologias, como a artrite reumatóide, na qual o tratamento da inflamação parece reduzir o risco de DCV.

Essas observações levantam a questão das interações entre a diabetes e o processo inflamatório, nas peri-odontites; recentemente, foram publicados algumas declarações de consenso, nacionais e internacionais, sobre esta questão. A “International Diabetes Federation” (IDF) e a “World Dental Federation” (FDI) reuniram-se, sob a égide da “IDF Task Force on Clinical Guidelines”, para avaliarem se a base de evidência disponível nessa área permitia emitir recomendações formais sobre saúde oral nas pessoas com diabetes. A avaliação centrou-se na perspectiva dos cuidados a prestar às pessoas com diabetes.

Foram abordadas duas questões:

1. Que nível de vigilância da doença peri-odontal deverá ser recomendado nas pessoas com diabetes diagnosticada?
2. Será o tratamento activo das peri-odontites particularmente recomendável nas pessoas com diabetes?

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

O desafio que representa o aumento incessante do número de pessoas com diabetes a nível mundial é particularmente sentido pelos profissionais de saúde que prestam cuidados médicos e de enfermagem às pessoas com diabetes, mas também começa a ser cada vez mais sentido pelos profis-

sionais de saúde que lhes prestam cuidados de saúde oral, situação que exige uma melhor comunicação entre ambos esses grupos de profissionais de saúde. Após um acordo preliminar, alcançado na sede da FDI, em Génova, profissionais de saúde especialistas na prestação de cuidados às pessoas com diabetes, em representação da IDF, e profissionais de saúde oral, em representação da FDI, reuniram-se no Dubai, em 2007, e elaboraram uma declaração, que se encontra publicada no “site” da IDF ⁽¹⁾. Em 2008, foi efectuado um encontro, no “Dasman Center for Research and Treatment of Diabetes”, no Kuwait, para avaliar se existia ou não evidência suficiente para justificar a elaboração de recomendações sobre saúde oral para as pessoas com diabetes, tendo em mente que este tópico não tinha sido abordado na “Global Guideline for Type 2 Diabetes” da IDF (2005) ⁽²⁾. Os participantes nesse encontro (“Grupo das Recomendações”) incluíram profissionais de saúde especialistas na prestação de cuidados às pessoas com diabetes e profissionais de saúde oral e incluíram os Presidentes (anteriores e actuais) da “IDF Task Force on Clinical Guidelines”. O processo seguiu as recomendações da IDF relativas ao desenvolvimento de recomendações baseadas na evidência ⁽³⁾.

Algumas das questões relativas ao desenvolvimento de recomendações baseadas na evidência para uma audiência global e algumas das evidências actualmente disponíveis sobre a relação entre diabetes e saúde oral, em particular na área da doença peri-odontal, foram alvo de apresentações formais. Quaisquer recomendações dirigidas à comunidade da diabetes teriam de abranger conhecimentos específicos de saúde oral e, por isso, foram feitas apresentações simples desses conhecimentos por especialistas em saúde oral. Seja como for, as potenciais recomendações foram encaradas como um instrumento para ser utilizado pelos profissionais de saúde da área da diabetes. A questão principal a que se tentou dar resposta foi se, no contexto da agenda dos cuidados em diabetes, já de si sobrelotada, os problemas da saúde oral seriam dignos de atenção.

O encontro não abordou formalmente o complexo tópico do rastreio da diabetes no contexto dos cuidados de saúde oral ou do tratamento da diabetes durante procedimentos dentários extensos. Actualmente, não existe consenso na comunidade da diabetes sobre os métodos para a detecção oportunista da diabetes ainda não diagnosticada, os quais, de qualquer maneira, variarão consideravelmente de região para região de acordo com os recursos disponíveis e a prevalência subjacente de diabetes. O tratamento da diabetes durante procedimentos de intervenção depende da terapêuti-

* Tradução e adaptação: Carlos Pina e Brito (Médico. Membro do Grupo de Stress Psicossocial da Fundação Portuguesa de Cardiologia). Revisão científica: Rui Duarte (Médico Internista/Diabetologista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal). Versão integral, disponível em língua inglesa, em www.idf.org

ca hipoglicemiante já em curso e da gravidade do procedimento concreto. Já existem recomendações gerais para os doentes hospitalizados⁽²⁾, mas o tratamento da diabetes durante exames ou procedimentos é geralmente considerado como uma questão separada.

