Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

Módulo de Casos Complexos
Caso 10

Natasha

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

Sumário

Natasha 3

Caso 10 – Natasha..... 4

Contextualização 10

Tema 1 – Abordagem do adolescente 19

Tema 2 – Contracepção 24

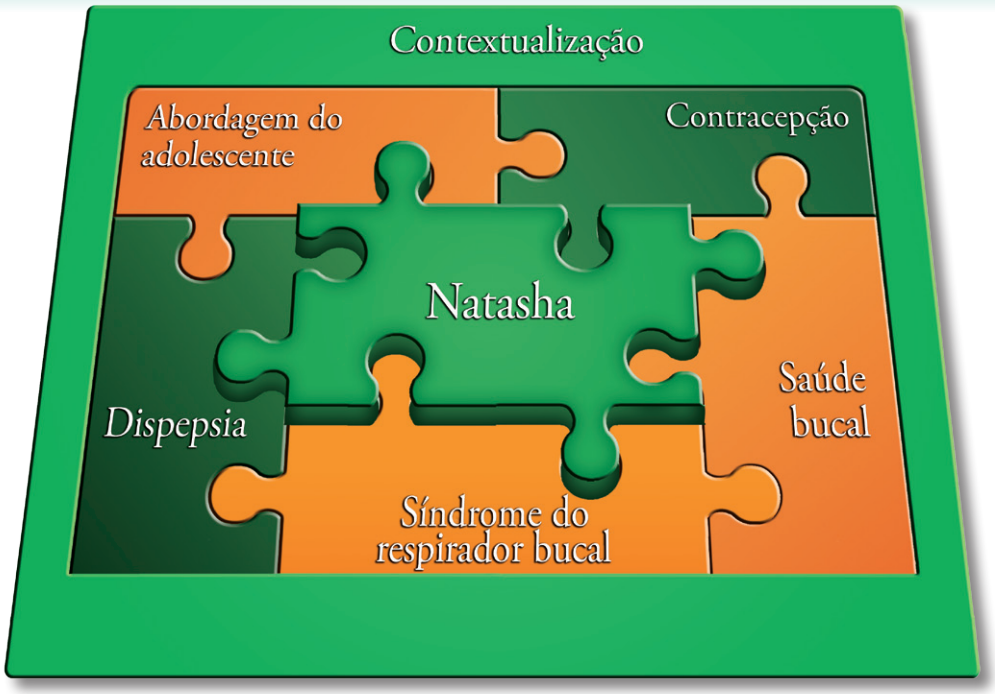
Tema 3 – Dispepsia 31

Tema 4 – Síndrome do respirador bucal 34

Tema 5 – Saúde bucal 36

Caso 10
Natasha

Módulo de Casos Complexos



Caso 10 - Natasha

Natasha é uma menina de 13 anos que está se preparando para a consulta. Ela gosta muito de batom e esmalte vermelhos, além das camisetas da Sininho. Está insatisfeita com seus dentes apinhados e, preocupada com a estética, sorri sem mostrá-los. Está esperando há algumas semanas a consulta com Dr. Felipe. Marcou sem sua mãe saber, pois tem algo que julga secreto para conversar com o médico. Uma amiga sua já passou duas vezes em consulta no posto: uma vez com o Dr. Felipe e outra com a enfermeira Rita. Foi essa amiga quem convenceu Natasha a procurar orientações no posto. Ela não queria ir, pois achava que os médicos do convênio eram melhores e pediam mais exames, e que os consultórios do convênio eram mais bonitos. Mas, agora, ela não tinha mais convênio.

Dr. Felipe, ao ver Natasha sozinha, pensou: “Será que posso atendê-la?”.

A consulta começou com um bom dia e uma pergunta do Dr. Felipe: "Como posso ajudar você, Natasha?". E Natasha começou a contar o motivo pelo qual procurou o posto. Ela queria um encaminhamento para o "gastro" e um encaminhamento para o "neuro".

Dr. Felipe explicou que ele podia ajudá-la e, se precisasse, faria os encaminhamentos solicitados, mas precisava saber por que ela necessitava deles. Natasha começou a contar que seu estômago estava doendo demais havia quase um ano, desde a morte de seu pai. Ela já havia ido muitas vezes ao pronto-socorro. Melhorava a dor, mas depois voltava. Passou por um tempo e voltou com toda a força havia alguns meses. O médico do pronto-socorro a orientou a procurar o posto para pegar um encaminhamento urgente para o médico especialista de estômago. Ela se sentia cada vez pior. Quase todo dia tinha dores. Junto com a dor no estômago, surgiu uma dor de cabeça que já tinha melhorado, mas agora aparecia toda vez que ela brigava com o namorado.

Dr. Felipe observou no prontuário que Natasha esteve em várias consultas de demanda espontânea nos últimos meses. Em algumas foi o próprio Dr. Felipe quem a atendeu. As queixas variavam entre dor de cabeça, formigamento nos braços e dor epigástrica. A dor epigástrica quase sempre estava presente.

Dr. Felipe perguntou a Natasha desde quando estava com piora da dor e fez várias perguntas para entender melhor o padrão de dor epigástrica e da cefaleia, além de outros fatores acompanhantes. Depois, questionou se havia mais alguma coisa em que ele poderia ajudar e do que Natasha tinha medo com relação às dores.

Natasha contou que tinha medo de morrer como seu pai, que sofria de cirrose. Além disso, estava com medo de ficar grávida, pois estava com um novo namorado... Esse era o segredo. Ela queria tomar anticoncepcional, mas tinha medo... Podia engordar e/ou a mãe descobrir. Desde que começou a menstruar há dois anos, sua menstruação nunca vem no mesmo dia e às vezes vem duas vezes por mês. Acha que tem algum problema, pois a menstruação está muito irregular e às vezes ainda vem com uns "pedaços de sangue".

Durante a conversa, Dr. Felipe é interrompido por uma ligação no celular de Natasha que durou alguns minutos e atrasou a consulta. Enquanto Natasha estava ao telefone, ela sorriu e Dr. Felipe percebeu que ela evitava mostrar os dentes ao fazê-lo.

Quando ela desligou o telefone, ele perguntou: "Por que tem vergonha de sorrir?". Ela respondeu que seus colegas e vizinhos fazem piadas sobre seus dentes tortos, uma "mordida aberta" que ela tem desde pequena, e que são feios, escuros e com cárie...

O médico indicou que ela deveria marcar consulta com o dentista e, após exame físico, disse o que achou a respeito de seu caso.

Dr. Felipe explicou para Natasha que não se tratava de doença do fígado, e sim de uma provável gastrite. Disse que a perda do pai pode ter influenciado nesses sintomas e deu espaço para Natasha expor como se sentia sobre o assunto. O medo de ficar grávida agora podia também ter piorado os sintomas de gastrite. O médico esclareceu os riscos e os benefícios de anticoncepcionais hormonais, os outros tipos de anticoncepcionais e a importância de sempre usar camisinha, mesmo com anticoncepcional, para evitar DSTs. Prescreveu dieta adequada para o quadro de dispepsia e um anticoncepcional, conforme consenso entre os dois. Pediu que Natasha a marcasse uma consulta com a enfermeira Rita para colher o Papanicolaou e orientar sobre outros métodos anticoncepcionais – não foi possível colher o Papanicolaou naquela consulta, pois Dr. Felipe já estava atrasado para a próxima.

Prescreveu Omeprazol por 45 dias e pediu que marcasse retorno com ele na "vaga cheia" após 30 ou 40 dias, que lhe dá a possibilidade de um maior tempo de consulta. É uma combinação que ele tem com a gerência e auxiliares administrativos. São poucas essas vagas na agenda.

Orientou também sobre aspectos da menstruação em adolescentes. E, por fim, informou que havia um dentista (Dr. Júlio) no posto que poderia ajudá-la na questão dos dentes e da gengiva. Sugeriu que ela perguntasse para a agente comunitária de saúde como conseguir uma avaliação.

Natasha faltou à consulta agendada com a enfermeira Rita. Após 40 dias, voltou no retorno agendado com o Dr. Felipe na "vaga cheia".

Dr. Felipe retomou a última consulta com Natasha e utilizou algumas técnicas para o quadro de somatização. Também completou a abordagem com relação aos cuidados preventivos e colheu citopatológico de colo uterino. Natasha apresentou-se com melhora dos sintomas de dispepsia, mas ainda mantinha a cefaleia após brigas com o namorado. Ao final, Dr. Felipe reforçou para Natasha a importância da consulta da enfermagem e pediu novo retorno com a enfermeira Rita. Perguntou sobre o dentista e ela disse que a ACS Rosalina havia conseguido um horário de triagem na semana seguinte para a família dela, pois o dentista estava muito ocupado conhecendo todas as famílias do território.

Na semana seguinte, Natasha foi à triagem odontológica, acompanhada de sua irmã mais velha, Valquíria. Na verdade, Valquíria não pretendia fazer o tratamento odontológico na Unidade de Saúde, pois ela trabalhava e sabia que não poderia ficar levando declaração do dentista toda semana no serviço, pois temia ser demitida. Mesmo assim, aproveitou que a ACS tinha conseguido um horário de triagem para a família e foi ver se o dentista passava um remédio, pois o dente do juízo estava nascendo e ela estava com muita dor; a gengiva em volta do dente estava inchada, grande, vermelha, sangrando, doía muito... Já tinha feito bochecho com água morna e sal, deu uma melhorada, mas voltou a ficar inchado... Ficava ruim até de abrir a boca, falar e mastigar...

Dr. Júlio examinou Valquíria, limpou a região com Clorexidina, fez uma receita e orientou que voltasse dentro de uma semana para que ele pudesse reavaliar, mas, caso não tivesse uma melhora nos próximos dias, deveria retornar antes.

Natasha passou por triagem e, em seguida, Ana Cristina (Auxiliar de Saúde Bucal) marcou uma consulta para ela com o Dr. Júlio, para a próxima semana.

Logo que Natasha chegou para a consulta, Dr. Júlio perguntou como estava Valquíria e ela respondeu que, depois que a irmã passou em consulta e tomou os medicamentos, teve melhora e estava bem, mas não quis faltar no serviço para passar pelo retorno devido ao medo ser demitida. Como era primeira consulta com Natasha, Dr. Júlio realizou anamnese e exame clínico avaliando seus hábitos de higiene, dieta, cuidados bucais, tratamentos anteriores e seu histórico de hábitos na infância...

Natasha relatou que a mãe falava que ela chupou o dedo até uns 8-10 anos... Respirava muito pela boca, vivia resfriada, com nariz entupido... Ela se lembrava disso e viu em algumas fotos quando era criança chupando dedo, com a boca aberta, e até hoje é *ruim do nariz*, o médico já disse que tem rinite alérgica... E, com nariz entupido, sempre respira pela boca...

Natasha se sente muito incomodada com o inchaço na gengiva e sangramento quando escova os dentes, acha que tem muitas cáries, porque os dentes doem com bebida gelada e doces, que ela gosta e come muito, várias vezes ao dia, principalmente na escola e à tarde em casa...

