



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Clara Silva Avellar Mascarenhas

**O PAPEL DO TELEMONTORAMENTO NO
ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL
NA PANDEMIA DE COVID-19 – UMA EXPERIÊNCIA
INTERPROFISSIONAL NO SUS**

RIO DE JANEIRO

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Clara Silva Avellar Mascarenhas

**O PAPEL DO TELEMONTORAMENTO NO
ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL
NA PANDEMIA DE COVID-19 – UMA EXPERIÊNCIA
INTERPROFISSIONAL NO SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO-UFRJ), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia na Área de concentração em Periodontia.

Orientadora: Prof. Dr. Maria Cynésia Medeiros de Barros

CV: <http://lattes.cnpq.br/4907507480382968>

RIO DE JANEIRO

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

S586p Silva Avellar Mascarenhas, Clara
O PAPEL DO TELEMONITORAMENTO NO ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA DE COVID-19 - UMA EXPERIÊNCIA INTERPROFISSIONAL NO SUSO PAPEL DO TELEMONITORAMENTO NO ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA DE COVID-19 - UMA EXPERIÊNCIA INTERPROFISSIONAL NO SUS / Clara Silva Avellar Mascarenhas. -- Rio de Janeiro, 2023.
141 f.

Orientadora: : Maria Cynésia Medeiros de Barros

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2023.

1. Periodontite. 2. COVID-19. 3. Telemonitoramento. 4. Comorbidades. 5. Interprofissional. I. Medeiros de Barros, : Maria Cynésia, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PERIODONTIA

Clara Silva Avellar Mascarenhas

O PAPEL DO TELEMONITORAMENTO NO ACOMPANHAMENTO DE
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A
SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA DE COVID-19 – UMA EXPERIÊNCIA
INTERPROFISSIONAL NO SUS

Defesa de Dissertação de Mestrado, realizada de forma remota, submetida ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro –UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do **Grau de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em Periodontia.**

Aprovada com conceito A em 20 de setembro de 2023 por:

Prof^a Dra. CARINA MACIEL DA SILVA BOGHOSSIAN, UFRJ
Presidente da Comissão

Prof^a Dra. ANDRÉA CLEMENTE PALMIER, UFMG

Prof^a Dra. MIRELLA GIONGO GALVÃO DA SILVA, UFRJ

Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 325 Cidade
Universitária, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21941-617
DEDICATÓRIA

Dedico a minha avó, Maria Augusta, e a todas as vítimas da COVID-19.

Aos meus pais e a minha orientadora.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof. Dr. Maria Cynésia Medeiros de Barros pela paciência, assertividade e compreensão em todos os momentos.

A minha mãe, Rita, pelo colo e amparo de sempre

Ao meu pai, Rogério, pelo incentivo e confiança.

A minha madrastra, Daniela, pelas palavras sábias e carinho de sempre.

Ao meu irmão, Felipe, pela irmandade e por resgatar minha juventude.

A minha avó, Dalmyra, por ser meu exemplo e inspiração.

Aos meus gatos, Kiara e Simba, pelo amor mais puro.

Ao Lucas, por ser meu encontro inesperado com a calma.

Aos meus amigos, em especial, Alice, Amanda, Ana, André, Carolina, Clara, Fernanda, Gabriela, João Miguel, Júlia, Letícia, Maria Antônia e Natália, por sempre estarem e se fazerem presentes na minha vida.

Aos amigos da Pós, pelas trocas e trazerem leveza a rotina.

A minha família, meus primos, meus tios, minhas tias-avós, pelos abraços e encontros.

Aos professores do PPGO, por dedicarem suas vidas a transmitirem e produzirem conhecimento e ciência.

As preceptoras Raquel e Carol e ao agente comunitário Fábio, pelo apoio fundamental ao projeto.

A estatística Bruna, pela contribuição nas análises e gráficos.

Aos membros da banca examinadora, por aceitarem o convite e agregarem conhecimento ao trabalho.

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela concessão da bolsa, possibilitando a realização da pesquisa.

“É ridículo, minha Graça, disputar uma corrida se a gente não conseguirá saber quem ganhou. Portanto, se tiveres de ir a algum lugar, não te preocupe a vaidade de ser a primeira a chegar. Se chegares sempre aonde queres, ganhaste”
Paulo Mendes Campos

RESUMO

O Telemonitoramento (TL) foi uma ferramenta importante para o enfrentamento da COVID-19 no serviço público de saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da manutenção da saúde das pessoas, especialmente aquelas que apresentam doenças crônicas não transmissíveis. A Atenção Primária em Saúde (APS), inicialmente, utilizou o TL para o rastreamento da COVID-19, bem como, organizou o serviço de saúde para lidar com a situação de urgência que se estabeleceu no país. A concepção da Estratégia da Saúde da Família (ESF), através da atuação dos agentes comunitários como parte integrante da Equipe de saúde foi um fator essencial para articular o cuidado em saúde para a população. Desta forma, através do TL, na logística da ESF, foi possível monitorar várias doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus e hipertensão arterial. O objetivo principal deste estudo foi descrever a experiência do cuidado em saúde por meio do TL em uma Clínica da Saúde da Família (CSF-SUS), e gerar informações sobre o papel do TL no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a saúde bucal na pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo observacional transversal, no formato de relato de experiência, que foi realizado a partir da análise do banco de dados do TL de uma CSF, na área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro, no período de março de 2020 até outubro de 2021. Essa análise envolveu a identificação de usuários com e sem comorbidades, e levantamento das condições periodontais numa amostra de usuários deste serviço. Os exames clínicos periodontais de boca inteira foram realizados, no período de setembro de 2022 até maio de 2023, incluindo: índice de placa visível, fatores retentivos de placa, sangramento gengival, profundidade de sondagem, nível clínico de inserção, sangramento à sondagem, envolvimento de furca e mobilidade dentária. Dados sobre o autocuidado com a saúde bucal e a percepção da qualidade de saúde, utilizando o instrumento OHIP-14 também foram coletados. Um total de 335 usuários foram cadastrados pelo TL. Destes 40,90% apresentavam comorbidade (n=137), e 59,10% sem comorbidades (n=198), numa população com média de idade de 39,75 anos \pm 20,48. Nessa população 64,48% (n=216) eram do sexo feminino. Dentre as condições sistêmicas da população estudada (n=335), a hipertensão arterial sistêmica foi a doença de base mais prevalente (26,87%), seguida de diabetes mellitus (11,34%). Considerando uma amostra (n=40) de usuários que foram clinicamente examinados, a média de idade do grupo com comorbidades foi de 47,92 \pm 14,55 em comparação com 34,13 \pm 11,23 sem comorbidades (p<0,002). Não houve diferença estatística entre sexo e escolaridade entre os grupos. Dentro da amostra com

comorbidade (n=25), a condição mais presente foi a hipertensão arterial sistêmica (60%) seguido do tabagismo (24%) e diabetes mellitus (20%). Nos pacientes examinados, 7,5% apresentavam edentulismo, 10% saúde periodontal, em periodonto reduzido ou não, 25% gengivite, em periodonto reduzido ou não, e 57,5% periodontite. Sendo todos os pacientes edêntulos pertencentes ao grupo com comorbidades. Os pacientes com comorbidade apresentaram índice de placa visível significativamente maior do que os pacientes sem comorbidade ($p<0,001$), um número maior de sítios com bolsas profundas ($p<0,001$) e maiores níveis clínicos de inserção ($p<0,001$) comparados com a população sem comorbidade e apresentaram mais elementos com mobilidade e maiores graus de mobilidade do que os pacientes sem comorbidade ($p=0,002$), um número maior de restos radiculares ($p=0,006$) e somente os pacientes com comorbidade apresentaram lesões de furca. Os pacientes sem comorbidade apresentaram maiores índices de sangramento gengival ($p<0,001$) e sangramento a sondagem ($p=0,005$) comparados com os pacientes com comorbidade. A maioria dos pacientes (75%) relatou escovar os dentes de 2-3 vezes ao dia e 65% relatou fazer uso do fio dental. Os resultados do OHIP-14 não apresentaram significância estatística comparando os grupos com e sem comorbidades, porém os pacientes com comorbidade apresentaram respostas mais altas do que os sem. Os pacientes com comorbidade relataram que tomaram mais doses da vacina para COVID-19 do que os pacientes sem comorbidade, apresentando significância estatística. ($p=0,047$). Conclui-se que o TL contribuiu para a identificação de grupos prioritários e para aprimorar o cuidado em saúde de usuários com comorbidades e doença periodontal. A experiência do cuidado em saúde por meio do TL, em uma amostra de usuários da Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso (CSFFC) no SUS, demonstrou que o TL tem um potencial de ser uma ferramenta no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sua relação com a saúde bucal mesmo após a pandemia de COVID-19. Concluiu-se também que a ausência dentária e piores índices periodontais estão associados a pacientes com DCNT numa amostra de usuários do SUS.

Palavras chaves: COVID-19, telemonitoramento, comorbidades, doenças crônicas não transmissíveis, periodontite, interprofissional, sistema único de saúde, saúde bucal.

ABSTRACT

Telemonitoring (TL) was an important tool for coping with COVID-19 in the public health service in Brazil, the Unified Health System (SUS), in the quest to maintain people's health, especially those with chronic non-communicable diseases. Primary Health Care (PHC), initially, used the TL for the screening of COVID-19, as well as organizing the health service to deal with the urgent situation that was established in the country. The conception of the Family Health Strategy (FHS), through the performance of community agents as an integral part of the Health Team, was an essential factor in articulating health care for the population. In this way, through the TL, in the FHS logistics, it was possible to monitor several non-transmissible chronic diseases, such as diabetes mellitus and arterial hypertension. The main objective of this study was to describe the experience of health care through TL in a Family Health Clinic (CSF-SUS), and to generate information about the role of TL in the follow-up of chronic non-transmissible diseases and its relationship with the oral health in the COVID-19 pandemic. This is a cross-sectional observational study, in the format of an experience report, which was carried out from the analysis of the TL database of a CSF, in the programmatic area 3.1 in the Municipality of Rio de Janeiro, in the period of March 2020 until October 2021. This analysis involved identifying users with and without comorbidities, and surveying periodontal conditions in a sample of users of this service. Clinical full-mouth periodontal examinations were performed, from September 2022 to May 2023, including: visible plaque index, plaque retention factors, gingival bleeding, probing depth, clinical attachment level, bleeding on probing, furcation involvement, and tooth mobility. Data on self-care with oral health and perception of health quality, using the OHIP-14 instrument, were also collected. A total of 335 users were registered by TL. Of these, 40.90% had comorbidities (n=137), and 59.10% had no comorbidities (n=198), in a population with a mean age of 39.75 years \pm 20.48. In this population, 64.48% (n=216) were female. Among the systemic conditions of the studied population (n=335), systemic arterial hypertension was the most prevalent underlying disease (26.87%), followed by diabetes mellitus (11.34%). Considering a sample (n=40) of users who were clinically examined, the mean age of the group with comorbidities was 47.92 \pm 14.55 compared to 34.13 \pm 11.23 without comorbidities (p<0.002). There was no statistical difference between gender and education between groups. Within the sample with comorbidity (n=25), the most common condition was systemic arterial hypertension (60%) followed by smoking (24%) and diabetes mellitus (20%). In the examined patients, 7.5% had edentulism, 10% periodontal health, in

reduced periodontium or not, 25% gingivitis, in reduced periodontium or not, and 57.5% periodontitis. All edentulous patients belonging to the group with comorbidities. Patients with comorbidity had a significantly higher visible plaque index than patients without comorbidity ($p < 0.001$), a greater number of sites with deep pockets ($p < 0.001$), and higher clinical levels of attachment ($p < 0.001$) compared with the population without comorbidity and had more elements with mobility and higher degrees of mobility than patients without comorbidity ($p = 0.002$), a greater number of root remains ($p = 0.006$) and only patients with comorbidity had furcation lesions. Patients without comorbidity had higher rates of gingival bleeding ($p < 0.001$) and bleeding on probing ($p = 0.005$) compared to patients with comorbidity. Most patients (75%) reported brushing their teeth 2-3 times a day and 65% reported flossing. The results of the OHIP-14 were not statistically significant comparing the groups with and without comorbidities, but patients with comorbidities had higher responses than those without. Patients with comorbidity reported that they took more doses of the vaccine for COVID-19 than patients without comorbidity, showing statistical significance. ($p = 0.047$). It is concluded that the TL contributed to the identification of priority groups and to improve the health care of users with comorbidities and periodontal disease. The experience of health care through LT, in a sample of users of the Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso (CSFFC) in the SUS, demonstrated that TL has the potential to be a tool in the monitoring of chronic non-communicable diseases (NCDs) and its relationship with oral health even after the COVID-19 pandemic. It was also concluded that missing teeth and worse periodontal indexes are associated with patients with NCDs in a sample of SUS users.

Keywords: COVID-19, telemonitoring, comorbidities, chronic non-communicable diseases, periodontitis, interprofessional, unified health system, oral health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. PROPOSIÇÃO.....	42
2.1 Objetivo geral.....	42
2.2 Objetivos específicos.....	42
2.3 Hipótese.....	42
3. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	43
3.1 Desenho de estudo.....	43
3.2 População alvo da pesquisa.....	43
3.3 Amostragem.....	43
3.4 Critérios de inclusão.....	44
3.5 Coleta de dados.....	44
3.6 Tratamento ofertado e estratégias de educação em saúde.....	53
3.7 Aspectos éticos.....	
3.8 Recursos humanos.....	54
4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
6 CONCLUSÕES.....	97
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
8. ANEXOS	117
Anexo 1- Anamnese	
Anexo 2- Índices periodontais	
Anexo 3- Periograma	
Anexo 4- Questionário de Saúde bucal	
Anexo 5- Questionário Experiência COVID-19	
Anexo 6- OHIP	
Anexo 7- Ficha tabágica	
Anexo 8- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário	
Anexo 9- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo 10- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
ADO - Antidiabético Oral
AGEs - *Advanced Glycation End-Products*
AP - Áreas Programáticas
APS - Atenção Primária à Saúde
ATSB – Área Técnica De Saúde Bucal
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CV - *Curriculum vitae*
COVID-19 - *Coronavirus disease 2019*
CFO - Conselho Federal de Odontologia
CRO-RJ - Conselho Regional de Odontologia do Rio De Janeiro
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFFC - Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso
CSAM – Clara Silva Avellar Mascarenhas
CGSB – Coordenação Geral De Saúde Bucal
DANT– Doenças e agravos não transmissíveis
DAPPS – Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
DAPS - Divisão de Atenção Primária à Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DCN - Diretriz Curricular Nacional
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DESF – Departamento De Saúde Da Família
DNT - Doenças não transmissíveis
DM – Diabetes Mellitus
DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2
DP – Desvio Padrão
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EPS - Educação Permanente em Saúde
EIP - Educação Interprofissional
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GBD - *Global Burden of Diseases Study*

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c – Hemoglobina Glicada
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
HUCFF - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística
IC – Intervalo de confiança
ICC - Coeficiente de correlação intraclasse
IL-6 - Interleucina 6
IG – Índice de Sangramento Gengival
IPV – Índice de Placa Visível
IG – Índice de Sangramento Gengival
IPV – Índice de Placa Visível
ISS – Índice de Sangramento à Sondagem
IG – Índice de Sangramento Gengival
IMC – Índice de Massa Corporal
ISS – Índice de Sangramento à Sondagem
IL-1 β - Interleucina 1beta
JCE – Junção Cimento-Esmalte
MS – Ministério Da Saúde
NCI – Nível Clínico de Inserção
NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família
OMS – Organização Mundial Da Saúde
PCR – Proteína C Reativa
PB – Profundidade de Bolsa
PBS – Profundidade de Bolsa à Sondagem
PNADc - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PET - Programa De Educação Pelo Trabalho
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RX – Radiografia
SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*
SAPS – Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SMS-RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SICI-RJ - Sistema Integrado de Codificação Institucional do Rio de Janeiro
SGAIS- Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde
SES-RJ- Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SUS – Sistema Único de Saúde
SS – Índice de Sangramento à Sondagem
SUP – Índice de Supuração
TL – Telemonitoramento
TICs - Tecnologias da Informação e da Comunicação
TNF α - *Tumor Necrosis Factor- α*
UTI - Unidade Terapia Intensiva
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
USF – Unidades de Saúde da Família
UBS – Unidade Básica de Saúde
WHO - *World Health Organization*

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1- Estágios da periodontite.....	49
QUADRO 2- Graus da Periodontite.....	51
QUADRO 3- Principais características demográficas do Rio de Janeiro.....	56
QUADRO 4- Dados epidemiológicos sobre óbitos por COVID-19 e comorbidades.....	59
QUADRO 5- Distribuição de usuários da ESN por faixa etária.....	63
QUADRO 6- Dados de HAS e Diabetes mellitus da população examinada com comorbidades	72
FIGURA 1- Diagrama sobre processo de trabalho do ACS em contextos de emergência em saúde pública.....	29
FIGURA 2- Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas com base na Secretaria Municipal de Saúde.....	57
FIGURA 3- Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso.....	60
FIGURA 4- Distribuição das 14 Equipes da Saúde da Família CSFFC.....	61
FIGURA 5- Consultório de atendimento na CSFFC e contato com as preceptoras da CSFFC	62
FIGURA 6- Fluxograma de contato com os usuários.....	70

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 - Características demográficas da população atendida pelo telemonitoramento na Equipe Souza Neto (n=335) e existência de comorbidades.	66
TABELA 2 - Características sóciodemográficas da população da Equipe Souza Neto que foram submetidos ao exame clínico periodontal (n=40), com e sem comorbidades.	67
TABELA 3- Dados de condições sistêmicas da população no TL (n=335).	68
TABELA 4- Dados de condições sistêmicas da população examinada (n=25).	71
TABELA 5 – Média de dentes presentes e perdidos.	73
TABELA 6 – Índices periodontais e de saúde bucal por porcentagem dos sítios pacientes com e sem comorbidade	73
TABELA 7- Diagnóstico periodontal dos indivíduos examinados de acordo com a Classificação das Condições Periodontais em estágios e graus:	74
TABELA 8 – Resultado do questionário de saúde bucal.	75
TABELA 9- Distribuição das respostas às questões do OHIP-14:	76
TABELA 10- Comparação entre os grupos dos valores de OHIP-14 por escore total (método aditivo)	78
TABELA 11 - Médias, desvios padrão, mediana e valores de p do OHIP segundo comorbidade	79
TABELA 12 - Questionários sobre experiências com a COVID-19.	81
GRÁFICO 1- Número de óbitos e taxa bruta de mortalidade por 1.000 hab. da AP 3.1.	58
GRÁFICO 2-Idade segundo presença de comorbidade. Em destaque dentro da caixa os valores das médias de idade	67
GRÁFICO 3- Dados da população estudada com hipertensão arterial sistêmica associada ou não a outras comorbidades.	69
GRÁFICO 4- Médias OHIP segundo comorbidade.	80

1. INTRODUÇÃO

A Pandemia COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o início da pandemia pela COVID-19 no dia 11 de março de 2020. (WHO,2020a) A elevada taxa de disseminação do novo coronavírus, o SARS-CoV-2, exigiu que medidas restritivas fossem adotadas como forma de prevenção e controle da propagação do vírus em todo o mundo. Algumas dessas medidas afetaram diretamente os atendimentos odontológicos oferecidos pelos serviços públicos, com os atendimentos eletivos suspensos e apenas o oferecimento de atendimento de urgências e emergências no país. O Conselho Federal de Odontologia, através do Ofício 477/2020 suspendeu temporariamente os atendimentos eletivos no âmbito nacional (CFO,2020a). Na sequência, o Ministério da Saúde publicou a Nota técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, que regulamentou o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS) devido à pandemia da COVID-19. Em seguida, no dia 23.03.2020, o Ministério da Saúde através da Nota técnica Nº 16 orientou a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se apenas o atendimento das urgências odontológicas no SUS (BRASIL, 2020a, BRASIL, 2020b). Somente em 14 de maio de 2021, no Estado do Rio de Janeiro, através da nota técnica ATSB/SAPS/SGAIS/SES-RJ - Nº 04/2021, houve a implementação de instruções para o retorno ao atendimento eletivo (RIO DE JANEIRO, 2021).

Os dados epidemiológicos apresentados a seguir, num espaço de um ano entre 2020-2021, período foco do presente trabalho, demonstram a magnitude da pandemia da COVID-19. Em 18 de julho de 2020 foram confirmados mais de 13,8 milhões de casos e quase 594 mil mortes em decorrência da infecção pela Sars-Cov-2 no mundo (WHO, 2020b). Após um ano, em 18 de julho de 2021, foram confirmados mais de 190 milhões de casos e mais de 4 milhões de mortes pela COVID-19 no mundo (WHO, 2021). E em 17 de outubro de 2021 já haviam sido confirmados mais de 240 milhões de casos e quase 5 milhões de mortes pelo mundo (WHO, 2021). Na sequência do tempo, as estatísticas foram mostrando uma redução paulatina a partir da entrada da vacinação em janeiro de 2021.

No Brasil, no Estado do Rio de Janeiro, no Município do Rio de Janeiro onde temos uma população de aproximadamente 6.747.815 de habitantes (IBGE, 2021), os dados epidemiológicos de 24 de julho de 2021 confirmaram mais de 390 mil casos de COVID-

19 e um total de 29.926 óbitos pela doença. E em 19 de outubro de 2021, os dados epidemiológicos do município do Rio de Janeiro já apresentava quase meio milhão de casos e quase 35 mil óbitos (RIO DE JANEIRO, 2021).

O caráter inesperado da pandemia em si trouxe reflexões de como atuar na área da saúde explorando novas e inovadoras formas de oferecer o cuidado em saúde.

O sistema público de Saúde no Brasil

Considerando o Brasil um país de dimensões continentais e com umas das maiores populações mundiais, torna-se muito clara a necessidade e valorização de um sistema público de saúde que possa contribuir para a saúde das pessoas. Nesse sentido, em 1988, foi instituído no país o SUS, passando a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. O SUS atende cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza, por ano, cerca de 2,8 bilhões de procedimentos, desde atendimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos (LIMA et al., 2005; FIOCRUZ, 2021).

Além da democratização da saúde, antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade, a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “não-doença”, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (FIOCRUZ, 2021). Com essa mudança de conceito de saúde houve uma aumento nas atividades de em prevenção e atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade. A APS é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro, sendo a porta de entrada capaz de organizar o fluxo dos

serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (FAUSTO & MATTA, 2007; BRASIL, 2023).

A integralidade é um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) instituído e assegurado pela Constituição Federal de 1988, no artigo 198 e regulamentado em setembro de 1990 por meio da Lei 8080/90. Foi definida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990; DA SILVA et al., 2018).

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo: consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF (BRASIL, 2011; BRASIL, 2023).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Com a proposta de estabelecer de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011; BRASIL, 2021).

Através da Superintendência de Atenção Primária, estabelece-se diretrizes para a consolidação e o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família na Rede Municipal de Saúde com o objetivo de: desenvolver ações integradas que possibilitem o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família; definir as estratégias de gerenciamento

para as linhas de cuidado da atenção primária, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS; coordenar as linhas de cuidado de modo integrado, promovendo e acompanhando os planos de trabalho específicos; definir proposições visando a organização do fluxo de usuários na rede de saúde, considerando a coordenação do cuidado na Atenção Primária; apoiar o processamento de dados relacionados à Atenção Primária, com informações produzidas pelo Sistema Municipal de Saúde nas bases de dados nacionais; propor metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção primária na esfera municipal; desenvolver, em conjunto com a área de Gestão de Pessoas, estratégias de educação permanente e de aperfeiçoamento profissional no âmbito da Atenção Primária; promover avaliação integrada da Atenção Primária nos serviços de saúde e diferentes níveis de gestão; estabelecer parcerias com organizações governamentais, não governamentais e setor privado, visando o fortalecimento da Atenção Primária; otimizar a execução das linhas de financiamentos disponíveis dentro do Sistema Único de Saúde - SUS; orientar o desenvolvimento de pesquisas e outros mecanismos gerenciais que favoreçam políticas e estratégias de ações na Atenção Primária (SICI- RJ, 2023).

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS) no Ministério da Saúde, implementando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004). A Educação Permanente em Saúde (EPS), por sua vez, aborda a educação pelo trabalho, colaborando como uma fonte qualificadora para a assistência à saúde da população. Neste contexto, destaca-se o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), como uma ação conjunta dos Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação e Cultura (MEC), voltadas a provocar mudança na formação das profissões da saúde, com uma maior aposta em sua sustentabilidade ao longo dos anos (FAUSTO & MATTA, 2007; HADDAD et al., 2012; BRAVO et al., 2021).

Educação Interprofissional

A interprofissionalidade está relacionada ao trabalho em equipe marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais de cada área da saúde, pela resolução de problemas e pela negociação nas etapas de decisão, a partir da construção de conhecimentos, interação entre as áreas e com respeito às singularidades e às diferenças das práticas profissionais (BATISTA, 2012).

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em “Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice”, reconheceu a educação e colaboração interprofissional como uma estratégia inovadora, que tem um importante papel em atenuar a crise na saúde global (WHO, 2010).

O conceito de EIP da OMS, assemelha-se ao criado pelo Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) do Reino Unido. O CAIPE define que a EIP “ocorre quando alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado” (BARR & LOW, 2013). Esse conceito também é adotado pelo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* e pelo *The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium* da Austrália, sendo o mais utilizado mundialmente.

Dentro da odontologia a incapacidade resolutiva do modelo cirúrgico-restaurador foi se tornando evidente com o passar do tempo. Em vez do tratamento restaurador sem controle de doença, ocorreu uma evolução na prevenção, como no controle do meio ambiente bucal através de fluoretos, controle de dieta, controle de placa. (BARROS et al, 2006). A abordagem de promoção de saúde diz respeito a qualquer esforço planejado para construir políticas saudáveis, criar ambientes saudáveis, fortalecer ação comunitária, desenvolver habilidades (EWLES e SIMNETT, 1992; BARROS et al, 2006), evidenciando a necessidade de integração entre as diferentes disciplinas. A interdisciplinaridade pode ser considerada como "o processo que envolve a integração e o engajamento de educadores em um trabalho conjunto de interação de disciplinas do currículo entre si e com a realidade, de modo a superar a fragmentação do ensino, objetivando a formação integral dos alunos a fim de que possam exercer criticamente a cidadania, mediante uma visão global do mundo, e serem capazes de enfrentar os problemas mais complexos, amplos e globais da realidade atual" (LÜCK, 1994, p. 80, BARROS et al, 2006). A perspectiva interdisciplinar agrega preceitos fundamentais, como a contextualização (entender a realidade ao seu redor) no sentido do que se deseja construir; o multidimensional referindo-se ao homem como um ser biológico, social e racional; e a complexidade dos fenômenos (MORIN, 2000, BARROS et al, 2006). Com o objetivo de uma abordagem integral em saúde a Educação Interprofissional (EIP) também é uma estratégia pedagógica essencial, que busca preparar o futuro profissional da saúde para o trabalho colaborativo (TOMPSEN, et al 2018). A EIP ocorre “quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva

colaboração e melhora dos resultados na saúde” (OMS, 2010;TOMPSEN, et al 2018)

Enfim, considerando os determinantes do processo saúde-doença: o hospedeiro e suas características, o meio ambiente físico, social, político e cultural. A educação interprofissional (EIP) é uma estratégia educacional que pretende preparar os estudantes e profissionais da área da saúde para trabalharem em equipes interprofissionais, aprimorando conhecimentos e habilidades para uma atuação coletiva e colaborativa. É uma ferramenta importante para atender às necessidades de saúde da comunidade, transformando esses profissionais em facilitadores no processo de educação em saúde (MACHADO et al., 2007). As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Odontologia (BRASIL, 2021), assim como de outros cursos da área da saúde, como Medicina (BRASIL, 2014), preconizam a implantação de atividades interprofissionais nos Projetos Pedagógicos de Curso, de modo que os estudantes tenham contato com a EIP ao longo da sua formação.

O Ministério da Saúde define educação em saúde como: “Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2006). As práticas da educação em saúde envolvem três partes: os profissionais de saúde, que devem valorizar a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores, que apoiam esses profissionais; e a população, que adquire seus conhecimentos e aumenta sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG, et al, 2013). Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, é essencial escolher estratégias didáticas que levem a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável. (CATRIB, et al, 2003; MACHADO, et al, 2007). Já educação na saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. (BRASIL, 2009; FALKENBERG, et al, 2013) Na educação em saúde deve ser priorizada a educação popular em saúde, que valoriza o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Na educação na saúde é enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos

profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real. (FALKENBERG, et al, 2013).

O projeto PET INTERPROFISSIONALIDADE/UFRJ foi um projeto desenvolvido na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação, através do Edital nº 10 de 23 de julho de 2018 do Ministério da Saúde/ SEGETS (BRASIL, 2018). É possível reconhecer que o PET-Saúde tem fomentado a valorização da formação pelo trabalho a partir da sua atuação junto aos serviços de saúde, estimulando parcerias e arranjos com secretarias e serviços que vão muito além dos muros da universidade, potencializando uma formação concatenada aos preceitos do SUS e com as necessidades de saúde da população brasileira (BRAVO et al., 2021).

No cenário da pandemia, mesmo com as mudanças trazidas pela COVID-19, a APS buscou garantir o acesso à saúde e cobertura da população do território de forma integral e equânime (BRASIL, 2020c). Um grande esforço conjunto foi realizado no sentido de agir ativamente para evitar que os usuários fiquem desassistidos e recebam um acompanhamento de qualidade mesmo diante da pandemia que ainda está em andamento. Várias formas foram utilizadas para manter o acompanhamento dos usuários permitindo que a equipe médica e de enfermagem respondessem às demandas, otimizando suas agendas para o atendimento dos pacientes sintomáticos respiratórios. Nesse contexto, o PET-INTERPROFISSIONALIDADE/UFRJ também contribuiu para o enfrentamento da COVID-19, bem como ferramentas como o Telemonitoramento. O projeto PET-INTERPROFISSIONALIDADE/UFRJ, no cenário de prática da Clínica da Família Felipe Cardoso proporcionou a realização desse estudo.