O Grupo das Recomendações incluiu um profissional com competências específicas a nível da revisão da literatura e da pesquisa de evidências, bem como a nível da saúde oral. Antes do encontro foi feita uma pesquisa da literatura sobre a interrelação entre peri-odontite e diabetes, relativamente a estudos clínicos relevantes. Devido à escassez de evidências directas nesta área foram também procuradas revisões (sistemáticas e outras) e recomendações anteriores, de onde foram retiradas referências em língua inglesa.

Essas evidências foram disponibilizadas ao Grupo das Recomendações e discutidas durante o encontro. Em seguida, um “medical writer”, contratado pela IDF e com experiência na redacção de recomendações, preparou um documento preliminar que foi circulado pelo grupo e revisto com base nos comentários deste. O documento revisto foi então enviado pela IDF e pela FDI para uma apreciação mais geral. Os comentários recebidos em resultado dessa apreciação foram revistos por dois presidentes, em conjunto com o “medical writer” e o gestor de projecto da IDF, tendo sido feitas por estes todas alterações consideradas apropriadas. Um documento final provisório foi circulado pelo Grupo para aprovação.

Esta iniciativa foi totalmente patrocinada pela “Kuwait Foundation for the Advancement of Science” (KFAS), sem qualquer apoio da indústria farmacêutica. Não foi permitido nenhum aporte de qualquer organização comercial no desenvolvimento destas recomendações antes da fase de consulta, quando foram solicitados comentários de qualquer parte interessada.

REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS

Doenças Peri-odontais: Patologia e Sintomas

Os profissionais de saúde oral consideraram as doenças peri-odontais como o principal problema de saúde oral nas pessoas com diabetes. Embora muitas pessoas provavelmente vão ao dentista quando têm dores de dentes (esperando que seja utilizada uma broca para remover o material degradado dos seus dentes), poucas estarão ao corrente das alterações que ocorrem nos tecidos que circundam e suportam os dentes, os quais são denominados “periodontium”. As pessoas que têm acesso a cuidados de saúde oral preventivos terão a sua saúde peri-odontal avaliada e mantida pelo seu dentista.

A gengivite é uma inflamação reversível das gengivas que poderá resultar ou não numa peri-odontite, situação mais grave que afecta o tecido conjuntivo e o osso que suportam o dente. A placa dentária, que se encontra presente na superfície dos dentes é um biofilme adesivo que contém colónias de bactérias. A maioria das 600 espécies de bactérias que poderão ser encontradas na boca são provavelmente inofen-

sivas, mas sabe-se que algumas estão envolvidas nas doenças da cavidade oral. A higiene oral (auto-cuidados), que inclui escovar os dentes (com ou sem pasta de dentes), usar fio dental e desinfectar a cavidade oral, tem como objectivo remover a placa dentária. Os dentistas utilizam um “índice de placa dentária” para avaliarem o grau de higiene oral.

O conceito actual é de que as doenças peri-odontais principiam sobretudo com uma resposta inflamatória a bactérias Gram positivas, que se manifesta por gengivite (gengivas avermelhadas e inchadas). Em indivíduos susceptíveis, esse processo difunde-se pelo “periodontium”, numa bolsa entre a gengiva e o dente, onde ocorre uma mudança para bactérias Gram negativas, com maior resposta inflamatória e que resulta numa ruptura do tecido conjuntivo e do osso. Se não for travado, esse processo originará mais alterações da microflora oral, acompanhadas de mais inflamação e mais destruição. Embora se trate de um processo localizado, tem efeitos sistémicos inflamatórios detectáveis - níveis séricos aumentados de marcadores inflamatórios, tais como a proteína C reactiva (PCR) e a interleucina-6 (IL-6). O tratamento com antibióticos poderá ter um efeito clínico a curto prazo.

Os estudos das doenças peri-odontais incluem a quantificação da gengivite (índice de 0 a 3, em que 2 ou 3 indica sangramento da gengiva) e da peri-odontite (avaliada por meio de uma sonda peri-odontal manual). A profundidade da bolsa entre a gengiva e o dente (que a sonda peri-odontal manual avalia) é a distância entre a margem da gengiva e a base da bolsa. A “perda de adesão” do dente é a distância entre a junção cimento-dentina deste e a base da bolsa. Na avaliação final da peri-odontite poderá incluir-se a perda óssea (avaliada por radiografia), a perda de dentes e a gravidade e extensão do processo (número de dentes envolvidos). Na literatura, os termos peri-odontite ligeira, moderada ou grave (ou avançada) são utilizados para descrever o processo. O aumento da profundidade medida com a sonda, indicativo de lesão peri-odontal, poderá encontrar-se já em adolescentes e até em crianças.