Doem vários dentes, principalmente do fundo...

Ela examina a boca no espelho e consegue ver alguns "buracos" nos dentes do fundo e manchas escuras nos dentes da frente, o que fica bem feio e "ruim para sorrir"... Sente vergonha e fica triste... Acha que deve melhorar e cuidar, fazer tratamento e ficar com sorriso bonito, para ter um trabalho bom, agradar o namorado e poder sorrir, não ser chateada pelas pessoas...

Ela percebe que tem pessoas que não falam dos seus dentes tortos, com cárie, escuros, mas pensam... Ela fica constrangida e quer melhorar.

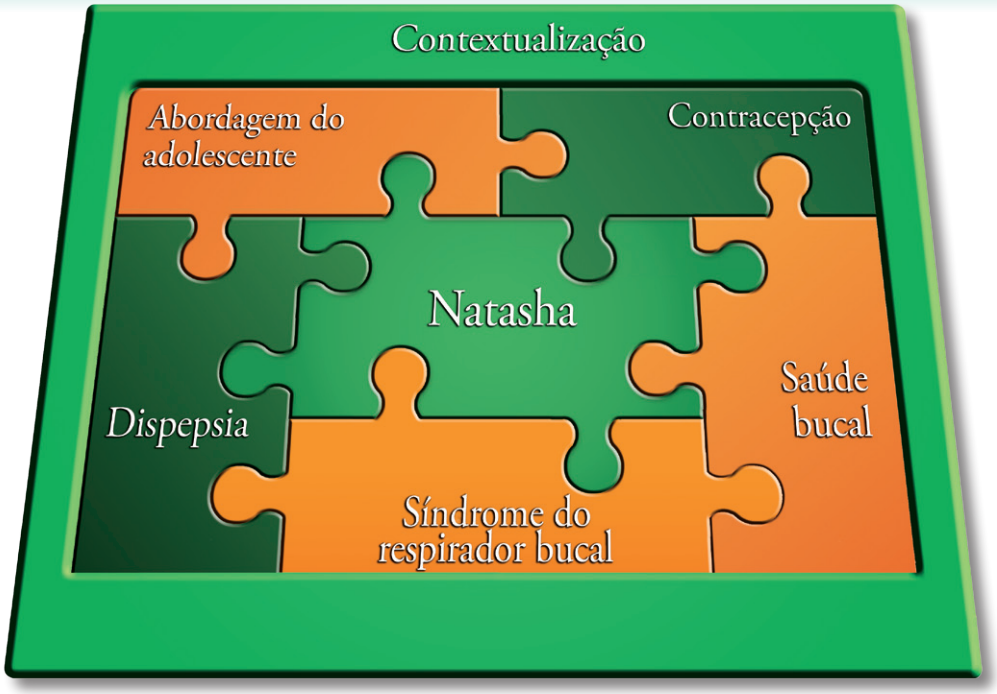
Dr. Júlio disse que Natasha é muito jovem e bonita e deve valorizar sua saúde e estética, indo sempre ao dentista, escovando os dentes e usando fio dental, mudando seus hábitos de dieta. Ele propôs avaliar seu índice de placa e fazer exame clínico...

Natasha concordou, dizendo que quer mesmo se cuidar, deixar seu sorriso bonito, sem dentes com "manchas escuras" e "buracos" que doem, e sem a gengiva sangrando ao escovar os dentes. Ela acrescentou que não tem o hábito de usar fio dental e que desejava "tirar" as cáries, que doem e são feias... Ela revelou que gostaria de ser modelo, sair na televisão, ser rica e famosa, como aquela Gisele, ter um bom emprego...

Após fazer a análise, Dr. Júlio revelou que seu índice de placa e sangramento gengival são altos, com gengivite, além de ter muitas lesões de cárie cavitadas e manchas brancas ativas... Ele afirmou que ela tem algumas erosões nos dentes posteriores e que será preciso pesquisar e saber a causa...

Ele disse que vai trabalhar junto com ela a educação e a motivação para melhorar sua higiene bucal. Para isso, ela deve usar escova e fio dental sempre e corretamente e voltar ao dentista regularmente, além de mudar seus hábitos de dieta.

Por fim, ele reiterou que, juntos, eles vão trabalhar para cuidar da sua saúde e, consequentemente, estética, bem-estar e autoestima. Isso inclui a "mordida aberta" e problemas da respiração bucal, que até hoje incomodam, além de fazer uma avaliação e o encaminhamento com o otorrinolaringologista.



Contextualização

Julie Silvia Martins, Marcelo Marcos Piva Demarzo e Lucilia de Fatima Auricchio

O caso Natasha nos leva a refletir sobre a questão dos adolescentes. Vários autores reconhecem que os serviços de saúde não estão preparados para receber esse público (SÃO PAULO, 2006; LOURENÇO, 2006).

Lourenço (2006) nos chama a atenção para o fato de que a sociedade define a adolescência como um período "problemático", que causa transtornos à família e à sociedade, como se fosse sinônimo de rebeldia, irresponsabilidade, descompromisso e inconsequência. A própria sociedade os alcunha de "aborrecentes" e os considera vulneráveis a uma extensa gama de situações de risco. O autor salienta inclusive que a própria produção científica das áreas de Educação e Saúde dá mais ênfase aos estudos de risco do que aos fatores de proteção e resiliência (capacidade de competir com a adversidade) dessa fase da vida.

Lourenço (2006) também adverte que o primeiro grande desafio a ser enfrentado na prática da "Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes" é a desconstrução do conceito que associa os jovens a problemas e preocupações e de que ser adolescente representa ter ou ser problema. O autor recomenda que, em vez de focalizarmos nossa atenção nos aspectos relacionados ao risco, vislumbremos aqueles referentes aos fatores de proteção, como autoestima, plano e perspectivas de vida, percepção de talentos, criatividade, espiritualidade, juízo crítico, permitindo uma abordagem de um novo ponto de vista, em que risco e proteção são abordados de maneira conjunta: "Adolescentes protagonistas de ações sociais e de trabalhos voluntários, envolvidos

ativamente em movimentos políticos ou religiosos são exemplos da positiva experiência da contestação" (LOURENÇO, 2006, p. 63).

Em **Abordagem do adolescente**, a autora Maria Vitalle apresenta as questões legais dos adolescentes em relação à saúde e aprofunda a questão da privacidade (independente da idade) e da confidencialidade, trazendo à tona a questão do sigilo profissional da perspectiva do código de ética médica, que garante ao paciente menor de idade a capacidade para avaliar seu problema e de buscar solucioná-lo por seus próprios meios, desde que não acarrete danos a si mesmo ou a terceiros, concordante ao discutido no tema **Contracepção**. Para que não pairem dúvidas sobre a questão, segundo o *Manual de atenção à saúde do adolescente* (SÃO PAULO, 2006), publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: "Se um adolescente procura um serviço de saúde com alguma questão relacionada à sua vida sexual, é importante que ele seja acolhido, ouvido e atendido (por exemplo: disponibilização de contraceptivos), mesmo que ele tenha menos do que 14 anos de idade e que não esteja acompanhado por um responsável", embasando-se na Portaria 527/04 – SMS (SÃO PAULO, 2004).

Ainda em relação a sigilo profissional, privacidade e confidencialidade, o texto de **Contracepção** aponta a importância de esses direitos serem mais divulgados nos serviços de saúde, nas escolas e em outros espaços comunitários frequentados pelos jovens, de forma que o adolescente fique ciente desse direito e possa usufruir dos cuidados profissionais, sem temer.

No tema **Abordagem do adolescente**, veremos situações comuns em que se torna imperativa a quebra de sigilo, salientando que muitos profissionais temem a manutenção do sigilo, quando na prática deveriam se preocupar com a quebra do sigilo, pois este sim é passível de penalidades. A autora também discute o princípio da autonomia dos adolescentes, a doutrina do menor maduro, o respeito ao pudor, o exercício da sexualidade e o uso de contraceptivos na adolescência, sendo que o profissional deve promover uma atitude reflexiva do adolescente, favorecendo a autoestima e a conscientização sobre os riscos, concluindo a sua abordagem com questões relativas às irregularidades menstruais.

Vitalle, em seu texto de fundamentação teórica, aborda a importância do vínculo de confiança na relação do profissional com o adolescente, indispensável para ter acesso integral ao adolescente. Uma atitude crítica ou a imposição de valores certamente promoverão o afastamento. A autora considera Natasha uma adolescente madura, pois ela se responsabiliza por seus atos, procura ajuda e cumpre o que é proposto, podendo dessa forma ser acompanhada pela equipe sem a presença dos pais, favorecendo dessa forma que exerça sua sexualidade de forma segura. O texto de **Saúde bucal** complementa a discussão e refere que "a equipe de saúde deve mobilizar-se para oferecer a ela um ambiente em que ela possa fazer suas escolhas de vida de modo consciente."

Discutindo o uso de anticoncepcionais, Vitalle ressalta que o caso não apresenta informações sobre a cirrose que levou o pai de Natasha a óbito: se está relacionada ao alcoolismo ou a algum outro problema hepático que poderia ter sido transmitido à menina, precisando ser pesquisado antes da prescrição do anticoncepcional oral, pois as hepatopatias contraindicam o seu uso. Ainda em relação aos anticoncepcionais, o conteúdo dá ênfase ao uso de preservativos, salientando que, além de impedir a concepção indesejada, protegem contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

Já a fundamentação teórica de **Contracepção** ressalta o efeito devastador de uma gravidez indesejada na vida de uma adolescente, apresentando imensos entraves para a sua vida social, provocando na maior parte das vezes a interrupção dos estudos, trazendo consequências à futura vida profissional. O texto aponta também a questão do abortamento, que acaba sendo o responsável pela maior parte das internações nesse grupo etário, traduzindo-se na elevação das taxas de mortalidade materna, fetal e infantil. Diante dessa problemática, o autor salienta a importância de os adolescentes receberem boas informações a respeito da saúde reprodutiva e sexual, para que possam decidir livre, consciente e responsavelmente a melhor época para terem filhos, para que estes sejam desejados e venham em boas condições de saúde, e, de forma a contribuir com a discussão, apresenta as indicações e contraindicações dos métodos contraceptivos, a efetividade dos diferentes métodos, os critérios de elegibilidade e a importância que tais assuntos sejam discutidos de forma apropriada.

Quanto à irregularidade menstrual, Maria Vitalle considera importante tranquilizar Natasha, esclarecendo que pode ser fisiológica, decorrente da imaturidade do eixo hipotálamo-hipofisário, mas salienta a importância de pesquisar causas orgânicas, utilizando recursos como fluxograma, história menstrual, exame físico, devendo-se inclusive verificar a possibilidade de distúrbios de coagulação ou de uma possível gravidez. A autora lembra que a avaliação ginecológica deve ser realizada ao longo do primeiro ano de vida sexual ativa e repetida anualmente.