O Telemonitoramento

O Telemonitoramento (TL) foi uma das ferramentas de enfrentamento da COVID-19 utilizada pela equipe da APS visando o monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, rastreamento de contatos, vigilância ativa de síndrome gripal no território, além de outras condições de saúde, que requereram acompanhamento frequente, como diabetes mellitus e hipertensão arterial (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

O processo de estabelecer e ampliar o atendimento remoto na área da saúde já vinha

ganhando mais espaço no Brasil e no mundo. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi instituído em janeiro de 2007 com o objetivo de possibilitar o fortalecimento e a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica SUS, integrando Educação Permanente em Saúde (EPS) e apoio assistencial por meio de ferramentas e Tecnologias da Informação e Comunicação. Esse programa é constituído por Núcleos Estaduais, Intermunicipais e Regionais, que desenvolvem e ofertam os seguintes serviços específicos para profissionais e trabalhadores do SUS: Teleconsultorias, os Telediagnósticos, as Segundas Opiniões Formativas e as ações de Teleducação (BVS, 2021).

Entende-se por telemonitoramento o ato realizado sob orientação e supervisão para monitoramento ou vigilância a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, incluindo a coleta de dados clínicos, sua transmissão, processamento e manejo sem que o paciente precise se deslocar até uma unidade de saúde (CFM, 2019).

Em 2019, a Organização Mundial de Saúde iniciou a elaboração da Estratégia Global de Saúde Digital, entendendo que os esforços nacionais podem ser potencializados pela colaboração, troca de conhecimento e de experiências entre países, centros de pesquisa, empresas, organizações de saúde e associações de usuários ou cidadãos, com o objetivo de promover a saúde para todos, em todos os lugares. Um aspecto muito significativo da proposta de Estratégia Global é que ela unifica, sob o termo Saúde Digital, todos os conceitos de aplicação das TICs em Saúde, incluindo e-Saúde, Telemedicina, Telessaúde e Saúde Móvel (BRASIL, 2021).

Após a publicação do Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019 o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Digital, estabeleceu as Diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS: (1) Transpor barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo, geográficas, para que os serviços e as informações em saúde cheguem a toda população; (2) Maior satisfação do usuário, maior qualidade do cuidado e menor custo para o SUS; (3) Atender aos princípios básicos de qualidade dos cuidados de saúde: segura, oportuna, efetiva, eficiente, equitativa e centrada no paciente; (4) Reduzir filas de espera; (5) Reduzir tempo para atendimentos ou diagnósticos especializados; (6) Evitar os deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2019). Posteriormente tal decreto foi revogado, sendo primeiramente substituído pelo decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022 (BRASIL, 2022a) e depois pelo decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023 (BRASIL, 2023).

A pandemia do coronavírus evidenciou de forma clara a importância da informação oportuna e precisa como instrumento de operação de tomada de decisão para as necessidades de curto, médio e longo prazos em saúde. O cenário dinâmico e de grande risco à população provocado pelo novo coronavírus, exigiu respostas contundentes de todo o sistema de saúde e, em especial do SUS, para coordenar as ações nacionais e orquestrar os esforços de estados, municípios e mesmo da Saúde Suplementar (BRASIL, 2021)

Nesse contexto, foi sancionada a Lei 13.989 de abril de 2020 (BRASIL, 2020d) que autorizou o uso da telemedicina enquanto durar a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Mais recentemente, essa lei foi revogada e a Lei Nº 14.510, de 27 de Dezembro de 2022 está em vigor e regulamenta a telessaúde, que abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios: I - autonomia do profissional de saúde; II - consentimento livre e informado do paciente; III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; IV - dignidade e valorização do profissional de saúde; V - assistência segura e com qualidade ao paciente; VI - confidencialidade dos dados; VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; IX - responsabilidade digital; dentre outras diretrizes importantes (BRASIL, 2022b).

Dentro da Odontologia, recomendações para o atendimento presencial foram dadas em julho de 2020 pela Nota Técnica SMS-RJ nº 04/200 da Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal, e na mesma nota, foram feitas determinações com relação ao telemonitoramento e suas normas. Baseando-se na Resolução do CFO nº 226 de 4 de junho de 2020: Artigo 2º: “Será admitido o telemonitoramento realizado por Cirurgião-Dentista, que consiste no acompanhamento à distância dos pacientes que estejam em tratamento, no intervalo entre consultas, devendo ser registrada no prontuário toda e qualquer atuação realizada nestes termos.” Artigo 3º: “Admite-se também, enquanto durar o estado de calamidade pública declarado pelo Governo Federal, a teleorientação realizada por Cirurgião-Dentista com o objetivo único e exclusivo de identificar, através da realização de questionário pré-clínico, o melhor momento para a realização do atendimento presencial.” Artigo 5º: “A Telessaúde na Odontologia, como estratégia de e-

saúde (Saúde Digital) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), deverá observar os princípios e diretrizes disciplinados nesta Resolução, bem como as disposições legais que a regem, sendo vetadas ao cirurgião dentista a prática de teleconsulta e teleprescrição (CFO, 2020b).

Algumas experiências no SUS durante a pandemia ilustram o papel do Telemonitoramento. Por exemplo, no município de Vitória, no estado do Espírito Santo, em uma Unidade da Saúde da Família (USF), a equipe de saúde se reorganizou com o objetivo de garantir acesso ao cuidado, recursos e informações de saúde para a população de quase 12 mil habitantes. Organizados em grupos prioritários pela equipe, o trabalho foi realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com suporte do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), para realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando a manutenção do vínculo com a USF. Nesse sentido, foi desenvolvido um projeto de atendimento remoto via telefone pelos ACS's e os membros do NASF, com o apoio das equipes de saúde da família da unidade. Foi realizado um fluxograma com quatro etapas: (1) identificação da necessidade de acompanhamento de cuidados programados, definição dos grupos prioritários e estratificação dos riscos a serem acompanhados; (2) na segunda etapa foi feito um levantamento de informações, elaboração de escalas de rodízio de equipes e desenvolvimento dos instrumentos de trabalho; (3) na terceira etapa foi realizada uma organização do fluxo, levantamento dos pacientes a serem acompanhados e início do telemonitoramento, e (4) na quarta etapa houve uma avaliação do processo. O telemonitoramento apresentou boa adesão junto aos usuários do território, fato esse que se deve ao vínculo fortalecido que os ACS possuem com a população. Os pacientes que receberam as ligações referiram sentimento de bem-estar associando ao fato de terem sido lembrados pela equipe durante a pandemia, contribuindo assim para a diminuição do estresse causado pela sensação de solidão provocada pelo fechamento dos serviços e do isolamento social. Porém, 10,4% dos contatos não foram concluídos, ou seja, não obtiveram sucesso, pois as ligações não foram completadas. Os autores concluíram que o trabalho do telemonitoramento funcionou de maneira eficiente, sendo necessário ponderar algumas fragilidades existentes no processo (RODRIGUES et al, 2020).

O papel dos agentes comunitários

Na Estratégia da Saúde da Família, a Equipe de saúde pode ter diferentes composições, e os agentes comunitários de saúde (ACS) são essenciais para a logística

funcional da estratégia. O papel do ACS é visitar regularmente as residências, dentro de sua área de atuação, fazer registros da população em relação a documentos básicos para o acesso aos serviços de saúde, além de anotar possíveis problemas que possam ser identificados na residência. O Agente também orienta as pessoas em relação à saúde, e encaminham às Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou outros locais de atendimento sempre que necessário. O ACS pode ser considerado um elo entre a saúde pública e a população. Ao visitar as residências, ele aplica ações educativas, esclarece dúvidas e auxilia o cidadão no agendamento do atendimento de saúde. A população deve abrir suas portas e receber bem os ACS, dando as informações necessárias para o cadastro e acompanhamento de todos os membros da família (BRASIL, 2017; MOROSINI & FONSECA, 2018).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, e começou como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em busca de alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Assim foi formada uma nova categoria de trabalhadores, constituída pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades.

Atualmente, a profissão de agente comunitário de saúde (ACS) é uma das mais estudadas pelas universidades de todo o País, pelo fato de que os ACS transitam por ambos os espaços – governo e comunidade – e intermediando essa interlocução (FIGURA 1) Ele tem um papel essencial no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe (FARIA, et al, 2009; BRASIL, 2012a; MACIEL, et al, 2020).

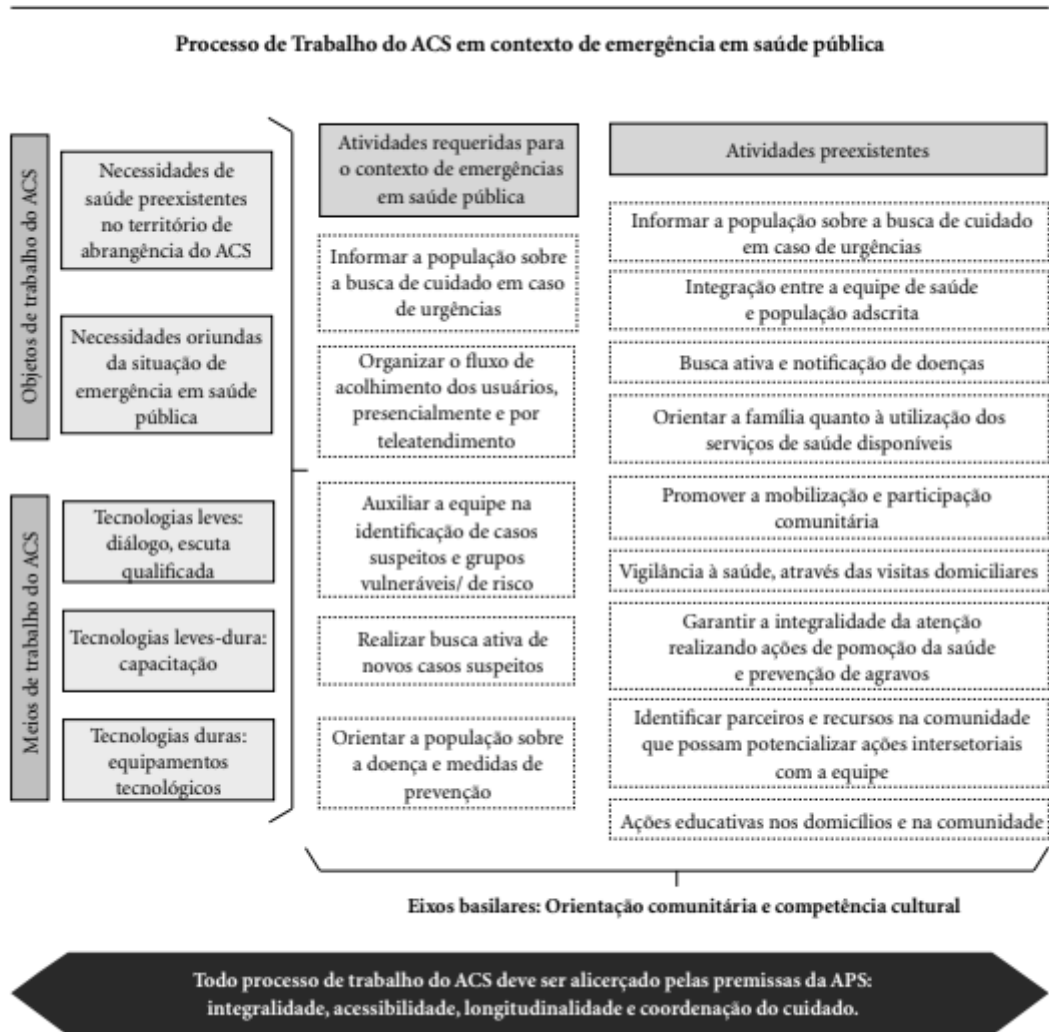


FIGURA 1. Diagrama sobre processo de trabalho do ACS em contextos de emergência em saúde pública. (Fonte: MACIEL, et al, 2020; FARIA, et al., 2009).

Uma revisão sistemática, do tipo metassíntese, por Afonso e colaboradores (2018), realizou uma análise sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que resultou em três unidades temáticas: (1) características, (2) problemas relacionados e (3) aspectos positivos do trabalho dos ACS. Dentro das características, destacou-se que o trabalho dos ACS é permeado por dimensões políticas e sociais do trabalho em saúde com uso predominante de tecnologias leves, tendo como principal insumo o conhecimento que esse profissional obtém junto às famílias, onde a visita domiciliar age como palco para o desenvolvimento desse contato. Sobre os problemas no trabalho dos ACS, foram identificados: falta de limites em suas atribuições, eventualmente, assumindo tarefas que não são da competência dos ACS. Os aspectos positivos identificados foram:

reconhecimento do trabalho e formação de vínculo com famílias e com a comunidade, satisfação por serem úteis à comunidade, e resolutividade, ligada ao sentimento de gratificação e utilidade, contribuindo, assim, para a satisfação profissional desses trabalhadores (AFONSO, et al. 2018).

Desde o início da pandemia, o papel do ACS se tornou ainda mais relevante e desafiador, os profissionais precisaram se reorganizar para atender às novas demandas da população na Atenção Primária. Em uma pesquisa publicada pelo Observatório COVID-19, da FIOCRUZ, com o objetivo de descrever a percepção dos ACS, que atuavam em comunidades pobres ou favelas no Brasil como membros da equipe da APS, na pandemia da COVID-19. A pesquisa utilizou um questionário de autopreenchimento aplicado a 775 ACS que declararam trabalhar em favelas ou comunidades pobres de 368 municípios e 26 Estados. A pesquisa ofereceu evidência para compreensão dos limites para a atuação dessa burocracia de nível de rua no contexto da pandemia. A pandemia impôs desafios inesperados aos modos usuais de interação dos ACS nas comunidades, como a rejeição dos moradores, a ausência de informação para lidar com a COVID-19 e até mesmo a falta de equipamentos de proteção individual para as visitas domiciliares. Os achados dessa pesquisa foram de extrema importância para avaliar a complexidade e desafios enfrentados pelos ACS perante a pandemia. Dentre alguns, se destacam que, o medo da COVID-19 foi a causa de queda na frequência às atividades da UBS. Um dado preocupante foi de que apenas 34% dos ACS disseram que receberam treinamento para a prevenção da COVID-19 para realização das visitas domiciliares. Além da atividade de capacitação ser crucial para a proteção dos ACS, eles são multiplicadores e podem informar aos moradores das favelas quanto à higiene pessoal e limpeza das superfícies da moradia e a importância de permanecerem em casa. A pesquisa trouxe evidências de que alguns desafios foram ignorados ou minimizados nas prescrições de políticas para a atenção primária. Metade dos informantes relatou que a população evitou o contato pessoal com os ACS, indicando uma crise de desconfiança em relação à estrutura de atendimento à saúde no nível primário. Mesmo diante da difusão massiva nas mídias tradicionais da necessidade de fornecimento de EPI para os profissionais de saúde que atuavam em contato direto com a população, 39% dos ACS informaram não os ter recebido das suas respectivas UBS, o que comprometeu a proteção da saúde (COSTA et al., 2020)

O papel dos preceptores

Dentro do cenário do SUS temos o preceptor. O preceptor tem um papel importante na interface entre o serviço e as atividades acadêmicas que ocorrem na unidade de saúde. Em um estudo realizado por Botti e Rego (2010) foi analisado o papel do preceptor na residência médica, partindo das percepções dos preceptores dos programas de residência em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Ao serem solicitados para definir a preceptoria em uma palavra os resultados foram diversos. Eles acreditam que um preceptor deve ser: orientador, exemplo, supervisor, tutor, guia, amigo, professor, moderador, facilitador, parceiro e educador (BOTTI, REGO, 2010).

Dentro da estrutura do SUS, desde a Atenção Primária até aos serviços especializados e de alta complexidade, os preceptores são essenciais. Eles atuam na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes. Dentro da APS, destacam-se oito aspectos fundamentais: 1. Concepção de conhecimento, que tem como característica básica estar sempre em construção e em questionamento; 2. Relação preceptor-educando; 3. Relação teoria-prática; 4. Relação ensino-pesquisa-trabalho; 5. Avaliação; 6. Inserção político-social da aprendizagem; 7. Construção da interdisciplinaridade; é importante a pactuação da equipe preceptora, construindo as programações de ensino em conjunto; 8. Pactuação interinstitucional (BARRETO et al., 2011).

O processo de trabalho e fluxo de atendimento aos usuários costuma ser um ponto crucial para que os profissionais possam realizar uma atenção integral à saúde do usuário.

As demandas apresentadas pelo usuário não devem apenas considerar as urgências, e sim precisa ser absorvida de forma a disponibilizar um cuidado integral ao indivíduo. Uma vez identificada a necessidade que motivou a busca do usuário pelo serviço, o cuidado pode ser pensado e planejado em suas várias dimensões dentro de uma equipe multiprofissional, e trabalhado numa perspectiva intersetorial na busca pela melhoria da condição e da qualidade de vida, tornando-se integral (CECÍLIO, 2001). Assim sendo, ao planejar estratégias de cuidado em saúde que visam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos devemos buscar a integralidade como eixo-central do planejamento. Portanto, doenças de base devem ser consideradas neste planejamento onde a saúde bucal é parte integrante. Nessa perspectiva, as doenças periodontais têm sido foco de inúmeros estudos.

Doenças Crônicas não transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são o maior desafio em saúde pública do século, suas taxas têm aumentado na população mundial e com projeção de

ascendência ainda maior nos países de baixa e média renda. Elas são responsáveis por 63% das mortes em todo o mundo (WHO, 2011). No Brasil, as Doenças Crônicas correspondem a 72% dos óbitos. Dentre as principais, destacam-se as doenças cardiovasculares, o câncer, o Diabetes Mellitus, a doença renal crônica e as doenças respiratórias crônicas. Em 2019, essas doenças foram incluídas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na lista das dez maiores ameaças à saúde pública no planeta (LADEIRA et al., 2022).

A etiologia das Doenças Crônicas é multifatorial, o que torna seu enfrentamento ainda mais desafiador para as equipes multidisciplinares de Saúde da Família, nas quais o cirurgião-dentista está inserido (LADEIRA et al., 2022).

A OMS classifica os fatores de risco para as Doenças Crônicas em comportamentais (tabagismo, inatividade física, dieta não saudável e uso nocivo do álcool) e metabólicos (hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, hiperglicemia, hiperlipidemia) (LADEIRA et al., 2022).

Com os desafios que as a DCNT, o Ministério da Saúde, em 2021, publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant). Esse documento apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a diminuir desigualdades em saúde. Em seu escopo estão a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde (BRASIL, 2021b).

O impacto das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem provocado mudanças nos modelos de cuidado com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) para uma resposta às necessidades de saúde e de cuidado das populações afetadas no mundo. Ela se configura como um dos pilares fundamentais para o enfrentamento das DCNT, englobando equipes que atuam em território definido, realizando ações de promoção, prevenção e assistência. Por conta disso, na cidade de Ribeirão Preto (São Paulo), em Unidades de Saúde da Família (USF) foi realizado um estudo longitudinal, de 2016 a 2018, com o objetivo de analisar o tratamento e controle do diabetes mellitus tipo 2 (DM2). A amostra deste estudo foi constituída por cem participantes e foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e

laboratoriais. Nele foram revisados e utilizados os dados desses 100 prontuários provenientes de cinco USF. Na amostra estudada, 63% dos participantes pertenciam ao sexo feminino. A faixa etária variou de 42 a 90 anos, com média de 66,9 anos, sendo que 77% eram idosos (com idade igual ou superior a 60 anos). O sedentarismo relatado no prontuário apresentou frequência de 94%. Além disso, no relatório foi observado que a metformina foi o medicamento predominantemente prescrito para as pessoas com DM2 nos três momentos do estudo, seguido por metformina associada à sulfonilureia e insulina associada a antidiabético Oral (ADO). Evidenciou-se também que ao longo dos anos o número de participantes que não usavam medicamentos decresceu e foram prescritos medicamentos para o tratamento da doença, inclusive com aumento no número de pessoas com prescrição de insulina. Além disso, percebeu-se que as pessoas que não consumiam álcool obtiveram melhor controle glicêmico ao serem comparadas com aquelas que consumiam álcool. Ressaltando a importância das equipes da ESF no desenvolvimento de estratégias para a redução do consumo de álcool na população, especialmente para pessoas com DM2 (GOMES et al., 2021).

Na cavidade bucal, a cárie dentária e a doença periodontal são exemplos de DCNT (WHO, 2015). Tanto a cárie quanto a doença periodontal, bem como a perda dentária decorrente destes agravos bucais, têm sido associadas às DCNT sistêmicas, como Diabetes, doenças cardiovasculares, doença renal crônica e doenças respiratórias crônicas. O Comitê de Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde preconiza que a abordagem preventiva para as DCNT bucais e sistêmicas deve ser direcionada aos seus fatores de riscos comuns (LADEIRA et al., 2022).

Saúde Bucal

A cárie e a doença periodontal são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes do mundo (WHO, 2012). Em 2019, houve 3,09 bilhões de novos casos de cárie dentária não tratada em dentes permanentes segundo o *Global Burden of Diseases Study 2019* (WEN, et al. 2022; LADEIRA, et al., 2023).

Tanto a cárie dentária quanto a Periodontite, apresentam um fator etiológico primário que é a placa bacteriana dental (KASSEBAUM et al., 2014).

Globalmente, a Periodontite afeta entre 45% e 50% dos adultos em sua forma mais branda, e os impactos da doença mais grave são vistos em 9–11% da população adulta do mundo. As doenças crônicas, geralmente, evoluem de uma forma progressiva desde os primeiros sinais subclínicos até o colapso do órgão-alvo.

Assim, como todas as DCNT, a cárie e a periodontite podem evoluir de forma de contínua até os estágios finais das duas doenças: a perda dentária. Os fatores de risco comportamentais e metabólicos, como dieta inadequada, fumo, higiene deficiente, para as Doenças não transmissíveis (DNT) também estão associados às doenças bucais. Assim as estratégias em saúde pública para prevenção das doenças crônicas bucais e sistêmicas devem estar integradas às soluções das doenças bucais, com abordagens direcionadas às suas causas comuns (EKE et al., 2012; KASSEBAUM et al., 2014; WATT, 2004; LADEIRA, et al., 2022; LADEIRA, et al., 2023).

A Medicina Periodontal constitui uma parte importante da pesquisa clínica, e tem crescido continuamente desde o início dos anos 2000, e a exploração de registros fornece uma atualização útil instantânea deste campo de pesquisa em constante evolução. Monsarrat e colaboradores (2016) realizaram um estudo de mapeamento de registros de pesquisas clínicas de associação entre as doenças periodontais e doenças crônicas sistêmicas. Eles concluíram que a doença periodontal tem sido estudada como apresentando potencial de estar associada com mais de 57 doenças.

Estudos recentes demonstraram que as doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus (PITONES-RUBIO et al., 2020; VASBINDER et al., 2022), hipertensão arterial sistêmica (ZHOU et al., 2021, EBINGER et al., 2022; SWAMY et al., 2022), obesidade (DOLAN et al., 2020, HOUVÈSSOU et al., 2022; PARAVIDINO et al., 2022), doenças respiratórias (AVEYARD et al., 2021) e tabagismo (CLIFT et al., 2022; HADDAD et al., 2022) foram um agravante para os casos de infecção pelo SARS-CoV-2. Evidências também apontam que essas doenças são associadas com a progressão da doença periodontal (GENCO et al., 2013), e estudos atuais estabeleceram uma relação direta entre a gravidade dos casos de infecção por SARS-CoV-2 e a presença de doença periodontal (BARBIRATO et al., 2021; MAROUF et al., 2021; ANAND et al., 2021; HAJISHENGALLIS, 2022). Esses estudos mencionados apontam para o papel da doença periodontal como condição que contribui para o processo inflamatório sistêmico do paciente.

No estudo Epicovid-19 Brasil, realizado com pacientes de todo país, foi encontrada uma forte associação entre usuários sintomáticos (prevalência de tosse, dispneia, palpitações e mialgia) com Doenças crônicas não transmissíveis com a COVID-19. Doentes crônicos apresentaram formas mais graves de COVID-19 e maior prevalência de sintomas (MESENBURG et al., 2021).

O agravamento dos quadros da COVID-19 associados às comorbidades mencionadas levanta o papel importante da manutenção da saúde bucal, tendo em vista que grande parte dos pacientes que possuem Periodontite apresenta comorbidades associadas (NAZIR, 2017; PITONES-RUBIO et al., 2020; BADRAN et al., 2020; PATEL et al., 2020; BARBIRATO et al., 2021). Estas precisam ser acompanhadas periodicamente, bem como a própria Periodontite, que são fatores de risco associados a doenças que agravam a COVID-19 (HOUVÈSSOU et al., 2022; HADDAD et al., 2022; VASBINDER et al., 2022).

A Periodontite é uma doença infecto-inflamatória causada pelo acúmulo de componentes microbianos e sua prevalência varia conforme a composição microbiana, a resposta de defesa do hospedeiro, bem como os fatores de risco que tornam os pacientes mais susceptíveis (ALMEIDA et al., 2006; GENCO et al., 2013; CAMARGO et al., 2016). A Doença Periodontal é descrita de acordo com a classificação vigente, de 2017 da Academia Americana de Periodontia; como uma doença inflamatória crônica, de etiologia multifatorial, associada a presença de biofilme disbiótico, onde a progressão pode resultar na destruição dos tecidos de inserção dos dentes (PAPAPANOU et al., 2018). Uma das manifestações das Doenças Periodontais é a Periodontite, que é uma doença inflamatória crônica, caracterizada pela perda de inserção clínica e perda óssea alveolar, presença de bolsa periodontal e sangramento. Ela é subdividida em estágios e graus, que definem sua gravidade, extensão e progressão (CATON et al., 2018; STEFFENS & MARCANTONIO, 2018; BAKARI, et al., 2021).

A Periodontite é sempre precedida de Gengivite (ALMEIDA et al., 2006). Lembrando que a gengivite é um processo inflamatório gengival reversível, podendo não evoluir para a periodontite caso os agentes etiológicos sejam controlados através da correta higienização oral. Essa constatação valoriza ainda mais a participação da Odontologia na Atenção Primária, e como parte da Equipe da Saúde da Família garantindo que ações coletivas de promoção de saúde, bem como, atendimento clínico odontológico relacionados ao controle de placa bacteriana dental sejam de extrema importância para evitar que processos inflamatórios gengivais (Gengivite) evoluam para uma Periodontite.

Devemos levar em consideração que a Periodontite é uma doença crônica, multifatorial e destrutiva, caracterizada pela inflamação dos tecidos periodontais, que

levam a uma gradual destruição do periodonto de inserção que suporta o dente (MEYER et al., 2008), e que pode causar a perda do elemento dentário. Os seus principais fatores de risco são diabetes mellitus (MEALEY et al., 2006; CHÁVARRY et al., 2009; GRAVES et al., 2020), tabagismo (CALINA et al., 2002; GENCO et al., 2013) e hipertensão arterial (KINANE et al., 2000; HOLMLUND et al., 2006; MARTIN-CABEZAS et al., 2016; AGUILERA et al., 2020). Estas condições apresentam maior prevalência e severidade da doença periodontal, contendo maiores índices de perdas dentárias, maior perda de inserção, sendo três a cinco vezes maior que a perda de inserção ocorrida no curso natural da doença, mobilidade dentária e maior profundidade de bolsa à sondagem (GENCO et al., 2013).

A Periodontite, seguida da doença cárie, configura como as principais causas de perda dentária (AL-SHAMMARI et al., 2005). Em termos globais, acredita-se que a periodontite seja responsável por 30-35% de todas as extrações dentárias (TRENTIN et al., 2007). Além disso, os seus índices são significativamente maiores em pacientes com diabetes mellitus, tabagistas e com hipertensão arterial. (KAPP et al., 2007) verificaram que indivíduos com diabetes mellitus exibiram uma perda dentária significativamente maior do que os não diabéticos. Observa-se, então, a correlação positiva entre a perda dentária e níveis de inserção clínico, tabagismo e alterações sistêmicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Diabetes mellitus (DM) e Periodontite são doenças crônicas, multifatoriais, que apresentam uma associação bidirecional. Isto é, o paciente diabético descompensado apresenta maior severidade de periodontite, que afeta diretamente e negativamente o controle glicêmico. Isso se aplica também ao fato de que a manutenção da saúde periodontal melhora o controle glicêmico e vice-versa. Essa associação entre DM e periodontite é verificada pelos elevados níveis sistêmicos de mediadores inflamatórios, incluindo proteína C reativa (PCR), TNF- α e IL-6. Por isso, a diabetes mellitus induz alterações na resposta celular do sistema imunológico, resultando em uma maior deterioração periodontal nesses pacientes. Sendo um fator em comum com o quadro de COVID-19, pois apresenta também níveis séricos de leucócitos e PCR significativamente mais elevados (MAROUF et al., 2021). Quanto maior a associação dos fatores de risco da COVID-19, maior será o risco de complicações mais graves, que evoluem de uma síndrome respiratória aguda para quadros de pneumonia com insuficiência respiratória,

podendo levar a óbito. Dessa forma, percebe-se que o tratamento periodontal proporciona a melhora do controle glicêmico em pacientes com diabetes do tipo 2, assim como no equilíbrio do metabolismo de lipídeos e glicose, e nos níveis séricos de PCR, IL-6, fibrinogênio, IL-1 beta. E ainda proporciona um quadro clínico menos severo nesses pacientes infectados pela COVID-19.

Segundo ZHAO et al., (2019) pacientes com Periodontite enfrentam maior risco de desenvolver hipertensão quando comparados a indivíduos com periodonto saudável. Logo, a doença periodontal tem um impacto negativo na saúde sistêmica e na qualidade de vida do indivíduo. Hoje, sabe-se que as doenças cardiovasculares estão dentro do grupo de risco da COVID-19, sendo mais prevalente nos pacientes que agravam o quadro da COVID-19. A hipertensão, doença cardiovascular e diabetes são as comorbidades mais prevalentes entre os pacientes com COVID-19 que morreram em comparação com os sobreviventes (TADIC et al., 2020), apresentando uma percentagem substancialmente mais elevada em relação ao número de pacientes fazendo uso de ventilação mecânica, internados na UTI (Unidade Terapia Intensiva) e no número de óbitos em indivíduos infectados pela COVID-19.

O indivíduo obeso apresenta um estado hiper inflamatório e anormalidades metabólicas relacionadas com o metabolismo glicêmico e funções hepáticas que suportam as hipóteses de maior susceptibilidade e gravidade da periodontite nesses pacientes; A obesidade é um distúrbio causado pelo acúmulo excessivo de gordura corporal devido a desregulação entre gasto e ganho energético, e, sofre influência de fatores ambientais, genéticos e comportamentais (AZEVEDO et al, 2020).