Uma vez que o “periodontium” esteja afectado é necessário interromper o biofilme adesivo (placa dentária) mecanicamente (por desbridamento, que se denomina em cuidados orais “scaling”) e permitir a cicatrização (por vezes usa-se terapêutica antibiótica adjuvante). Isto não é algo que possa ser conseguido com auto-cuidados, embora os auto-cuidados sejam necessário após um tratamento profissional.

Nos estudos de investigação podem ser avaliados efeitos locais, quantificando os mediadores inflamatórios em amostras do fluido gengival. Estão a começar a ser aplicadas novas e poderosas técnicas na genómica e metagenómica dos micro-organismos do tubo digestivo, e as possíveis ligações com a obesidade, inflamação e metabolismo da glicose e dos lípidos são de interesse para os investigadores da doença oral no contexto da diabetes. Os membros do Grupo chamaram à atenção para a importância de serem tidas em consideração as diferenças potenciais entre diabetes tipo 1 e tipo 2 quando se avaliam questões como a inflamação e a reabsorção óssea.

A evidência tida em conta baseia-se sobretudo em duas revisões recentes ^(4,5) e em duas meta-análises ^(6,7). Foram também tidos em conta alguns estudos individuais.

Prevalência das Doenças Peri-odontais

Na população geral do mundo ocidental, a prevalência de peri-odontite grave (avançada) parece ter diminuído na segunda parte do século XX, mas não é claro quanto dessa diminuição é devido a uma melhor higiene oral, a menos tabagismo (fumar é um factor de risco independente de peri-odontite), a um melhor diagnóstico e tratamento ou a uma alteração dos limiares de diagnóstico ⁽⁸⁾. Uma revisão recente, sugere que 50% dos indivíduos de todos os grupos etários da população norte-americana têm inflamação reversível das gengivas e 5 a 15%, peri-odontite grave ⁽⁴⁾. Indicadores da gravidade da doença peri-odontal que podem ser utilizados para avaliar os seus níveis locais e nacionais foram definidos e publicados, na Europa ⁽⁹⁾ e em África ⁽¹⁰⁾. Nas populações em que o tabagismo está a aumentar espera-se um aumento concomitante da doença peri-odontal.

Doença Peri-odontal na Diabetes

Dadas as incertezas indicadas anteriormente, não deveremos esperar que existam números bem definidos relativamente à prevalência de doença peri-odontal nas pessoas com diabetes. Na sua revisão de 2008, Taylor e Borgnakke, examinaram 17 estudos transversais reportados desde 2000 e consideraram que esses estudos reforçam a impressão obtida a partir de uma análise anterior de 48 estudos de observação, reportados entre 1960 e 2000, de que a diabetes afecta de forma adversa a saúde peri-odontal ⁽⁴⁾. Todavia, não efectuaram uma avaliação formal da qualidade dos dados reportados. Uma meta-análise de 23 estudos transversais ou de cortes, reportados entre 1970 e 2003, reportou uma maior gravidade, mas uma extensão semelhante, da doença peri-odontal nas pessoas com diabetes, comparativamente às pessoas sem diabetes ⁽⁶⁾.

Vários desses estudos não distinguiram entre pessoas com diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 e incluíram também outros factores de heterogeneidade como a idade e a duração da diabetes. A destruição peri-odontal pode iniciar-se muito precocemente, como foi demonstrado num estudo recente de casos *versus* controlos, em crianças e adolescentes (com 6 a 18 anos de idade) ⁽¹¹⁾. Quando comparados com um grupo de controlo de não diabéticos de 160 indivíduos (com cáries dentárias comparáveis), um grupo de 182 crianças com diabetes tipo 1 apresentavam inflamação significativamente mais elevada da placa dentária e das gengivas e significativamente mais dentes com evidência de perda de adesão.

Um estudo em que 18 indivíduos (com idades compreendidas entre os 15 e os 36 anos) se abstiveram de quaisquer auto-cuidados higiene oral durante 21 dias, permitindo o desenvolvimento de “gengivite experimental” (devido a acumulação bacteriana na placa dentária), evidenciou que o grupo desses indivíduos que tinham diabetes tipo 1 (e controlo metabólico de moderado a bom) desenvolveu uma resposta

inflamatória mais precoce e significativamente mais forte, comparativamente ao grupo de controlo de não diabéticos (que era comparável em termos de idade e sexo) ⁽¹²⁾. A retoma dos auto-cuidados de higiene oral restaurou a saúde das gengivas em ambos os grupos (diabetes tipo 1 e controlos).