Em relação à dispepsia de Natasha, Vitalle ressalta que o refluxo gastroesofágico é um dos problemas mais frequentes do trato gastrointestinal entre os adolescentes, que podem ser tratados com orientações sobre medidas gerais, como não deitar após comer, fracionar as refeições, evitar refrigerantes e bebidas alcoólicas, entre outras, e a prescrição de antiácidos, mas lembra que o refluxo pode ser secundário a outras causas, como bulimia, consumo de álcool e drogas. Havendo persistência dos sintomas, outras causas devem ser investigadas.

No tema **Dispepsia** também se discute a queixa de dor epigástrica de Natasha, e o diagnóstico mais provável seria dispepsia funcional. O autor do tema, Vinícius Blum, discorre sobre a dispepsia funcional, definindo-a de acordo com os consensos de Roma II e III, que são apresentados no texto. Blum apresenta a prevalência de dispepsia em diferentes países, ressaltando ser uma queixa muito frequente na Atenção Primária e discute a abordagem a ser utilizada nesse nível de atenção em um texto muito didático e esclarecedor.

Saiba Mais...

O Guia prático de matriciamento em saúde mental (CHIAVERINI et al., 2011) aborda a questão dos transtornos mentais comuns, dando subsídio aos profissionais da Atenção Primária para lidar com as reações emocionais dos usuários frente às dificuldades da vida. O guia enfatiza que é fundamental reconhecer o sofrimento presente, pois, embora os sintomas tenham sua origem emocional, eles existem, e, dessa forma, o usuário deve ser acolhido, escutado, apoiado e tratado quando necessário. Quando o usuário compreender a relação entre sofrimento psíquico e sofrimento físico, na maioria das vezes precisará apenas de suporte para, sentindo-se fortalecido, superar seus problemas. Nos casos em que esses transtornos apresentem-se com intensidade moderada ou grave, são necessárias ações mais estruturadas, envolvendo o uso de medicamentos e/ou intervenções de apoio psicossocial na Atenção Primária, ou até mesmo intervenções psicoterápicas especializadas.

No caso de Natasha, uma discussão com a equipe, envolvendo os profissionais do NASF, pode evidenciar em que nível o problema dela deve ser abordado, favorecendo o entendimento da equipe como um todo sobre as questões referentes à somatização e favorecendo um tratamento mais adequado. Essa discussão, abrangendo os diferentes profissionais, permite que todos estejam atentos a um possível quadro de somatização, mas, da mesma forma, não negligenciem possíveis origens orgânicas para os problemas de Natasha. Dessa forma, é importante investigar possíveis origens orgânicas para os sintomas apresentados por ela, mas, uma vez afastadas essas possibilidades, é importante que Natasha compreenda que esses sintomas têm origem emocional e que ela pode contar com o apoio da equipe para enfrentá-los.

A equipe pode favorecer o fortalecimento de Natasha para o enfrentamento dos seus problemas emocionais, por meio de acolhimento, escuta, apoio, e estimulando sua participação em grupos de terapia comunitária, de atividades físicas, ou trabalhos manuais desenvolvidos na unidade, ou incentivando que participe de atividades em espaços sociais da comunidade onde se sinta apoiada, como ONGs, igrejas, atividades artísticas ou esportivas, de acordo com os recursos disponíveis na comunidade e compatíveis com a sua idade.

Quanto às questões de saúde bucal, Natasha apresenta vários problemas que vêm prejudicando inclusive sua autoestima, como aponta o texto: "sente vergonha e fica triste...". O texto também refere situações em que Natasha acaba por se tornar vítima de *bullying*, em decorrência de seus dentes, como pode ser observado: "(....) ela disse que seus colegas e vizinhos fazem piadas sobre seus dentes tortos (....)". O termo *bullying*, do inglês, oferece vários significados, e, no caso de Natasha, significa humilhar, gozar, ofender, o que pode trazer como consequências insegurança, depressão, ansiedade entre outros transtornos de ordem psicológica (SÃO PAULO, 2006).

O caso refere que Natasha é respiradora bucal. O tema **Síndrome do respirador bucal** apresenta o quadro clínico dos respiradores bucais, detalhando os sinais e sintomas que caracterizam a síndrome, os fatores etiológicos envolvidos, as repercussões no sistema respiratório, no sistema cardiovascular, no sono, no sistema hematopoético, no trato gastrointestinal, no sistema endócrino e as repercussões locais no desenvolvimento dento-crânio-facial, na orofaringe, as alterações otológicas, as rinussinusites crônicas ou recorrentes e outras repercussões, como halitose, olfação prejudicada e voz hiponasal. A autora, Rosana de Alencar, também discute a questão da má-oclusão associada a hábitos deletérios e a relação desses hábitos com o aleitamento materno, apontando as possíveis intervenções a serem realizadas na Atenção Primária.

O tema ainda destaca a etiologia multifatorial da síndrome do respirador bucal, bem como as alterações morfofuncionais, estéticas, sociais, cognitivas, afetivas e emocionais associadas à síndrome, salientado, no entanto, que não adianta tratar as diferentes alterações presentes sem que antes sejam diagnosticadas e corrigidas as alterações respiratórias. A autora também enfatiza que: "O diagnóstico, prevenção e tratamento devem ser integrados com áreas da fisioterapia, fonoaudiologia, ortodontia, otorrinolaringologia e, às vezes, psicologia e nutrição, para alcançar resultados satisfatórios".

Em decorrência da ampla gama de alterações provocadas pela respiração bucal, vários aspectos apresentados no caso de Natasha podem estar relacionados ao seu padrão respiratório,

entre eles o apinhamento dental (provavelmente associado a um inadequado crescimento dos ossos da face devido à respiração bucal) e a mordida aberta anterior (possivelmente agravada pela sucção digital), trazendo como consequência problemas de autoestima e favorecendo o desenvolvimento de transtornos mentais como a possível somatização. Até mesmo o problema gástrico pode guardar uma relação com a questão respiratória, uma vez que a dificuldade de coordenar a mastigação com a respiração tende a produzir uma mastigação ineficiente, levando a problemas digestivos, conforme apontado em **Síndrome do respirador bucal**.

Dessa forma, é imperativa a abordagem da respiração bucal de Natasha pela equipe, utilizando os recursos disponíveis na Atenção Primária e mobilizando e coordenando os recursos necessários nos outros níveis de atenção.

Cabe salientar que, em decorrência dos múltiplos agravos à saúde provocados pela respiração bucal, minuciosamente descritos na discussão do tema e na fundamentação teórica de **Síndrome do respirador bucal**, a equipe deve estar sempre atenta para realizar a detecção e o diagnóstico precoce dos respiradores bucais em seu território, desde a mais tenra idade, para que as intervenções sejam realizadas antes que outros agravos decorrentes se instalem, trazendo consequências negativas para a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos afetados, exigindo uma atenção cada vez mais especializada e recursos nem sempre disponíveis no Sistema Único de Saúde em quantidade suficiente para atender às reais necessidades da população.

Além da má-oclusão, Natasha apresenta cavidades de cárie que a incomodam muito pela dor que provocam e o prejuízo estético envolvido.

O texto de **Odontohebiatria** discute os fatores etiológicos da cárie dentária, o processo de desmineralização/remineralização, os sinais de atividade da doença, o risco de cárie, ressaltando que o controle dos fatores etiológicos deve ser a primeira etapa do tratamento. Já a segunda fase do tratamento, que envolve o tratamento restaurador e a execução de próteses, só deve ser iniciada após o controle dos fatores etiológicos da doença, esclarecendo que a não observação dessas diferentes fases do tratamento pode provocar seu insucesso, levando à recidiva da doença. A autora, Isa Gontijo, também aborda as diferentes técnicas de escovação, discute a importância do flúor no tratamento da doença cárie, apresenta o mecanismo de ação do flúor aplicado topicamente e aponta os diferentes intervalos e frequências em que o flúor deve ser aplicado, de acordo com a atividade da doença cárie.

Como Natasha apresenta várias cavidades de cárie e manchas brancas ativas, de acordo com o discutido em **Odontohebiatria**, ela tem alta atividade de cárie. É preciso considerar que Natasha está exposta a vários fatores que aumentam o seu risco de cárie, como apinhamento dentário, consumo excessivo de sacarose e imaturidade do esmalte recém-erupcionado. É importante que a paciente seja orientada sobre questões relativas à dieta e ao uso racional de açúcar, bem como sobre os procedimentos de higiene bucal necessários, sendo motivada pelos profissionais da equipe e reconhecendo o seu papel na promoção e na manutenção da sua saúde bucal. Além dessas questões, os profissionais envolvidos com o atendimento devem instituir uma terapia intensiva com flúor, com o objetivo de remineralizar as manchas brancas ativas e paralisar as lesões cavitadas, bem como providenciar a adequação do meio bucal, de forma a controlar a doença cárie, antes de se instituir o tratamento restaurador propriamente dito. Uma vez controlados os fatores etiológicos, pode-se dar início ao tratamento restaurador, mas

o controle dos fatores etiológicos não deve ser negligenciado nem durante a fase restauradora nem na fase de manutenção, para que não ocorra a recidiva da doença.

Durante o exame clínico de Natasha, Dr. Júlio identificou erosão nos dentes posteriores da menina. De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), erosão dentária é a "perda progressiva da substância dura de um dente por processos químicos que não envolvem ação bacteriana", devendo ser diferenciada de *abrasão dentária*, que se refere à perda de substância por fricção, e de *atrito dentário*, cuja perda de substância dura diz respeito ao desgaste provocado pelo contato entre os dentes.

A erosão dentária pode estar associada a causas externas, como ingestão excessiva de refrigerantes e de bebidas alcoólicas, exposição frequente a meios ácidos (operários que trabalham em meios ácidos), como também pode ser decorrente de causas endógenas, com exposição frequente dos dentes ao conteúdo ácido do estômago, decorrentes de vômitos e regurgitações crônicas em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato, indigestão crônica, pacientes com distúrbios psicossomáticos como anorexia e bulimia nervosa, alcoólatras crônicos, entre outras. As erosões que advêm de causas endógenas geralmente são mais severas e também são conhecidas como perimólise (RESENDE et al., 2005).

No caso de Natasha, Dr. Júlio ainda não identificou a possível causa da erosão dentária, mas reconhece a importância de buscar tais informações, explicitando: "será preciso pesquisar e saber sua causa...".

Odontohebiatria apresenta ainda as características clínicas da erosão dentária, apontando a importância de remover as causas para o sucesso do tratamento e indica a utilização de verniz com flúor em altas concentrações (2,26%) para promover a remineralização das superfícies dentárias.

Conforme referido por Dr. Júlio, Natasha encontra-se com gengivite. Em relação a essa questão, a autora esclarece que a menina tem diversos fatores que favorecem o aparecimento da gengivite, como a respiração bucal, as alterações hormonais próprias da idade, mas o fator determinante é a presença de placa bacteriana, portanto, a melhor forma de se evitar a cárie e a doença periodontal é a remoção mecânica da placa bacteriana por meio de uma escovação eficiente e do uso adequado de fio dental. Caso Natasha apresente cálculo dental, este precisa ser removido pelo profissional por meio de raspagem e polimento dos dentes.