O estado hiper inflamatório e o comprometimento do metabolismo da glicose tendo como principais fatores biológicos associados às citocinas pró-inflamatórias IL1 β , IL-6 e TNF- α , perda da homeostasia de leptina e adiponectina, aumento dos níveis de ácidos graxos livres e de espécies reativas de oxigênio, acúmulo de AGEs (*Advanced Glycation End-Products*), aumento da colagenólise e complicações vasculares decorrentes da hiperglicemia, estresse oxidativo, proteína C reativa e angiotensinogênio. É possível que o efeito da obesidade nos tecidos periodontais represente um somatório de fatores de risco e condições favoráveis ao desenvolvimento da periodontite, e não apenas pelo acúmulo de adipócitos e aumento do IMC. Condições sistêmicas como o estado hiper inflamatório, resistência insulínica e diabetes mellitus, e as doenças hepáticas não gordurosas parecem

interferir de forma sinérgica e cumulativa com a obesidade nos tecidos periodontais, frente a um biofilme periodontopatogênico (AZEVEDO et al, 2020).

Considerando o exposto, observa-se a importância do cuidado em saúde bucal para a qualidade da saúde geral da população. Particularmente, podemos refletir sobre a importância do tratamento periodontal para melhorar o quadro clínico das doenças crônicas não transmissíveis, além da sobrevida e funcionalidade dos elementos dentários em si. No caso das Gengivites e Periodontites, o tratamento periodontal, resumidamente, pode ser dividido basicamente em três fases: medidas associadas com a causa, medidas corretivas e medidas de manutenção (terapia de suporte periodontal). Os objetivos da fase de medidas relacionadas à causa são: promover o autocuidado através de instruções do controle de placa bacteriana dental, remover a placa bacteriana dental (biofilme) e controlar o processo inflamatório, consistindo em remoção dos fatores retentivos de placa por meio da raspagem supragengival e profilaxia, adequação de restaurações deficientes, e remoção de restos radiculares. No caso da Periodontite, faz-se necessário o acréscimo da raspagem subgengival e alisamento radicular para remoção do biofilme e cálculo subgengival em áreas com bolsas periodontais. As medidas corretivas englobam as medidas terapêuticas cirúrgicas periodontais. As medidas relacionadas à manutenção têm como objetivo principal a prevenção da recidiva da doença periodontal, sendo essencial a abordagem dos fatores de risco associados: orientação para a cessação do tabagismo, controle do diabetes mellitus e da hipertensão arterial (VALENTE & BARROS, 2019).

À vista disso, a literatura aponta que o tratamento bem-sucedido da Periodontite melhora os marcadores séricos de inflamação (PCR, IL-6) (D'AIUTO et al., 2013), bem como o controle metabólico sistêmico (MONTERO et al., 2020). Desta forma, este estudo é de grande importância para enfatizar a abordagem interprofissional no cuidado em saúde, considerando o controle concomitante entre a doença de base (ex.: diabetes mellitus) e a Doença Periodontal. Ressaltando a relevância de boas condições de saúde periodontal, e conseqüentemente de saúde geral, especialmente em indivíduos infectados pelo novo coronavírus. Conseqüentemente, é essencial manter bons parâmetros clínicos periodontais, baixas possibilidades de recidivas e perdas dentárias e melhora do quadro clínico de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial e diabete mellitus) e da COVID-19. Além disso, aumenta a probabilidade de detectar e tratar de maneira periódica, outras doenças ou condições encontradas dentro da cavidade bucal.

Através do exposto, podemos perceber a importância do cuidado interprofissional em saúde. O conceito de interprofissionalidade está relacionado ao trabalho em equipe enfatizando os papéis profissionais de cada área da saúde, refletindo sobre a resolutividade de problemas e pela negociação nas etapas de decisão, a partir da construção de conhecimentos, interação entre as áreas e com respeito às singularidades e às diferenças das práticas profissionais (BATISTA, 2012). Esse conceito de Educação Interprofissional em Saúde apresenta como principal estratégia formar profissionais com aptidão para o trabalho em equipe, e prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde.

Desde 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em “*Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*”, reconhece a educação e colaboração interprofissional como uma estratégia inovadora, que tem um importante papel em atenuar a crise na saúde global (WHO, 2010).

A educação interprofissional (EIP) é uma estratégia educacional que serve de ferramenta para atender às necessidades de saúde da comunidade, transformando os profissionais em facilitadores no processo de educação em saúde (MACHADO et al., 2007).

As novas DCN dos cursos de Odontologia (BRASIL, 2021a), assim como de outros cursos da área da saúde, como Medicina (BRASIL, 2014), preconizam a implantação de atividades interprofissionais nos Projetos Pedagógicos de Curso, de modo que os estudantes tenham contato com a EIP ao longo da sua formação. Essa seria uma estratégia para a aplicação da integralidade e atendimento integral aos usuários dos serviços de saúde.

Qualidade de vida e OHIP

A qualidade de vida pode variar de acordo com contextos sociais, culturais, políticos e práticos em relação à saúde. Ou seja, definições de saúde e qualidade de vida envolvem necessariamente um julgamento individual e social sobre o que é considerado normal ou relevante e estão fortemente associados a valores (PATRICK & ERICKSON, 1993).

De acordo com a definição de saúde da OMS de 1948, saúde pode ser definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou invalidez” (WHO, 1948). Dessa forma o termo saúde se refere a experiências subjetivas de um indivíduo sobre seu próprio corpo físico e sobre suas experiências de

vida pessoais. Como tal, é um conceito sociológico e psicológico que pode ser aplicado tanto no nível individual quanto no nível populacional (LOCKER, 1997).

O tema qualidade de vida apresenta imprecisões teórico/metodológicas o que dificulta a investigação, o diálogo entre as diferentes áreas que trabalham com o tema e, principalmente, a aplicação do conhecimento produzido na melhoria da qualidade de vida da população (PEREIRA, et al, 2012).

O conceito preconizado pela OMS de qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (WHO, 1998; PEREIRA, et al, 2012).

A necessidade de compreender as limitações e o sofrimento dos indivíduos com alterações orais constitui uma forte motivação para a avaliação da Qualidade de Vida (AFONSO, et al. 2017).

Uma das metodologias desenvolvidas para a mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde oral foi um instrumento denominado “*Oral Health Impact Profile* (OHIP)”, que tem como objetivo avaliar o impacto de problemas bucais sobre a qualidade de vida a partir da percepção das pessoas acerca de disfunções e incapacidades relacionadas às condições bucais. As 49 questões do OHIP capturam sete dimensões formuladas conceitualmente baseadas no modelo teórico de saúde bucal de Locker. As sete dimensões são: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e incapacidade (SLADE & SPENCER, 1994; PIRES, et al, 2006).

Posteriormente, foi elaborada uma forma abreviada do “*Oral Health Impact Profile* (OHIP)” (SLADE & SPENCER, 1994), denominada OHIP-14 (SLADE, 1997). Após um processo de redução, um questionário de 14 itens agrupados em sete escalas foi desenvolvido, denominado “*Oral Health Impact Profile – Short Form* (OHIP-14)” (SLADE, 1997). O OHIP-14 possui dois itens de cada uma das sete dimensões pesquisadas.

Diante dos estudos apresentados, nota-se a importância deste projeto, para que estratégias interprofissionais consigam ser aplicadas, ao enfatizar a importância dos cuidados com a saúde bucal e geral, e especialmente, os cuidados periodontais. Incluindo

a atuação em diminuir as recidivas, agravos e perdas dentárias, e adicionalmente ser uma possível medida preventiva nos cuidados com os infectados pelo SARS-CoV-2.

Este estudo teve como justificativa analisar a contribuição do Telemonitoramento como ferramenta no enfrentamento da Pandemia COVID-19 ressaltando a sua importância para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em um serviço público de saúde. O estudo também colaborou para a criação de estratégias e no aprimoramento dos protocolos do cuidado em saúde para usuários do serviço da Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso, contemplando uma abordagem sistêmica e interprofissional. O estudo considerou a saúde bucal de usuários com e sem comorbidades, e com Periodontite, a fim de instalar soluções adequadas para a melhoria da saúde bucal e sistêmica desses indivíduos.

Esta pesquisa contribuiu para a reflexão teórica e prática acerca da correlação da doença periodontal, existência de comorbidades, e o desafio da COVID-19. Com as informações produzidas neste estudo, através do contato pelo Telemonitoramento, foi possível evidenciar a importância de se desenvolver estratégias, como por exemplo, priorização do atendimento da população considerando seu risco de agravamento de outras doenças. A partir destes resultados, serão propostas estratégias e soluções adequadas para o cuidado em saúde, com vistas a melhorar a condição clínica periodontal dos pacientes e sua saúde geral. Sendo importante considerar o equilíbrio do meio ambiente bucal através da terapia básica para a recuperação da saúde periodontal e da saúde geral das pessoas.

Esta pesquisa teve a finalidade de descrever a experiência do cuidado em saúde por meio do Telemonitoramento no serviço de monitoramento a suspeitos de COVID-19 atendidos na Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso, na Área Programática 3.1- Rio de Janeiro no período de março de 2020 a outubro de 2021. Desta forma, gerando informações sobre o papel do Telemonitoramento no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a saúde bucal na pandemia de COVID-19 através da experiência vivida.

2- PROPOSIÇÃO

2.1. Objetivo geral

Esta pesquisa tem a finalidade de descrever a experiência do cuidado em saúde por meio do Telemonitoramento (TL) no serviço de monitoramento a suspeitos de COVID-19 atendidos na Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso (CSFFC) no SUS, e gerar informações sobre o papel do TL no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a saúde bucal na pandemia de COVID-19. Inclui-se também o levantamento das condições periodontais e presença de comorbidades conhecidamente relacionadas ao agravamento da COVID-19 numa amostra de usuários deste serviço (Equipe Souza Neto-ESN).

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1- Diagnóstico Situacional da saúde no Rio de Janeiro e na CSFFC.
- 2.2.2- Descrever a contribuição do Telemonitoramento na identificação dos usuários com comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, e tabagismo);
- 2.2.3- Descrever a contribuição do agente comunitário;
- 2.2.4- Identificar o perfil sociodemográfico dos usuários da CSFFC (ESN);
- 2.2.5- Identificar as condições atuais desses usuários em relação às suas comorbidades;
- 2.2.6- Avaliar o número de pacientes de risco para o agravamento da COVID-19;
- 2.2.7- Avaliar as condições de saúde bucal (perdas dentárias e condições periodontais) em uma amostra de usuários com e sem comorbidades;
- 2.2.8- Aplicar Questionário sobre saúde bucal, e sobre qualidade de vida relacionado à saúde bucal (OHIP-14);
- 2.2.9- Descrever a presença de comorbidades com a experiência de COVID-19;
- 2.2.10- Desenvolver estratégias de assistência odontológica diferenciadas para usuários com comorbidades, estratégias interprofissionais e educacionais em saúde.
- 2.2.11- Refletir sobre o potencial impacto desse estudo no cuidado em saúde bucal.

2.3- Hipótese

O telemonitoramento contribuiu para a identificação de grupos prioritários e para aprimorar o cuidado em saúde de usuários com comorbidades e doença periodontal.

3- DELINEAMENTO DA PESQUISA

3.1. Desenho do Estudo

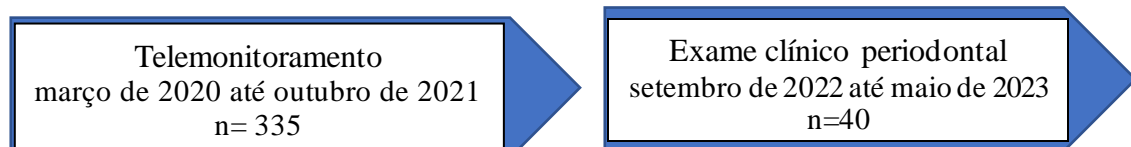
Este é um estudo observacional transversal, no formato de relato de experiência, que foi realizado a partir da análise do banco de dados do Telemonitoramento (TL) utilizado no monitoramento de suspeitos de COVID-19 da Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso (CSFFC), localizada na Penha, área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro, no período de março de 2020 até outubro de 2021. Essa análise envolveu a identificação de usuários com e sem comorbidades, e levantamento das condições periodontais numa amostra de usuários deste serviço.

3.2. População alvo da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com usuários dos serviços da CSFFC, localizada na área programática AP-3.1, na Penha. A análise incluiu usuários de uma Equipe de Saúde da Família, Equipe Souza Neto, triados por meio do TL.

3.3. Amostragem

A amostra total do estudo foi de usuários da Unidade de Saúde que procuraram atendimento na Atenção Primária na Clínica da Família Felipe Cardoso (Equipe Souza Neto), na Penha, no período de março de 2020 até outubro de 2021, com sintomas de síndrome gripal durante o referido período da pandemia. Esses usuários foram cadastrados em planilhas confeccionadas durante esse mesmo período com o objetivo de monitoramento das condições de progressão dos sintomas da COVID-19 (população TL). Posteriormente, o levantamento das condições periodontais foi realizado numa parte da amostra do tipo não-probabilístico, classificada como “por conveniência”. Desta forma, a amostragem foi feita utilizando os usuários que fizeram parte do TL nesta Equipe da CSFFC.



3.4. Critérios de Inclusão

Pacientes cadastrados na Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso (Equipe Souza Neto) que foram monitorados no período citado, e que buscaram atendimento no serviço por motivo de sintomas de síndrome gripal.

Em relação à amostra de pacientes examinados, o critério foi de examinar apenas indivíduos maiores de 18 anos.

3.5. Coleta dos Dados

A coleta dos dados (anamnese, exame odontológico periodontal e perdas dentárias) foi realizada na CSFFC, na Avenida Nossa Senhora da Penha, número 42 – Penha, pela pesquisadora principal (CSAM).

A Extração de dados sobre o perfil socioeconômico e informações de saúde foi obtida através da planilha existente no TL, bem como, informações a respeito de existência ou não de comorbidades.

Através do banco de dados do TL, também foi possível a extração de dados sobre a experiência com a COVID-19 dos usuários que procuraram o serviço no período de março de 2020 até outubro de 2021.

Ao identificar pacientes com e sem comorbidades, foi definida uma amostra desses usuários para exame clínico periodontal completo. O exame clínico foi realizado no período de setembro de 2022 até maio de 2023. Foram examinadas as condições periodontais utilizando a Nova Classificação das doenças periodontais (CATON et al., 2018; PAPAPANOU et al., 2018), e perdas dentárias.

Os dados foram tabulados em um banco de dados e analisados através do programa estatístico *R Core Team (2023)*. *R: A language and environment for statistical computing*. *R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria*. URL <https://www.R-project.org/> realizada pela estatística Bruna Bronhara (CONRE 10665-A)

3.5.1- Anamnese: Os dados foram coletados através de questionário pré-estabelecido que faz parte das fichas de prontuário da Faculdade de Odontologia -UFRJ (ANEXO 1).

3.5.2- Coleta de dados clínicos periodontais:

O exame clínico foi realizado utilizando equipamento odontológico com refletor e kit de inspeção contendo espelho e sonda periodontal Unc 15, onde todas as regiões da cavidade oral foram inspecionadas e realizada a sondagem periodontal por um examinador único e calibrado (CSAM). Para avaliação periodontal todos os dentes permanentes foram avaliados, excluindo os terceiros molares.

O exame clínico periodontal dos voluntários envolvidos no estudo foi realizado por um operador calibrado (CSAM).

O exame periodontal incluiu a medição dos parâmetros clínicos descritos a seguir, coletados e registrados em fichas do serviço de Periodontia da Faculdade de Odontologia-UFRJ:

3.5.2.1 Índice de placa visível (ANEXO 2)

Presença (1) ou ausência (0) de placa supragengival visível. Quatro superfícies foram examinadas: distal, vestibular, mesial e lingual. Este índice é citado na literatura como variante simplificada do Índice de Placa de SILNESS & LÖE de 1964 (AINAMO & BAY, 1975).

3.5.2.2 Índice gengival (ANEXO 2)

Presença (1) ou ausência (0) de sangramento à sondagem da margem gengival. Para avaliar tal índice, uma sonda periodontal foi levada de distal para mesial na margem da gengiva livre. Quatro superfícies foram examinadas: distal, vestibular, mesial e lingual.

A ficha (PERIOGRAMA) foi utilizada para a coleta de parâmetros clínicos como: profundidade de bolsa, nível clínico de inserção, sangramento à sondagem, supuração, e a partir desses dados foi definido o diagnóstico (critérios adiante no texto no item 4.5.2.8).

3.5.2.3-Profundidade de bolsa (mm) – PB (ANEXO 3)

A medida de profundidade de bolsa foi obtida usando a sonda periodontal milimetrada de North Carolina (*HU-Friedy*). A profundidade de bolsa em milímetros (mm) corresponde à medida que vai da base da bolsa periodontal à margem gengival (ARMITAGE, 1995).

3.5.2.4- Nível clínico de inserção (mm) – NIC (ANEXO 3)

O nível clínico de inserção (mm) corresponde à medida que vai da base da bolsa à junção cimento - esmalte (JCE) (RAMFJORD & ASH, 1979).

As medições clínicas de PB e NIC foram obtidas em 6 sítios por dente (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mésio-lingual, lingual, disto-lingual), em todos os dentes, com exceção dos terceiros molares.

3.5.2.5. Sangramento à sondagem (ANEXO 3)

Presença (1) ou ausência (0) de sangramento à sondagem. As medições clínicas foram realizadas em 6 sítios por dente (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mésio-lingual, disto-lingual), em todos os dentes, com exceção dos terceiros molares (AINAMO & BAY, 1975).

3.5.2.6. Supuração (ANEXO 3)

Presença (1) ou ausência (0) de supuração. As medições clínicas foram feitas em 6 sítios por dente (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mésio-lingual, lingual, disto-lingual), em todos os dentes, com exceção dos terceiros molares.

3.5.2.7. Envolvimento de Furca e mobilidade dentária (ANEXO 3):

A classificação de lesão de furca foi baseada na quantidade de destruição periodontal na direção horizontal presente na área interradicular. As lesões de furca podem ser classificadas em: Grau I: Caracterizada pela perda horizontal do tecido de suporte menor que 1/3 da largura do dente; Grau II: Caracterizada pela perda horizontal do tecido de suporte maior que 1/3 da largura do dente, mas não envolvendo toda a extensão da furca; e Grau III: Caracterizada pela perda horizontal dos tecidos de um lado a outro da furca (HAMP et al, 1975).

A mobilidade dentária foi classificada em graus, sendo: Grau 0: Mobilidade fisiológica medida a nível coronário. O dente é móvel dentro do alvéolo para aproximadamente 0,1 – 0,2 mm na direção horizontal; Grau 1: Aumento da mobilidade da coroa do dente para no máximo 1 mm na horizontal; Grau 2: Mobilidade visualmente aumentada da coroa do dente superior a 1 mm na direção horizontal; Grau 3: Mobilidade severa da coroa do dente nas direções horizontal e vertical, afetando a função do dente (MILLER, 1950).

3.5.2.8- Critério diagnóstico periodontal:

Saúde Periodontal:

Existem 4 níveis de saúde periodontal, dependendo se o periodonto tem inserção normal, nível ósseo ou suporte reduzido, bem como a capacidade de controlar fatores modificadores e resultados relativos do tratamento. Essas 4 categorias incluem

- 1) Saúde periodontal intacta: Definida como ausência total de inflamação clínica e vigilância imunológica fisiológica em um periodonto com suporte normal (sem perda de inserção ou perda óssea). Não é provável que a saúde periodontal intacta seja observada clinicamente;
- 2) Saúde periodontal clínica: Caracterizada por ausência ou níveis mínimos de inflamação clínica em um periodonto com suporte normal;
- 3) Estabilidade da Doença Periodontal em um periodonto reduzido: Caracterizada por inflamação mínima e ótima resposta terapêutica, com controle dos fatores de risco modificáveis; é um dos principais objetivos do tratamento da periodontite.
- 4) Remissão/controle da Doença Periodontal em periodonto reduzido: Caracterizada por uma diminuição significativa na inflamação, alguma melhora em outros parâmetros clínicos e uma estabilização da progressão da doença.

A estabilidade da doença periodontal e a remissão/controle da doença periodontal são diferenciadas com base na capacidade de controlar os fatores modificadores e a resposta terapêutica. Para pacientes nos quais não é possível controlar totalmente os fatores modificadores e predisponentes, a remissão/controle pode ser o objetivo terapêutico alcançável de forma mais realista. Idealmente, a restauração da estabilidade periodontal deve ser o principal objetivo do tratamento e pode ser alcançada controlando a inflamação e a infecção, reduzindo os fatores predisponentes e controlando quaisquer fatores modificadores. Embora a remissão/controle deva ser um alvo claro, com base nas evidências disponíveis, a baixa atividade da doença pode ser uma meta terapêutica alternativa aceitável, particularmente na doença de longa duração (LANG; BARTOLD, 2017).

Gengivite:

Um paciente apresentando periodonto intacto ($NCI \leq 3\text{mm}$) foi considerado diagnosticado como Gengivite de acordo com um escore de sangramento à sondagem \geq

10%, ainda classificado como localizado (escore SS $\geq 10\%$ e $\leq 30\%$) ou generalizado (escore SS $> 30\%$). A classificação proposta também pode ser aplicada a pacientes com periodonto reduzido, onde a gengivite seria caracterizada em um paciente com perda de inserção e escore de SS $\geq 10\%$, porém sem SS em nenhum local com sondagem $\geq 4\text{mm}$ de (TROMBELLI et al. 2018).

Periodontite:

Definida como doença inflamatória crônica multifatorial associada com biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do nível de inserção clínica. Clinicamente, caracteriza-se por:

1. Perda de inserção clínica detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes; ou 2. Perda de inserção clínica de 3 mm ou mais na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes, sem que tenha sido causado por: 1) recessão gengival de origem traumática; 2) cárie dental estendendo até a área cervical do dente; 3) presença da perda de inserção na face distal de um segundo molar e associado ao mau posicionamento ou à extração de terceiro molar; 4) lesão endoperiodontal drenando por meio do periodonto marginal; ou 5) ocorrência de fratura radicular vertical. A Periodontite foi classificada de acordo com seus estágios e seus graus utilizando a nova classificação periodontal (CATON et al, 2018; PAPAPANOU et al., 2018; STEFFENS et al., 2018).

A classificação de estágios foi relacionada com a severidade da Periodontite. Os estágios da doença foram primariamente definidos pela perda clínica de inserção, denominada, nesse texto, como “característica determinante”. Em sua ausência, utiliza-se perda óssea radiográfica. Caso houvesse “fatores de complexidade” (por exemplo, lesões de furca ou mobilidades avançadas), definiu-se o estágio por meio do pior cenário encontrado, de acordo com os “fatores que modificam o estágio”. Em pacientes tratados, o estágio não deve diminuir. Para todos os estágios, deve-se classificar ainda quanto à extensão: localizada (menos de 30% dos dentes afetados), generalizada (quando mais de 30% dos dentes estão envolvidos) ou padrão molar/incisivo. Os estágios são resumidos no QUADRO 1 apresentado a seguir (PAPAPANOU et al., 2018; STEFFENS et al., 2018):

Estágio I: Característica determinante: 1-2 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (< 15%). Características secundárias: profundidade de sondagem de até 4 mm, sem perda dental devido à periodontite e padrão de perda óssea horizontal.

Estágio II: Característica determinante: 3-4 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (15-33%). Fatores que modificam o estágio: profundidade de sondagem de até 5mm, sem perda dental devido à periodontite e padrão de perda óssea horizontal.

Estágio da Periodontite		Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
Severidade	Perda de inserção interproximal (sítios não adjacentes) com sangramento	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5mm
	Perda óssea radiográfica	Terço coronal (< 15%)	Terço coronal (15 a 33%)	Terço médio ou apical da raiz	Terço médio ou apical da raiz
	Perda dental	Sem perda dental causada pela periodontite	Sem perda dental causada pela periodontite	Até 4 dentes perdidos pela DP	5 ou mais dentes perdidos pela DP
Complexidade	PBS	PBS ≤ 4 mm Perda óssea horizontal	PBS ≤ 5 mm Perda óssea horizontal	PBS ≥ 6mm; perda óssea vertical de 3mm; lesão de furca grau II ou III	Disfunção mastigatória Trauma oclusal secundário (mobilidade grau II ou III) <20 dentes em boca
Complexa reabilitação	Disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário, mobilidade GII, defeito ósseo vertical severo (>3mm), colapso oclusal, <20 dentes.				
Extensão e distribuição	Adicional ao estágio	Localizada (<30% dos dentes envolvidos) Generalizada (> de 30% dos dentes envolvidos) Padrão molar incisivo			

QUADRO 1- Estágios da periodontite. Fonte: CATON et al., 2018; PAPAPANOU et al., 2018; STEFFENS & MARCANTONIO, 2018.

Estágio III: Característica determinante: 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz. Fatores que modificam o estágio: profundidade de sondagem de 6mm ou mais, com perda dental devido à periodontite em até 4 dentes. Pode ter perda óssea vertical de até 3 mm, lesões de furca grau II ou III e defeito de rebordo moderado.

Estágio IV: Característica determinante: 5mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz. Fatores que modificam o estágio: perda dental de 5 ou mais dentes devido à periodontite. Além dos fatores de complexidade listados no estágio III, pode ocorrer disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (mobilidade grau 2 ou 3), defeito de rebordo grave, problemas mastigatórios, menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas).

O grau reflete as evidências, ou o risco, de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica. Inicialmente, todo paciente com periodontite deve ser considerado como grau B e, assim, modificar esse grau (para A ou C) de acordo com: 1) evidências diretas de progressão; ou 2) evidências indiretas.

Após a determinação da graduação da periodontite pela evidência de progressão, o grau pode ser modificado pela presença de fatores de risco (tabagismo e diabetes mellitus), QUADRO 2.

Grau A – progressão lenta Característica determinante: evidência direta de não progressão de perda de inserção por 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de até 0,25 mm. Características secundárias: pacientes com grande acúmulo de biofilme, mas pouca destruição periodontal. Fatores de risco que podem modificar a graduação: sem fatores de risco (tabagismo ou diabetes mellitus).

Grau da Periodontite			Grau A	Grau B	Grau C
Critério Primário	Evidência Direta	NCI ou Perda Óssea (RX)	Sem perda por 5 anos	≤ 2 mm de perda em 5 anos	≥ 2 mm de perda em 5 anos
	Evidência indireta	% Perda óssea/idade	< 0,25	0,25 a 1,0	>1,0
		Fenótipo	Muita placa Pouca perda	Perda de acordo com os níveis de placa	Pouca placa e muita perda
Modificadores de grau	Fatores de risco	Tabagismo	Não fumante	≤ 10 cigarros/dia	>10 cigarros/dia
		Diabetes	Sem diabetes	HbA1c <7% com diabetes	HbA1c > 7% com diabetes

QUADRO 2- Graus da Periodontite Fonte: PAPAPANOU et al., 2018; CATON et al., 2018; STEFFENS & MARCANTONIO, 2018.

Grau B – progressão moderada Característica determinante: evidência direta de progressão inferior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de 0,25-1 mm. Características secundárias: destruição compatível com depósitos de biofilme. Fatores de risco que podem modificar a graduação: fumantes abaixo de 10 cigarros ao dia ou HbA1c (hemoglobina glicada) < 7% em pacientes com diabetes mellitus.

Grau C – progressão rápida Característica determinante: evidência direta de progressão igual ou superior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano superior a 1 mm. Características secundárias: a destruição excede ao esperado para a quantidade de biofilme. Padrões clínicos específicos sugerem períodos de rápida progressão e/ou acometimento precoce da doença (por exemplo, padrão molar/incisivo e ausência de resposta esperada às terapias de controle do biofilme). Fatores de risco que podem modificar a graduação: tabagismo (10 ou mais cigarros/dia) ou pacientes com diabetes mellitus (HbA1c igual ou superior a 7%) (PAPAPANOU et al., 2018; STEFFENS, 2018).

A classificação da doença periodontal foi confirmada por um segundo avaliador, em reuniões de consenso (alunos da pós-graduação e/ou orientadora) e registrado, utilizando o ANEXO 3.

3.5.3- Calibração

Para o exame clínico periodontal foi realizado um treinamento e calibração da examinadora (CSAM). O coeficiente de correlação intraclasse (ICC) foi calculado de forma a avaliar a calibração do examinador (CSAM) em relação aos parâmetros clínicos periodontais (profundidade de bolsa e nível clínico de inserção) onde o valor obtido deve ser superior a 0,85 de concordância. A calibração incluiu o registro da perda de inserção e da profundidade de sondagem.

Todos os parâmetros clínicos foram registrados na ficha periodontal para posterior análise estatística (ANEXOS 2 e 3).

3.5.4- Questionário sobre saúde bucal (ANEXO 4) e experiência COVID-19 e (ANEXO 5):

Um breve questionário foi utilizado para registrar os hábitos de saúde bucal contendo 3 questões objetivas. Este questionário foi baseado em perguntas em anamnese de prontuários. A experiência COVID-19 que o usuário vivenciou nos últimos anos desde março de 2020, foi registrada através de questionário com 7 questões. Este questionário foi desenvolvido para o estudo (ANEXO 5).

3.5.5. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (*The Oral Health Impact Profile – Short Form (OHIP-14) – Versão Brasileira* (ANEXO 6):

Esse instrumento tem por objetivo avaliar o impacto de problemas bucais sobre a qualidade de vida a partir da percepção das pessoas acerca de disfunções e incapacidades relacionadas às condições bucais. O OHIP-14 é a forma abreviada do *Oral Health Impact Profile* (OHIP) (SLADE & SPENCER, 1994). Após um processo de redução, um questionário de 14 itens agrupados em sete escalas foi desenvolvido, denominado *Oral Health Impact Profile – Short Form* (OHIP-14) (SLADE, 1997). O OHIP-14 possui dois itens de cada uma das sete dimensões pesquisadas (ANEXO 6):

1. Limitação funcional – que engloba os itens 1 e 2.
2. Dor física – que contém os itens 3 e 4.

3. Desconforto psicológico – envolvendo os itens 5 e 6.
4. Incapacidade física – com os itens 7 e 8.
5. Incapacidade psicológica – os itens que fazem parte são 9 e 10.
6. Incapacidade social – com os itens 11 e 12.
7. Desvantagem social – que envolve os itens 13 e 14.

Pelo fato do OHIP-14 ser um dos questionários de autoavaliação de saúde bucal mais difundidos devido à sua facilidade de uso e reduzido número de questões, já foi traduzido para diversos idiomas e validado, inclusive para o português (ALMEIDA et al., 2004; JACOBOWITZ et al., 2003; OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005; LEÃO & LOCKER, 2006; LEÃO & OLIVEIRA, 2008).

As perguntas foram direcionadas aos últimos seis meses da vida do indivíduo. As opções de resposta incluíram: sempre (valor 4), repetidamente (valor 3), às vezes (valor 2), raramente (valor 1) e nunca (valor 0).