Doenças Peri-odontais e Controlo Glicémico

Será que nas pessoas com diabetes existirá uma associação entre doença peri-odontal e mau controlo glicémico? A revisão de Taylor e Borgnakke considerou 12 estudos clínicos, reportados desde 2000, dos quais 8 evidenciaram que a doença peri-odontal era mais prevalente e mais grave nas pessoas diabéticas com pior controlo glicémico, enquanto que os outros 4 estudos não o evidenciaram ⁽⁴⁾. Foi salientado que se tratava de estudos transversais que utilizaram amostras de conveniência de doentes ambulatoriais (consulta externa hospitalar e clínicas). A meta-análise de Khader *et al.* não encontrou diferenças estatisticamente significativas a nível da percentagem de sítios com hemorragia à sondagem, superfícies com depósitos de placa ou locais com bolsas, nas pessoas com diabetes, quando estas foram estratificadas relativamente ao seu grau de controlo glicémico (diabetes mal controlada, moderadamente controlada ou bem controlada) ⁽⁶⁾.

Tratamento Peri-odontal e Controlo Glicémico

Será que nas pessoas com diabetes o tratamento da peri-odontite afecta o controlo glicémico? De uma forma geral, o tratamento peri-odontal consiste na interrupção do biofilme dentário e na remoção de qualquer depósito dentário. Uma meta-análise de 10 estudos clínicos de intervenção, que incluiu 456 pessoas com diabetes, e avaliou o tratamento peri-odontal como factor de previsão da HbA1c, evidenciou reduções médias ajustadas desta última de 0,38% (em todos os estudos), 0,66% (nos estudos que incluíram apenas pessoas com diabetes tipo 2) e 0,71% (quando foram utilizados antibióticos, adicionalmente ao desbridamento), mas nenhuma dessas reduções da HbA1c foi estatisticamente significativa ⁽⁷⁾. Um estudo recente (respondendo à necessidade de mais estudos com grupos melhor definidos) não evidenciou qualquer efeito do tratamento peri-odontal sobre o controlo glicémico, em pessoas com diabetes tipo 1 ⁽¹³⁾.

Muito recentemente, uma meta-análise de 9 estudos clínicos de intervenção, que incluíram 485 pessoas com diabetes, concluiu que o tratamento peri-odontal poderia resultar numa redução estatisticamente significativa (- 0,79%) dos níveis de HbA1c, mas os seus autores aconselharam cautela na interpretação destes resultados ⁽¹⁴⁾. Independentemente dos possíveis efeitos sobre o controlo da diabetes, poderá esperar-se que o tratamento peri-odontal previna a perda de dentes e melhore a sua aparência e função.

Doenças Peri-odontais e Complicações da Diabetes

Tem sido salientado que o “periodontium” é um órgão com rica vascularização terminal, semelhante, nesse aspecto, à re-

tina e ao glomerulo, existindo considerável interesse pela parte dos investigadores em saber se as alterações vasculares subjacentes às complicações da diabetes poderão também ocorrer no “periodontium”⁽⁵⁾.

A evidência relativa a doença peri-odontal e complicações vasculares da diabetes advém, em larga medida, de um estudo longitudinal da diabetes e das suas complicações iniciado em 1965 na comunidade índia de “Gila River” no Arizona (EUA), incluindo especificamente índios cuja herança genética era pelo menos 50% Pima ou da linhagem Tohono O’odham (estritamente relacionada com a Pima). Num contexto global essa população deve ser considerada invulgar, dado que tem uma prevalência extremamente elevada de diabetes tipo 2 e de doença renal, mas como tem sido submetida a avaliações bianuais que, entre 1983 e 1990 incluíram um exame dentário, proporcionou um manancial de dados. Uma análise anterior descobriu que quase todos os índios Pima com idade ≥ 55 anos tinham doença peri-odontal, independentemente de serem ou não diabéticos⁽¹⁵⁾.

Mais recentemente, Saremi *et al.* avaliaram as mortes ocorridas no intervalo entre a avaliação inicial (a partir de 1983) e 1998, em 628 índios com diabetes tipo 2 e idade ≥ 35 anos⁽¹⁶⁾. O período de seguimento médio foi de 11 anos e as taxas de mortalidade foram ajustadas, relativamente à idade e sexo, tendo como parâmetro base deste ajuste a população Pima de 1985. Esse estudo mostrou que os indivíduos com doença peri-odontal grave na linha de base tinham um risco de mortalidade cardio-renal 3,2 vezes superior (IC 95% = 1.1-9.3) ao do grupo de referência (que não tinha doença peri-odontal ou que tinha uma combinação de doença peri-odontal ligeira e doença peri-odontal moderada). A mortalidade cardio-renal incluiu uma combinação de doença cardíaca isquémica (DCI) e nefropatia diabética e foi salientado que a introdução de terapêutica de substituição renal nesta população fez com que mais pessoas passassem a morrer devido a DCI, em vez de devido a nefropatia diabética. Muitos dos indivíduos com doença peri-odontal grave encontravam-se já sem dentes (72% das extracções dentárias tinham sido devidas a doença periodontal).