A equipe não pode perder de vista a importância das atividades educativas relativas à saúde bucal voltadas para os adolescentes, seja na Unidade de Saúde, nas escolas da região, ou mesmo em outros equipamentos sociais da comunidade, tendo em vista que o início da adolescência ainda é uma fase de dentição mista, com erupção de novos dentes permanentes. Além disso, a adolescência é uma fase marcada por mudanças, sendo importante reforçar os hábitos de higiene bucal, vislumbrando-se a prevenção tanto da cárie como da doença periodontal, ambas associadas à presença de placa bacteriana/biofilme.

O tema **Inflamação gengival** discorre sobre a formação do biofilme, da gengivite, da Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda (GUNA), da pericoronarite e de questões relativas aos terceiros molares, que são problemas comuns na adolescência, oferecendo uma rica leitura complementar para mais esclarecimentos sobre os diferentes assuntos abordados.

No caso de Valquíria, irmã mais velha de Natasha, tudo leva a crer que se trata de periocoronarite. O texto apresenta as características da periocoronarite e explica que as

condições clínicas podem variar muito, desde quadros relativamente inócuos até situações que necessitem de internação hospitalar, e também apresenta as principais formas de tratamento para a fase aguda e para a fase crônica. É importante salientar que, uma vez superada a fase aguda, o profissional deve reavaliar a situação e tomar medidas para evitar que o processo volte a agudizar.

Um aspecto que também não pode deixar de ser discutido é a dificuldade de acesso aos tratamentos odontológicos pelos trabalhadores. O que Valquíria refere no texto é observado muito frequentemente nos serviços de saúde, pois, como o tratamento odontológico exige várias consultas para sua conclusão, muitas vezes os trabalhadores procuram os serviços apenas em caso de urgência, pois um tratamento exigiria que eles se ausentassem do serviço com certa frequência, o que acaba provocando problemas com o empregador.

Tais aspectos poderiam ser discutidos com a equipe, de forma a buscar alternativas para possibilitar que os trabalhadores também tenham acesso aos serviços, particularmente aos de saúde bucal, que normalmente exigem um maior número de consultas para a conclusão do tratamento.

Em uma abordagem mais geral sobre a adolescência, é notável a sensibilidade encontrada no tema **Saúde bucal**, que aponta a sutileza dos detalhes do caso, ressaltando que Natasha ao mesmo tempo gosta de batom e esmalte vermelhos, mas usa a camiseta da Sininho. A autora completa: "... possivelmente brinca com bonecas", chamando a atenção do leitor para a ambiguidade que é a adolescência em si.

A autora ainda ressalta as atitudes positivas de Dr. Felipe na consulta com Natasha, mas aponta a necessidade de Dr. Júlio conversar com Natasha "sem barreiras de linguagem, sem fornecer constantes orientações normativas, e esperando que ela apenas ouça e as siga", alertando que as estratégias de repetição exaustiva sobre os métodos preventivos nem sempre vão alcançar os resultados esperados, apontando que as abordagens que visam ao empoderamento das pessoas (baseando-se na autonomia dos cidadãos de decidir o que consideram melhor para si, sem receber ordens ou imposições) é que têm o potencial de transformação, criando dessa forma condições para gerar resultados duradouros.

O mesmo tema ressalta também a disponibilidade de Natasha para cuidar da sua saúde: ela "quer melhorar", mostrando-se receptiva para mudanças no estilo de vida. A autora salienta que a motivação que a adolescente apresenta é um fator muito importante para o sucesso do tratamento e, portanto, deve ser aproveitado pelos profissionais responsáveis pelo seu cuidado. A autora inclusive sugere que a equipe convide Natasha para ser agente multiplicadora de saúde na sua escola, podendo ser um elo entre a equipe e os adolescentes, promovendo a aproximação destes, pois o fato de protagonizar ações que gerem resultados positivos servirá de motivação para que dê continuidade e envolva os amigos e, dessa forma, interfira de uma forma positiva na saúde e na qualidade de vida dos adolescentes de seu bairro.

É importante lembrar que as atividades em grupo representam uma possibilidade eficaz de educação em saúde para os jovens, como um espaço de reflexão e de iniciativa em que todos estão passando pelo mesmo momento existencial, pelas crises e questionamentos, buscando sua identidade fora do ambiente familiar, o que favorece o espírito de equipe, responsabilidade, cooperação, mobilizando os seus membros a unir forças para atingir seus objetivos e estimulando o despontar de lideranças construtivas. Por todos esses atributos, os "grupos de adolescentes" devem ser estimulados com o objetivo de oferecer um espaço de participação e expressão do jovem, favorecendo o processo de reflexão pessoal e interpessoal, o estabelecimento de vínculos de afetividade e respeito mútuo, com suporte para que ele saia compreendido, fortalecido e enriquecido (SÃO PAULO, 2006), e o amadurecimento e o empoderamento perante os desafios da vida, que está começando a enfrentar.

De acordo com a realidade de cada local, é importante procurar adaptar o ambiente da Unidade de Saúde para torná-lo mais acolhedor para os adolescentes, disponibilizando vídeos, jogos, murais, painéis de mensagens, notícias e informações, música, cartazes, revistas, livros, entre outros, bem como realizar eventos que promovam a saúde, a cidadania e a qualidade de vida, como passeios, gincanas, shows artísticos e musicais, campeonatos (SÃO PAULO, 2006), sempre favorecendo que os jovens e adolescentes sejam os protagonistas do processo, para que possam desenvolver as atividades de acordo com as suas expectativas; caso contrário, incorre-se em grande risco de não se conseguir envolvê-los.

Por fim, é importante olhar a adolescência não como um período de risco, mas como um tempo de oportunidades (SÃO PAULO, 2006).

Referências

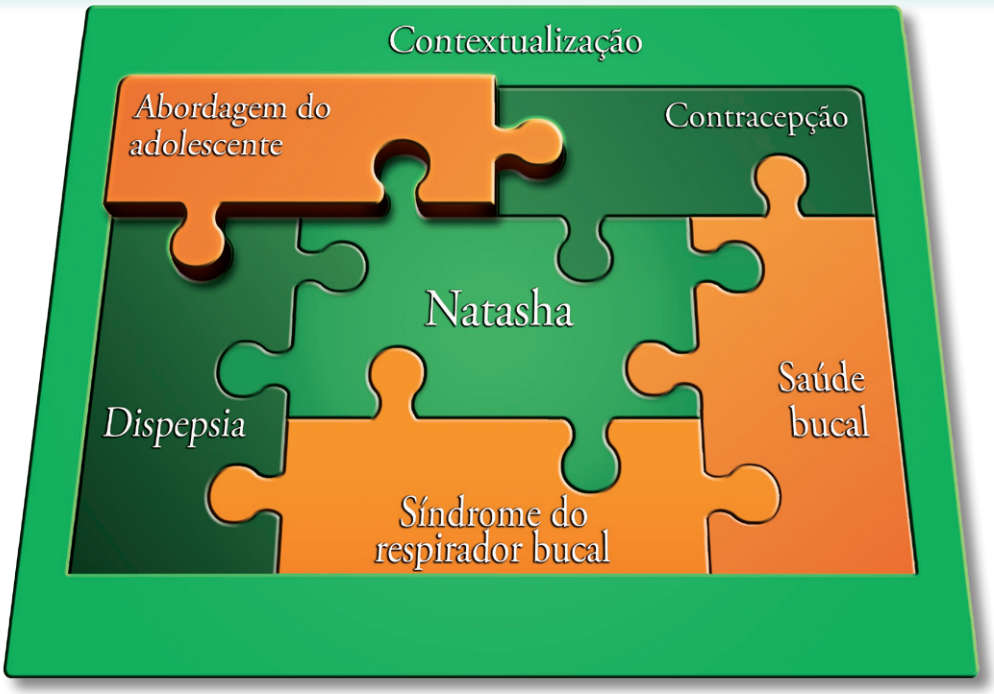
CHIAVERINI, D. H. et al (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

LOURENÇO, B. Vulnerabilidades: desafios do atendimento sob um olhar de resiliência**.** In: **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

RESENDE, V. L. S et al. Erosão dentária ou perimólise: a importância do trabalho da equipe em saúde. **Arq. Odont.**, v. 41, n. 2, p. 132-138, 2005.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo, 2006.

_____. Secretaria da Saúde. Diário Oficial do Município. Portaria municipal no 527, de 20 de agosto de 2004. **Os serviços de saúde devem efetivar o direito de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos à atenção integral à saúde**. Seção I, p. 47. São Paulo, 20 ago. 2004. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0087/PortariaSMSG_2004_0527.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2011.



Tema 1 - Abordagem do adolescente

Maria Sylvia de Souza Vitalle

O estabelecimento de vínculos

Conhecemos a adolescente Natasha, de 13 anos, que, pelo enunciado no caso complexo, não faz consultas de seguimento/rotina, embora frequente o serviço médico por consultas espontâneas há algum tempo, demonstrando que tem algumas demandas de cuidado e tratamento. Vimos que ela entra em consulta médica desacompanhada e apresenta questões referentes à sua sexualidade.

Embora até o momento não tenha estabelecido vínculo com nenhum profissional, a paciente já tem um vínculo com o serviço, porém o vínculo com um profissional deve ser efetivado para que se alicerce a confiança, haja aderência à proposta de tratamento e Natasha possa ser acompanhada adequadamente, não ocorrendo situações de oportunidades perdidas no acompanhamento à saúde integral do adolescente.

A boa relação médico paciente, estabelecendo um vínculo de confiança, promove saúde, pois a partir da confiança se pode ter acesso ao ser integral que é o adolescente, e, aos poucos, ao longo das várias consultas que deverão daí se originar, proporciona o surgimento de conteúdos importantes que o adolescente tenderá a dividir com o profissional que o acompanha e trazer suas dúvidas e questionamentos sem medo, vergonha ou qualquer outra barreira que dificulte ou impeça o cuidado integral.

Nesse sentido, o profissional de saúde deverá ser capaz de não expressar suas convicções pessoais no que tange a preceitos religiosos e preconceitos, e, sempre que julgar que não consegue dar atenção à demanda do adolescente por essas questões, se afastar do caso e pedir ajuda a outro colega para dar seguimento. O profissional de saúde não pode ter atitudes críticas e nunca deve impor seus valores pessoais aos pacientes.

Pequenos gestos fazem toda a diferença no acompanhamento do adolescente, pois mostram o real empenho e interesse em ajudá-lo: se apresentar, apresentar outros membros da equipe aos quais o paciente deverá se referir, sorrir, cumprimentar, ser acessível, chamar pelo nome, estar de fato interessado no paciente, e, para tanto, tentar descobrir algo nele que o interesse de verdade para diferenciá-lo, ter tempo "interno" de escuta, sustentar e promover a autonomia do adolescente, se comprometer com o paciente. Ao prescrever medicamentos, deve estar disponível para que o adolescente entenda a receita, da letra ao conteúdo, a fim de que perceba a importância de aderir ao tratamento preconizado, sendo que, sempre que necessário, discutir as medicações prescritas.