SEMPRE	REPETIDAMENTE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
4	3	2	1	0

A análise dos resultados obtidos a partir da aplicação do OHIP-14 foi realizada através do método aditivo, que consiste na soma dos pontos (de 0 a 4) atribuídos as respostas dadas a cada um dos 14 itens.

3.5.6. Tabagismo:

No caso de usuários que responderam que eram fumantes, a ficha tabágica foi preenchida (OLIVEIRA & BARROS, 2020).

Existem diversas formas para avaliar o grau de dependência à nicotina e uma das mais utilizadas é o Teste (ou Escala) de Fagerström. Seis questões compõem a Escala e a pontuação pode variar entre 0 e 10 pontos: quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência. O Teste de Fagerström (FAGERSTRÖM, 1978; CARMO & PUEYO, 2002) foi utilizado para a Avaliação a Dependência a Nicotina (ANEXO 7).

3.6. Tratamento ofertado e estratégias de educação em saúde:

Cabe esclarecer que os usuários foram tratados pela ESF para as suas doenças de base e demais demandas, bem como foram abordados para tratamento periodontal na

própria CSFFC. Entretanto, houve aqueles que não responderam ao chamado, essa dinâmica está melhor explicada através da FIGURA 6 (Fluxograma de contato com os usuários).

Fez parte da abordagem de tratamento, a divulgação de material didático informativo sobre prevenção e auto-cuidados em saúde bucal. O material utilizado foi de vídeos e/ou folhetos sobre temas como: A relação entre Tabagismo e Doenças Periodontais, Diabetes melítus e Periodontite, etc.

3.7. Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) (ANEXO 10) e aprovado, parecer número 5.463.328 (ANEXO 8), e submetido no Comitê de ética da Prefeitura e aprovado, parecer número 5.603.500 (ANEXO 9).

Este protocolo de pesquisa em seres humanos seguiu as considerações éticas pertinentes de acordo com a Resolução N0 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) Foram considerados os possíveis riscos, inconvenientes e benefícios que a participação na pesquisa poderá acarretar aos sujeitos. A partir desta análise crítica de riscos e benefícios, os riscos foram minimizados ao máximo, incluindo o sigilo na coleta de dados para garantir a segurança dos indivíduos, e medidas de proteção à confidencialidade.

O Consentimento livre e esclarecido foi solicitado aos participantes que realizaram os exames clínicos periodontais, tendo em vista que o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Além da explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; bem como, explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Os benefícios consistem na contribuição individual e coletiva para promover o cuidado em saúde. Sob o ponto de vista da contribuição individual, o exame odontológico proporcionará uma avaliação da saúde bucal do indivíduo, através do diagnóstico de

patologias eventualmente existentes, e tratamento das doenças periodontais. Sob o ponto de vista da contribuição coletiva, teremos o benefício da criação de possíveis estratégias e aprimoramento dos protocolos do cuidado em saúde na unidade Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso, considerando uma abordagem sistêmica e interprofissional no enfrentamento da COVID-19 e sua correlação com a saúde bucal em usuários com comorbidades e que possuem Periodontite. Os riscos relacionados a esta pesquisa foram mínimos e estão relacionados ao vazamento de dados pessoais e geração de algum constrangimento aos participantes de pesquisa, porém os cuidados de confidencialidade e sigilo dos dados foram adequados através do uso da coleta de dados em um computador com senha. Além disso, o exame odontológico apresenta riscos inerentes ao processo, podendo causar contaminação e desconforto. Nesse sentido, os cuidados com a esterilização correta dos instrumentos foram tomados, e habilidades e competências da examinadora (pesquisadora principal) adequadamente treinada para tal exame.

3.8. Recursos Humanos:

A pesquisadora principal é a pós-graduanda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia UFRJ Clara Silva Avellar Mascarenhas que realizou o levantamento dos dados do perfil sociodemográfico e perfil clínico dos pacientes (usuários do serviço). A análise estatística dos foi realizada pela estatística Bruna Bronhara (CONRE 10665-A)

PESQUISADORA PRINCIPAL: CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS

CV: <http://lattes.cnpq.br/4817632828472846> e email: clarasamascarenhas@gmail.com

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. MARIA CYNÉSIA MEDEIROS DE BARROS

CV: <http://lattes.cnpq.br/4907507480382968> e email: cynesiaster@gmail.com

ALUNO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA: Fabio Assunção de Souza Morais

E-mail: fabio.morais015@gmail.com

PRECEPTORAS da CSFFC:

Cirurgiã-dentista: Dra. Carolina Pereira Mezabarba

Cirurgiã-dentista: Dra. Raquel Tavares Seghetto

CV: <http://lattes.cnpq.br/2760693505267093>

4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Diagnóstico Situacional da saúde no Rio de Janeiro e na CSFFC

No sentido de contextualizar os resultados alcançados neste estudo, as principais características geodemográficas disponíveis do município do Rio de Janeiro foram apresentadas no QUADRO 3 e FIGURA 2, abaixo.

Características Geodemográficas do Município do Rio de Janeiro	Valores
Área territorial (2022)	1.200,329 km ²
População estimada (2022)	6.221.423 pessoas
Pessoas residentes do sexo masculino (2019)	45,6%
Pessoas residentes do sexo feminino (2019)	54,4%
Densidade demográfica - Município do RJ (2018)	5.174,77 hab/km ²
Densidade demográfica (2000) – AP.3	11.567 hab/km ²
Escolarização 6 a 14 anos (2010)	96,9%
Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M), 2010	0,799
Índice de Desenvolvimento Humano- Penha (2000)	0,804
Mortalidade Infantil (2020)	12,1 óbitos por mil nascidos vivos
Taxa de Analfabetismo da População de 10 anos ou mais (2010)	2,8%
Esperança de vida ao nascer (2010)	75,69 anos
Unidades de atenção primária (CF; CMS; CSE) (2016) – Município do RJ-	229 unidades
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família	66,46%

QUADRO 3- Principais características demográficas do município Rio de Janeiro - DATARIO/INSTITUTO PEREIRA PASSOS (2019); IBGE (2004); IBGE (2010); IBGE (2021); IBGE (2022).

A Densidade demográfica é a medida expressa pela relação entre a população e a superfície do território, geralmente aplicada a seres humanos. É expressa em habitantes por quilômetro quadrado. Desta forma, verificamos que a densidade demográfica do território foco do estudo é alta.

De acordo com o recente Censo, realizado em 2022, a população brasileira tem 203.062.512 pessoas, e o território brasileiro tem uma densidade demográfica de 23,86 hab/km². O Estado do Rio de Janeiro tem um total de 16.054.524 pessoas, com uma densidade demográfica de 366,96 hab/km², o município do Rio de Janeiro tem uma população de 6.211.423 pessoas, ocorrendo uma redução em comparação com o Censo de 2010 (6 320 446 pessoas) e com uma densidade demográfica de 5.174,77 habitante por quilômetro quadrado.

A Área de Planejamento 3 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas, que correspondem a 16,6% do território municipal - 203,47 km² - e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro - 2.353.590 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km².

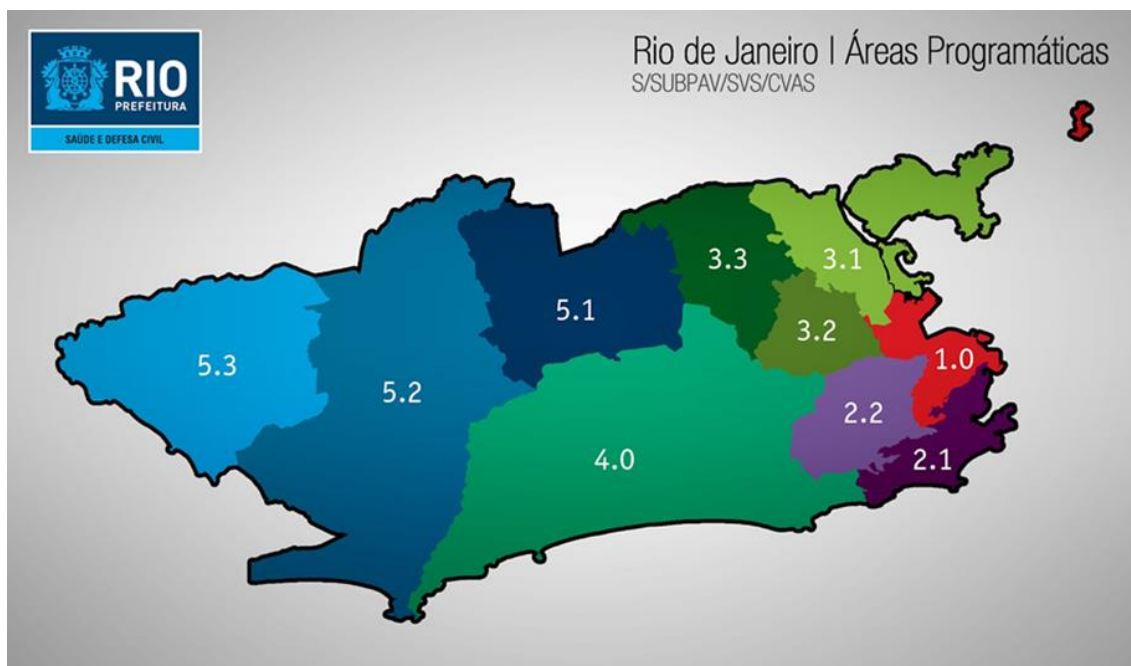


FIGURA 2- Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas com base na Secretaria Municipal de Saúde. (RIO DE JANEIRO, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade (expectativa de vida ao nascer), educação e renda da população, e varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. Em 2010 o IDHM do município do Rio de Janeiro foi de 0,799, encontrando-se em 45 ° no Ranking de IDHM do Brasil.

Em primeiro lugar está o município de São Caetano do Sul (SP) com 0,862 e em último lugar, em 5565º está Melgaço, município do Pará, com 0,418. (PNUD, 2010) Dentro da AP 3.1 existem diferenças discrepantes nos índices de desenvolvimento humano. Em um ranking com 126 bairros, realizado em 2000, pelo IBGE, o bairro Jardim Guanabara, na Ilha do Governador (uma das seis regiões administrativas da AP 3.1) tem o terceiro maior IDH dos bairros do Rio de Janeiro, com 0,963, o bairro da Penha se encontra em 87 º, com 0,804. Por outro lado, os complexos da Maré e Alemão tem um dos piores IDH do Rio de Janeiro, Maré com 0,722 (123º) e Alemão com 0,700 (126º) (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2000 IBGE, 2004).

Algumas características de saúde da população do município do Rio de Janeiro estão resumidas no GRÁFICO 1.



GRÁFICO 1- Número de óbitos e taxa bruta de mortalidade por 1.000 hab. da AP 3.1
 Fonte: RIO DE JANEIRO, Prefeitura-RJ- EPIRIO, 2023.

No QUADRO 4, apresenta-se os principais dados epidemiológicos sobre óbitos por COVID-19 e comorbidades dos habitantes do município do Rio de Janeiro, pertinentes ao presente estudo estão apresentados (QUADRO 4).

ANO 2020- ÓBITOS POR	RIO DE JANEIRO	AP 3.1
COVID-19	16.742 (23,13%)	2.143 (22,71%)
DOENÇAS HIPERTENSIVAS	3.095 (4,28%)	453 (4,80%)
DIABETES MELLITUS	2.751 (3,80%)	377 (4,00%)
TOTAL DE ÓBITOS	72.377	9.435
ANO 2021- ÓBITOS POR	RIO DE JANEIRO	AP 3.1
COVID-19	16.252 (21,56%)	1.765 (19,24%)
DOENÇAS HIPERTENSIVAS	3.472 (4,60%)	436 (4,75%)
DIABETES MELLITUS	2.662 (3,53%)	332 (3,62%)
TOTAL DE ÓBITOS	75.397	9.175
ANO 2022- ÓBITOS POR	RIO DE JANEIRO	AP 3.1
COVID-19	2.128 (3,56%)	206 (2,82%)
DOENÇAS HIPERTENSIVAS	2.955 (4,95%)	345 (4,72%)
DIABETES MELLITUS	2.376 (3,98%)	284 (3,89%)
TOTAL DE ÓBITOS	59.740	7.305

QUADRO 4- Dados epidemiológicos sobre óbitos por COVID-19 e comorbidades.

Fonte: Prefeitura-RJ- EPIRIO, 2023.

A presente pesquisa foi desenvolvida numa população de usuários da Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso que se encontra na área programática (AP3.1) do Rio de Janeiro o que geograficamente corresponde a região no entorno do campus UFRJ. A cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 (dez) Áreas Programáticas (AP) e cada uma delas é composta por vários bairros. A Área Programática 3.1 (AP 3.1) abrange do bairro de Bonsucesso até Jardim América, incluindo a Ilha do Governador, na Zona Norte da cidade. As unidades de saúde realizam a cobertura assistencial do Complexo do Alemão, Complexo da Maré, Complexo da Penha, Parque Royal, Dendê, Morro do Barbante, Vigário Geral e Parada de Lucas (FIGURA 2).

A AP 3.1 apresenta 30 unidades – sendo 17 Clínicas da Família e 13 Centros Municipais de Saúde – a AP 3.1 localiza-se no entorno do eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina e congrega seis Regiões Administrativas: Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré (VIVARIO, 2022)

As APs são muito heterogêneas, em função da história e evolução da ocupação. As APs 3.1, 3.2 e 3.3 juntas se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas vive nessa região.

Na unidade de Atenção Básica Felipe Cardoso (CSFFC) são ofertados serviços como acolhimento; acolhimento de gestante e do bebê; administração de medicamentos e nebulização; consultas de enfermagem, médica e odontológica; curativos; dispensação de medicamentos; exame preventivo; grupos de educação em saúde; imunização; pequenos procedimentos; planejamento familiar e dispensação de preservativos e contraceptivos; teste de gravidez e teste rápido para Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) (FIGURA 3).



FIGURA 3- Clínica da |Saúde da Família Felipe Cardoso

Fonte: <http://smsdc-csf-felipecardoso.blogspot.com/p/conheca-essa-estoria.html>

O número atual de equipes de Saúde da Família existentes na Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso é de 14 equipes: Caracol, Girassol, Grotão, Angra dos Reis, Vila Cruzeiro, Coqueiro, Parque Shangai, Quatro Bicas, São José, Três Reis, Ipojuca, São Lucas, Ary Barroso, **Souza Neto** e CnaR (consultório na Rua) (FIGURA 4).



FIGURA 4- Distribuição das 14 Equipes da Saúde da Família CSFFC

Nesse Diagnóstico Situacional, a Clínica de Saúde da Família Felipe Cardoso (CSFFC) apresenta cerca de 55 mil usuários cadastrados na Unidade, com 49.174 cidadãos ativos, 14.467 famílias e 22.777 domicílios, sendo 301 moradias rurais e 22.476 urbanas. Desses 49.174 usuários, 55,33% (27.208) são do sexo feminino e 44,67% (21.966) do sexo masculino, 27,68%(13.611) se autodenominam brancos, 55,91% (27.495) pardos, 14,74% (7.247) pretos, 1,66%(814) amarelos e 0,014%(7) consta como não informado. (ESUS, 2023).

A CSFFC conta também com O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogo, educador físico, assistente social e terapeuta ocupacional. A clínica conta com 252 profissionais cadastrados, 84 agentes comunitários, 7 cirurgiões-dentistas, 7 porteiros, 31 enfermeiros, 8 faxineiros, 3 assistentes sociais, 21 técnicos de enfermagem, 40 médicos, 4 psicólogos, 5 auxiliares em saúde bucal, 4 auxiliares de escritório, 2 assistentes administrativos, 14 agentes de combate a endemias, 3 agentes de ação social, 2 técnicos em saúde bucal, 2 técnicos em farmácia, 4 técnicos em radiologia, 1 farmacêutico, 3 fisioterapeutas, 1 gerente, 2 nutricionistas, 1 educador físico, 1 fonoaudiólogo, 1 terapeuta ocupacional e 1 atendente de farmácia. (DATASUS, 2023).

A clínica conta com 2 consultórios de saúde bucal (FIGURA 5), que conta com 5 equipes odontológicas, 2 compressores. 8 canetas de alta rotação, 6 canetas de baixa rotação, 4 amalgamadores, e 5 fotopolimerizadores (DATASUS, 2023).



FIGURA 5- Consultório de atendimento na CSFFC e contato com as preceptoras da CSFFC.

No município do Rio de Janeiro a proporção de diagnóstico médico autorreferido de pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) aumentou de 41,3% em 2013 para 49,8% em 2019. A porcentagem de diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial aumentou de 22,5% (2013) para 27,3% (2019) e a de diagnóstico médico autorreferido de diabetes de 5,9% (2013) para 9,8% (2019), demonstrando que antes da pandemia havia uma tendência ao aumento dessas comorbidades (IBGE,2019).

Dados mais atuais, coletados durante a pandemia pelo Vigitel 2021, demonstraram que a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial entre as capitais do Brasil variou entre 19,3% em São Luís e 32,0% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (32,2%), em Recife (30,2%) e Vitória (29,0%), e as menores em São Luís (13,8%), Boa Vista (18,3%) e Porto Velho (19,1%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Belo Horizonte (32,2%), no Rio de Janeiro (31,8%) e em Curitiba (31,5%), e as menores em Macapá (19,3%), Boa Vista (22,0%), Palmas e Goiânia (22,4%). Sendo assim, a cidade do Rio de Janeiro teve a maior frequência (32%; com IC 95%:27,5% - 36,4%) de adultos com diagnóstico de HAS comparado a outras capitais do Brasil e apresentou uma tendência de alta entre 2019 (27,3%) e 2021 (32%) (IBGE, 2019; BRASIL, 2021c).

A frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes melitus variou entre 6,4% em Rio Branco e 11,3% em Belo Horizonte. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Belo Horizonte (12,4%), no Rio de Janeiro (10,6%) e em João Pessoa (9,6%), e as menores em Rio Branco (4,2%), Natal (5,6%) e Florianópolis (5,7%). Entre mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente em Maceió (12,3%), Cuiabá (11,5%), no Rio de Janeiro, em Natal e Teresina (11,1%), e menos frequente em Manaus (5,9%), Goiânia (6,2%) e Macapá (7,1%). Sendo assim, a cidade do Rio de apresentou uma tendencia de alta no diagnóstico de DM entre 2019(9,8%) e 2021 (10,6% com IC 95%:8,6 %- 13,2%) (IBGE, 2019; BRASIL, 2021c).

Os dados do ESUS apontam que, atualmente (jan/2023) 10.961 usuários da CSFFC apresentam alguma condição de saúde que requer cuidado e acompanhamento, dentre esses 128 estão com tuberculose, 4.852 tem o diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica (HAS), 1.661 de diabetes mellitus (DM), 1.811 são tabagistas e 48 tem asma (ESUS, 2023).

A população foco do estudo é de uma das equipes da Saúde da Família da CSFFC, especificamente a Equipe Souza Neto. Esta Equipe conta com 6 agentes comunitários, 1 dentista, 1 auxiliar em saúde bucal, 1 enfermeiro preceptor, 2 residentes em enfermagem, 1 técnico em enfermagem, 1 médico preceptor, 1 residente em medicina e 1 agente de vigilância sanitária. A equipe é responsável por 4.232 usuários, 1.788 domicílios (15 rurais e 1.773 urbanos), 1.112 famílias e 3 usuários em situação de rua. Dos 4.232 usuários dessa equipe, 57,82% (2.447) são do sexo feminino e 42,18% (1.785) do sexo masculino (ESUS, 2023).

A população assistida da Equipe Souza Neto (ESN) é de 4.232 usuários distribuídos em diferentes faixas etárias conforme o QUADRO 5 abaixo:

Faixa etária	Usuários ESN	Faixa etária	Usuários ESN
Menores de 5 anos	228	35 a 44 anos	551
5 a 9 anos	346	45 a 64 anos	836
10 a 14 anos	336	65 a 74 anos	289
15 a 19 anos	343	Acima de 74 anos	167
20 a 34 anos	1.136		
TOTAL: 4.232			

QUADRO 5: Distribuição de usuários da ESN por faixa etária.

Fonte: Gerência da CSFFC (Janeiro de 2023).

A partir das informações apresentadas no Diagnóstico Situacional compreendemos que se trata de uma região com características de alta relação habitante-território, e com uma população com demandas de saúde abrangentes.

Contribuição do Telemonitoramento na identificação dos usuários com comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, e tabagismo):

O Telemonitoramento (TL) foi implementado na CSFFC em março de 2020 em função da pandemia para rastreamento de usuários com sintomas de síndrome gripal, num contexto inicial do processo de trabalho nas equipes de atenção primária frente à pandemia. O TL auxiliou a evitar que usuários sintomáticos respiratórios leves se aglomerassem nas unidades de saúde, mantendo-os sob cuidado remoto. Os objetivos principais do TL foram: (1) acompanhar a evolução e desfecho clínico das pessoas com síndrome gripal no território de abrangência da unidade, de maneira remota, por meio de contato telefônico e/ou mensagens de texto e voz; (2) descrever os casos segundo características sociodemográficas e de vulnerabilidade social; (3) integrar os estudantes (estagiários, residentes e extensionistas) às equipes da ESF para discussão de casos e necessidade de busca ativa.

O processo de trabalho do TL, na CSFFC em si, foi desenvolvido através de um Planejamento entre a Equipe de saúde da CSF, professores e equipes de saúde envolvidas no PET-INTERPROFISSIONALIDADE (BRASIL, 2018b).

O PET- INTERPROFISSIONALIDADE/ UFRJ realizava atividades acadêmicas de prática no cenário da CSFFC quando houve o início da pandemia. Nesse PET havia a participação de 5 cursos da área da saúde, incluindo Medicina, Odontologia, Enfermagem, Saúde Coletiva, e Psicologia. Para a continuidade de suas atividades extensionistas, houve uma adequação em função da pandemia. Uma das iniciativas foi a formação de força tarefa de acompanhamento da saúde dos usuários da CSFFC. Para tal, houve a elaboração de questionários para a avaliação dos usuários de primeira vez e outros de acompanhamento no FormSUS. Esse processo exigiu o aprimoramento de várias habilidades e competências, com o desenvolvimento de atividades, tais como: treinamento dos estudantes em TL e em relação ao manejo da COVID-19; integração dos

professores, equipes de saúde da família, residentes, e estudantes para desenvolver a metodologia de acompanhamento das pessoas; supervisão dos Professores e profissionais aos estudantes que realizaram TL no final do período; organização da planilha por um técnico de cada clínica para acesso compartilhado; sistematização regular dos dados do TL; priorização de atendimento baseado em risco.

Desta forma, o presente estudo foi desenvolvido com base nos usuários dessa planilha elaborada para a CSFFC que apresenta 14 equipes da CSFFC, dentre elas a Equipe Souza Neto (equipe escolhida para descrição desta experiência).

O TL contribuiu de forma fundamental para a identificação de indivíduos com síndrome gripal e potencialmente com COVID-19, permitindo um redirecionamento da assistência dentro do Sistema único de Saúde. Na sequência, o TL também adicionou ao sistema de trabalho a possibilidade de identificação de grupos prioritários (portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial), para que esses usuários fossem acompanhados. A partir do estabelecimento dessa prática, teve início o processo de aprimorar o cuidado em saúde bucal de usuários com comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, e tabagismo), que foi o foco desse estudo piloto.

Papel dos preceptores e agentes comunitários:

A pesquisa contou com a participação ativa e fundamental de duas preceptoras (CPM e RTS) experientes que já colaboram com o Projeto de Extensão: Reorientação da formação profissional em Odontologia – UFRJ – Experiência no SUS com ênfase nos determinantes sociais e fatores de risco para Doenças Periodontais, em parceria com a Odontologia-UFRJ desde 2012. As mesmas, em concordância com a gerência da Unidade, permitiram a organização da agenda de atendimentos viabilizando o agendamento dos usuários para atendimentos relacionados à pesquisa em horários alternativos. O papel dessas preceptoras foi fundamental e evidenciou a importância de uma atuação conjunta entre o serviço e a academia, valorizando ainda mais a parceria e aprimorando o atendimento ao público.

Quanto ao papel do agente comunitário (FPA), ficou claro o valor desse profissional na comunicação e contato com os usuários, fazendo busca ativa e ajudando

a organizar o processo de trabalho. O projeto em si dependeu muito dessa interação entre a pesquisadora e o agente comunitário, pois através dele a pesquisadora teve acesso a vários usuários que muitas vezes não respondiam as chamadas telefônicas.

Perfil sociodemográfico dos usuários e existência de comorbidades:

A população total do estudo foi de 335 usuários do serviço que procuraram atendimento na Atenção Primária na Clínica da Família Felipe Cardoso, na Equipe Souza Neto (ESN), na Penha, no período de março de 2020 até outubro de 2021 com sintoma de síndrome gripal. Sendo 64,48% ($n=216$) do sexo feminino. A média de idade da população foi de 39,75 anos ($DP= \pm 20,48$), numa variação de 01 ano a 92 anos. Dentre os 335 usuários, 40,90% ($n=137$) apresentavam comorbidades, enquanto, 59,10% ($n=198$) usuários não apresentavam comorbidades (TABELA 1).

TABELA 1 - Características demográficas da população atendida pelo telemonitoramento na Equipe Souza Neto ($n=335$) e existência de comorbidades:

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	GRUPO 1 (com comorbidades) ($n=137$)	GRUPO 2 (sem comorbidades) ($n=198$)	<i>p valor</i>
Idade (anos) média \pm DP	49,4 \pm 16,9	31,0 \pm 18,0	<0,001
Sexo (%)			
mulheres	96(70,1%)	120(60,6%)	0,082
homens	41(29,9%)	78(39,4%)	

DP=desvio padrão. 1: Teste T-Student para idade e teste do Qui-quadrado para Sexo.

Considerando que dentre o universo de usuários da ESN do TL ($n=335$), apenas uma amostra foi selecionada para o levantamento das condições periodontais, a seguir apresenta-se os dados sociodemográficos destes usuários examinados ($n=40$), na TABELA 2.

TABELA 2 - Características sociodemográficas da população da Equipe Souza Neto que foram submetidos ao exame clínico periodontal ($n=40$), com e sem comorbidades:

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		GRUPO 1 (com comorbidades) $n=25$	GRUPO 2 (sem comorbidades) $n=15$	p valor
Idade (anos) média \pm DP		47,92 \pm 14,55	34,13 \pm 11,23	0,002 ^a
Sexo (%)	mulheres	22(88,0%)	10(66,7%)	0,126 ^b
	homens	3(12,0%)	5(33,3%)	
Escolaridade				0,395 ^b
Analfabeto		0(0,0%)	0(0,0%)	
1º grau incompleto		8(32,0%)	4(26,7%)	
1º grau completo		4(16,0%)	1(6,7%)	
2º grau incompleto		5(20,0%)	3(20,0%)	
2º grau completo		8(32,0%)	5(33,3%)	
3º grau incompleto		0(0,0%)	2(13,3%)	
3º grau completo		0(0,0%)	0(0,0%)	

DP=desvio padrão. a: Valor de p do teste *T-Student*. b: valor de p do Teste do Qui-Quadrado.

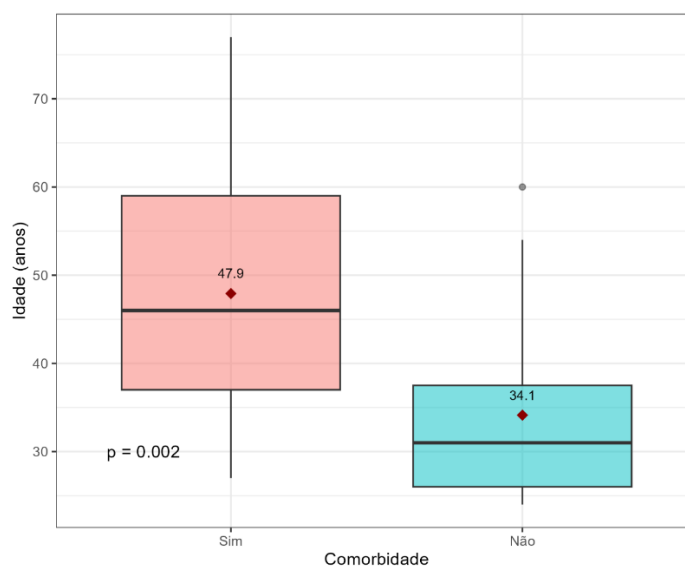


GRÁFICO 2: Idade segundo presença de comorbidade. Em destaque dentro da caixa os valores das médias de idade

Comorbidades e número de pacientes de risco para o agravamento da COVID-19:

As comorbidades apresentadas pelos usuários da população alvo estão citadas na TABELA 3 abaixo.

TABELA 3- Dados de condições sistêmicas da população no TL ($n=335$):

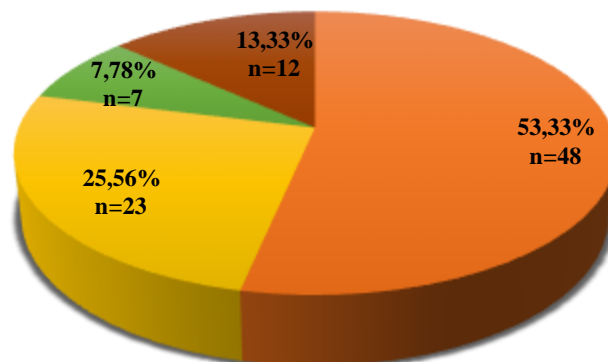
Condição Sistêmica	N	%
Hipertensão arterial sistêmica	90	26,87
Outra Doença Cardiovascular*	09	2,69
Diabetes mellitus	38	11,34
Doença Respiratória (asma ou bronquite)	13	3,88
Esquizofrenia	1	0,30
HIV +	4	1,19
Tabagismo	14	4,18
Multicomorbidades	49	14,63

*AVC, insuficiência cardíaca, ou infarto.

Dos 335 usuários da ESN que foram atendidos pelo TL no período de março de 2020 até outubro de 2021 dos indivíduos com comorbidades ($n=137$) 3,65% foram a óbito, enquanto, os indivíduos sem comorbidades ($n=198$) 0,50% foram a óbito. Além disso, 2,92% dos com comorbidade e 21,21% dos sem comorbidade eram menores de idade. Nessa população, 18,98% dos indivíduos com comorbidades contatados não tiveram interesse ou disponibilidade em participar do estudo, comparados com 10,10% sem comorbidade

Os resultados de dados de hipertensão arterial sistêmica (HAS) da população estudada ($n=335$), considerando usuários com HAS ($n=90$), associada ou não a outras comorbidades, estão apresentados no GRÁFICO 2, abaixo.