Shultis *et al.*, estudaram o desenvolvimento de macroalbuminúria e doença renal terminal (DRT) na mesma população⁽¹⁷⁾. Analisaram os dados relativos a 529 indivíduos com diabetes tipo 2 e idade ≥ 25 anos, separaram os 20% de indivíduos sem dentes dos outros 22% de indivíduos com periodontite grave, e descobriram que a incidência de macroalbuminúria e de DRT aumentava com a gravidade da periodontite, verificando-se as taxas de incidência mais elevadas no grupo dos indivíduos sem dentes. Os rácios de acaso, versus indivíduos com peri-odontite ligeira ou sem peri-odontite, eram atenuados após ajuste relativo ao controlo glicémico.

O único outro estudo que é mencionado na recente revisão de Taylor e Borgnakke⁽⁴⁾, foi efectuado na Suécia e envolveu 39 pares de casos e controlos de pessoas com diabetes de longa duração que tinham doença peri-odontal grave (grupo dos casos) ou doença peri-odontal ligeira (grupo dos controlos). No período de seguimento (que foi em média de 6

anos) registaram-se prevalências significativamente mais elevadas de proteinúria e complicações cardiovasculares no grupo dos casos⁽¹⁸⁾.

Outras Doenças da Cavidade Oral no Contexto da Diabetes

Existe alguma evidência de uma prevalência aumentada de secura da boca (xerostomia) nas pessoas com diabetes, mas a maior parte desta será provavelmente devida a um controlo muito pobre da glicemia ou à utilização de medicações específicas (tais como os antidepressivos tricíclicos, para tratamento da dor neuropática). A opinião do Grupo das Recomendações foi de que a xerostomia constitui um factor de exacerbação para o desenvolvimento ou progressão da doença peri-odontal. A evidência relativa às cáries é confusa e não foi mais considerada durante o encontro. Foi levantada a questão de possíveis recomendações do foro da nutrição para a prevenção da doença peri-odontal, mas, nesse domínio, só existe evidência relativa à relação entre nutrição e cáries.

CONSIDERAÇÕES

O Grupo das Recomendações reconheceu que a evidência sobre a interrelação entre diabetes e doença peri-odontal tinha qualidade variável, sendo claramente necessária mais investigação. Actualmente, o nível de evidência disponível não permite concluir que devam ser instituídos programas específicos de vigilância das doenças peri-odontais nas pessoas com diabetes ou que as doenças peri-odontais devam ser tratadas de forma mais activa nessas mesmas pessoas para obtenção de ganhos de saúde específicos (imediatos ou a longo prazo). Não obstante, foi sublinhado que os sinais de alarme das doenças peri-odontais são facilmente detectados por profissionais de saúde não pertencentes à área da saúde oral, que as pessoas com diabetes já são submetidas a uma revisão anual de saúde e das complicações da doença e que as recomendações para a população geral já incluem a higiene oral diária e avaliações regulares por profissionais de saúde oral.

A associação da diabetes a uma condição que terá efeitos adversos sobre a qualidade de vida significa que devem ser encorajados os esforços para a prevenção da segunda e que essa prevenção será provavelmente válida em termos de custo/eficácia, desde que seja efectuada no contexto dos cuidados da diabetes já implementados (ou seja, efectuada pelos mesmos profissionais de saúde que prestam cuidados às pessoas com diabetes, durante as suas consultas habituais). Existem poucos estudos sobre o impacto financeiro da interacção entre peri-odontite e diabetes. Albert e col. reportaram um aumento dos custos para as pessoas com diabetes (e peri-odontite) mas reconheceram que o seu estudo tem limitações significativas⁽¹⁹⁾.

A discussão do Grupo abrangeu a questão dos níveis de cuidados, tal como foi exposta na “Global Guideline for Type 2 Diabetes”, para responder à variação geográfica dos recur-

so disponíveis para os cuidados da diabetes. Todavia, de acordo com a natureza das recomendações agora delineadas, não foi considerado necessário adoptar esse tipo de estrutura. Foi sublinhado que as consequências da perda de dentes seriam provavelmente mais graves nas populações com menores recursos (em que poderão não estar disponíveis dentaduras) e que esta causaria problemas a nível da nutrição, em especial nos idosos.