O direito e o acesso à saúde

Privacidade, confidencialidade e sigilo

Todo adolescente tem direito à privacidade, confidencialidade e sigilo, sendo que a idade não deve ser fator que impeça a existência da consulta. Baseado no princípio do *menor maduro*, o profissional de saúde verificará a condição que tem esse adolescente de se responsabilizar pelas ações de saúde que a consulta desencadeará e tomará a decisão de continuar com a ação, ou se alicerçar na equipe, procurando apoio dos demais membros. Por meio de discussão do caso e tendo o entendimento que é um menor maduro, terá seu direito de privacidade, confidencialidade e sigilo garantido, desde que se constate que seus atos não tragam prejuízos a si ou a terceiros. Em se constatando que o menor não é maduro, deverá ser acionada a família/responsáveis, mas com o cuidado de agir como *facilitador*, trazendo a família, nunca a afastando, nem agir como delator, "policial". Tentar levar o adolescente sempre à maturidade, conversar com ele sobre a necessidade de a abordagem ser com familiar/responsável, para que ele continue se sentindo acolhido e não haja quebra da confiança estabelecida.

No caso, parece que a adolescente Natasha, embora menor, é madura, pois se responsabiliza por seus atos, procura ajuda e cumpre o que lhe é proposto. Dessa forma, o seguimento no serviço de saúde pode e deve ser feito sem a presença dos pais, até porque, nesse momento, ela não quer que sua família saiba do exercício da sexualidade. É esse o seu segredo, que deve ser respeitado, pois tem direito ao exercício seguro da sua sexualidade e às descobertas que isso lhe confere.

A questão do exercício da sexualidade

Por questões didáticas, se classifica a adolescência em **precoce** (ou inicial), **média** e **tardia**, e essa classificação auxilia muito no processo de entendimento do comportamento do adolescente.

De modo geral:

- dos 10 aos 14 anos, na adolescência precoce, o adolescente está ainda muito preso aos vínculos e regras familiares;
- na adolescência média (dos 14 aos 17 anos), acontece a exploração dos contatos físicos, ou seja, a descoberta da sexualidade;
- na adolescência tardia (dos 17 aos 20 anos de idade), há a presença de maturação física completa, e o comportamento sexual terá por base a busca por relações de afeto e a formação de vínculos íntimos e duradouros.

Natasha, embora com a idade cronológica de 13 anos, parece ter comportamento de uma adolescente já vivenciando as questões da fase média da adolescência, talvez partindo para a fase tardia. Será preciso explorar mais os seus comportamentos para identificar melhor: conversar mais com ela, saber se tem projetos de vida, se esse novo namorado tem algum significado mais especial para ela, por que decidiu namorá-lo e por que decidiu ter relações sexuais com ele. Deve ser importante para ela, pois privilegia o relacionamento, no sentido de que quer viver essa experiência e se preocupa em vivê-la bem, pois pede o auxílio do serviço de saúde e suas orientações. O não contar para a família pode ser encarado somente como um segredo seu, uma particularidade sua que não quer ainda dividir. Mas deve-se analisar o contexto familiar e social da Natasha, o quão próxima é de sua família, como é o relacionamento em casa com a mãe e com irmãos. Perguntar ainda o que mais faz com o namorado, quais suas atividades, no que se identificam, o que gosta de fazer com ele, se têm amigos comuns, quem são esses amigos, o que fazem, aonde vão. Lembrar que, de modo geral, nenhuma adolescente conta à mãe que vai ter relações sexuais; conta, sim, quando tem oportunidade (ou necessidade) muito tempo depois, muitas vezes somente na vida adulta.

Deve-se verificar a possibilidade de existirem fantasias sobre a questão da cirrose (seu pai era alcoólatra ou apresentava outra doença que evoluiu para cirrose?). Importante também para avaliar o futuro uso de contracepção oral, pois hepatopatias contraindicam o seu uso (a garota possui algum risco de apresentar alguma hepatopatia?).

Não se pode também limitar a orientação sexual preventiva no uso de preservativo e no método anticoncepcional, tendo sempre presente que há um indivíduo em consulta, que deve

receber orientação sobre sexualidade, prazer, reprodução. É o momento para desmitificar alguns conceitos sobre métodos anticoncepcionais, enfatizando o baixo risco das pílulas, a ineficácia do coito interrompido, a eficiência da contracepção de emergência para relacionamentos desprotegidos ou situações de abuso sexual, além da eficiência dos preservativos, que protegem a vida e impedem a concepção inoportuna, lembrando que devem ser utilizados aqueles regulamentados pelo INMETRO, pois além da elasticidade (mais difíceis de romper), têm poros muito pequenos, que impedem a passagem de vírus e bactérias.

O uso de contracepção – a dupla proteção sempre: contra a gravidez e contra as DSTs

Embora a realização de exames laboratoriais e ultrassom pélvico nem sempre seja pré-requisito obrigatório para o início do uso de contracepção oral, idealmente as adolescentes candidatas ao uso devem ter avaliação ginecológica também ao longo de seu primeiro ano de vida sexual ativa, sendo orientadas a repetir anualmente essa avaliação. Recomenda-se o início do uso do contraceptivo no primeiro dia do ciclo menstrual, embora, havendo certeza de que a adolescente não esteja grávida, seja possível iniciar o contraceptivo em qualquer momento do ciclo menstrual. Iniciando no primeiro dia do ciclo menstrual, garante-se a eficácia a partir da primeira cartela de contraceptivo.

Antes de orientar sobre métodos contraceptivos, investigar os fatores de risco para o envolvimento em atividade sexual desprotegida: comprometimento da autoestima, baixo nível socioeconômico, carência afetiva, ausência de projeto de vida, mau desempenho escolar e/ou profissional, desestruturação familiar, dificuldade de assumir a própria sexualidade.

Questões de ordem prática também devem ser discutidas com a adolescente e ser enfatizadas, principalmente quando há o desconhecimento dos pais da atividade sexual: onde vai guardar, a que horas tomar, o que fazer se esquecer de tomar, por exemplo. Além disso, discutir os possíveis efeitos colaterais, para que não sejam motivo de abandono do método, explicando que de modo geral são transitórios e desaparecem depois de aproximadamente três meses de uso, e que podem ocorrer náuseas, cefaleia leve, sangramentos irregulares e *spottings*, alterações do humor e também hipersensibilidade nas mamas.

Irregularidade menstrual fisiológica ou não? Gravidez?

É importante tranquilizar a paciente sobre a possibilidade de estar diante de uma irregularidade menstrual ainda fisiológica, pois se sabe que, nos dois a três primeiros anos pós-menarca (primeira menstruação), a menstruação ainda é irregular devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hippofisário, porém é preciso atenção para possíveis doenças que cursam com alteração do ciclo menstrual. Não está claro no relato se ela já tem atividade sexual ou não; é necessário deixar isso muito claro. Ela refere medo de engravidar, dores de cabeça e epigástrica. Muitas vezes, as queixas são vagas e podemos estar frente a uma dor de cabeça muito maior:

gravidez e, frequentemente, a paciente nega a atividade sexual. Caso tenha vida sexual ativa, indagar se usa DIU, pois também pode ser causa de sangramentos. Deve ser estimulada a fazer o fluxograma, isto é, anotar, todos os meses, os primeiros e últimos dias de sua menstruação, para se ter uma ideia de como são, de fato, seus ciclos, além de perguntar de rotina quantos dias dura o fluxo menstrual, se considera pouco ou muito, quantos absorventes usa por dia (com o cuidado de perguntar com que frequência os troca: quando estão bem cheios, encharcados, ou logo que começam a se molhar). O uso de medicamentos deve ser investigado, pois sabidamente alguns hormônios e drogas podem interferir na menstruação.

Deve-se considerar que, de modo geral, na adolescência o sangramento uterino anormal é disfuncional. A hipermenorreia ou menorragia frequentemente é devida a causas orgânicas como miomas, pólipos, adenomiose, adeno-carcinoma do endométrio e, na adolescência, pensar em distúrbios da coagulação. A inspecção da paciente ao entrar no consultório já nos faz pensar em alguns distúrbios no eixo-hipotálamo-hipófise-ovário, como a presença de obesidade ou magreza acentuada, hirsutismo, hipotireoidismo, *Cushing*. *A história menstrual* traz informações importantes, pois é comum ocorrerem ciclos anovulatórios devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipofisário, e a paciente apresentará menarca na época habitual e ciclos irregulares no período e na duração. A maioria das perdas sanguíneas não é severa, e as adolescentes podem ser acompanhadas sem nenhuma intervenção, até que os ciclos ovulatórios se estabeleçam. Porém deve-se estar atento, pois na ocorrência de sangramentos prolongados ou graves impõe-se pensar em distúrbios da coagulação. Encaminhar, se necessário, para avaliação ginecológica, pois no exame físico é possível afastar causas orgânicas de sangramento genital, como lesões de colo, vagina e vulva, tumores de ovário, processos inflamatórios pélvicos e patologias da gravidez.

Afastadas todas as causas orgânicas, estabelecer se o sangramento é ovulatório ou anovulatório. A história menstrual norteará esse passo, pois, de modo geral, os ciclos ovulatórios são regulares e os anovulatórios, irregulares.

Averiguar a presença ou não de cólicas: como são, com que frequência, se iniciam antes, durante ou depois da menstruação, se ocorrem isoladamente ou acompanhadas de outros sintomas (dor de cabeça, corpo ou peito inchados, náuseas e vômitos, diarreia, por exemplo), e se desaparecem espontaneamente, se é preciso usar medicação (e qual e com que frequência), e se são de intensidade que a obriga a se afastar de suas atividades habituais.

Doença péptica

As queixas na doença péptica têm o seguinte comportamento: dor matinal ou durante a noite, de localização epigástrica, saciedade precoce, surgimento de dor pós-prandial independente do tipo de alimento ingerido, sintomas de refluxo, presença de história familiar de úlcera péptica.

Quando não há história prévia, pode-se iniciar um bloqueador H2 (ranitidina: 150 ou 300 mg, oferecidos 2x/dia, durante 6 semanas. Investigar em casos em que a resposta ao medicamento não for eficaz e em casos de recorrência. A endoscopia possibilitará verificar: refluxo, obstrução externa, esofagite ou gastrite eosinofílica e infecção por *H pilori*.

Saiba Mais...

O refluxo gastroesofágico é um dos problemas mais comuns do trato gastrointestinal que afeta os adolescentes. O diagnóstico é sugerido quando há queimação retroesternal e regurgitação. De início, empiricamente podem ser usados antiácidos, porém deve ser sempre lembrado que o refluxo pode ser secundário a outras causas (bulimia, consumo de álcool e drogas). Sintomas que se concentram na região epigástrica, com queixas de disfagia, odinofagia, sangramento e/ou perda de peso, lembrar-se de fazer o diagnóstico diferencial com dispepsia funcional, que é a situação mais comum, e com doença ulcerosa péptica, que é mais rara. Nesses casos está indicada a realização de endoscopia.