HIPERTENSÃO ARTERIAL ASSOCIADA À DM2 E OUTRAS COMORBIDADES



■ HAS ■ HAS+DM2 ■ HAS+DM2+OUTRA COMORBIDADE ■ HAS+OUTRA COMORBIDADE

Legenda: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo II (DM II).

GRÁFICO 3- Dados da população estudada com hipertensão arterial sistêmica associada ou não a outras comorbidades ($n=90$).

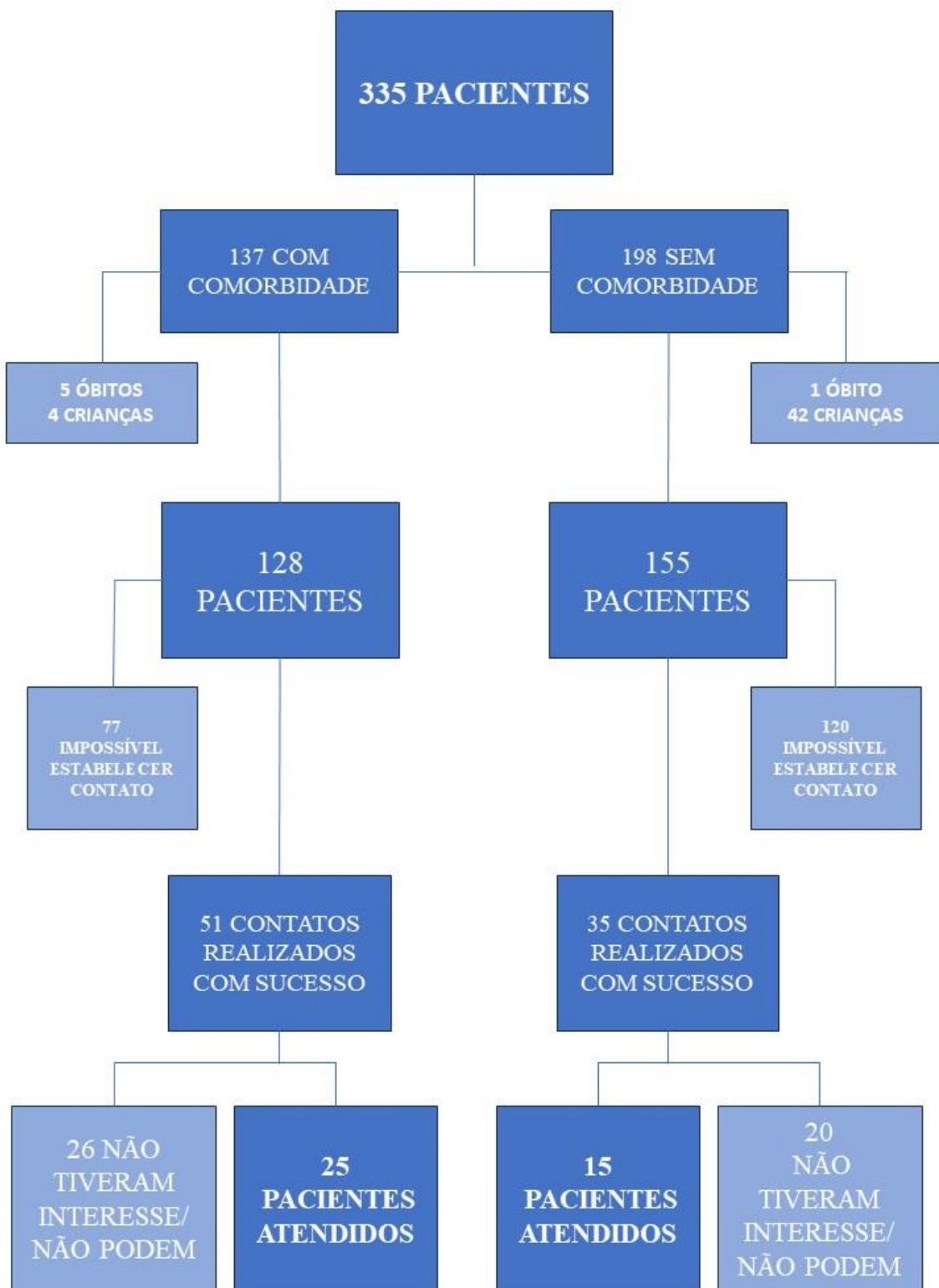


FIGURA 6- Fluxograma de contato com os usuários

Dos pacientes aptos a serem contactados (n=283), foi possível entrar em contato com apenas 30,39% (n=86) dos quais 14,13% compareceram para a avaliação (FIGURA 6).

Considerando que dentre o universo de usuários da ESN do TL (n=335), apenas uma amostra foi selecionada para o levantamento das condições periodontais, a seguir apresenta-se os dados relativos às condições sistêmicas destes usuários examinados (n=40), na TABELA 4.

TABELA 4- Dados de condições sistêmicas da população examinada com comorbidades:

Condição Sistêmica	N(n=25)	%
Hipertensão arterial sistêmica	15	60
Outra Doença Cardiovascular*	3	12
Diabetes mellitus	5	20
Doença Respiratória (asma ou bronquite)	4	16
Esquizofrenia	1	4
Tabagismo	6	24
Doença Renal Crônica	1	4
Pênfigo Vulgar	1	4
Multicomorbidades	9	36

*AVC, insuficiência cardíaca, ou infarto.

Considerando a amostra da população de usuários que foi examinada (n=40), houve a oportunidade de coletar mais dados sobre a saúde geral destes usuários. Inclusive, perguntando se os mesmos haviam sido acompanhados pela ESF durante a pandemia para o controle de suas doenças de base (hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus). Desta forma, tivemos acesso às informações sobre as medições de pressão arterial e hemoglobina glicada (QUADRO 6).

Condição sistêmica	Valores	Variação
Hipertensão arterial sistêmica (Média e DP) - mmHg	140,67 ± 19,07 86,67 ± 11,75	180-110 70-110
Diabetes mellitus (hemoglobina glicada) >7%	6,62 ± 1,28	5,9-8,9
Houve acompanhamento durante a pandemia? Sim Não	 	
	n=17 n=8	

QUADRO 6: Dados de HAS e Diabetes mellitus da população examinada com comorbidades (n=25)

Da população total estudada (n=335) apenas 4,18% eram fumantes (n=14). Considerando a população examinada (exame periodontal completo) (n=40), a mesma apresentou um percentual de 15% (n=6). Em média esses usuários (n=6) fumam 10 cigarros por dia. Desses 6 pacientes, todos apresentaram vontade de parar, 4 já tentaram, mas sem sucesso. A média do teste de Fagerström (ANEXO 7) dos pacientes foi 3.

Condições de saúde bucal (perdas dentárias e condições periodontais):

Dentre os 335 usuários, foram examinados para avaliação clínica das condições periodontais (n=40), sendo 25 usuários com comorbidades e 15 sem comorbidades.

O Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) obtido foi de 0,98 de concordância, garantindo a reprodutibilidade dos métodos de avaliação.

Na população estudada (n=40), 7,5% apresentavam edentulismo, 7,5% saúde periodontal, 2,5% saúde em periodonto reduzido, 20% gengivite, 5% gengivite em periodonto reduzido e 57,5% periodontite. Sendo todos os pacientes edêntulos pertencentes ao grupo com comorbidades. Considerando também que 16% apresentavam gengivite entre os indivíduos com comorbidades (tanto em periodonto reduzido ou não) e 40% entre os sem comorbidades. Saúde gengival foi encontrada em 12% entre os indivíduos com comorbidades (incluindo em periodonto reduzido) e 6,67% entre os sem comorbidades. Por outro lado, a periodontite foi encontrada em 60% entre os indivíduos com comorbidades e 53,33% entre os sem comorbidades (TABELA 7).

Em relação a perdas dentárias, houve muita dificuldade de identificar se as perdas dentárias foram por motivos periodontais ou por outros motivos incluindo cárie dentária. Os resultados estão apresentados na TABELA 5.

TABELA 5 – Média de dentes presentes, perdidos e pares em oclusão (n=40)

VARIÁVEIS	GRUPO 1	GRUPO 2	P valor ¹
	(com comorbidades) (n=25)	(sem comorbidades) (n=15)	
Ao menos 1 dente perdido	25(100,0%)	13(86,7%)	0,135
Média de dentes perdidos	11,5 ± 10,0	4,6 ± 4,9	0,009
Média de dentes presentes	20,5 ± 10,0	27,4 ± 4,9	0,009
Pares em oclusão	8,7 ± 5,2	12,4 ± 3,8	0,009

1: Teste de Fisher para variável “ao menos 1 dente perdido” e teste de Mann-Whitney para as demais variáveis numéricas.

Uma análise detalhada do *status* periodontal e classificação está descrita nas TABELAS 6 e 7, abaixo.

TABELA 6: Índices periodontais e de saúde bucal por porcentagem dos sítios dos pacientes com e sem comorbidade

ÍNDICES	COMORBIDADES		TOTAL	p-valor
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
IPV				<0,001
0	941/2052 (45,9%)	847/1644 (51,5%)	1788/3696 (48,4%)	
1	1111/2052 (54,1%)	797/1644 (48,5%)	1908/3696 (51,6%)	
ISG				<0,001
0	1934/2056 (94,1%)	1473/1644 (89,6%)	3407/3700 (92,1%)	
1	122/2056 (5,9%)	171/1644 (10,4%)	293/3700 (7,9%)	
CÁLCULO				<0,001
0	1978/2056 (96,2%)	1416/1648 (85,9%)	3394/3704 (91,6%)	
1	78/2056 (3,8%)	232/1648 (14,1%)	310/3704 (8,4%)	
REST DEF/CAVIDADE				<0,001
0	1928/2056 (93,8%)	1603/1644 (97,5%)	3531/3700 (95,4%)	
1	128/2056 (6,2%)	41/1644 (2,5%)	169/3700 (4,6%)	
RR				0,006
0	2056/2076 (99,0%)	1644/1648 (99,8%)	3700/3724 (99,4%)	
1	20/2076 (1,0%)	4/1648 (0,2%)	24/3724 (0,6%)	
FURCA				0,060
0	3071/3078 (99,8%)	2466/2466 (100,0%)	5537/5544 (99,9%)	
1	6/3078 (0,2%)	0/2466 (0,0%)	6/5544 (0,1%)	
2	1/3078 (0,0%)	0/2466 (0,0%)	1/5544 (0,0%)	
MOBILIDADE				0,002
0	484/513 (94,3%)	407/411 (99,0%)	891/924 (96,4%)	
1	19/513 (3,7%)	4/411 (1,0)	23/924 (2,5%)	
2	5/513 (1,0%)	0/411 (0,0%)	5/924 (0,5%)	
3	5/513 (1,0%)	0/411 (0,0%)	5/924 (0,5%)	
ISS				0,005
0	1807/3079 (58,7%)	1353/2466 (54,9%)	3160/5545 (57,0%)	

NCI	1	1272/3079 (41,3%)	1113/2466 (45,1%)	2385/5545 (43,0%)	<0,001
	1-3mm	2445/4800 (50,9%)	2119/2880 (73,6%)	4564/7680 (59,4%)	
	4-6mm	588/4800 (12,2%)	335/2880 (11,6%)	923/7680 (12,0%)	
	≥7mm	1767/4800 (36,8%)	426/2880 (14,8%)	2193/7680 (28,6%)	
PB	1-3mm	2600/4800 (54,2%)	2136/2880 (74,2%)	4736/7680 (61,7%)	<0,001
	4-6mm	446/4800 (9,3%)	322/2880 (11,2%)	768/7680 (10,0%)	
	≥7mm	1754/4800 (36,5%)	422/2880 (14,7%)	2176/7680 (28,3%)	

Valor de p referente ao teste não paramétrico Fisher.

Legenda: IPV: Índice de placa visível; ISG: Índice de sangramento gengival; CÁLCULO: REST DEFICIENTE/CAVIDADE: Restauração deficiente e/ou cavidade; RR: Resto radicular; FURCA: Lesão de furca; MOBILIDADE: Mobilidade dentária; ISS: Índice de sangramento à sondagem; NCI: Nível clínico de inserção; PB: Profundidade de bolsa

Em relação aos achados clínicos periodontais, considerando a Classificação das Doenças Periodontais (ARMITAGE et al., 1999), os resultados dos 40 usuários examinados demonstraram que 52,5% (n=21) apresentavam Periodontite Crônica Generalizada (PCG) e 5% (n=2) apresentavam Periodontite Crônica Localizada (PCL), os demais apresentavam saúde periodontal ou gengivite.

Ao utilizarmos a Classificação nova (PAPAPANOU et al., 2018; CATON et al., 2018), encontramos a Periodontite em diferentes estágios e graus (TABELA 7). Dentro dos estágios da Periodontite, se destaca o estágio III, acometendo 32,5% (n=13) de indivíduos (n=40); seguida de estágio IV acometendo 20% (n=8) indivíduos. Com relação aos Graus da Periodontite, o que mais se destacou foi Grau C em 52,50% (n=21) da população (TABELA 7).

TABELA 7- Diagnóstico periodontal dos indivíduos examinados de acordo com a Classificação das Condições Periodontais (CATON et al., 2018) em estágios e graus:

Variáveis	GRUPO 1	GRUPO 2	P valor
	(com comorbidades) (n=25)	(sem comorbidades) (n=15)	
Saúde periodontal	8,0% (n=2)	6,67% (n=1)	0,131
Saúde em periodonto reduzido	4,0% (n=1)	0,0% (n=0)	
Gengivite	8,0% (n=2)	40,0% (n=6)	
Gengivite em periodonto reduzido	8,0% (n=2)	0,0% (n=0)	
Edêntulos	12,0% (n=3)	0,0% (n=0)	

Periodontite	60,0% (n=15)	53,33% (n=8)	
Estágios			
I	6,66% (n=1)	0,0% (n=0)	
II	0,0% (n=0)	12,5% (n=1)	
III	46,67% (n=7)	75,0% (n=6)	
IV	46,67% (n=7)	12,5% (n=1)	0,179
Graus			
A	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	
B	6,67% (n=1)	12,5% (n=1)	>0,999
C	93,33% (n=14)	87,5% (n=7)	
Extensão/distribuição			
Generalizada	84,2% (n=16)	64,3% (n=9)	
Localizada	15,8% (n=3)	35,7% (n=5)	0,238

Teste de Fisher.

Questionário sobre saúde bucal, OHIP-14 e questionário sobre experiências com a COVID-19:

Dentre os 335 usuários encontrados na planilha da Equipe Souza Neto, 40 foram chamados para a realização do exame periodontal completo e anamnese detalhada incluindo questionário de saúde bucal, OHIP-14 e questionário sobre experiências com a COVID-19.

Dentre os 40 detalhadamente examinados, 25 eram indivíduos com comorbidades e 15 sem comorbidades. Nos usuários examinados, foi aplicado o questionário de saúde bucal cujos resultados estão na TABELA 8.

TABELA 8 – Resultado do questionário de saúde bucal (n=40):

Variáveis	GRUPO 1 (com comorbidades) (n=25)	GRUPO 2 (sem comorbidades) (n=15)	P valor^a
Frequência de escovação diária.			
1X dia	2(8,00%)	2(13,33%)	0,538
2-3 vezes	20(80,00%)	10(66,67%)	
Mais que 3 vezes	2(8,00%)	3(20,00%)	

Não escova	1(4,00%)	0(0,00%)	
Uso de algum enxaguatório			0,273
sim	5 (20,00%)	6(40,00%)	
Não	20(80,00%)	9(60,00%)	
Uso de fio dental			0,177
Sim	14(56,00%)	12(80,00%)	
Não	11(44,00%)	3(20,00%)	

a: Teste do Qui-Quadrado

Em relação ao uso de fio dental, dos 40 pacientes atendidos, 26 fazem uso do fio dental, dentre esses 26, 34,62% (n=9) informaram que utilizam o mesmo diariamente, 23,07% (n=6) utilizam 3 X por semana, 7,69% (n=2) utilizam 1x por semana, e 34,62% (n=9) raramente utilizam o fio dental.

Em relação ao instrumento avaliador de qualidade de saúde bucal (OHIP-14) os resultados obtidos estão na TABELA 9, TABELA 10 e TABELA 11.

TABELA 9 - Distribuição das respostas às questões do OHIP-14 (n=40):

OHIP	GRUPO 1 (com comorbidades) (n=25)	GRUPO 2 (sem comorbidades) (n=15)	p valor ¹
OHIP 1: Você teve problemas para falar alguma palavra?			0,583
0	18 (72,0%)	13 (87,0%)	
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
2	5 (20,0%)	2 (13,0%)	
3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
4	2 (8,0%)	0 (0,0%)	
OHIP 2: Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?			0,811
0	18 (72,0%)	13 (87,0%)	
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
2	4 (16%)	2 (13,0%)	
3	2 (8,0%)	0 (0,0%)	
4	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
OHIP 3: você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?			0,642
0	13(52,0%)	6 (40,0%)	
1	1 (4,0%)	2 (13,0%)	
2	8 (32,0%)	6 (40,0%)	
3	2 (8,0%)	0 (0,0%)	
4	1 (4,0%)	1 (6,7%)	
OHIP 4: Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?			0,105

0	11 (44,0%)	8 (53,0%)	
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
2	6 (24,0%)	7 (47,0%)	
3	4 (16,0%)	0 (0,0%)	
4	4 (16,0%)	0 (0,0%)	
OHIP 5: Você ficou preocupado?			0,811
0	6 (24,0%)	6 (40,0%)	
1	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
2	6 (24,0%)	2 (13,0%)	
3	4 (16,0%)	3 (20,0%)	
4	8 (32,0%)	4 (27,0%)	
OHIP 6: Você se sentiu estressado?			0,486
0	12 (48,0%)	8 (53,0%)	
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
2	4 (16,0%)	0 (0,0%)	
3	6 (24,0%)	4 (27,0%)	
4	3 (12,0%)	3 (20,0%)	
OHIP-7: Sua alimentação ficou prejudicada?			0,604
0	15 (60,0%)	12 (80,0%)	
1	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
2	5 (20,0%)	3 (20,0%)	
3	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
4	3 (12,0%)	0 (0,0%)	
OHIP-8: Você teve que parar suas refeições?			0,520
0	17 (68,0%)	13 (87,0%)	
1	2 (8,0%)	2 (13,0%)	
2	3 (12,0%)	0 (0,0%)	
3	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
4	2 (8,0%)	0 (0,0%)	
OHIP-9: Você encontrou dificuldade para relaxar?			0,460
0	17 (68,0%)	11 (73,33%)	
1	0 (0,0%)	1 (6,67%)	
2	3 (12,0%)	2 (13,33%)	
3	5 (20,0%)	1 (6,67%)	
4	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
OHIP-10: Você se sentiu envergonhado?			0,676
0	10 (40,0%)	8 (53,33%)	
1	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
2	5 (20,0%)	4 (26,67%)	
3	1 (4,0%)	1 (6,67%)	
4	8 (32,0%)	2 (13,33%)	

OHIP 11: Você ficou irritado com outras pessoas?			0,333
0	18 (72,0%)	12 (80,00%)	
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
2	6 (24,0%)	1 (6,67%)	
3	1 (4,0%)	1 (6,67%)	
4	0 (0,0%)	1 (6,67%)	
OHIP 12: Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?			0,696
0	22 (88%)	15 (100%)	
1	2 (8,0%)	0 (0%)	
2	1 (4,0%)	0 (0%)	
3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
4	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
OHIP 13: Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?			0,552
0	16 (64,0%)	12 (80,0%)	
1	2 (8,0%)	2 (13,33%)	
2	2 (8,0%)	1 (6,67%)	
3	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
4	4 (16,0%)	0 (0,0%)	
OHIP 14: Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?			>0,999
0	24 (96,0%)	15 (100,0%)	
1	1 (4,0%)	0 (0,0%)	
2	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
4	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Média dos pontos, mediana (quartis)			0,184
Media (DP)	1,0 ± 0,8	0,7 ± 0,6	
Mediana (quartis)	2,00 (0,86; 2,86)	1.29 (0,43; 2,07)	

I: Valores de p do teste de Fisher para variáveis categóricas ou teste de Mann Whitney para variáveis contínuas.

Tabela 10– OHIP: Método Aditivo (Total)

OHIP	Grupo 1 Com comorbidade (n=25)	Grupo 2 Sem comorbidade (n=15)	p valor
Método Aditivo ^a	14,2 ± 11,04 (0-38)	9,4 ± 7,84 (0-27)	0,184

Valores de p do teste de Fisher para variáveis categóricas ou teste de Mann Whitney para variáveis contínuas.

Tabela 11– Médias, desvios padrão, mediana e valores de p do OHIP segundo comorbidade.

OHIP	Comorbidades		p valor
	Sim N = 25	Não N = 15	
OHIP 1: Você teve problemas para falar alguma palavra?			0,265
Média (DP)	0,7 ±1,3	0,3±0,7	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	
OHIP 2: Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?			0,250
Média (DP)	0,7±1,2	0,3±0,7	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	
Limitação Funcional			0,091
Média (DP)	1,4±2,0	0,5 ±1,2	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	
OHIP 3: você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?			0,750
Média (DP)	1,1±1,3	1,2±1,2	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	1,0 [0,0;2,0]	
OHIP 4: Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?			0,174
Média (DP)	1,6±1,6	0,9±1,0	
Mediana [25%,75%]	2,0 [0,0;3,0]	0,0 [0,0;2,0]	
Dor Física			0,544
Média (DP)	2,7±2,5	2,1±2,1	
Mediana [25%,75%]	2,0 [0,0;5,0]	2,0 [0,0;4,0]	
OHIP 5: Você ficou preocupado?			0,563
Média (DP)	2,3 ±1,6	1,9±1,8	
Mediana [25%,75%]	2,0 [1,0;4,0]	2,0 [0,0;3,5]	
OHIP 6: Você se sentiu estressado?			0,844
Média (DP)	1,5±1,6	1,6±1,8	
Mediana [25%,75%]	2,0 [0,0;3,0]	0,0 [0,0;3,0]	
Desconforto Psicológico			0,755
Média (DP)	3,8±3,0	3,5 ±3,1	
Mediana [25%,75%]	4,0 [1,0;6,0]	3,0 [0,0;5,5]	
OHIP-7 Sua alimentação ficou prejudicada?			0,161
Média (DP)	1,0±1,5	0,4±0,8	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	
OHIP 8: Você teve que parar suas refeições?			0,136
Média (DP)	0,8 ± 1,3	0,1±0,4	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;1,0]	0,0 [0,0;0,0]	
Incapacidade Física			0,143
Média (DP)	1,8±2,5	0,5±1,0	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;3,0]	0,0 [0,0;0,5]	
OHIP-9 Você encontrou dificuldade para relaxar?			0,556
Média (DP)	0,8±1,3	0,5± 1,0	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,5]	
OHIP 10: Você se sentiu envergonhado?			0,305
Média (DP)	1,8±1,7	1,3±1,5	
Mediana [25%,75%]	2,0 [0,0;4,0]	0,0 [0,0;2,0]	
Incapacidade Psicológica			0,394

OHIP	Comorbidades		p valor
	Sim N = 25	Não N = 15	
Média (DP)	2,7±2,7	1,8±1,8	
Mediana [25%,75%]	2,0 [0,0;5,0]	2,0 [0,0;3,5]	
OHIP 11: Você ficou irritado com outras pessoas?			0,754
Média (DP)	0,6±1,0	0,6±1,3	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	
OHIP 12: Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?			0,178
Média (DP)	0,2 ±0,5	0,0±0,0	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;0,0]	0,0 [0,0;0,0]	
Incapacidade Social			0,545
Média (DP)	0,8± 1,3	0,6±1,3	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	
OHIP 13: Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?			0,190
Média (DP)	1,0±1,6	0,3±0,6	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	
OHIP 14: Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?			0,470
Média (DP)	0,0±0,2	0,0±0,0	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;0,0]	0,0 [0,0;0,0]	
Desvantagem Social			0,190
Média (DP)	1,0±1,6	0,3±0,6	
Mediana [25%,75%]	0,0 [0,0;2,0]	0,0 [0,0;0,0]	

Teste de Mann-Whitney

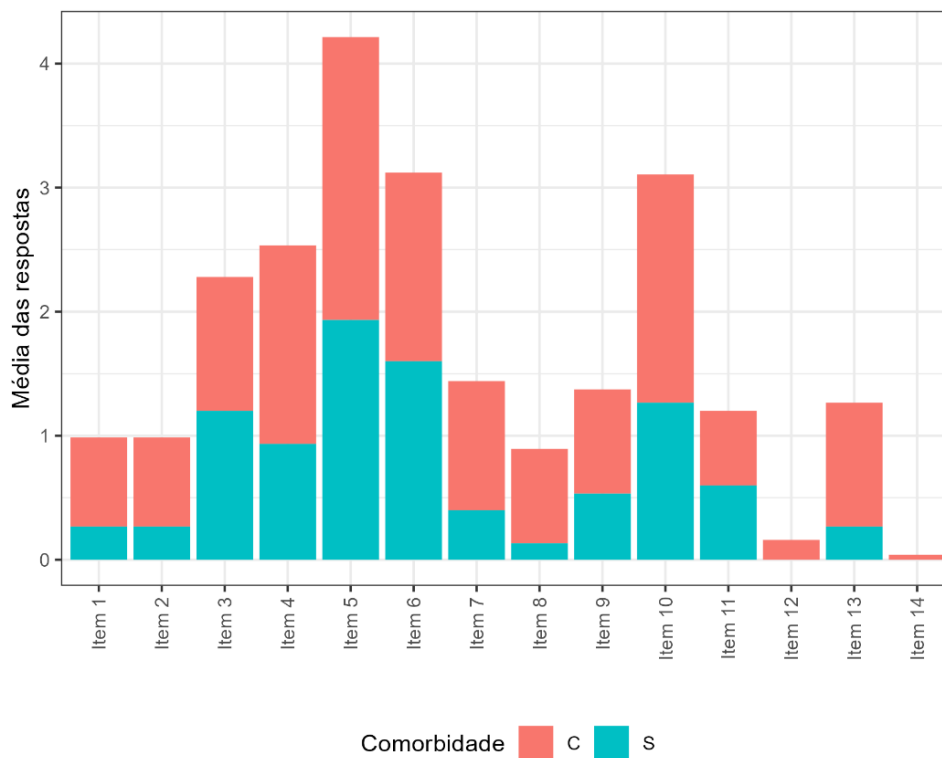


GRÁFICO 4- Medias OHIP segundo comorbidade.

Em relação ao questionário sobre experiências com a COVID-19, os resultados estão apresentados na TABELA 12.

TABELA 12- Resultado do questionário experiência COVID-19 (n=40):

Pergunta	GRUPO 1 <i>(com comorbidades)</i> (n=25)	GRUPO 2 <i>(sem comorbidades)</i> (n=15)	p valor
<i>Durante o período de março de 2020 até hoje, você teve COVID-19?</i>			
Sim	15 (60,00%)	7 (46,67%)	0,356
Não	10 (40,00%)	7(46,67%)	
Acha que sim	0 (0,00%)	1(6,66%)	
<i>Fez exame para comprovar que teve COVID-19?</i>			
Sim	100% (n=25)	87,50% (n=7)	
Não	0%(n=0)	12,50% (n=1)	
<i>Resultado do exame para COVID-19</i>			
Positivo	60% (n=13)	50% (n=7)	
Negativo	40% (n=8)	50% (n=7)	
<i>Quantas vezes já teve COVID-19?</i>			
0	10(40,00%)	7/15 (46.7%)	0,457
1	11(44,00%)	4/15 (26.7%)	
2	3(12,00%)	4/15 (26.7%)	
3	1(4,00%)	0/15 (0,00%)	
<i>Tomou vacina para COVID-19?</i>			
Sim	25(100,00%)	14(93,33%)	0,375
Não	0(0,00%)	1(6.67%)	
<i>Quantas doses?</i>			
0	0(0,00%)	1(6,67%)	0,047
2	5(20,00%)	3(20,00%)	
3	3(12,0%)	6(40,00%)	
4 ou mais	17(68,00%)	5(33,33%)	

Valor de p do Teste de Fisher

Desenvolvimento de estratégias de assistência odontológica diferenciada para usuários com comorbidades, estratégias interprofissionais, e educacionais para promoção da saúde:

O TL permitiu o registro e contato com os usuários da CSFFC de forma contínua durante o enfrentamento da COVID-19. A identificação de usuários com comorbidades mais conhecidas ficou registrada e os usuários foram sendo monitorados. A partir dessa base de dados recentes, esses usuários foram sendo chamados para acompanhamento médico e, posteriormente, para os exames bucais no serviço de Odontologia.

A Equipe de pesquisa foi formada pela pesquisadora principal (CSAM), um aluno de iniciação científica (FASM), e duas preceptoras dentistas do serviço (RTS e CPM).

Uma das estratégias utilizadas para melhorar os autocuidados com a saúde geral e bucal dos usuários com comorbidades foi a divulgação da informação (educação em saúde), por meio de materiais didáticos educativos. Estes materiais foram elaborados em parceria com o Projeto “REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA - UFRJ- EXPERIÊNCIAS NO SUS COM ÊNFASE NOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS PERIODONTAIS”. Este projeto tem por objetivo contribuir para uma nova proposta curricular de reorientação profissional para a formação do cirurgião-dentista pautada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (2002) que enfatiza: (1) a atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade a partir de determinantes sociais, econômicos e culturais. Desta forma o estudante de Odontologia tem a oportunidade de conhecer os Protocolos Clínicos e Processo de Trabalho utilizados na produção do cuidado em Saúde Bucal na ESF, identificando os Determinantes Sociais relacionados à saúde bucal com ênfase nos fatores de risco à saúde periodontal; (2) desenvolvimento de atividades de promoção de saúde relacionadas com às causas e fatores contribuintes para o desenvolvimento das doenças periodontais; (3) participando de atividades de promoção de saúde relacionadas com as causas e fatores contribuintes para o desenvolvimento das doenças periodontais; (4) elaborando material didático que explique as doenças relacionadas à gengiva (causa, prevenção, métodos de controle das doenças, interface com a saúde geral, tabagismo e diabetes). E assim, (5) fortalecendo a integração interdisciplinar entre as diferentes áreas de saúde das Equipes de Saúde Bucal

da Estratégia da Saúde da Família. O projeto existe desde 2012 e contribui de forma ininterrupta para divulgar informações sobre os cuidados em saúde.