Recomendações para os cuidados clínicos de saúde oral nas pessoas com diabetes

1. Averiguar anualmente se todas as pessoas com diabetes seguem as recomendações locais para a população geral relativas à higiene oral e se, onde haja acesso, consultam regularmente um dentista para efectuar "chek-ups" da sua saúde oral.
2. Averiguar, pelo menos anualmente, se, nas pessoas com diabetes, estão presentes sinais e sintomas de doença das gengivas (incluindo se ocorre sangramento quando se escovam os dentes ou se as gengivas se encontram inchadas ou inflamadas).
3. Recordar às pessoas com diabetes que não tenham auto-cuidados diários de higiene oral adequados que estes fazem parte dos auto-cuidados na diabetes e aconselhá-las sobre saúde oral em geral, se necessário. Aconselhar aos que não fazem "chek-ups" regulares de saúde oral (dentista) sobre a importância de os efectuar (caso haja acesso).
4. Nas pessoas com diabetes com sinais e sintomas de possível doença das gengivas aconselhar a consultarem o mais rapidamente possível um profissional de saúde oral (dentista).
5. A educação das pessoas com diabetes deverá incluir uma explicação sobre as implicações da diabetes, em particular se mal controlada, a nível da saúde oral, especialmente no desencadear de doença das gengivas.

IMPLEMENTAÇÃO

Para que as presentes recomendações sejam adoptadas à escala global, a comunidade da diabetes terá de ser alertada para a relação entre diabetes e doenças peri-odontais e os profissionais de saúde da área da diabetes deverão receber formação adicional. Esses profissionais de saúde deverão ser capacitados para poderem educar sobre a necessidade da higiene oral e sobre o contexto subjacente à avaliação das doenças das gengivas. Deverão também estar ao corrente de que certos medicamentos (em particular os bloqueadores dos canais de cálcio e os antidepressivos tricíclicos) poderão provocar secura da boca (xerostomia) a qual, provavelmente, aumentará a acumulação de bactérias na placa dentária e o risco de doenças da cavidade oral. A comunicação entre profissionais de saúde da área diabetes e de profissionais de saúde oral poderá facilitar a capacitação referida.

A educação em saúde oral das pessoas com diabetes poderá ser efectuada por qualquer profissional de saúde com formação adequada. Nas situações em que sintomas prováveis de doença das gengivas requeiram atenção especializada mas em que não esteja disponível um dentista (recursos limitados, locais remotos), a resposta poderá ser dada por um profissional de saúde oral (não dentista) com formação específica e experiência. Poderá ser apropriada uma ligação às pessoas que estejam a desenvolver medidas preventivas comunitárias ou a promover a saúde oral.

Os profissionais de saúde da área da diabetes deverão cooperar no diagnóstico e tratamento da diabetes no contexto da saúde oral. O tipo de relação a estabelecer dependerá das estruturas locais de cuidados de saúde.

Os questionários que estão a ser desenvolvidos para auxiliar na avaliação do "status" da doença peri-odontal incluem uma versão com 8 perguntas, que está actualmente a ser validada numa população com diabetes dos EUA⁽²⁰⁾. Se se pretender utilizar esse questionário noutra região do mundo, ele terá de ser validado para a população específica em questão.

Espera-se que as nossas actuais deficiências de compreensão da interrelação entre diabetes e saúde oral sejam resolvidas pela investigação, quer básica quer clínica. Isso permitirá que futuras versões destas recomendações sejam desenvolvidas a partir de uma base de evidência mais firme.