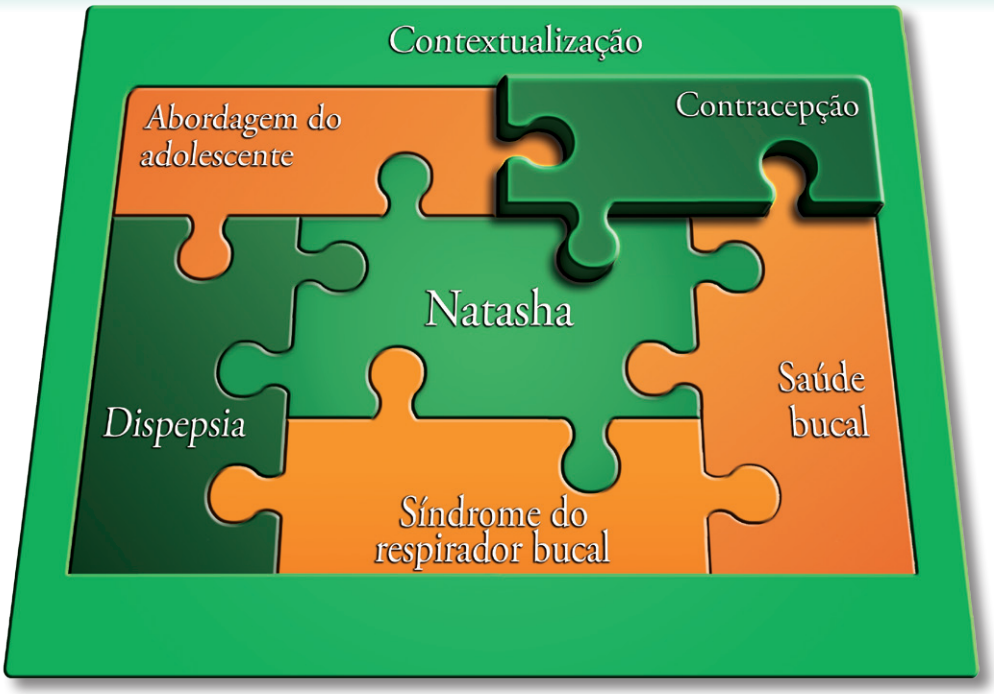
Como tratamento:

1. Orientar medidas gerais, como não deitar após comer, fracionar as refeições, fazendo-as várias vezes ao dia e em pequenas quantidades, evitar refrigerantes e bebidas alcoólicas;
2. Medicamentoso:
   - Antiácidos – hidróxido de alumínio e magnésio (2 a 4 comprimidos, 4x/dia);
   - Inibidores da bomba de prótons, que são mais efetivos (10 ou 20 mg, 1x/dia), lanzoprazol (30 mg, 2x/dia); Procinéticos – cisaprida (5 a 10 mg antes das principais refeições), bromoprida (10 mg, 3x/dia).

E, por fim, não se esquecer (após atender às demandas da adolescente, garantindo assim a sua adesão ao serviço) de se ater também à puericultura do adolescente, devendo ser vista em sua integralidade.

PUERICULTURA DO ADOLESCENTE

- Alimentação;
- Estado nutricional;
- Desenvolvimento neuro-psico-motor;
- Vacinação;
- Desenvolvimento puberal;
- Escolaridade;
- Exercício da sexualidade;
- Crescimento;
- Avaliação da coluna;
- Gengivites e cáries, leucorreia – fisiológica ou não;
- Irregularidades menstruais – fisiológicas ou não;
- Cólicas menstruais – fisiológicas ou não;
- Projeto de vida.



Tema 2 - Contracepção

Fabio Fernando Araújo

Começando a análise do caso, há de se levar em conta que ele engloba vários aspectos muito importantes no atendimento de adolescentes, tais como problemas ginecológicos, clínicos, psicossomáticos, éticos e legais.

Quanto aos problemas ginecológicos para as adolescentes, o caso exibe dois focos muito importantes tanto no aspecto de prevalência como na relevância para a paciente: o **desenvolvimento da sexualidade** e o **amadurecimento do organismo**. Em relação aos problemas de sexualidade, é preciso destacar os seguintes tópicos: a identificação de gênero, o início da atividade sexual, a preocupação com a gravidez indesejada, o relacionamento e a comunicação com o parceiro, alterações psicossomáticas, sigilo profissional das consultas e independência para tomada de decisões supervisionadas por profissionais adequadamente preparados. Em segundo lugar vem a discussão a respeito do amadurecimento do organismo, em que será incluída a irregularidade menstrual. Deve-se salientar que também houve a abertura para discutir outros problemas igualmente importantes, como a prevenção de DST/AIDS, neoplasias e a abordagem dos adolescentes.

Embora pouco comum, a atitude da paciente de procurar espontaneamente a Unidade de Saúde é muito louvável. Nota-se que coube à paciente a primazia da escolha do método em consenso com o médico, o que constitui algo que contribui para aumento da aderência e da continuidade de uso da medicação.

Em princípio, a imensa maioria das adolescentes não apresenta condições clínicas que possam contraindicar os métodos contraceptivos, como parece ser esse caso. Além da contracepção, foi muito importante aventar o problema da não mais dupla, mas da quádrupla proteção a ser dada nas relações sexuais: **contracepção, proteção contra DST/AIDS, sequelas tardias das DST/AIDS** e reforçar o conceito do **"empoderamento"** da mulher para exigir do parceiro e dela própria o uso adequado de métodos de barreiras. Essas condições nem sempre são lembradas, mas deve-se enfatizar que são as mulheres as pessoas mais suscetíveis às consequências das DST/AIDS do que os homens.

Entre as sequelas mais graves estão:

- a própria gravidez indesejada e inoportuna;
- AIDS;
- colpites, cervicites;
- moléstia inflamatória pélvica;
- infertilidade;
- algia pélvica crônica.

Ademais: neoplasias HPV dependentes, como as de colo do útero, vagina e vulva, sem contar as hepatites de transmissão sexual.

Para a prevenção dessas enfermidades se destaca o papel do condom masculino. Por causa do seu maior conhecimento, maior divulgação e aceitação, o condom masculino se torna o melhor meio de enfrentar essas condições. Realmente isso parece ser mais aceito, visto que o condom masculino é o método de escolha por ocasião da primeira relação sexual, ainda que ele não chegue a ser utilizado por mais de 40% dos jovens. Em relação ao quarto elemento de proteção, deve-se destacar a importância da mulher em participar ativa e responsavelmente das decisões a respeito do relacionamento sexual. Nas atividades do Planejamento Familiar existe sem dúvida uma ótima oportunidade para discutir esses assuntos, bem como outros tantos pontos importantes, de preferência de escolha do grupo dos jovens.

Entre essas discussões estão:

- a anatomia, fisiologia;
- a identidade sexual;
- orientação profissional;
- desenvolvimento social e do pensamento abstrato;
- o início da atividade sexual;
- a época da primeira gravidez;
- a comunicação entre os pares sobre a sexualidade;
- o empoderamento da mulher.

Conhecendo os métodos contraceptivos de maneira geral

De forma geral, as discussões a respeito dos métodos contraceptivos com os adolescentes não precisam ser muito profundas ou extensas, mas o conteúdo deve ser consistente, claro e adaptado à compreensão deles. Dessa forma, espera-se contar com maior e mais efetiva participação do grupo. A seguir discutiremos alguns dos tópicos relativos aos contraceptivos.

Os métodos anticoncepcionais comportamentais são em geral pouco conhecidos, e, ainda que sejam adequadamente discutidos, não alteram consideravelmente sua aceitação, prevalência e continuidade. Ainda que a lactação e a amenorreia devam ser mencionadas, elas não se aplicam no presente caso. Obviamente as esterilizações também estão fora de cogitação, a não ser em casos extremos.

Os dispositivos intrauterinos apresentam contraindicações relativas leves pelo fato de as adolescentes apresentarem útero mais ativo, e por isso estão mais sujeitas a cólicas, sangramentos e expulsões. No entanto, isso ainda é motivo de discussões. Portanto os benefícios do dispositivo suplantam os malefícios (categoria 2 dos critérios de elegibilidade).

Finalmente os métodos hormonais. Destaca-se a grande popularidade das pílulas e, entre elas, as combinadas, aquelas com os dois hormônios. Não se pode deixar de mencionar outros métodos hormonais, os quais vêm apresentando crescente aceitação, como os injetáveis mensais e mesmo os injetáveis trimestrais, o implante, o adesivo, o anel vaginal e o DIU com levonorgestrel. Essas alternativas têm se mostrado boas, desde que a adolescente possa arcar com o ônus do custo mais elevado. As esterilizações não são admissíveis a não ser em casos extremos e com a anuência judicial. Os métodos comportamentais, além de pouco populares, contam com a necessidade de tempo relativamente longo para ser aprendidos, concordância e disciplina de ambos os parceiros e não oferecem proteção contra DST-AIDS. Também devido à baixa efetividade, eles não devem ser orientados quando houver uma grave condição clínica.

Discutindo os direitos dos adolescentes com relação a sigilo, consulta e medicação

O problema do conhecimento, atitude e prática que os profissionais da saúde devem ter a respeito de Natasha ter os mesmos direitos de uma pessoa adulta deverá ser discutido amplamente na equipe, bem como estendido para os gestores da Unidade. Especificamente sobre esse caso, a paciente demonstrou ter capacidade de compreender a necessidade de contracepção, discernimento suficiente para tomar atitudes em relação aos seus problemas, e, como se não bastasse, ela própria solicitou os direitos de sigilo profissional com os mesmos privilégios de uma pessoa adulta. Isso também já deve ter ocorrido nas outras consultas. O atendimento da adolescente nessas condições é igual ao de uma pessoa adulta e deve gozar de direitos como: sigilo profissional, privacidade, confidencialidade. O que é interessante notar é que a paciente se aconselhou com uma amiga e também só conseguiu externar seu problema de contracepção após várias consultas. Isso demonstra que instituições como Unidades de Saúde, escola, grupos de jovens podem ter um importante papel a desempenhar sobre esse assunto. Por outro lado,

o medo de a mãe saber também descreve como a sexualidade ainda é difícil de ser abordada no seio da família.

As fundamentações legais para a solução dessa questão se encontram nos seguintes diplomas legais: a lei 8.069 de 13/07/1990: Estatuto da Criança e do Adolescente; lei 9.263 de 12/01/1996: do Planejamento Familiar; lei estadual 10.241 de 13/03/1999: dos Direitos dos Pacientes; e inclusive nas diretrizes do próprio Código de Ética Médica de 2009. Porém, de específico a respeito de adolescentes, existe apenas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Os demais diplomas legais tratam os pacientes sem distinção de gênero ou idade, salvo em exceções específicas.

Sob o ponto de vista legal, os adolescentes são as pessoas entre 12 e 18 anos. Ainda que seus direitos sejam assegurados por lei, na prática o seu exercício encontra por vezes resistências. Seja por parte dos pais ou mesmo das instituições, esses problemas devem ser tratados com muita compreensão e tato.