Nesse sentido, ocorreu o envio por WhatsApp de vídeos relacionados à promoção da saúde. Os temas dos vídeos enviados foram: Relação da Diabetes Mellitus com a saúde bucal (3 vídeos), Relação do Tabagismo com a saúde bucal (3 vídeos) e Relação da Hipertensão arterial com a saúde periodontal (3 vídeos). Esse material didático informativo foi elaborado por estudantes de Odontologia que participavam de um Projeto de Extensão intitulado: Reorientação da formação profissional em Odontologia – UFRJ – Experiência no SUS com ênfase nos determinantes sociais e fatores de risco para Doenças Periodontais. Este projeto de extensão é ativo desde 2012 e desenvolvido na disciplina de Periodontia II na graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com diversas clínicas da família, inclusive a CSFFC.

Durante esses mais de dez anos de projeto de extensão, diversos painéis e materiais educativos foram desenvolvidos com o objetivo de informar o usuário sobre diferentes temas relacionados à saúde bucal. Durante os primeiros dois anos de pandemia, por conta da impossibilidade de realizar apresentações de modo presencial (sala de espera), os alunos de graduação em Odontologia do projeto desenvolveram materiais educativos em formato de vídeo, sobre os mais diversos temas, como puericultura, autocuidado bucal, cuidados durante a gestação, Saúde bucal e doenças cardiovasculares, Doença periodontal e Diabetes, tabagismo, COVID-19 e Terapia de Manutenção periodontal. Os vídeos curtos (duração de 2 à 6 minutos), foram encaminhados aos usuários de maneira individualizada e consistem em vídeos explicando os conceitos das comorbidades, como diabetes, tabagismo, doenças cardiovasculares, e a importância e relação delas com a doença periodontal, com uma linguagem simplificada, com imagens, que facilitam a compreensão por parte do paciente sobre os diversos temas abordados.

Além dessa estratégia, também houve o encaminhamento desses usuários para atendimento odontológico de forma prioritária, sempre que possível.

Outra estratégia importante foi a busca ativa pelos agentes comunitários através da planilha elaborada pelo Telemonitoramento.

Reflexão sobre o potencial impacto desse estudo no cuidado em saúde bucal.

Este estudo trouxe uma experiência importante de cuidado em saúde utilizando o Telemonitoramento como uma estratégia de melhorar o acesso ao cuidado daqueles que mais precisam, principalmente, no contexto da pandemia. Porém, também abriu uma possibilidade desse cuidado atingir aqueles que precisam de atenção em saúde de forma interprofissional, além de proporcionar uma abordagem ao paciente que traz um maior entendimento sobre as condições de saúde concomitantes que ele apresenta.

As doenças crônicas não transmissíveis, em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Essas apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de “agudização”, podendo gerar incapacidades. Elas requerem intervenções com o uso de tecnologias apropriadas, relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com uma boa relação custo-benefício, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (GIOVANELLA, 2012).

A fragmentação do sistema de saúde ainda é um grande desafio a ser superado. A mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da construção de redes vem ao encontro deste desafio, visto que o trabalho em rede busca o fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado (OLIVEIRA et al., 2022).

Para a operacionalização do cuidado para as Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS), são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios, e para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2022).

Para que uma transformação do modelo de atenção à saúde ocorra, é importante ampliar o acesso dos usuários com Doenças Crônicas aos serviços de saúde e promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com Doenças Crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela Atenção Primária que sejam contínuas e que busquem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde; propiciando o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário; promovendo hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade

física, como ações de prevenção às Doenças Crônicas; ampliando as ações para enfrentamento dos fatores de risco às Doenças Crônicas, tais como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e alimentação não saudável; atuando no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e na ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia. Tais ações podem ser traduzidas em melhores indicadores relacionados às Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas bucais não só estão associadas às DCNT sistêmicas, como também são preditoras de risco futuro de doenças como diabetes e risco cardiovascular. Como frequentemente as doenças crônicas bucais antecedem as DCNT sistêmicas, o cirurgião-dentista deve ser protagonista na abordagem preventiva das DCNT, tendo um importante papel de planejamento de ações coletivas e orientação da comunidade sobre os fatores de risco envolvidos. Para uma abordagem mais efetiva e integrada acerca das DCNT é necessário compreender o que está no plano de fundo das associações das doenças bucais e sistêmicas (LADEIRA et al., 2020).

Na rede SUS, o cirurgião-dentista deve contribuir para elaboração de estratégias em saúde pública na atenção primária para prevenção integrada dos agravos bucais e outras DNT de maior mortalidade, com economia de recursos e melhoria na qualidade dos serviços, impactando na qualidade de vida da população. Além disso, o cirurgião-dentista deve compreender, apoiar e propor políticas direcionadas aos determinantes sociais e econômicos em saúde. São exemplos a diminuição da desigualdade social e melhor distribuição de renda e as políticas direcionadas para determinantes comerciais visando à redução das exposições de risco — tais como legislação para taxação e rotulação de alimentos ultraprocessados e ricos em açúcares de adição, além de leis e medidas que incentivem ao consumo e ampliem o acesso de alimentos mais saudáveis nas escolas e comunidades, contribuindo para redução da carga de DNT (LADEIRA et al., 2023).

Ao longo da execução do projeto, ao chamarmos os usuários para o exame bucal e atendimento odontológico, foi percebido um descompasso entre os atendimentos clínicos médicos (acompanhamento de pacientes com diabetes, por exemplo) e o acompanhamento odontológico. Não há um protocolo claro de atendimento associando as duas doenças, diabetes mellitus e periodontite. Portanto, existe a necessidade de um acompanhamento integral e multidisciplinar, onde o usuário receberia um monitoramento da saúde geral ao mesmo tempo de sua saúde bucal, pois o controle da saúde periodontal

contribui para a manutenção do bem-estar do paciente como um todo. Considerando o exposto, um impacto importante do estudo foi propor que os grupos prioritários (diabetes mellitus e hipertensos) sejam agendados para o tratamento odontológico concomitantemente. E eventualmente, alguns casos referenciados para o tratamento especializado (CEOs).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado principal dessa pesquisa foi que o telemonitoramento contribuiu para a identificação de grupos prioritários e para aprimorar o cuidado em saúde de usuários com comorbidades e doença periodontal no serviço de saúde CSFFC.

Os resultados apresentados apontam para a necessidade cada vez maior de oferecer o cuidado em saúde de forma integral, aprimorando a logística da atuação da equipe da Saúde da Família, enfatizando o cuidado interprofissional, e principalmente, da importância do papel do cirurgião-dentista na equipe da saúde da família. O resultado do Diagnóstico Situacional claramente demonstrou que se trata de uma região com alta relação habitante-território, e com uma população com demandas de saúde abrangentes e diversas.

O Brasil apresenta uma baixa densidade demográfica de apenas 25,06 habitantes por quilômetro quadrado, inferior à média do planeta que apresenta aproximadamente 40,26 hab/km². Países intensamente povoados, como a Bélgica apresentam em torno de 376 hab/Km² e o Japão com 347 hab/Km². Comparativamente, o Município do Rio de Janeiro apresenta uma alta densidade demográfica de 5.265,82 hab/km² (IBGE, 2010; DATARIO/INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2019). Porém, na área geográfica foco do estudo, AP 3, temos uma altíssima densidade demográfica (11.567 hab/km²), o que pode contribuir para iniquidades socioeconômicas e em saúde (QUADRO 3). As razões para essa densidade demográfica têm caráter histórico e acompanha o desenvolvimento econômico da região e as melhores condições de serviços públicos e infraestrutura, que estimularam a migração da população do campo para os centros urbanos e de outras regiões do Brasil para o Sudeste (IBGE, 2021).

De acordo com a OMS, “há ampla evidência de que fatores sociais, incluindo educação, situação de emprego, nível de renda, gênero e etnia têm uma influência marcante sobre a saúde das pessoas. Em todos os países – sejam de baixa, média ou alta renda – existem grandes disparidades no estado de saúde dos diferentes grupos sociais. Quanto mais baixa a posição socioeconômica de um indivíduo, maior o risco de problemas de saúde (WHO,2018). Essa realidade foi marcante na população estudada, devido à concentração de desigualdade social na região (QUADRO 3).

Certas características demográficas são importantes para a compreensão do território, dentre eles o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que é

composto por indicadores de desenvolvimento humano que inclui a saúde, por expectativa de vida. Esse índice visa oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Em 2010 o IDHM do município do Rio de Janeiro foi de 0,799. Dentro da AP 3.1, de acordo com o índice de 2000, existe uma discrepância grande entre os IDHs dos bairros pertencentes a área programática. Jardim Guanabara, na Ilha do Governador, apresentou o terceiro maior IDH entre os bairros estudados, com 0,963, o bairro da Penha, apresentou um IDH de 0,804, já a Maré apresentou um IDH de 0,722 e o Complexo do Alemão apresentou o pior IDH do município do Rio de Janeiro, com 0,711. Apesar da atuação do SUS na AP 3.1 com 30 unidades de saúde e um IDH razoável, as iniquidades no território são grandes e os óbitos atingem valores preocupantes (QUADRO 3, QUADRO 4, GRÁFICO 1)

Considerando os resultados da população foco do estudo (Equipe Souza Neto, n=335) e da população examinada (n=40) em relação à presença de comorbidades, percebeu-se que a presença estava associada a idade dos indivíduos ($p < 0,001$; $p = 0,002$) (TABELA 1 e TABELA 2). O que corrobora com os estudos de que a idade torna o indivíduo mais susceptível a comorbidades (FRIED, 2000; MALTA et al., 2013; ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014; CHAPPLE et al., 2017).

Geralmente, percebe-se que as mulheres apresentam mais comorbidades do que os homens, nesse sentido, podem-se atribuir esse achado ao fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde (PINHEIRO et al, 2002; GOMES, et al, 2007; LEVORATO, et al, 2014). Entretanto, nossos resultados não demonstraram que mulheres apresentam mais comorbidades do que homens (TABELA 1) ($p = 0,082$), somente que mulheres (64,48%) procuraram mais o serviço do que homens (35,52%), independente da presença de comorbidades (TABELA 1 e 2).

O Telemonitoramento (TL) contribuiu para a identificação dos usuários com comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, e tabagismo) na população alvo do estudo, sendo 26,87% dos usuários portadores de hipertensão arterial e 11,34% de diabetes mellitus, dentre outras (TABELA 3 e 4, e GRÁFICO 2). Esses resultados corroboram com dados da população do município do Rio de Janeiro de 2019, anteriores à pandemia, onde 27,3% apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 9,8% apresentavam diabetes mellitus. (IBGE, 2019; ESUS, 2023). Também corroboram com

dados de um serviço público odontológico na região (AP 3.1), através de um levantamento de 10 anos, onde 25,87% apresentavam HAS, e 10,35% apresentavam Diabetes mellitus (MENEZES et al., 2019). Esses dados demonstram que essas doenças crônicas não transmissíveis são problemas de saúde pública e a Odontologia pode e deve contribuir para prevenção e controle dessas doenças. Adicionalmente, o TL demonstrou uma estratégia contribuiu para a equidade da atenção em saúde, corroborando com análise crítica da aplicação da telessaúde no campo da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19 (LIMA et al., 2022).

Apesar dos resultados relativos à esta população terem apresentado um percentual relativamente baixo de tabagistas, sabemos da importância da abordagem ao tratamento para a cessação do tabagismo. Vale ressaltar que a CSFFC oferece grupo de controle e orientação ao tabagismo. E que a Sociedade Brasileira de Periodontologia –SOBRAPI enfatiza a importância do controle dos fatores de risco para o tratamento das doenças periodontais (STEFFENS et al, 2022) e da manutenção da saúde periodontal com visitas periódicas (VALENTE et al., 2023).

Na população de usuários estudada (n=335), apenas 4,18% eram fumantes, sendo que na população examinada (n=40), 15% eram de fumantes. Dentre os motivos citados como dificuldade para cessar o tabagismo ou para voltar a fumar o estresse foi citado em quase todos os casos. Corroborando com os estudos de Niura e colaboradores (2002); Rondina e colaboradores (2007); Kim e colaboradores (2019); Andretta e colaboradores (2019).

Na população examinada (n=40), por mais que tenha havido uma dificuldade de determinar a causa das perdas dentárias, notou-se que uma maior média de dentes perdidos e uma menor quantidade de pares em oclusão ($p=0,009$) está associada a presença de comorbidades (TABELA 5). Esses resultados corroboram com estudos que revelaram que adultos com diabetes mellitus correm maior risco de sofrer perda dentária e edentulismo do que adultos sem diabetes (PATEL et al, 2013) e que a perda dentária por doença periodontal está associada aos indicadores de risco como tabagismo, hipertensão arterial, e artrite reumatoide (AL-SHAMMARI et al,2005).

Com relação aos índices periodontais os pacientes com comorbidade apresentaram índice de placa visível significativamente maior do que os pacientes sem comorbidade ($p<0,001$), um número maior e estatisticamente significativo de sítios com

bolsas profundas ($p < 0,001$) e maiores níveis clínicos de inserção ($p < 0,001$) comparados com a população sem comorbidade. Além disso, os pacientes com comorbidade apresentaram mais elementos com mobilidade e maiores graus de mobilidade do que os pacientes sem comorbidade ($p = 0,002$), um número maior de restos radiculares ($p = 0,006$) e somente os pacientes com comorbidade apresentaram lesões de furca. Considerando que a população estudada apresentava uma alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes melitus, esses achados corroboram com outros estudos que apresentam esses parâmetros clínicos periodontais aumentado em pacientes com estas comorbidades (AGUILERA et al, 2020; PITONES-RUBIO et al., 2020; VASBINDER et al., 2022).

Os pacientes sem comorbidade apresentaram maiores índices de sangramento gengival ($p < 0,001$) e sangramento a sondagem ($p = 0,005$) comparados com os pacientes com comorbidade, o que poderia ser explicado por uma maior porcentagem de pacientes sem comorbidade com gengivite (40%) do que pacientes com comorbidade (8,0%), mesmo não havendo significância estatística. (TABELA 6 E TABELA 7). Talvez esses achados tenham sido influenciados pelos tabagistas presentes no grupo com comorbidades, pois, geralmente estes apresentam vasoconstricção local e índices de sangramento menores (DIETRICH,2004).

Em relação aos autocuidados referentes à saúde bucal, os resultados demonstraram que apesar da informação de que a maioria escova os dentes entre 2 à 3 vezes ao dia (75%) (TABELA 8) os resultados referentes ao controle de placa demonstram que a população apresentava deficiência no controle do biofilme (TABELA 6) e que mais de 50% da população examinada apresentou Periodontite (TABELA 7), com ou sem comorbidades. Estes achados podem representar a diferença entre percepção do paciente e a realidade, corroborando com o estudo de Pivotto e colaboradores (2013) onde escolares apresentaram hábitos de higiene bucal com deficiência na remoção da placa bacteriana e no uso do fio dental. Bem como, no estudo de Fernandes e colaboradores (2016) onde os participantes da pesquisa descreveram um grau de higiene oral satisfatório, porém, apresentavam sangramento gengival elevado.

Os resultados do OHIP-14 apresentados nas TABELAS 9,10,11, não apresentaram significância estatística comparando os grupos com e sem comorbidades. Provavelmente, estes resultados tenham sido limitados ao fato de um número amostral reduzido em se tratando de um estudo piloto.

Em relação a experiência com a COVID-19 (TABELA 12). Os resultados com relação a positividade para COVID-19, quantas vezes teve COVID-19 e se os pacientes se vacinaram não apresentaram significância estatística entre o grupo com comorbidade (n=25) e o grupo sem comorbidade (n=15). Porém, com relação a quantas doses para a COVID-19 os pacientes (n=40) tomaram, notou-se que os pacientes com comorbidade tomaram mais doses da vacina do que os pacientes sem comorbidade. ($p=0,0047$). 68% dos pacientes com comorbidade tomaram 4 ou mais doses da vacina comparado com apenas 33,3% dos pacientes sem comorbidade. Corroborando com o painel de boletim epidemiológico do município do Rio de Janeiro, que mostra que a faixa etária acima de 50 anos a cobertura da segunda dose de reforço foi maior (RIO DE JANEIRO, 2023).

No presente estudo ficou claro que a doença periodontal tem relação com uma gama de multicomorbidades. Outros estudos já demonstraram que sua negligência contribui para desfechos negativos em acometimentos sistêmicos, assim como a realização da terapia periodontal contribui para redução de medidores inflamatórios. Além disso, fatores de risco relevantes associados à gravidade da doença de coronavírus 2019, incluindo tabagismo, aumento da idade, obesidade, diabetes, hipertensão e doença cardiovascular (CHEN, 2020; RAJPAL, 2020; LIU, 2020; TAMIMI, 2022) também estão significativamente associados à periodontite. (BILLINGS, 2018; SANZ, 2020; TAMIMI, 2022).

Um estudo realizado por Said e colaboradores (2022) observou que entre os pacientes com COVID-19 que tinham perda óssea periodontal, apenas aqueles que não receberam terapia periodontal apresentaram maior risco de necessidade de ventilação assistida e os pacientes com COVID-19 com histórico de terapia periodontal foram associados a níveis de D dímero significativamente mais baixos do que aqueles sem registros recentes de terapia periodontal e outro estudo, realizado por Donders e colaboradores (2022), observou que pacientes com perda óssea alveolar tiveram 5,6 vezes mais chances de internação em UTI ou óbito, em comparação com pacientes ambulatoriais. Reforçando a importância do tratamento dos indivíduos e das doenças que os acometem como um todo e não com resoluções limitadas, inclusive no cenário de pandemia da COVID-19.

A experiência vivida no processo de desenvolvimento da pesquisa permitiu realizar exame clínico periodontal e tratamento periodontal nos pacientes da pesquisa,

dando prioridade aos pacientes com comorbidades e com maior risco de agravamento para quadros de COVID-19. Seguindo dessa forma o alinhamento da atenção em saúde numa perspectiva ampliada conforme preconiza a Sociedade Brasileira de Periodontologia e Implante (SOBRAPI) que apresentou, recentemente, protocolos de manejo de pacientes com diabetes melitus (STEFFENS et al, 2022).

Um dos programas pioneiros em estudos com o TL é o *Veteran Health Administration (VHA)*, um programa voltado para atender aproximadamente 22 milhões de veteranos de guerra americanos, que entre 2000 e 2003 em um programa-piloto de TL com 900 pacientes. Os resultados apontaram uma redução de 40% no atendimento nas emergências e queda de 63% nas internações hospitalares (BRODERICK, A. 2013). Estudos em cenário brasileiro também apontam para vantagens da utilização do TL em projetos de redução de doenças crônicas não transmissíveis, enfatizando que essa tecnologia tem potencial para avançar em uma rede abrangente de atenção básica, contribuindo para um maior dinamismo da base produtiva e inovadora nacional (PAULA et al, 2020).

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade demográfica que deve ser encarada sob o ponto de vista da transição epidemiológica e, em consequência, com o desenvolvimento de estratégias condizentes. Segundo Oliveira (2019), à medida que mais pessoas alcançam idades mais elevadas, ocorre a mudança do padrão de doenças que atingem a maior parte da população e que são as principais causas de mortes. Com mais idosos, as doenças típicas do envelhecimento assumem a liderança das enfermidades que mais acometem a população. Essas mudanças exigem uma total adaptação das políticas públicas para atender com qualidade ao cidadão. Essa reflexão exige medidas importantes na área da saúde (MIRANDA et al., 2016; ALVES, 2019).

As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura (WHO, 2011; BRASIL, 2021b).

Apesar do Plano de DANT (Doenças e agravos não transmissíveis), do Ministério da Saúde, prever o monitoramento das DCNT por meio de novas tecnologias, como o Vigitel, e de estudos que apontam os benefícios da utilização de estratégias como o TL, não se observam iniciativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil, bem

como não se tem conhecimento de estudos formais do MS para uma análise de seu custo-benefício (PAULA et al., 2020; BRASIL, 2021b). A experiência do nosso trabalho, mostrou que os usuários puderam ser mais bem monitorados apesar das limitações do estudo, principalmente, por ser um estudo piloto e apresentar um número reduzido de examinados.

Uma das limitações atuais e desafios para a implementação e disseminação do TL como recurso na Saúde Pública é a dificuldade em estabelecer e manter a comunicação por meio de telefonemas e *internet* com os pacientes. No presente estudo, encontramos dificuldade de contato com grande parte dos usuários do universo estudado ($n=335$) corroborando com as dificuldades encontradas em outros estudos (RODRIGUES et al., 2020; SILVEIRA et al., 2020; BATISTA et al., 2021; GALVAN et al, 2021).

Acredita-se que tamanha dificuldade tenha sido também fruto da instabilidade econômica dos usuários frente aos desafios durante a pandemia, inclusive com mudanças constantes do número de telefone. Essa dificuldade foi relatada em uma série de trabalhos, em diversos estados do país, que utilizaram o recurso do TL, inclusive para o enfrentamento da COVID-19. Batista e colaboradores (2021), que realizou o TL em usuários do SUS em Sergipe, por estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas durante a pandemia, relatou que uma limitação da experiência foi com relação às barreiras de comunicação e os desafios técnicos do uso de celular e internet, que promoveu dificuldade de contato em certos momentos com alguns pacientes. Outra experiência de TL, realizado por discentes do curso de graduação de Odontologia e pós-graduação em Residência Multiprofissional em Neonatologia relatou que dos 388 contatos efetuados no período, um total de 33,8% ($n=131$) ligações foram efetivadas. Demonstrando que a cobertura do TL ainda não pode ser considerada ideal, mas que, diante do contexto de pandemia, foi considerada uma alternativa importante (GALVAN et al, 2021).

Dentre as principais razões pelas quais não foi possível efetivar todos os contatos destaca-se a mudança/troca do número do contato telefônico, a inatividade do aparelho telefônico, área de cobertura fora do alcance, ativação da caixa postal, a indisponibilidade e/ou não atendimento da ligação telefônica (GALVAN et al, 2021). e colaboradores (2020) destacaram que 10,4% dos contatos na experiência de TL não foram concluídos, ou seja, não obtiveram sucesso, pois as ligações não foram completadas. Os motivos variaram entre caixa postal ou telefone não existente. Esse número elevado evidenciou

uma desatualização nos cadastros dos pacientes e sinaliza para a equipe a urgência do serviço de aproximar-se dos usuários também de forma remota, a partir da oferta de um maior acesso à tecnologia para a equipe. E uma experiência com TL da COVID-19 em Rio Branco, Acre, destacou as mesmas dificuldades, relatando como desafios a existência de lacunas na integração dos serviços, a vulnerabilidade social (pacientes que não conseguem ser inseridos a plataforma de avaliação por indisponibilidade de acesso a dispositivos que permitam o contato (SILVEIRA, et al, 2020). Frente ao exposto, há o reconhecimento de que o TL demanda investimentos de infra-estrutura para seu funcionamento de maneira mais eficiente.

Cabe ressaltar a importância da participação do agente comunitário (ACS) na busca ativa dos usuários para a pesquisa. Nesta pesquisa a atuação do ACS foi essencial para o resgate da comunicação entre os usuários apreensivos com a pandemia, e o serviço que buscava manter o contato com os usuários de forma segura e eficiente. Da mesma forma, Maciel e colaboradores (2020) relatou que a pandemia de COVID-19 demandou reorganização do processo de trabalho e dos fluxos assistenciais, para que os ACS continuassem desenvolvendo suas atividades evitando a descontinuidade dos cuidados necessários para garantir a atenção à saúde da população no território (MACIEL et al., 2020). Dentre as recomendações e orientações dos documentos técnicos avaliados para a adequação do trabalho do ACS na situação da pandemia sugeriu-se como possibilidade a realização de “visitas *online*”, em ‘substituição’ às visitas domiciliares, intermediada por canais de comunicação (*whatsapp*, email, telefone e outros) da ESF e ou de APS para monitorar, comunicar a população sobre o cancelamento de consultas e orientar sobre a rotina de trabalho da UBS na situação vigente (MACIEL et al., 2020; BRASIL, 2020e).

Porém, como constatado por essa pesquisa e corroborado por Maciel e colaboradores (2020) e Mendonça e colaboradores (2009) a incorporação de novos instrumentos de trabalho requer investimentos estatais para a capacitação, a aquisição e a manutenção dos aparelhos e aplicativos utilizados, assim como o reconhecimento das desigualdades sociais e de acessibilidade no que diz respeito à utilização dessas tecnologias para o processo de trabalho do ACS. Portanto, apesar do TL ser uma ferramenta promissora para o uso no monitoramento de usuários, a mesma depende de fatores socioeconômicos e cognitivos da população (MACIEL et al., 2020).

O estudo também contribuiu para incentivar a atuação de forma colaborativa em

equipes interprofissionais, bem como a relevância da educação interprofissional, reconhecendo os determinantes biológicos e sociais das doenças que acometem a comunidade. Também se percebe a importância da educação em saúde como instrumento de divulgação de informações importantes para a manutenção da saúde bucal e geral dos usuários do serviço, corroborando conceitos que reforçam que profissionais da saúde são facilitadores no processo de educação em saúde (MACHADO et al., 2007).

No Brasil, experiências e pesquisas sobre Educação Interprofissional começaram a ser desenvolvidas e documentadas com maior relevância nas duas últimas décadas (REGIS, 2018). Políticas públicas de incentivo como o Programa Nacional de reorientação da Formação Profissional em saúde (Pro-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), incentivaram o desenvolvimento de experiências interprofissionais, criação de disciplinas com essa temática em algumas universidades e do Programa de Residência Multiprofissional (REGIS, 2018).

Em relação ao trabalho conjunto entre o Projeto de Extensão desenvolvido pela Faculdade de Odontologia (Disciplina de Periodontia II) e a CSFFC, ficou notória a relevância dessa parceria, visto que através dela foram divulgados materiais de educação em saúde. Dessa forma, fortalecendo ainda mais o tripé ensino, pesquisa e extensão. Essa parceria ilustra o cumprimento do artigo 12º das DCN de 2021 que preconizam que “O Projeto Pedagógico do curso de graduação em Odontologia deverá ser centrado no estudante como sujeito da sua própria aprendizagem, tendo o professor como facilitador e mediador deste processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando as atividades de ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 2021).

A implementação de novos conceitos de ensino-aprendizagem, colocando o aluno como responsável por seu conhecimento, a responsabilidade do profissional da área da saúde com as necessidades sociais, a atuação interdisciplinar do cirurgião dentista e as mudanças na orientação teórica, nos cenários de prática e nas orientações pedagógicas são pontos fundamentais para que ocorra essa mudança. A prática da profissão faz com que os estudantes fiquem mais próximos da realidade do país e mais competentes nas suas atividades (GABRIEL & TANAKA, 2011). Desta forma, novas modalidades de ensino foram utilizadas no contexto da produção dos materiais didáticos educativos que foram direcionados aos participantes da pesquisa como ferramentas de informação a desenvolvimento de autocuidados.

O projeto em si, descortina a necessidade de se trabalhar longe de uma perspectiva

biomédica, centrada na doença e abordar o cuidado de uma forma integral, preventiva e com abordagens promotoras de saúde. (LACERDA, et al. 2004; MACHADO, et al, 2008)

Diante de toda a discussão desenvolvida, cabe mais uma vez ressaltar que todo o processo de desenvolvimento dessa pesquisa ocorreu num cenário de pandemia. As dificuldades e obstáculos ultrapassados foram inúmeros e serviram para fortalecer ainda mais a convicção da importância do SUS, da educação interprofissional, da extensão como pilar da formação profissional, da educação popular em saúde, e da revisão de protocolos de atenção em saúde.

Esse estudo apontou para a necessidade de aprimorar protocolos de assistência na rede pública do Rio de Janeiro, visando abordar as doenças de base, comorbidades, de uma forma conjunta com as doenças periodontais. Dessa forma, buscando reduzir o quadro inflamatório do paciente e induzindo a uma melhor resposta ao tratamento bucal e sistêmico oferecido ao mesmo.

6. CONCLUSÕES

O telemonitoramento (TL) contribui para a identificação de grupos prioritários e para aprimorar o cuidado em saúde de usuários com comorbidades e doença periodontal. A experiência do cuidado em saúde por meio do TL, em uma amostra de usuários da Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso (CSFFC) no SUS, demonstrando que o TL tem um potencial de ser uma ferramenta no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a saúde bucal mesmo após a pandemia de COVID-19. Conclui-se que a perda dentária, perda de inserção, presença de bolsa periodontal, mobilidade e envolvimento de furca são parâmetros clínicos periodontais que apresentam associação com a presença de comorbidades (DCNT) numa amostra de usuários do SUS.

7- REFERÊNCIAS E BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, A. et al. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. 18, núm. 2, 2017, pp. 374-388 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180208>

AGUILERA EM; et al. Periodontitis is associated with hypertension: a systematic review and meta-analysis. **Cardiovascular Research** (2020) 116, 28–39 doi:10.1093/cvr/cvz201

AINAMO, J, BAY I, Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International Dental Journal*. 1975 Dec;25(4):229-235. PMID: 1058834.

ALMEIDA, A.; LOUREIRO, C.; ARAÚJO, V. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) na forma simplificada – Parte I: adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev.Odontol.*, 2004, 6: 6-15.

ALMEIDA, R. F.; PINHO, M. M.; LIMA, C.; FARIA, I.; SANTOS, P.; BORDALO, C. Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 379–90, 2006. DOI: 10.32385/rpmgf.v22i3.10250. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10250>. Acesso em: 26 jan. 2023.

ALONSO, C.M.do C, et al. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saude Publica*. 2018; 52:14. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>

AL-SHAMMARI, K.F. ET al. Risk indicators for tooth loss due to periodontal disease. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 76, n .11, p. 1910-18, 2005. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.11.1910>

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Revista Longevidade*, 2019.

ANAND P.S, et al. A case-control study on the association between periodontitis and coronavirus disease (COVID-19). *J Periodontol*.2022;93:584–590 DOI: 10.1002/JPER.21-0272

ANDRETTA, I. et al. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 361–373, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230214>

ARAÚJO, H.P, et al. The impact of COVID-19 vaccination on case fatality rates in a city in Southern Brazil. *American Journal of Infection Control* 50 (2022) 491–496. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.02.015>

ARMITAGE G.C. Clinical evaluation of periodontal diseases. *Periodontology* 2000. Volume7, Issue1 39-53 1995 <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1995.tb00035.x>

AROUF N et al. Association between periodontitis and severity of COVID 19 infection:

A case-control- study. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 48, p. 483-91, 2021.