BIBLIOGRAFIA

1. Oral health. <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=1638>
2. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2005. <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=B7462CCB-3A4C-472C-80E4-710074D74AD3>
3. IDF Clinical Guidelines Task Force. Guide for guideline development. Brussels: International Diabetes Federation, 2003. <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=B5AD2BF8-7657-4795-9699-A5044DE6D602>
4. Taylor GW, Borgnakke WS. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Diseases*. 2008; 14: 191-203.
5. Mealey BL, Rose LF. Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity*. 2008; 15: 135-41.
6. Khader YS, Dauod AS, El-Qaderi SS, et al. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *J Diabetes Complications*. 2006; 20: 59-68.
7. Janket S-J, Wightman A, Baird AE, et al. Does periodontal treatment improve glycemic control in diabetic patients? A meta-analysis of intervention studies. *J Dent Res* 2005; 84: 1154-9.
8. Preshaw P. Diabetes and periodontal disease. *Int Dent J*. 2008; 58 (suppl): 1-7.
9. Bourgeois DM, Llodra JC, Norblad A, Pitts NB. Report of the EGOHID I Project. Selecting a coherent set of indicators for monitoring and evaluating oral health in Europe: criteria, methods and results from the EGOHID I project. *Community Dent Health*. 2008; 25(1): 4-10. (see also <http://www.egohid.eu>)
10. WHO Regional Office for Africa. Standardization of oral health information in the African region. Regional workshop. Final report (AFR/ORH/07.1) Brazzaville, Republic of Congo: WHO Regional Office for Africa, 2007. http://www.fdiworldental.org/public_health/3_4goals.html [accessed 26 Aug 2008]
11. Lalla E, Cheng B, Lal S, et al. Periodontal changes in children and adolescents with diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 295-9.
12. Salvi GE, Kandykaki M, Troendle A, et al. Experimental gingivitis in type I diabetics: a controlled clinical and microbiological study. *J Clin Periodontol*. 2005; 32: 310-6.
13. Llambés F, Silvestre F-J, Hernández-Mijares A, et al. The effect of periodontal treatment on metabolic control of type I diabetes mellitus. *Clin Oral Investig*. 2008; 30 [E-pub ahead of print]

PMID 18446389.

14. Darré L, Vergnes J-N, Gourdy P, et al. Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: A meta-analysis of interventional studies. *Diabetes Metab.* 2008; 34: 497-506.
15. Nelson RG, Shlossman M, Budding LM, et al. Periodontal disease and NIDDM in Pima Indians. *Diabetes Care.* 1990; 13: 836-40.
16. Saremi A, Nelson RG, Tulloch-Reid M, et al. Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2005; 28: 27-32.
17. Shultis WA, Weil EJ, Looker HC, et al. Effect of periodontitis on overt nephropathy and end-stage renal disease in type 2 diabet-

tes. *Diabetes Care.* 2007; 30: 306-11.

18. Thorstensson H, Kuylensteirna J, Hugoson A. Medical status and complications in relation to periodontal disease experience in insulin-dependent diabetics. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 194-202.
19. Albert DA, Sadowsky D, Papanou P, et al. An examination of periodontal treatment and per member per month (PMPM) medical costs in an insured population. *BMC Health Services Research.* 2006; 6: 103.
20. Eke PI, Genco RJ. CDC periodontal disease surveillance project: background, objectives, and progress report. *J Periodontol.* 2007; 78 (suppl): 1366-71.

Normas de Publicação / Instructions to Authors

A "Revista Portuguesa de Diabetes" publica artigos originais, artigos de revisão e casos clínicos sobre todos os temas da Diabetologia.

Os artigos originais submetidos para publicação devem ser preparados de acordo com os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals – Updated 2007" elaborados pelo "International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org)". Os artigos aceites para publicação passarão a ser propriedade da Sociedade Portuguesa de Diabetologia não podendo ser reproduzidos, no seu todo ou em parte, sem autorização do Corpo Editorial da Revista. A aceitação dos originais enviados para publicação será feita após apreciação por membros do Conselho Científico cujos pareceres serão sempre comunicados aos autores; estes disporão de um período de seis semanas para efectuar as eventuais modificações propostas. Os artigos originais recebidos que não estejam de acordo com as normas definidas serão devolvidos aos autores sem serem apreciados pelo Conselho Científico.

Normas Gerais

Os artigos originais, em Português ou Inglês, devem ser enviados, acompanhados da declaração de originalidade e da cedência dos direitos de propriedade, em suporte electrónico (disquete ou CD) e acompanhados de 3 cópias impressas para: "Revista Portuguesa de Diabetes" (morada). Devem ser preparados, segundo a seguinte ordem, iniciando-se cada item numa página separada: 1. Página do título 2. Resumo 3. Introdução 4. Material e Métodos 5. Resultados 6. Discussão 7. Bibliografia 8. Legendas 9. Figuras 10. Quadros.

Todas as páginas devem ser numeradas no canto superior direito. A numeração das referências bibliográficas, tabelas e quadros deve ser feita pela ordem de aparecimento no texto.