Por outro lado, surge o problema das relações sexuais antes dos 14 anos. Legalmente, até essa idade, as relações sexuais são teoricamente interpretadas como violência sexual, um estupro, portanto, ilegais e passíveis de penalização. O espírito da lei é a proteção do menor. Contudo, nesse caso, quando Natasha solicita anticoncepcional e recebe orientação a respeito das proteções oferecidas pelos métodos de barreira, isso foge ao espírito da lei, pois é um desejo manifestado livremente e, além disso, com responsabilidade. Portanto, nem o parceiro nem os pais nem os profissionais da saúde devem ser penalizados.

Apresentando os artigos inscritos no código de ética médica que dispõem sobre o assunto

O Código de Ética Médica se dirige a todos os médicos e apresenta as diretrizes sobre seus direitos e deveres em relação ao atendimento aos pacientes. Nesse código não há nada específico ou que se refira diretamente aos adolescentes, como também não existe nenhuma menção a respeito de alguma discriminação de gênero. Porém, entre os deveres dos médicos encontra-se o capítulo V, que trata da relação com pacientes e familiares, e o artigo 42, que estabelece: "É vedado aos médicos desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método".

Provavelmente a paciente desse caso é uma adolescente mais desenvolvida que a média. O fato de ser órfã de pai, de ter um namorado e uma relativa independência de sua mãe descrita pelas diversas consultas realizadas sozinha, bem como a influência das mídias e de suas colegas, podem ter contribuído para o seu amadurecimento. É relativamente incomum uma paciente no início da adolescência procurar o médico desacompanhada de sua mãe e por várias vezes. Mas, nesse momento, é louvável também que a paciente tenha conseguido externar a questão da contracepção de maneira formal para os profissionais de saúde. Porém repara-se que ela o fez após discutir suas apreensões com uma amiga, o que é muito comum. E essa comunicação entre seus iguais chega a ser até mais efetiva do que aquela vinda das instituições e, em alguns casos, mais influente do que a da própria família. A procura de uma Unidade de Saúde é uma

boa oportunidade para iniciar discussões sobre os diversos itens da Saúde da Mulher, como as já mencionadas e outras que por ventura venham a surgir.

E, finalmente, referindo-se à questão "minha mãe não deve saber", a conduta mais apropriada deverá levar em consideração o fato de que o sigilo requerido por ela não está encobrindo nenhum risco grave e imediato à sua saúde, ou alguma atitude ilícita. Mas, pelo contrário, se ponderar que, se essa paciente não receber as orientações solicitadas, aí sim ela correria riscos consideráveis de uma gravidez na adolescência pelo fato de não ter sido desejada nem oportuna. Portanto é dever não só do médico, como também de toda a equipe da Unidade, zelar pelo seu sigilo e privacidade. Embora oportuna, essa questão deveria ser considerada desnecessária, uma vez que deveria estar implícito nas regras de conduta para o atendimento de todos os pacientes. É também oportuno mencionar que, além desses direitos, cabe à paciente o direito de determinar quem pode acompanhá-la às consultas e quem poderá compartilhar dos detalhes aí ocorridos. E, neste último em particular, seria interessante formalizar por escrito esse consentimento.

Finalmente cabe levantar a necessidade de fazer o exame ginecológico para a prescrição do anticoncepcional. Tendo em vista que a paciente não apresenta queixa ginecológica, existem controvérsias se o exame ginecológico acrescentaria alguma vantagem nesse momento ou ele seria uma atitude desconfortável para a paciente, a ponto de criar uma barreira desnecessária. Pois uma das maiores queixas das pacientes jovens é justamente a dificuldade de enfrentar o exame ginecológico. Especialistas da OMS acreditam que o médico, nessa eventualidade, pode prescindir do exame ginecológico sem comprometer a qualidade do atendimento e os riscos de saúde da paciente, e com isso contribuir para melhor aceitação e continuidade do tratamento. É também da OMS a orientação de que seria mais importante avaliar a pressão arterial e verificar se a paciente é tabagista ou apresenta algum indício de trombofilia, sobretudo para as candidatas aos métodos contraceptivos hormonais combinados. No entanto, se houver algum sintoma, o exame físico se impõe como obrigatório, a realização do ato médico minimamente completo, o qual inclui identificação, anamnese e exame físico.

No caso dessa paciente, melhor ainda seria se ela pudesse participar de um grupo educativo exclusivo para jovens, orientado por equipe profissional multidisciplinar treinada e interessada, na própria Unidade de Saúde. Por essa ocasião, a paciente receberia informações e orientações tanto dos profissionais como poderia se inteirar de situações semelhantes entre outros adolescentes. Essa atividade deveria ser dedicada exclusivamente aos jovens em tempo e espaço separados completamente dos adultos. Uma atitude interessante é solicitar da paciente uma segunda escolha, para o caso de a primeira não ser factível, com o objetivo secundário de solicitar sua maior participação no tratamento. E, nessa ocasião, mostrar também a importância dos controles de rotina, sendo-lhe aberta a possibilidade de um retorno para quando ela julgar necessário, bem como as facilidades para obter contracepção de emergência. E, após essa atividade educativa, a paciente estaria mais apta para ser encaminhada à consulta médica, conforme é realizado em algumas instituições.

Irregularidade menstrual

A irregularidade menstrual foi mencionada nesse caso como: "menstruações vindo duas vezes ao mês, algumas delas com coágulos".

No Brasil, a idade média do início das menstruações, a menarca, é 12 anos. Portanto, 13 anos, que é a idade da paciente, fica bem próximo dessa média. Por outro lado, é compreensível que, no desenvolvimento de qualquer função, as pessoas apresentem uma característica de aquisição de habilidades crescentes até atingir a plena maturidade. E o mesmo ocorre na imensa maioria das vezes com os ciclos menstruais, até ocorrerem ciclos regulares.

Por outro lado, faltam mais detalhes quanto à descrição dessa anormalidade, quer em relação à duração, intervalo ou quantidade. É de se notar inclusive que essa queixa não foi mais ventilada no retorno com o médico, o que poderia supor que essa anormalidade foi transitória e sem maiores repercussões. Portanto, pode-se considerar que as orientações prestadas por Dr. Felipe foram suficientes.

Mas nem sempre isso ocorre, e o problema pode ser mais sério. Felizmente esses casos são raros. Um dos elementos que denunciam maior gravidade de uma alteração menstrual é a permanência ou agravamento da queixa, ainda mais quando houver repercussões sobre a qualidade de vida das pacientes, ou até mesmo comprometimento dos sinais vitais sobrevindo com hipotensão, bradicardia, associados a mal-estar geral, fraqueza e anemia.

Como regra de conduta, deve-se informar à paciente que a menstruação significa biologicamente um sinal que ela não engravidou naquele ciclo. E todo aquele preparo uterino para receber o ovo se esvai com a descamação endometrial e o consequente desnudamento da cavidade uterina, proporcionando a perda de sangue.

Um esquema interessante visando facilitar o diagnóstico das causas de irregularidades menstruais é seguir os passos da fisiologia. Em termos mais simples, é necessário entender que os órgãos participantes da cadeia reprodutiva estejam normalmente desenvolvidos e que permitam receber estímulos adequados para funcionarem. Na eventualidade de haver fecundação, o útero já deve estar preparado para receber o ovo e daí iniciar a gravidez. Esse preparo provém de uma cadeia de estímulos que se iniciam pelos hormônios ovarianos, os quais por sua vez são estimulados pelos hormônios da hipófise, e esta glândula que está na base do cérebro recebe estímulo do hipotálamo. E, este, por sua vez, recebe influências praticamente de todo o organismo e de estímulos do meio ambiente. Portanto a linha de raciocínio para se chegar a um diagnóstico mais apurado de irregularidade deveria seguir todos esses passos. Na realidade, a comprovação laboratorial de toda essa cadeia fisiológica necessitaria de uma metodologia tanto custosa como demorada. Melhor seria conduzir a questão não por essa cadeia, mas pelos fatos mais frequentes. No caso de Natasha, uma adolescente, bastaram algumas orientações do médico a respeito da normalidade para que a alteração não fosse mais considerada um problema, e isso é o que acontece na imensa maioria dos casos.

Em segundo lugar quanto à frequência estão as emoções, as quais podem alterar as menstruações por mecanismos complexos através do hipotálamo. É muito comum ocorrer essa eventualidade por ocasião de estresse, como atritos no âmbito familiar, do relacionamento afetivo (houve um com o namorado), no serviço, nas vésperas de exames da escola, nas mudanças de

emprego etc. Em geral, não possuem maior gravidade, e bastam que os estímulos cessem para que os efeitos desapareçam.

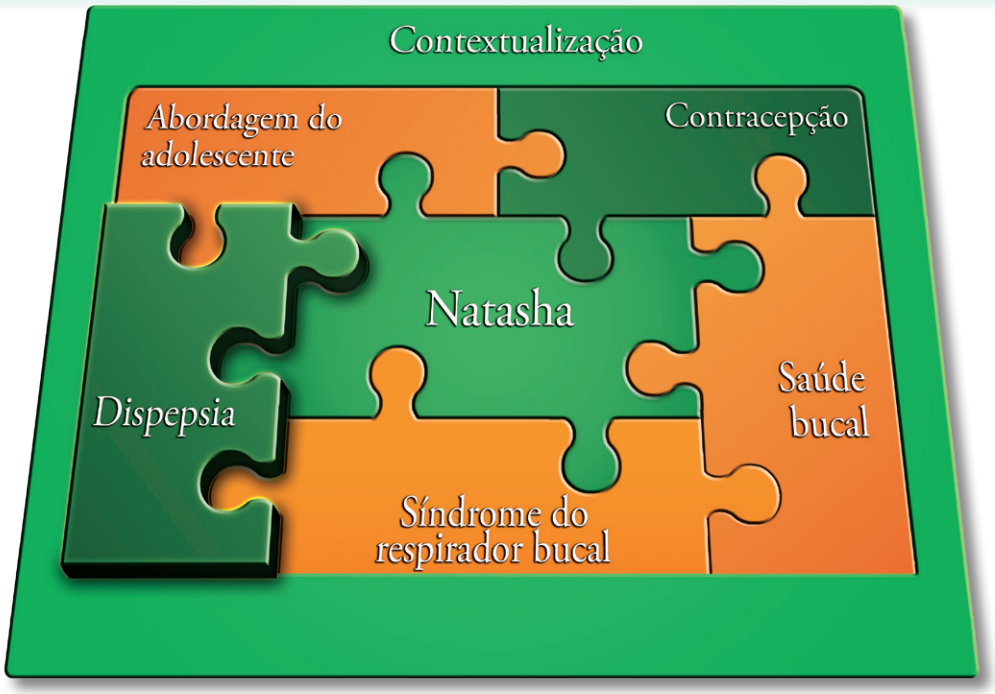
Se for necessário, é interessante aventar para o anagrama C A F E H, que apresenta as outras causas mais comuns de alteração menstrual. Esse anagrama se refere aos diagnósticos diferenciais com:

C	Câncer
A	Aborto
F	Fibroma (mioma)
E	Endócrina
H	Hematológicas (anemias, disturbios da coagulação, etc)

Caso essas considerações não sejam suficientes, será necessário o concurso de um especialista.