AVEYARD P, et al. Association between pre-existing respiratory disease and its treatment, and severe COVID-19: a population cohort study. **Lancet Respir Med** 2021; 9: 909–23

BADRAN, ZAHY et al. Periodontal pockets: A potential reservoir for SARS-CoV-2?. **Medical Hypotheses**, v. 143, p. 109907, 2020.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109907>

BAIMA, G. et al. Periodontitis and COVID-19: Biological Mechanisms and Meta-analyses of Epidemiological Evidence. *Journal of Dental Research* 2022, Vol. 101(12) 1430–1440. DOI: 10.1177/00220345221104725

BAKARI, W.N., et al. New classification of periodontal diseases (NCPD): an application in a sub-Saharan country. *BDJ Open* 7, 16 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41405-021-00071-8>

BARBIRATO, D. S.; FOGACCI, M. F.; AZEVEDO, P. O.; SANSONE, C.; CARNEIRO, J. R. I.; BARROS, M. C. M. Relationship of COVID-19 pathogenesis for periodontal medicine research. Part I: Pathogenesis of COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e1910513729, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.13729>.

BARBIRATO, D. S.; FOGACCI, M. F.; AZEVEDO, P. O.; SANSONE, C.; CARNEIRO, J. R. I.; BARROS, M. C. M. Relationship of COVID-19 pathogenesis for periodontal medicine research. Part II: Periodontal Medicine. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e2010513731, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.13731>.

BARR, H. & LOW, H. *Introdução à Educação Interprofissional*. Fareham: CAIPE, 2013.

BARRETO, V.H.L, et al . Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência *Revista Brasileira De Educação Médica*. 35 (4):578-583;2011
<https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>

BARROS, M.C.M. de. Interdisciplinaridade Contemplada no Projeto Pedagógico no Ensino da Odontologia: Uma Necessidade. In: RANGEL, J.N.M, et al. *Caminhos Interdisciplinares na Odontologia*, Livraria e Editora Rubio Ltda. ISBN: 85-87600-72-9. p: 55-72. 2006

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-8, 2012

BATISTA, T.S.H e al. Telemonitoramento em usuários do SUS por estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas durante a pandemia da COVID-19: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.3, p. 11071-11082 may./jun. 2021, DOI:10.34119/bjhrv4n3-114

BEUKERS, N.G. F. M. et al. An examination of the risk of periodontitis for nonfatal cardiovascular diseases on the basis of a large insurance claims database. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023;51:408–417. DOI: 10.1111/cdoe.12752

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, BVS, Atenção Primária em Saúde Disponível em: <https://aps.bvs.br/programa-nacional-telessaude-brasil-redes/>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023

BILLINGS M, HOLTFRETER B, PAPAPANOU PN, et al. Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S130- S148

BOTTI, S.H.de O, REGO, S.T de A, Docente-clínico: O complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [1]: 65-85, 2011 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, DF; 20 set 1999 [citado em 03 set 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASI. Ministério Da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/> Acesso em: 24 de janeiro de 2022. 2012a

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível

em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 26 de dezembro de 2023. 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com Doenças Crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em: <http://www.toledo.ufpr.br/porta1/wp-content/uploads/2017/07/DCN-2014.pdf> Acesso em: 26 de janeiro de 2023. 2014

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2018

BRASIL, Ministério Da Saúde/Secretaria De Gestão Do Trabalho E Da Educação Na Saúde. Edital Nº 10, 23 de Julho 2018 Seleção Para O Programa De Educação Pelo Trabalho Para A Saúde Pet-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Diário Oficial Da União, Publicado Em: 24/07/2018 | Edição: 141 | Seção: 3 | Página: 78. Disponível Em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/kujrw0tzc2mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037 Acesso Em: 08 De Março De 2023.2018b

BRASIL. Ministério da Saúde/ SGTES. Edital nº10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/ Interprofissionalidade – 2018/2019.

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. * Revogado. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Decreto/D11098.htm#art9 2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS, Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 24 de janeiro de 2023.2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS Atendimento Odontológico no SUS. Brasília, DF, março de 2020. Disponível em: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_anexo_11.pdf. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020a

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção Primária à Saúde,

Departamento de Saúde da Família, Coordenação-Geral de Saúde Bucal, Nota Técnica nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Brasília, DF, 23 de março de 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-16-2020-cgsb-desf-saps-ms/view>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Orientações para à organização das ações no manejo do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS; 2020c.

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20uso%20da,SA RS%2DCoV%2D2. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020d

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao Covid-19. Brasília: MS; 2020e.

BRASIL. Resolução no 3 de 21 de junho de 2021. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília, 2021.

BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file> Acesso em: 26 de janeiro de 2023. 2021a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021b

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: MS, 2021c

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11098.htm#art8 Acesso em: 26 de janeiro de 2023. 2022a

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14510.htm#art5 Acesso em: 26 de janeiro de 2023 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11358.htm#art5. 2022b

BRASIL, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11358.htm#art5
Acesso em: 26 de janeiro de 2023.2023

BRASIL. Ministério Da Saúde, MS, Estratégia Saúde da Família, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/> Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2023

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS, O que é a Saúde Digital? Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS, Saúde Digital e Telessaúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/telessaude/telessaude>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Qual o papel do agente comunitário de saúde na pandemia? Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/13157> Acesso em: 24 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee> Acesso em: 24 de janeiro de 2023

BRAVO, V. A. A.; PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. A educação pelo trabalho na saúde: conexões entre formação e práticas nos serviços de saúde. *Temas em Educ. e Saúde*, Araraquara, v. 17, n. 00, e021013, 2021. e-ISSN 2526-3471. DOI: <https://doi.org/10.26673/tes.v17i00.15039>.

BRODERICK. A. The Veterans Health Administration: Taking Home Telehealth Services to Scale Nationally. *Case Studies in Telehealth Adoption*. Commonwealth Fund pub. 1657 Vol. 4. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_case_study_2013_jan_1657_broderick_telehealth_adoption_vha_case_study.pdf

CALSINA, G, et al. Effects of smoking on periodontal tissues. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 771–776. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.2002.290815.x>

CAMARGO, G. A. C. G. et al. Aspectos clínicos, microbiológicos e tratamento periodontal em pacientes fumantes portadores de doença periodontal crônica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v.73, n.4, p. 325-30, out./dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v73n4.p.325>

CARMO, JT; PUEYO, AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev Bras Med** 2002; 59: 73-80.

CATON, J.C, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*.2018;89(Suppl 1):S1–S8 DOI: 10.1002/JPER.18-0157

CATRIB A.M.F, et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: Barroso GT,

Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. Educação em Saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 113-126.

CHAPPLE, Iain LC et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of clinical periodontology*, v. 44, p. S39-S51, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12685> Acesso em: maio 2023.

CHÁVARRY N.G.M, et al. The Relationship Between Diabetes Mellitus and Destructive Periodontal Disease: A Meta-Analysis. *Oral Health Prev Dent* 2009; 7: 107–127.

CHEN N, ZHOU M, DONG X, ET al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020;395(10223):507- 513

CLIFT AK, et al. Smoking and COVID-19 outcomes: an observational and Mendelian randomisation study using the UK Biobank cohort. *Thorax* 2022;77:65–73. doi:10.1136/thoraxjnl-2021-217080

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução CFM nº 2.227/2018. Publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p. 58.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, CFO, Resolução CFO-226, de 04 de junho de 2020, Brasília, DF, Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2020/226> . Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020b

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, Ofício nº 477/2020/CFO, Brasília, DF, 16 de março de 2020; Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/oficio-ministro-da-saude-coronavirus-1.pdf>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020a

COSTA, N.R, et al. Os agentes comunitários de saúde e a pandemia da COVID-19 nas favelas do Brasil. *Observatório COVID-19, Informação para Ação*.

D'AIUTO, F, et al. Evidence that periodontal treatment improves biomarkers and CVD outcomes. *J Periodontol* 2013;84(4 Suppl.):S85-S105. doi:10.1902/jop.2013.134007

DA SILVA, M. D. F. F., DA SILVA, E. M., DA SILVA OLIVEIRA, S. L. S., ABDALA, G. A., & MEIRA, M. D. D. (2018). Integralidade na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 1, 394-400.

DATA.RIO, Instituto Pereira Passos, Rio em Síntese. Disponível em: <https://www.data.rio/pages/rio-em-sntese-2> Acesso em: 07 de março 2023

DATASUS, CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3304556664075>
Acesso em: 07 de março 2023

DE AZEVEDO P.O., FOGACCI M.F., DE BARROS M.C.M., BARBIRATO D.S.; Mecanismos biológicos envolvidos na intercessão entre obesidade e periodontite.; **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e52491110092, 2020. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10092>

DIETRICH, T., BERNIMOULIN, J.-P. AND GLYNN, R.J. (2004), The Effect of Cigareté Smoking on Gingival Bleeding. **Journal of Periodontology**, 75: 16-22. <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.1.16>

DOLAN, MARY E. et al. Investigation of COVID-19 comorbidities reveals genes and pathways coincident with the SARS-CoV-2 viral disease. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2020.

DONDERS, H.C.M, et al (2020) Elevated Coronary Artery Calcium scores are associated with tooth loss. PLoS ONE 15(12): e0243232. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243232>

DONDERS, H.C.M, et al. The association between periodontitis and cardiovascular risks in asymptomatic healthy patients. **International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention** 11 (2021) 200110. <https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2021.200110>.

DONDERS, H.C.M. Alveolar bone loss and tooth loss are associated with COVID-19 severity but are not independent risk factors. An explorative study. **Advances in Oral and Maxillofacial Surgery** 5 (2022) 100223. <https://doi.org/10.1016/j.adoms.2021.100223>

EBINGER, J.E, et al. Hypertension and Excess Risk for Severe COVID-19 Illness Despite Booster Vaccination. **Hypertension**. Volume 79, Issue 10, October 2022; Pages e132-e134 <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19694>

EKE, P. I. et al. Update of the Case Definitions for Population-Based Surveillance of Periodontitis. **J Periodontol.**, [s. l.], v. 83, n.º 12, p. 1449–54, 2012. 8.

EWLES, L.; SIMNETT, I. Promoting health. A Practical Guide. London, Scutari Press, 1992, p. 4-47.

FAGERSTRÖM, K.-O. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**. ISSN 0306- -4603. 3 : 3/4 (1978) 235-241.

FALKENBERG, M.B, et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 03 [Acessado 8 outubro 2023]. pp. 847-852. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>.

FARIA HP, WERNECK MA, SANTOS MA, TEIXEIRA PF. Processo de Trabalho em

Saúde. os Santos. Universidade Federal de Minas Gerais/ Nescon. 2009; 2ed.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>

FERNANDES, L., COSTA, F., BRANDT, L., XAVIER, A., AGUIAR, Y., SANTOS, F., & CAVALCANTI, A. (2016). Hábitos de Higiene Bucal e Condição Periodontal de Escolares Adolescentes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 20(1), 37–42. DOI:<https://doi.org/10.4034/rbcs.2016.20.01.06>

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023

FRIED, L.P. Epidemiology of Aging. **Epidemiol Rev** Vol. 22, No. 1, 2000.

GABRIEL, M; TANAKA, E.E. Formação profissional em odontologia: percepção discente da interação curricular. **Revista ABENO**, 2011; 11(1):19-22.

GALVAN, J. et al. Relato de Experiência de Telemonitoramento Materno-Infantil durante a Pandemia COVID-19. **Revista Extensão em Foco**. Palotina, n. 23 (Especial), p. 159-165, jun. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ef.v0i20>

GBD- Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, **Global Health Metrics**, www.thelancet.com Vol 396 October 17, 2020.

GENCO, ROBERT J., BORGNACKE WENCHE S. Risk factors for periodontal disease **Periodontology** 2000, Vol. 62, 2013, 59–94 Printed in Singapore. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x>

GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

GOMES, R, et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007.

GRAVES, D.T., et al, The impact of diabetes on periodontal diseases, **Periodontology** 2000. 2020;82:214–224. <https://doi.org/10.1111/prd.12318>

HADDAD, A. E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev Bras Educ Med**. [online]. v.36 (sup11), p.3-4, 2012.

HADDAD, C, et al. Smoking and COVID-19: A Scoping Review. **Tobacco Use Insights** Volume 14: 1–9, 2021. <https://doi.org/10.1177/1179173X21994612>

HAJISHENGALLIS G, Interconnection of periodontal disease and comorbidities:

Evidence, mechanisms, and implications. **Periodontology** 2000. 2022;89:9–18. DOI: 10.1111/prd.12430

HAMPSE, NYMANS, LINDHE J. Periodontal 11. treatment of multirroted teeth. Result after 5 years. **J Clin Periodontol** 1975; 2(3): 126-35

HERRERA, D. et al. Association between periodontal diseases and cardiovascular diseases, diabetes and respiratory diseases: Consensus report of the Joint Workshop by the European Federation of Periodontology (EFP) and the European arm of the World Organization of Family Doctors (WONCA Europe). **J Clin Periodontol**. 2023; 50:819–841. DOI: 10.1111/jcpe.13807

HOLMLUND, A; HOLM, G; LIND, L. Severity of Periodontal Disease and Number of Remaining Teeth Are Related to the Prevalence of Myocardial Infarction and Hypertension in a Study Based on 4,254 Subjects. **Journal Of Periodontology**, [s.l.], v. 77, n. 7, p.1173-1178, jul. 2006. Wiley. <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050233>

HOUVÈSSOU, G.M. et al. Obesity and COVID-19 in-hospital fatality in southern Brazil: impact by age and skin color. **Rev Saúde Pública**. 2022; 56:4. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2022056004329>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, PnadC 4º trimestre 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html> 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Painel de Indicadores de Saúde – Pesquisa Nacional de Saúde. 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/> Acesso em: 04 de abril de 2023. 2019

INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2000. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal, por ordem de IDH, segundo os Bairros ou grupo de Bairros, no Município do Rio de Janeiro em 1991/2000 Disponível em: <https://www.data.rio/documents/58186e41a2ad410f9099af99e46366fd/about>

JACOBOVITZ, F.; CARDOSO, C.L.; NETO, J.D.O.; JÚNIOR, R.F.A. Adaptação e validação do “Oral Health Impact Profile-14” para a cultura brasileira. In: Anais da 20ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. **Pesqui Odontol Bras**, 2003, 17: 252.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of severe periodontitis in 1990–2010: a systematic review and meta-regression. **J Dent Res.**, [s. l.], v. 93, nº 11, p. 1045–53, 2014.

KIM, S.J., CHAE, W., PARK, W.H. *et al.* The impact of smoking cessation attempts on stress levels. **BMC Public Health** 19, 267 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6592-9>

KINANE, D. Causation and pathogenesis of periodontal disease. **Periodontology** 2000, Vol. 25, 2001, 8–20.

KINANE, D.F., CHESTNUTT, I.G. Smoking and periodontal disease. **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**. 2000;11(3):356-365. doi:[10.1177/10454411000110030501](https://doi.org/10.1177/10454411000110030501)

LACERDA, A, et al. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. **Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, p. 93-104, 2004.**

LADEIRA, L. L. C, et al. Abordagem preventiva das causas comuns entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis bucais e sistêmicas: o papel protagonista do cirurgião dentista na equipe de saúde da família. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Atendimento odontológico em pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2020.

LADEIRA, L. L. C, et al. Cárie, periodontite e outras doenças não transmissíveis: abordagem transdisciplinar para o cirurgião-dentista. São Luís: EDUFMA, 2023.

LADEIRA, L.L.C, et al. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e rede de atenção à saúde bucal. São Luís: EDUFMA, 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/27070/1/DOEN%C3%87AS%20CR%C3%94NICAS%20N%C3%83O%20TRANSMISS%C3%8DVEIS-%20FATORES%20DE%20RISCO%20E%20REDE%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20C3%80%20SA%C3%9ADE%20.pdf>

LANG, N.P; BARTOLD, P.M. Periodontal health. **J Periodontol**. 2018;89(Suppl 1):S9 S16. DOI: 10.1002/JPER.16-0517

LARVIN, H. et al. Periodontitis and risk of immune-mediated systemic conditions: A systematic review and meta-analysis **Community Dent Oral Epidemiol**. 2022;00:1 13. DOI: 10.1111/cdoe.12812

LARVIN, H. et al. Systemic Multimorbidity Clusters in People with Periodontitis. **Journal of Dental Research** 2022, Vol. 101(11) 1335–1342. DOI: 10.1177/00220345221098910

LARVIN, H. et al. The additive effect of periodontitis with hypertension on risk of systemic disease and mortality. **J Periodontol**. 2022;93:1024–1035. DOI: 10.1002/JPER.21-0621

LEÃO, A.T. e LOCKER, D. Impacto das Condições de Saúde Bucal na qualidade de Vida. In: ANTUNES, J.L.F; PERES, M.A. Epidemiologia da Saúde Bucal. Guanabara Koogan, 1a edição, 2006, p. 260 a 268.

LEÃO, A.T. e OLIVEIRA, B.H. Questionários na Pesquisa Odontológica. In: LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P. Epidemiologia & Bioestatística em Odontologia. Atheneu, edição revisada e ampliada, 2008, Cap. 13, p. 273-290.

LEVORATO, C.D, et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1263-1274, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014194.01242013

LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS, Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

LIMA, E. A. C. de; SOUZA, V. K. S. de; SILVA, E. A. da. Análise Crítica da Aplicação da Telessaúde no Campo da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Durante o Enfrentamento da Pandemia da COVID-19. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 104–121, 2022. DOI: 10.14295/aps.v4i2.237. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/237>. Acesso em: 3 out. 2023.

LIU H, CHEN S, LIU M, et al. Comorbid chronic diseases are strongly correlated with disease severity among COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. **Aging Dis.** 2020;11(3):668- 67

LOCKER, D. Measuring oral health: socio-dental indicators. In: **An introduction to behavioral science & dentistry.** (D. Locker, org.) New York: Routledge 1997, p. 73-87.

LÜCK, H. Pedagogia interdisciplinar: **Fundamentos teóricos-metodológicos.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Colet.**, 12 (2),335-342, 2007.

MACHADO, F. A. S. et al. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. **Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado. As Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de**, p. 59-76, 2008.

MACIEL. F.B.M et al. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times **Ciênc. saúde coletiva** 25 (suppl 2) 2020 DOI: 10.1590/1413 812320202510.2.28102020.

MALTA, D.C, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(3):423-434, jul-set 2013. doi: 10.5123/S1679-49742013000300007

MAROUF, N, et al. Association between periodontitis and severity of COVID 19 infection: A case-control- study. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 48, p. 483-91, 2021. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13435>

MARTIN-CABEZAS, RODRIGO et al. Association between periodontitis and arterial hypertension: A systematic review and meta-analysis. **American Heart Journal.** Washington, p. 98-112. mar. 2016. <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050233>

MEALEY, B.L.; OATES, T.W. Diabetes Mellitus and Periodontal Diseases. **J Periodontol**, San Antonio, n., p.1289-1303, ago. 2005. <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050459>

MENEZES, C. C.; OLIVEIRA, R. E. A.; VILLORIA, G.; BARROS, M. C. M. Profile of attendance in the Periodontics service of UFRJ Dental School. **Revista da abeno**, v. 19, p. 123-132, 2019. DOI: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i3.861>

MENDONÇA AV, SOUSA MF, LINHARES RN, CABRAL JC, PAIXÃO PB. Inclusão digital dos agentes comunitários de saúde no Brasil: novas formas de aprender em rede. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* 2009; 3(1):28-37 DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v3i1.707>

MESENBURG, M.A, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e covid-19: resultados do estudo Epicovid-19 Brasil. **Rev Saude Publica**. 2021;55:38. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003673>

MILLER SC. Textbook of Periodontia. 3rd ed. Philadelphia: The Blakestone Company; 1950.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA .. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, maio 2016.

MONSARRAT, P., et al, J.-N. (2016). Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. **Journal of Clinical Periodontology**, 43(5), 390–400. doi:10.1111/jcpe.12534. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12534>

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo, Cortez, Brasília, DF: Unesco, 2000.

MOROSINI, M. V, FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 261-274. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s117>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023

NAZIR, MUHAMMAD ASHRAF. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. **International journal of health sciences**, v. 11, n. 2, p. 72, 2017.

NIAURA R, SHADEL WG, BRITTD M, ABRAMS DB. Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. **Addict Behav**. 2002 Mar-Apr;27(2):241-50. doi: 10.1016/s0306-4603(00)00180-5. PMID: 11817765.

OLIVEIRA, B. H., & NADANOVSKY, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 33, 307–314. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x>

OLIVEIRA, A. S. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em: 3 out. 2023.

OLIVEIRA, M.T, BARROS, M.C.M; Manual para controle e prevenção do tabagismo por cirurgiões-dentistas [livro eletrônico]. Rio de Janeiro, Abóborax, Design, 2020.

ORELLANA, J.D.Y, et al. Mudanças no padrão de internações e óbitos por COVID-19 após substancial vacinação de idosos em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(5):PT192321. doi: 10.1590/0102-311XPT192321.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa, [Internet]. Genebra: OMS; 2010 Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf

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. **Periodontol.**2018;89(Suppl 1):S173–S182. DOI: 10.1002/JPER.17-0721

PARAVIDINO, V.B., LEITE, T.H, MEDIANO, M.F.F. et al. Association between obesity and COVID-19 mortality and length of stay in intensive care unit patients in Brazil: a retrospective cohort study. **Sci Rep** 12, 13737 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17197-w>

PATEL, M.H; et al Diabetes and Tooth Loss: An analysis of data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2004, **The Journal of the American Dental Association**, Volume 144, Issue 5, 2013, Pages 478-485, ISSN 0002-8177, <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0149>.

PATEL.J, SAMPSON, V. The role of oral bacteria in COVID-19. **The Lancet Microbe**, [S.L.], v.1, n. 3, p. 1-1, jul. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2666-5247\(20\)30057-4](http://dx.doi.org/10.1016/s2666-5247(20)30057-4).

PATRICK, D. e ERICKSON, P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: **Oxford University Press**, 1993.

PAULA, A. da C et al, Telemonitoramento e a dinâmica empresarial em saúde: desafios e oportunidades para o SUS. *Rev Saúde Pública*. 2020; 54:65. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001996>

PEREIRA, E.F, et al. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012

PINHEIRO, R.J, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):687-707, 2002

PIRES CPAB, FERRAZ MB, ABREU MHNG. Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49). **Braz Oral Res** 2006;20(3):263-8.

PITONES-RUBIO, VIVIANA et al. Is periodontal disease a risk factor for severe COVID-19 illness? **Medical hypotheses**, v. 144, p. 109969, 2020.

PIVOTTO A, CAMPOS GISLON L, AQUINO GOUVEIA FARIAS M. M, EGER SCHMITT B. H, MARCHIORI DE ARAÚJO S, GARCIA DA SILVEIRA E. Hábitos

de higiene bucal e índice de higiene oral de escolares do ensino público. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [Internet]. 2013;26(4):455-461. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40831096002>

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010, IDHM Municípios 2010 Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idhm-munic%C3%ADpios-2010> Acesso em: 27 de abril de 2023

RAJPAL. A, RAHIMI.L, ISMAIL-BEIG. F. Factors leading to high morbidity and mortality of COVID-19 in patients with type 2 diabetes. **J Diabetes**. 2020;12(12):895-908

RAMFJORD, S P; ASH, Major M. **Periodontology and periodontics**. WB Saunders Company, 1979.

REDE PROFSAUDE, COVID-19 e Atenção Primária: As Experiências nos Territórios. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/livro_-_covid-19_e_aps.pdf Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2023

REGIS, C.G. Avaliação de experiências interprofissionais na graduação em saúde: construção e validação de um instrumento. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2018.

RIO DE JANEIRO, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria De Estado De Saúde - SES/RJ Rol de competências que integram o Regimento Interno Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?CP=49062> Acesso em: 26 de janeiro de 2023

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro Secretaria Municipal de Saúde Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses – SUBVISA Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador – CST. 2017. Mapeamento Das Atividades Produtivas E Da População Trabalhadora Do Município Do Rio De Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a> Acesso em: 04 de abril de 2023. 2017

RIO DE JANEIRO, Prefeitura do Rio de Janeiro, EpiRio, Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro. 2023. Disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/paineis-epidemiologicos/mortalidade-e-nascimentos/mortalidade/> Acesso em: 04 de abril de 2023.2023

RIO DE JANEIRO, Prefeitura do Rio de Janeiro, EpiRio, Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro. 2023. Disponível em <https://epirio.svs.rio.br/painel/painel-rio-covid-19/> Acesso em:20 de agosto de 2023. 2023

RIO DE JANEIRO, RJ, Secretaria Municipal de Saúde, Resolução SMS nº 4387, de 29 de abril de 2020. Nota Técnica S/SUBPAV/CTEO/SVS nº 04/2020 Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3e4767a2-bc31-4990-b081-3a01e41190f5> Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020

RIO DE JANEIRO, Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Gestão da Atenção

Integral à Saúde, Nota técnica ATSB/SAPS/SGAIS/SES-RJ- n° 04/2021, Rio de Janeiro, RJ, 14 de maio de 2021, Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDA1MjU%2C>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2021

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Boletim epidemiológico. Disponível em: <https://coronavirus.rio/boletim-epidemiologico/> Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2023

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul; Secretaria da Saúde; Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde; Divisão de Atenção Primária; Guia Orientador de teleconsulta e telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202104/29093716-guia-teleconsulta-telemonitoramento-versao-1-2.pdf> Acesso em: 24 de janeiro de 2023

ROCHA-BRISCHILIARI, S.C, et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol.** 2014;27(1):35-42

RODRIGUES, A.P. et al, Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal à grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória- ES. **APS em Revista** Vol. 2, n.2, p.189-196|junho 2020 ISSN 2596-3317.

RONDINA, R. DE C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 5, p. 592–601, set. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000500016>

SAID, K.N., AL-MOMANI, A.M., ALMASEEH, J.A. et al. Association of periodontal therapy, with inflammatory biomarkers and complications in COVID-19 patients: a case control study. **Clin Oral Invest** 26, 6721–6732 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04631-6>

SANZ M, DEL CASTILLO AM, JEPSEN S, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases. Consensus report. **Glob Heart.** 2020;15(1):1

SAVAGE A, EATON KA, MOLES DR, NEEDLEMAN I. A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease. **J Clin Periodontol.** 2009;36(6):458-67.

SCHENKEIN HA, PAPAPANOU PN, GENCO R, ET al. Mechanisms underlying the association between periodontitis and atherosclerotic disease. **Periodontol** 2000. 2020;83(1):90- 106

SICI-RIO DE JANEIRO, RJ, Prefeitura Da Cidade Do Rio De Janeiro, Gabinete de Prefeito, Coordenadoria Geral de Gestão Institucional. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde/S/SUBPAV. (Decreto N° 51937 de 17/01/2023). Disponível em: <http://sici.rio.rj.gov.br/PAG/principal.aspx> Acesso em: 26 de janeiro de 2023

SILVEIRA, R.P. et al. Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes

de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. **APS em Revista** Vol. 2, n. 2, p. 151-161 | Junho – 2020 ISSN 2596-3317 – DOI 10.14295/aps.v2i2.121

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **J Community Dent Oral Epidemiol**, 25: 284-290, 1997.

SLADE, G.D. e SPENCER, A.J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dental Health**, 11: 3-11, 1994.

STEFFENS, J. P., FOGACCI, M. F., BARCELLOS, C. R. G., OLIVEIRA, C. S. S., MARQUES, F. V., CUSTÓDIO JR., J.; TUNES, R. S., ARAÚJO, L. A., FISCHER, R. G. Manejo clínico da inter-relação diabetes e periodontite: diretrizes conjuntas da Sociedade Brasileira de Periodontologia (SOBRAPE) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). **Braz J Periodontol**. 2022 Jan-Apr;32(1):90-113 DOI: <https://doi.org/10.14436/0103-9393.32.1.090-113.oar>

STEFFENS, J.P, MARCANTONIO, R.A.C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. **Rev Odontol UNESP**. 2018 July-Aug.; 47(4): 189-197. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>

SU, N. et al. Development and external validation of prediction models for critical outcomes of unvaccinated COVID-19 patients based on demographics, medical conditions and dental status. **Heliyon** 9 (2023) e15283. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15283>

SWAMY, S. et al. Hypertension and COVID-19: Updates from the era of vaccines and variants. **Journal of Clinical & Translational Endocrinology** 27 (2022) 100285. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2021.100285>

TADIC, M, et al. COVID-19 and arterial hypertension: Hypothesis or evidence? **The Journal of Clinical Hypertension**, Greenwich, v. 22, p. 1120-26, jul. 2020. <https://doi.org/10.1111/jch.13925>

TAMIMI, F, ALTIGANI, S, SANZ, M. Periodontitis and coronavirus disease 2019. **Periodontol 2000**. 2022; 98: 207–214. doi:[10.1111/prd.12434](https://doi.org/10.1111/prd.12434)

TOMPSEN, N. N., MEIRELES, E., PEDUZZI, M., & TOASSI, R. F. C.. (2018). Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. **Revista De Odontologia Da UNESP**, 47(5), 309–320. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08518>

TRENTIN, M.S, et al. Doença Periodontal e fatores de risco em pacientes HIV positivos. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 3, p. 49-55, set./dez. 2007.

TROMBELLI, L, et al. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. **J Clin Periodontol**. 2018;45(Suppl 20):S 4 4 –S 67. DOI: 10.1111/jcpe.12939

VALENTE, M. I. B.; BARROS, M. C. M. **Periodontia Implantodontia Contemporânea** (Khan, S; Fischer, R; Dias, A.). Capítulo: Terapia Periodontal de

Suporte. SOBRAPE (ISBN: 9788578891657). 1a ed., Quintessence Editora, v. 1, p. 189-198, 2019.

VALENTE, M. I. B.; BARROS, M. C. M.; OLIVEIRA, J.T. S.; SOARES, A. C. Capítulo 1: Periodontia e Qualidade de vida- 1.2-Tabagismo e o Impacto na saúde Bucal in: Perio por elas. SOBRAPE (ISBN: 9786584536524). 1a ed., Editora Santos, v. 1. 16-29p, 2023.

VASBINDER, A, et al. Inflammation, Hyperglycemia, and Adverse Outcomes in Individuals With Diabetes Mellitus Hospitalized for COVID-19. **Diabetes Care** 2022;45:692–700 | <https://doi.org/10.2337/dc21-2102>

VIVARIO, 2022. Disponível em: http://vivario.org.br/upa-saude_em_rede/ Acesso em: 04 de maio de 2023.

WATT, R.G. et al. Promovendo Saúde Bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. São Paulo: Santos, p.1-12, 2004.