1. Página do Título

Deve conter:

1. Título – Deve ser conciso, não conter abreviaturas e não ultrapassar os 120 caracteres. Poderá englobar um subtítulo com um máximo de 45 caracteres.
2. Autores – A identificação dos autores deve ser feita com a(s) inicial(is) do(s) primeiro(s) nome(s) e com o apelido. Deverá ser feita a identificação completa do serviço, departamento ou instituição onde o trabalho foi realizado.
3. Patrocínios – Deverão ser referidas todas as entidades que patrocinaram o trabalho.
4. Correspondência – Referir o nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor a quem deve ser enviada a correspondência.

2. Resumo

Os resumos são redigidos em Português e Inglês, não devendo ultrapassar as 200 palavras no caso dos artigos originais e as 120 se se tratar de um caso clínico. Devem ser organizados segundo os seguintes itens: Introdução, Objectivos, Material e Métodos, Resultados e Conclusões. Não devem conter abreviações, referências ou notas em rodapé.

3. Texto

Não deve ultrapassar as 12 páginas nos artigos originais e as 6 páginas nos casos clínicos. Deve incluir referência a aprovação da Comissão de Ética da Instituição e aos métodos estatísticos utilizados. Todos os fármacos devem ser referidos pelo seu nome genérico, sendo eventuais referências a nomes comerciais, acompanhadas do nome, cidade e país do fabricante, feitas em rodapé.

As abreviaturas, que são desaconselhadas, devem ser especificadas na sua primeira utilização. Os parâmetros utilizados devem ser expressos em Unidades Internacionais, com indicação dos valores normais. A identificação

das figuras deverá ser feita em numeração árabe, e a dos quadros em numeração romana.

4. Bibliografia

Deve ser referenciada em numeração árabe, por ordem de aparecimento no texto.

Nos artigos originais ou de revisão não há limite pré-estabelecido de referências.

Nos casos clínicos não devem ultrapassar as 15. As referências de comunicações pessoais e de dados não publicados serão feitas directamente no texto, não sendo numeradas. Deverão ser feitas utilizando as abreviaturas do Index Medicus.

Revistas: relação de todos os autores se não ultrapassar os seis ou dos seis primeiros seguido de et al, título do artigo e identificação da revista (nome, ano, volume e páginas). Exemplo: Fagot-Campagna A, Pettitt DJ, Engelgau MM, Burrows NR, Geiss LS, Valdez R, et al. Type 2 diabetes among North American children and adolescents: an epidemiologic review and a public health perspective. *J Pediatr.* 2000; 136: 664-72.

Livros: nome do(s) autor(es) ou editor(es) (seguido de, "editor" no caso dos editores), título, nº da edição, cidade e nome da editora, ano de publicação. Exemplo: Ganz M, editor. *Prevention of Type 2 Diabetes. First edition.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2005. Artigos ou capítulos em livro: Nome(s) e iniciais do(s) autor(es) do artigo (ou capítulo); título ou número do artigo ou capítulo, nomes e iniciais dos editores, título do livro, cidade e nome da casa editora, número de edição, ano de publicação, primeira e última páginas do artigo. Exemplo: Zimmet P, Cameron A, Shaw J. *The Diabetics Epidemic: Genes and Environment Clashing.* In: Ganz M, editor. *Prevention of Type 2 Diabetes. First edition.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2005. p. 3-13.

5. Legendas

Devem ser dactilografadas a dois espaços em folhas separadas e numeradas em sequência. As legendas devem ser numeradas em algarismos árabes pela sequência da citação no texto, e fornecerem a informação suficiente para permitir a interpretação da figura sem necessidade de consulta do texto.

6. Figuras

Todas as figuras e fotografias devem ser enviadas em triplicado. A sua identificação será feita através do número e do título da figura e das iniciais do primeiro autor escritos num autocolante colocado no verso, que deverá ainda conter sinalização clara da sua parte superior. As letras e símbolos que apareçam nas figuras não poderão ser manuscritas (utilizar de preferência símbolos/letras decalcadas), devendo ser legíveis após eventual diminuição das dimensões da figura. O número máximo de figuras e quadros será de 8 para os artigos originais e de 5 para os casos clínicos. As fotografias a cores devem ser enviadas impressas em papel; em alternativa, poderão ser enviadas em suporte electrónico, desde que digitalizadas em alta definição.

7. Quadros

Devem ser enviados em folhas separadas, dactilografadas a 2 espaços, identificados com o número de aparecimento no texto (algarismos romanos) e com um título informativo na parte superior. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas (abreviaturas, significado estatístico, etc).

8. Revisão

As provas tipográficas serão revistas pelos autores. Será claramente especificado o prazo para devolução das provas revistas. O não cumprimento do prazo implica a aceitação pelos autores da revisão das provas efectuada pelos serviços da Revista.