WEN, P. Y. F. et al. Global burden and inequality of dental caries, 1990 to 2019. **Journal of dental research**. [s. l.], v. 101, n.º 4, p. 392-399, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Disponível em: <https://covid19.who.int/table>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020b

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Promoción de la salud: glosario. Ginebra:, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disponível em: <https://covid19.who.int/table> Acesso em: 24 de janeiro de 2023 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 11 de março de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. 2020a

WORLD HEALTH ORGANIZATION Oral health. Fact sheet n.º 318. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948. Constitution of the World Health Organization. World Health Organization, Geneva. 1948

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of Human Resources for Health, Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. CH-1211 Geneva 27, Switzerland; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO) Health inequities and their causes 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> Acesso em 04 de maio de 2023.2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. 176 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. 176 p.2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.

ZHAO, MING- JUAN et al. Periodontal Disease is Associated With Increased Risk of Hypertension: A Cross- Sectional Study. **The Journal Frontiers in Physiology**, v. 10, p.1-8, 25 2019. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00440>

ZHOU B, BENTHAM J, DI CESARE M, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. **Lancet** 2017; 389: 37–55.

ZHOU, Y.; CHI, J.; Lv, W.; WANG, WANG, Y. Obesity and diabetes as high-risk factors for severe coronavirus disease 2019 (Covid-19). **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v. 37, n. 2, p. e3377, 2021.

8. ANEXOS

ANEXO 1– FICHA DE ANAMNESE

Dados pessoais:

Nome completo do paciente: _____

Matricula: _____

Estado civil: () solteiro () casado () separado () divorciado () viúvo

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço:

_____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____

Tel. Residencial: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Histórico de saúde:

Você percebe a sua saúde geral como: () ruim () normal () boa

Houve alguma alteração na sua saúde no último ano? () sim () não

Em caso de ter respondido sim: Qual foi a alteração?

Você foi hospitalizado ou teve alguma doença séria nos últimos três anos? () sim () não

Em caso de ter respondido sim: Qual foi a razão?

Você está sendo tratado por um médico atualmente? () sim () não. Por que?

Data do último exame médico: _____

Você tem tido:

Dor no peito? () sim () não

Tornozelos inchados? () sim () não

Falta de ar? () sim () não

Tosse persistente ou tossindo sangue? () sim () não

Perda de peso recente ou febre? () sim () não

Problemas relativos a sinusite? () sim () não

Você tem ou já teve:

Doença cardíaca? () sim () não

Febre reumática? () sim () não

Pressão sanguínea alta? () sim () não

Asma, tuberculose, enfisema ou outras doenças do pulmão? () sim () não

Hepatite ou outra doença do fígado? () sim () não

Problemas estomacais, úlceras? () sim () não

Alergias a drogas, alimentos, medicações, látex? () sim () não

História em sua família de diabetes, doença cardíaca, câncer? () sim () não

AIDS? () sim () não

Tumores, câncer? () sim () não

Artrite, reumatismo? () sim () não

Doenças venéreas (sífilis ou gonorreia)? () sim () não

Herpes? () sim () não

Doenças dos rins ou da bexiga? () sim () não

Doença da tireoide ou da glândula supra-renal? () sim () não

Diabetes? () sim () não

COVID-19 () sim () não

Atualmente, você está usando ou tomando:

Remédios, medicamentos, comprados sem receita médica (inclusive ácido acetil salicílico, medicamentos naturais? () sim () não

Tabaco de qualquer forma?

Bebidas alcoólicas? () sim () não

Somente para mulheres:

Você está (ou pode estar) grávida ou amamentando? () sim () não

Você toma pílula anticoncepcional? () sim () não

Para todos:

Você tem ou já teve outras doenças ou problemas médicos não citados neste formulário?

() sim () não

Qual? _____

Você fuma? () sim () não (Em caso positivo siga para a FICHA TABÁGICA).

Histórico odontológico:

Data do último exame odontológico: ____/____/____

Você já teve problemas com tratamento dentário? () sim () não

O que

aconteceu? _____

Você está sentindo dor nesse momento? () sim () não

Você escova os dentes diariamente? () sim () não

Quantas vezes? () uma () duas () três () quatro () mais de 4

Utiliza enxaguante bucal? () sim () não

Em caso positivo: () Diariamente () 1x semana () Eventualmente

Já sofreu alguma cirurgia oral (ex. exodontia)? () sim () não

Qual? _____

Sente dificuldade para abrir a boca? () sim () não

Sente cansaço ou dor muscular na face quando mastiga? () sim () não

Sente dores de cabeça com frequência, nuca ou pescoço? () sim () não
 Sente dores no ouvido ou na ATM? () sim () não
 Aperta os dentes durante as suas atividades diurnas? () sim () não
 Alguém já relatou que você range os dentes durante a noite? () sim () não
 Possui alguma hábito diferentes em relação a boca ? () sim () não

Obs: _____

ANEXO 2 – FICHA DE ÍNDICES PERIODONTAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTROS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- FACULDADE DE ODONTOLOGIA- PERIODONTIA													
NOME DO PACIENTE:										DATA DO EXAME:			
ÍNDICES: placa visível (IPV): presença=1 ausência =0 dente ausente X					Índice de sangramento gengival: presença=1 ausência =0 dente ausente X					FATORES RETENTIVOS DE PLACA: cálculo= presença=1 ausência =0 dente ausente X			
FATORES RETENTIVOS DE PLACA: cálculo= presença=1 ausência =0 dente ausente X										Restauração deficiente e resto radicular= presença=1 ausência =0 dente ausente X			
MAXILA													
REGIAO		INDICES		FATORES RETENTIVOS DE PLACA			REGIAO		INDICES		FATORES RETENTIVOS DE PLACA		
dente	superfície	IPV	ISG	cálculo	rest.def./cavidade	resto rad.	dente	superfície	IPV	ISG	cálculo	rest.def./cavidade	resto rad.
18	D						21/61	M					
18	V						21/61	V					
18	M						21/61	D					
18	P						21/61	P					
17	D						22/62	M					
17	V						22/62	V					
17	M						22/62	D					
17	P						22/62	P					
16	D						23/63	M					
16	V						23/63	V					
16	M						23/63	D					
16	P						23/63	P					
15/55	D						24/64	M					
15/55	V						24/64	V					
15/55	M						24/64	D					
15/55	P						24/64	P					
14/54	D						25/65	M					
14/54	V						25/65	V					
14/54	M						25/65	D					
14/54	P						25/65	P					
13/53	D						26	M					
13/53	V						26	V					
13/53	M						26	D					
13/53	P						26	P					
12/52	D						27	M					
12/52	V						27	V					
12/52	M						27	D					
12/52	P						27	P					
11/51	D						28	M					
11/51	V						28	V					
11/51	M						28	D					
11/51	P						28	P					

MANDIBULA													
REGIÃO		INDICES		FATORES RETENTIVOS DE PLACA			REGIÃO		INDICES		FATORES RETENTIVOS DE PLACA		
dente	superfície	IPV	ISG	cálculo	rest.def./cavidade	resto rad.	dente	superfície	IPV	ISG	cálculo	rest.def./cavidade	resto rad.
38	D						41/81	M					
38	V						41/81	V					
38	M						41/81	D					
38	L						41/81	L					
37	D						42/82	M					
37	V						42/82	V					
37	M						42/82	D					
37	L						42/82	L					
36	D						43/83	M					
36	V						43/83	V					
36	M						43/83	D					
36	L						43/83	L					
35/75	D						44/84	M					
35/75	V						44/84	V					
35/75	M						44/84	D					
35/75	L						44/84	L					
34/74	D						45/85	M					
34/74	V						45/85	V					
34/74	M						45/85	D					
34/74	L						45/85	L					
33/73	D						46	M					
33/73	V						46	V					
33/73	M						46	D					
33/73	L						46	L					
32/72	D						47	M					
32/72	V						47	V					
32/72	M						47	D					
32/72	L						47	L					
31/71	D						48	M					
31/71	V						48	V					
31/71	M						48	D					
31/71	L						48	L					
PERCENTUAIS:		IPV		ISG				cálculo		Rest.defic.		Rest rad	

ANEXO 3- PERIOGRAMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTROS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 Faculdade de Odontologia

FICHA PERIODONTAL (Anexo 4) - PERIOGRAMA

Paciente: _____ Matrícula: _____

Diagnóstico Periodontal: _____

Exame Inicial	Data:		DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	MVD	MVD	MVD	MVD	MVD	MVD	MVD	
		furca																
		mobilid																
		ISS																
		NCI																
		PB																
dente		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
FACE VESTIBULAR																		

Exame Inicial	Data:		DPM	DPM	DPM	DPM	DPM	DPM	DPM	DPM	MPD	MPD	MPD	MPD	MPD	MPD	MPD	
		furca																
		mobilid																
		ISS																
		NCI																
		PB																
dente		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
FACE PALATINA																		

Exame Inicial	Data:		DLM	DLM	DLM	DLM	DLM	DLM	DLM	DLM	MLD	MLD	MLD	MLD	MLD	MLD	MLD	MLD	
		furca																	
		mobiliid																	
		ISS																	
		NCI																	
		PB																	
		dente	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
FACE LINGUAL																			

Exame Inicial	Data:		DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	DVM	MVD	MVD	MVD	MVD	MVD	MVD	MVD	MVD
		furca																
		mobiliid																
		ISS																
		NCI																
		PB																
		dente	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FACE VESTIBULAR																		

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL

1) Com relação a frequência de escovação diária.

Escova os dentes uma vez por dia	
Escova de uma a três vezes por dia	
Escova mais de três vezes por dia	
Não escova ou não saber a frequência	

2) Faz uso de alguma enxaguatório?

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

No caso afirmativo:

Usa todos os dias	
Usa três vezes por semana	
Usa uma vez por semana	
Raramente	

3) Faz uso de fio dental?

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

No caso afirmativo:

Usa todos os dias	
Usa três vezes por semana	
Usa uma vez por semana	
Raramente	

ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO EXPERIÊNCIA COVID-19:

1) Durante o período de março de 2020 até hoje, você teve COVID-19?

Sim

Não

Não sei, mas acho que sim, pois apresentei sintomas.

Não sei e acho que não, pois não apresentei sintomas.

2) No caso de ter tido COVID-19, você fez exame pra comprovar?

Sim

Não

3) No caso de ter feito o exame, o resultado foi positivo ou negativo pra COVID-19?

Positivo

Negativo

4) Quantas vezes você já teve COVID-19?

1

2

3

4 ou mais

5) Alguém que mora com você teve COVID-19 comprovado por exame?

Sim

Não

6) Você tomou a vacina da COVID-19?

Sim

Não

7) Em caso de sim, quantas doses?

1

2

3

4

Cartilha vacinal:

Data e tipo de vacina:

ANEXO 6: OHIP

Brazilian version of the short-form of the Oral Health Impact Profile (OHIP14) evaluated by the present study

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

- 1 – você teve problemas para falar alguma palavra?
 - 2 – você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
 - 3 – você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
 - 4 – você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?
 - 5 – você ficou preocupada?
 - 6 – você se sentiu estressada?
 - 7 – sua alimentação ficou prejudicada?
 - 8 – você teve que parar suas refeições?
 - 9 – você encontrou dificuldade para relaxar?
 - 10 – você se sentiu envergonhada?
 - 11 – você ficou irritada com outras pessoas?
 - 12 – você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?
 - 13 – você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?
 - 14 – você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?
-

Response options: Nunca (0), Raramente (1), Às vezes (2), Repetidamente (3) e Sempre (4).

ANEXO 7 – FICHA TABÁGICA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA TABÁGICA

Nome: _____ Data: __/__/__

1) Tem vontade de parar de fumar? _____

2) Qual foi o motivo de começar a fumar? _____

3) Há quanto tempo fuma? _____

4) Faz o uso de qual/quais produtos derivados de tabaco? _____

5) Com que frequência?

() Regular/diária () Irregular/ocasional () recreacional/grupo () Raramente

6) Em média, qual a quantidade que fuma em um dia? _____

7) Já tentou parar de fumar alguma vez? () Sim () Não

a) Quantas vezes tentou para de fumar? () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais

b) Há quanto tempo foi a última tentativa? _____

c) Tentou por conta própria ou com a ajuda de algum profissional da área da saúde? Qual?

d) Fez o uso de algum medicamento nesta(s) tentativa(s)?

e) Teve reação a algum medicamento utilizado?

f) A família teve conhecimento dessa(s) tentativa(s)? Recebeu apoio? -

g) Quanto tempo conseguiu ficar sem fumar? _____

h) Qual motivo que o (a) levou à voltar a fumar? _____

8) Fuma dentro de casa? () Sim () Não

9) Outras pessoas também fumam dentro da sua casa? () Sim () Não
Quem?

10) Fuma no trabalho? () Sim () Não

11) Outras pessoas fumam no ambiente de trabalho? () Sim () Não

12) Qual considera o maior obstáculo para parar de fumar?

Observações:

TESTE DE FAGERSTRÖM PARA AVALIAÇÃO A DEPENDÊNCIA À NICOTINA

		Pontos
Após quanto tempo, logo depois de acordar, você fuma o 1º cigarro?	Em até 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
Acha difícil abster-se de fumar em locais onde são proibidos?	Sim	1
	Não	0
Qual dos cigarros fumados durante o dia lhe proporciona mais prazer?	Primeiro da manhã	1
	Qualquer outro	0
Em média, quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	3
	De 11 a 20	2
	De 21 a 30	1
	Mais de 31	0
Você fuma com maior frequência no período da manhã?	Sim	1
	Não	0
Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do dia?	Sim	1
	Não	0
Total de pontos para a avaliação da dependência: _____	0 a 2 pontos	Muito baixa
	3 a 4 pontos	Baixa
	5 pontos	Média
	6 a 7 pontos	Elevada
	8-10 pontos	Muito elevada

ANEXO 8: PARECER DO CEP

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO TELEMONITORAMENTO NO ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA DE COVID-19 - UMA EXPERIÊNCIA NO SUS

Pesquisador: CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58033822.5.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.463.328

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta às pendências elencadas no parecer número 5.265.987, de 25 de Fevereiro de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:


Esta pesquisa tem a finalidade de analisar o papel do Telemonitoramento no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a saúde bucal na pandemia de COVID 19, no âmbito de uma Unidade da Clínica da Saúde da Família na Penha. Inclui-se também o levantamento das condições periodontais e presença de comorbidades conhecidas relacionadas ao agravamento da COVID 19 numa amostra de usuários deste serviço.

Objetivo Secundário:

Utilizar o Telemonitoramento para identificar os usuários com comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial e tabagismo); Identificar o perfil sociodemográfico dos usuários; Identificar as condições atuais desses usuários em relação às suas comorbidades; Avaliar o número de pacientes de risco para o agravamento da COVID 19; Aplicar questionário sobre saúde bucal; 3.2.6- Realizar

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.463.328

exame periodontal em uma amostra desses usuários com comorbidades; Avaliar o número de pacientes com perdas dentárias por motivos periodontais; Avaliar as condições de saúde periodontal; Correlacionar a presença de comorbidades com a experiência de COVID 19; Desenvolver estratégias de atendimento odontológico prioritário para o usuário com comorbidades; Propor estratégias interprofissionais para promoção da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos e estão relacionados ao vazamento de dados pessoais e geração de algum constrangimento aos participantes de pesquisa, porém os cuidados de confidencialidade e sigilo dos dados serão adequados através do uso da coleta de dados em um computador com senha. Além disso, o exame odontológico apresenta riscos inerentes ao processo podendo causar contaminação e desconforto. Nesse sentido os cuidados com a esterilização correta dos instrumentos serão tomados, e habilidades e competências da examinadora (pesquisadora principal) adequadamente treinada para tal exame (a pesquisadora principal apresenta graduação em odontologia).

Benefícios:

Os benefícios consistem na contribuição individual e coletiva para promover o cuidado em saúde. Sob o ponto de vista da contribuição individual, o exame odontológico proporcionará uma avaliação da saúde bucal do indivíduo, através do diagnóstico de patologias eventualmente existentes, e tratamento das doenças periodontais. Sob o ponto de vista da contribuição coletiva, teremos o benefício da criação de possíveis estratégias e aprimoramento dos protocolos do cuidado em saúde na unidade Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso, considerando uma abordagem sistêmica e interprofissional no enfrentamento da COVID-19 e sua correlação com a saúde bucal em usuários com comorbidades e que possuem periodontite.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo observacional, com baixo risco para os participantes da pesquisa. Tem

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Página 02 de 05

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.463.328

relevância social, ao promover a saúde bucal de uma população atendida pela ESF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) TCLE foi revisto e ajustado conforme às exigências do parecer anterior.
- 2) A redação sobre o tamanho amostral, método de seleção e amostragem dos participantes de pesquisa foi revista no Projeto de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos no projeto.

Trata-se de pesquisa tipificada como B1.

Considerações Finais a critério do CEP:

- 1) De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem ser assinados pelo pesquisador responsável e conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no endereço https://cep.hucff.ufrj.br/images/Modelos/Modelo_de_Relatorio_Final.pdf, bem como deve haver menção ao período a que se referem. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. A submissão deve ser como Notificação.
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.1.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1888081.pdf	11/03/2022 17:14:24		Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CEP.docx	11/03/2022 17:10:43	CLARA SILVA AVELLAR	Aceito

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Página 03 de 05

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.463.328

Outros	Carta_resposta_ao_CEP.docx	11/03/2022 17:10:43	MASCARENHAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	protocolo_de_pesquisa_detalhado_modi ficado.pdf	11/03/2022 17:09:53	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	protocolo_de_pesquisa_detalhado_modi ficado.docx	11/03/2022 17:09:39	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_escla recido_modificado.docx	11/03/2022 17:09:15	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	lista_de_documentos_anexados.docx	12/01/2022 09:47:32	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao_sem_assinatura .docx	12/01/2022 09:40:19	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao_com_assinatura .pdf	12/01/2022 09:40:08	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_Utilizacao_ de_Dados_sem_assinatura.docx	12/01/2022 09:39:08	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_utilizacao_ de_dados_com_assinatura.pdf	12/01/2022 09:38:52	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	Pesquisadores_Participantes_do_estudo _e_respectivos_links_para_Curriculo_La ttes.docx	12/01/2022 09:38:14	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	folha_de_rosto_sem_assinatura.pdf	12/01/2022 09:36:06	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_responsabilidade_da_ins tituicao_sem_assinatura.docx	11/01/2022 22:47:15	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_responsabilidade_da_ins tituicao_com_assinatura.pdf	11/01/2022 22:47:02	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	declaracao_de_responsabilidade_da_ins tituicao_coparticipante_sem_assinatura. docx	11/01/2022 22:46:36	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	declaracao_de_responsabilidade_da_ins tituicao_coparticipante_comassin	11/01/2022 22:46:05	CLARA SILVA AVELLAR	Aceito

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

Página 04 de 05

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.463.328

Outros	atura.pdf	11/01/2022 22:46:05	MASCARENHAS	Aceito
Cronograma	cronograma_detalhado_sem_assinatura.docx	11/01/2022 22:44:52	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Cronograma	cronograma_detalhado_com_assinatura.pdf	11/01/2022 22:44:43	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_do_pesquisador_sem_assinatura.docx	11/01/2022 22:43:49	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_do_pesquisador_com_assinatura.pdf	11/01/2022 22:42:58	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Orçamento	orcamento_financeiro_detalhado_sem_assinatura.docx	11/01/2022 22:42:33	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_com_assinatura.pdf	11/01/2022 22:42:18	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro_detalhado_com_assinatura.pdf	11/01/2022 22:38:07	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

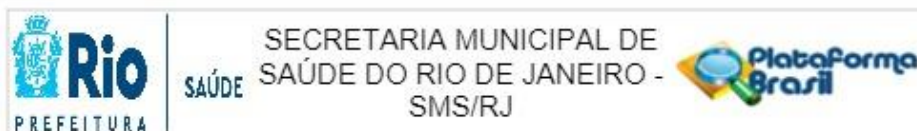
Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Junho de 2022

Assinado por:
Monique Loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

ANEXO 9 PARECER DO CEP



Continuação do Parecer: 5.603.500

Cronograma	cronograma_atualizado.docx	08/08/2022 13:25:43	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CEP.docx	11/03/2022 17:10:43	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	protocolo_de_pesquisa_detalhado_modi- ficado.pdf	11/03/2022 17:09:53	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	protocolo_de_pesquisa_detalhado_modi- ficado.docx	11/03/2022 17:09:39	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_escla- recido_modificado.docx	11/03/2022 17:09:15	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	lista_de_documentos_anexados.docx	12/01/2022 09:47:32	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao_sem_assinatura .docx	12/01/2022 09:40:19	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao_com_assinatura .pdf	12/01/2022 09:40:08	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_Utilizacao_ de_Dados_sem_assinatura.docx	12/01/2022 09:39:08	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_utilizacao_ de_dados_com_assinatura.pdf	12/01/2022 09:38:52	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	Pesquisadores_Participantes_do_estudo _e_respectivos_links_para_Curriculo_La- ttes.docx	12/01/2022 09:38:14	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	folha_de_rosto_sem_assinatura.pdf	12/01/2022 09:36:06	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	declaracao_de_responsabilidade_da_ins- tituicao_coparticipante_sem_assinatura. docx	11/01/2022 22:46:36	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	declaracao_de_responsabilidade_da_ins- tituicao_coparticipante_com_assinatura. pdf	11/01/2022 22:46:05	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

Página 06 de 07

Continuação do Parecer: 5.603.500

dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1965208.pdf	08/08/2022 13:37:59		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_institucional_unidade_de_saude.pdf	08/08/2022 13:36:39	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_fonte_financiamento.pdf	08/08/2022 13:36:13	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Outros	carta_resposta_com_anexo.pdf	08/08/2022 13:33:35	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_modificado.docx	08/08/2022 13:32:06	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_modificado.docx	08/08/2022 13:28:04	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_modificado.pdf	08/08/2022 13:27:28	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito
Cronograma	cronograma_atualizado.pdf	08/08/2022 13:26:02	CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 5.603.500

aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 5.603.500

de confidencialidade e sigilo dos dados serão adequados através do uso da coleta de dados em um computador com senha. Além disso, o exame odontológico apresenta riscos inerentes ao processo podendo causar contaminação e desconforto. Nesse sentido os cuidados com a esterilização correta dos instrumentos serão tomados, e habilidades e competências da examinadora (pesquisadora principal) adequadamente treinada para tal exame (a pesquisadora principal apresenta graduação em odontologia)

Benefícios:

Os benefícios consistem na contribuição individual e coletiva para promover o cuidado em saúde. Sob o ponto de vista da contribuição individual, o exame odontológico proporcionará uma avaliação da saúde bucal do indivíduo, através do diagnóstico de patologias eventualmente existentes, e tratamento das doenças periodontais. Sob o ponto de vista da contribuição coletiva, teremos o benefício da criação de possíveis estratégias e aprimoramento dos protocolos do cuidado em saúde na unidade Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso, considerando uma abordagem sistêmica e interprofissional no enfrentamento da COVID-19 e sua correlação com a saúde bucal em usuários com comorbidades e que possuem Periodontite.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de mestranda do programa de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFRJ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados satisfatoriamente.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa relevante; não foram observados óbices éticos inclusive no sentido de esclarecer aos potenciais participantes a natureza, objetivos, métodos, direitos, riscos e benefícios do estudo; e a situação do parecer aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 5.603.500

O exame clínico será realizado em um equipo odontológico com refletor e kit de inspeção contendo espelho e sonda periodontal Uno 15, onde todas as regiões da cavidade oral serão inspecionadas e realizada a sondagem periodontal por um inspecionador único e calibrado (a reprodutibilidade do examinador será avaliada antes do estudo). Para avaliação periodontal todos os dentes permanentes serão avaliados, excluindo os terceiros molares. O exame clínico periodontal dos voluntários envolvidos no estudo será realizado por um operador calibrado

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão tabulados em um banco de dados e analisados através de um programa estatístico.

Critério de Inclusão:

Pacientes maiores de 18 anos cadastrados na Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso que foram monitorados no período citado, que buscaram atendimento no serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Esta pesquisa tem a finalidade de analisar o papel do Telemonitoramento no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a saúde bucal na pandemia de COVID 19, no âmbito de uma Unidade da Clínica da Saúde da Família na Penha. Inclui-se também o levantamento das condições periodontais e presença de comorbidades conhecidas relacionadas ao agravamento da COVID 19 numa amostra de usuários deste serviço.

Objetivo Secundário:

Utilizar o Telemonitoramento para identificar os usuários com comorbidades (diabetes melitus, hipertensão arterial e tabagismo); Identificar o perfil sociodemográfico dos usuários; Identificar as condições atuais desses usuários em relação às suas comorbidades; Avaliar o número de pacientes de risco para o agravamento da COVID 19; Aplicar questionário sobre saúde bucal; 3.2.6- Realizar exame periodontal em uma amostra desses usuários com comorbidades; Avaliar o número de pacientes com perdas dentárias por motivos periodontais; Avaliar as condições de saúde periodontal; Correlacionar a presença de comorbidades com a experiência de COVID 19; Desenvolver estratégias de atendimento odontológico prioritário para o usuário com comorbidades; Propor estratégias interprofissionais para promoção da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos e estão relacionados ao vazamento de dados pessoais e geração de algum constrangimento aos participantes de pesquisa, porém os cuidados

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO TELEMONITORAMENTO NO ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA DE COVID-19 - UMA EXPERIÊNCIA NO SUS

Pesquisador: CLARA SILVA AVELLAR MASCARENHAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58033822.5.3001.5279

Instituição Proponente: SMS RIO CF FELIPPE CARDOSO AP 31

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.603.500

Apresentação do Projeto:

De acordo com a pesquisadora:

O Telemonitoramento têm sido uma ferramenta importante para o enfrentamento da COVID 19 no serviço público de saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da manutenção da saúde das pessoas, especialmente aquelas que apresentam doenças crônicas não transmissíveis. A Atenção Primária em Saúde (APS), inicialmente, utilizou o Telemonitoramento para o rastreamento da COVID 19, bem como, organizou o serviço de saúde para lidar com a situação de urgência que se estabeleceu no país. A concepção da Estratégia da Saúde da Família (ESF), através da atuação dos agentes comunitários como parte integrante da Equipe de saúde foi um fator essencial para articular o cuidado em saúde para a população. Desta forma, através do Telemonitoramento, na logística da ESF, também tem sido possível monitorar várias doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes melitus, hipertensão arterial e tabagismo que são condições bastante prevalentes e também fatores de risco para as doenças periodontais. Concomitantemente, através de estudos recentes foi constatado que essas comorbidades apresentam uma forte associação com o agravamento da COVID 19, reforçando a importância de manter esse grupo prioritário como foco de atenção no cuidado. Investigar o papel do telemonitoramento na manutenção da saúde geral e bucal dos usuários do serviço parece ser de essencial importância.

Metodologia Proposta:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 5.603.500

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Agosto de 2022

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br

Página 07 de 07

ANEXO 10- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**O PAPEL DO TELEMONTORAMENTO NO
ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL
NA PANDEMIA DE COVID-19 – UMA EXPERIÊNCIA NO SUS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**O PAPEL DO TELEMONTORAMENTO NO ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL NA PANDEMIA DE COVID-19 – UMA EXPERIÊNCIA NO SUS**”, que tem por objetivo analisar o papel do Telemontoramento (acompanhamento remoto por telefone) no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis (como diabetes e pressão alta) e sua relação com a saúde da boca durante a pandemia de COVID 19, na Unidade da Clínica da Saúde da Família na Penha. Ou seja, é uma pesquisa para verificar como foi o funcionamento do contato via telefone e aplicativos com os usuários da unidade de saúde da Clínica da Família Felipe Cardoso durante o período da pandemia de COVID-19, entre março de 2020 a outubro de 2021. Principalmente, fazendo o acompanhamento de doenças como diabetes e pressão alta nos pacientes que procuraram o serviço nesse período, buscando associar essas doenças com a saúde da boca.

Para participar da pesquisa, você deverá ser maior de idade e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*, que foi previamente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga Filho

Pesquisadora responsável
Clara Silva Avellar Mascarenhas

Nome e assinatura do participante da pesquisa

(HUCFF/UFRJ). O participante da pesquisa receberá uma cópia do TCLE, assinado pelo pesquisador de forma impressa.

Participação do estudo - Minha participação no referido estudo será voluntária e consiste em ser examinado (exame odontológico) pelo pesquisador e responder ao questionário de saúde.

Benefícios e Riscos – Ao participar dessa pesquisa, você fará um exame da boca, que pode apresentar algum desconforto, porém a pesquisadora é treinada para esse tipo de exame.

Ao participar dessa pesquisa, você realizará um exame bucal que poderá achar alguma doença importante da boca e receberá tratamento para a gengiva, ou será indicado para os demais tratamentos na unidade. Além disso, você ajudará a melhorar o sistema de atendimento aos usuários da Clínica da Saúde da Família Felipe Cardoso. A pesquisa também fará o monitoramento de alguma doença crônica como diabetes e pressão alta, facilitando o acompanhamento dessas doenças pelo médico da unidade.

Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos, e todos os cuidados serão tomados para que não aconteça nenhum vazamento de dados pessoais. Ao participar dessa pesquisa, você fará um exame da boca, que pode apresentar algum desconforto, porém a pesquisadora é treinada para esse tipo de exame e tomará todos os cuidados para minimizar o desconforto.

Sigilo e Privacidade- Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, não serei identificado quanto a divulgação dos resultados. Os pesquisadores se responsabilizarão pela guarda e confidencialidade dos dados.

Autonomia- Declaro que fui informado que posso parar de responder o questionário em qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo, bem como não realizar o exame odontológico.

Pesquisadora responsável
Clara Silva Avellar Mascarenhas

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Remuneração- Estou ciente de que não há despesas pessoais, nem compensação financeira relacionada a minha participação.

Indenização- Declaro que fui informado que tenho garantia de buscar meu direito indenizatório por danos decorrentes da pesquisa.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, Clara Mascarenhas, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UFRJ:

Nome da pesquisadora responsável: Clara Silva Avellar Mascarenhas
Telefone da pesquisadora responsável: (21)98737-2710
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ
R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 - 7º andar - Ala E. CEP:21.941-91
Horário de funcionamento: de segunda-feira a sexta-feira, de 8h às 16h.
Telefone: (21)3938-2480 e e-mail: cep@hucff.ufrj.br

Endereço Comitê de Ética SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -SMS/RJ: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO, CEP: 20.031-040
Telefone: (21) 2215-1485
E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

- Sim
- Não

Nome completo do participante: _____

CPF: _____ Idade: _____ anos

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

Pesquisadora responsável
Clara Silva Avellar Mascarenhas

Nome e assinatura do participante da pesquisa