Para melhor caracterizar as alterações menstruais, é necessário avaliar os intervalos, a duração e a quantidade de sangue eliminado. O intervalo normal entre uma menstruação e outra para as adolescentes tem uma amplitude de variação de 10 dias para mais ou para menos; logo, o intervalo pode ficar entre 21 e 42 dias, enquanto as mulheres adultas têm o fluxo entre 21 e 35 dias. A duração média é de 4,7 dias, mas em 89% a menstruação pode durar até 7 dias. O fluxo é pequeno: 35 ml/d; fluxos maiores que 80 ml/d podem levar à anemia. Em geral se avalia a quantidade pelo número de absorventes por dia: o mais comum está entre 3 a 5 absorventes/dia. Uma orientação interessante seria dar à paciente um calendário menstrual para ela preencher e analisá-lo em períodos de referência de três em três meses. O mais importante é considerar como alterado o padrão que foge ao que é habitual para a paciente.

A orientação médica a ser dada dependerá essencialmente de como a paciente se sente em relação a esses incômodos. O médico também poderá se valer das repercussões clínicas. Na imensa maioria das vezes, o quadro clínico é frustro e não requer mais que informações e observação. Em poucos casos os sintomas são mais intensos e comprometem a qualidade de vida da paciente ou apresentam repercussões gerais, as quais devem ser investigadas. Felizmente os casos graves de intenso sangramento com alterações hemodinâmicas são raros.



Tema 3 - Dispepsia

Vinícius Fontanesi Blum

A paciente em questão apresenta um quadro de dor abdominal recorrente. O fato de estar na adolescência dificulta um pouco a classificação como o clássico quadro de pediatria, mas não impossibilita tal abordagem.

Para que possamos definir um correto diagnóstico diferencial, é importante considerarmos em nossa abordagem clínica o máximo possível dos diferentes aspectos da paciente.

Didaticamente podemos abordar o caso de acordo com:

1. Faixa etária: em geral não encontramos lesões pépticas ulcerosas quer no estômago ou no duodeno em pacientes adolescentes ou crianças (em geral, até 6% dos casos de dor abdominal recorrente em casuística nacional). Da mesma forma, origens neoplásicas dentro ou fora do trato digestivo são pouco frequentes nesse grupo etário e costumam apresentar quadros mais ricos e evolutivos dentro de um ano.
2. Anatomia dos sintomas: quadros originários no trato digestivo baixo costumam comprometer o ritmo intestinal de alguma forma, fato que não ocorre com nossa paciente. Doenças do sistema reprodutor e/ou urinário apresentariam uma sintomatologia mais específica para tais órgãos e sistemas, como irregularidades menstruais, corrimentos, disúria ou hematúria. Nossa paciente manifesta uma queixa ginecológica clara, compatível com o momento da sua adolescência. As demais queixas,

embora irregulares, sempre se configuram com manifestações de dor epigástrica, embora acompanhadas de imprecisas manifestações sensitivas. Aparentemente, nas diversas consultas médicas realizadas por ela, nenhuma anomalia em exames físicos e laboratoriais foi detectada, o que pode corroborar a possibilidade de se tratar de um quadro digestivo alto, geralmente pobre em achados propedêuticos clínicos.

3. Evolução: a recorrência dos sintomas após períodos de acalmia é característica de alguns quadros digestivos tanto de ordem funcional quanto inflamatória. Não há uma relação clara com a dieta ou qualquer outro hábito de vida, o que afasta ao menos em parte as manifestações de caráter inflamatório, como úlceras e gastrites. A correlação clara com o início dos sintomas e a morte do pai dá uma carga emocional claramente definida ao quadro. O fato de a paciente relacionar seus sintomas com doenças do fígado, causa da morte do pai, apenas reforça o incorreto entendimento popular sobre sintomas verdadeiramente gástricos ou biliares possuírem origem hepática. A segunda grande carga emocional – o medo da gravidez indesejada – foi um novo agravante dos sintomas digestivos, mais uma vez reforçando uma possível origem emocional do quadro sintomatológico principal.

Devemos lembrar que a abordagem dos sintomas crônicos e/ou recorrentes do trato alimentar deve ser criteriosa, uma vez que, se mal conduzida, poderá levar a paciente a realizar uma enormidade de investigações laboratoriais, muitas das quais desnecessárias, não destituídas de riscos e onerosas ao sistema de saúde.

Considerando a totalidade das informações disponíveis, podemos entender nossa abordagem segundo as orientações para quadros de dor abdominal recorrente na infância/adolescência ou segundo as orientações para quadros dispépticos em adultos jovens.

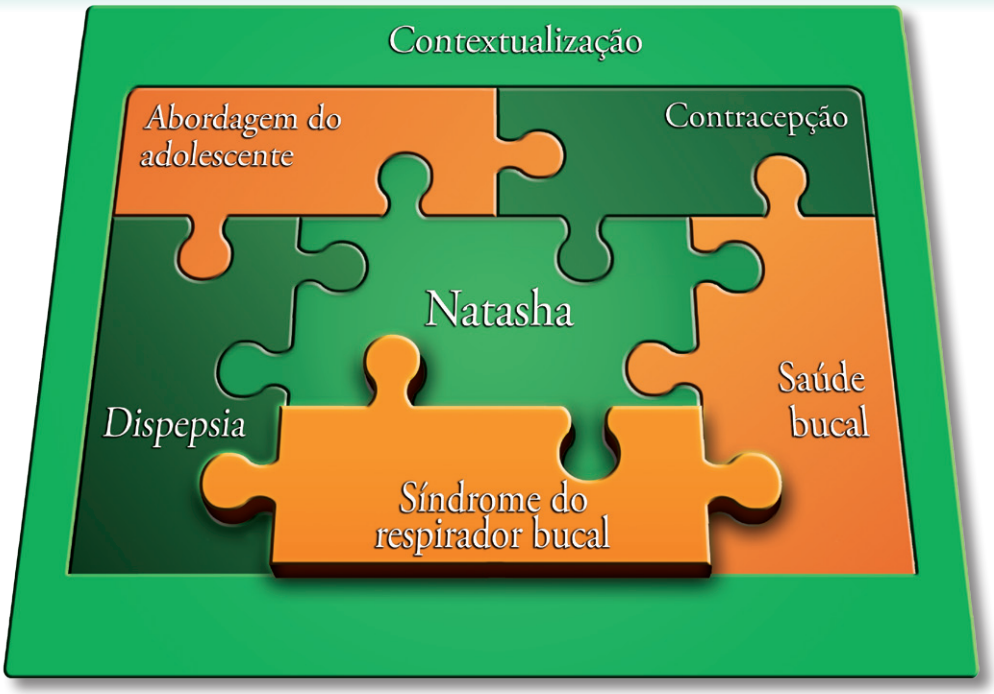
O caso, assim, poderia ser visto sob dois prismas iniciais do ponto de vista da investigação diagnóstica. Uma primeira abordagem, mais conservadora, iria considerar a riqueza de acontecimentos de forte impacto emocional correlacionados com os sintomas, bem como a evolução relativamente benigna, a ausência de sinais de alerta de neoplasias, e a faixa etária da paciente seria cabível, por essa visão considerar a realização de exames parasitológicos de fezes como única medida laboratorial inicial, seguida de tratamento dietético e um curto período de medicação supressora de secreção ácida (antagonistas H2 ou inibidores de bomba de prótons) não maior do que 30 dias. Após esse período, a paciente seria reavaliada clinicamente, e medidas mais sofisticadas como endoscopia digestiva e ultrassonografia abdominal seriam indicadas em caso de permanência do quadro.

Uma abordagem mais invasiva seria a incidência considerável de quadros anormais em endoscopias de adolescentes em nosso meio, realizando tal investigação prontamente, com base na recorrência dos sintomas e por vezes queixas de piora. Certamente a investigação parasitológica não seria excluída, dada a frequência de parasitoses em nosso meio. Uma vez confirmado o diagnóstico de processo inflamatório (na sua maioria gastrites), o tratamento seria instituído conforme as diretrizes nacionais (vide Projeto Diretrizes CFM-AMB). Em caso de insucesso diagnóstico na endoscopia, a ultrassonografia abdominal seria o exame indicado, contando com a possibilidade de se diagnosticar quadros biliares (raros nessa faixa etária) ou

outras patologias abdominais como processos neoplásicos que tenham escapado à propedêutica clínica.

O diagnóstico mais provável do caso em questão é de uma dispepsia funcional ou não ulcerosa. As características de Natasha correspondem a aspectos bastante frequentes nesse tipo de paciente, e achados laboratoriais normais ou levemente alterados costumam ser os mais comuns.

De acordo com o tipo de dispepsia em questão, o tipo de tratamento será mais bem indicado. Por se tratar ao menos parcialmente de um quadro tipo "ulceroso", é possível que a paciente seja beneficiada com medicamentos antissecretores, como bloqueadores H2 e inibidores de bomba de prótons. Um problema reside no tempo de medicação, uma vez que tais pacientes costumam ter grandes oscilações de sintomas e muitos precisam manter algum tipo de tratamento por períodos prolongados. Nesse momento se faz fundamental o acompanhamento psicológico, em particular no caso de Natasha, além do suporte nutricional, ginecológico e odontológico, todos visando manter seu pleno bem-estar e, assim, minimizando as manifestações digestivas funcionais.



Tema 4 - Síndrome do respirador bucal

Cássio José Fornazari Alencar

A síndrome do respirador bucal (ou também conhecida como síndrome da face longa) apresenta etiologias multifatoriais, podendo ser de natureza obstrutiva, como hipertrofia das tonsilas palatinas, hipertrofia das adenoides, desvio de septo nasal, pólipos nasais, alergias respiratórias, sinusites, hipertrofias de cornetos, posição de dormir e aleitamento artificial; ou decorrentes de hábitos bucais deletérios, tais como sucção digital ou de chupeta que, dependendo da intensidade e da frequência, deformam a arcada dentária e alteram todo o equilíbrio facial. A criança que recebe o aleitamento materno natural, e não por mamadeira, sobretudo nos primeiros meses de vida, tem maior possibilidade de ser um respirador predominantemente nasal durante a vida.

O respirador bucal apresenta uma série de alterações morfofuncionais, que se caracterizam por boca aberta, hipotonia da língua e cianose intraorbitária. O respirador bucal pode apresentar outras alterações importantes, tais como apneia noturna, hipoventilação e desenvolvimento anormal do tórax. Pode possuir características faciais, como face alongada e entristecida, lábios entreabertos e ressecados, bochechas caídas, língua hipotônica em posição inferior ou entre os dentes, olheiras, flacidez de toda a musculatura da face, má-oclusão dentária, palato estreito e profundo. Geralmente, tem preferência por alimentos pastosos, come de boca aberta, costuma babar no travesseiro quando dorme e apresenta alterações no comportamento, como sono

agitado, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, ansiedade e impaciência. Pode também apresentar queda no rendimento escolar e baixa aptidão esportiva.

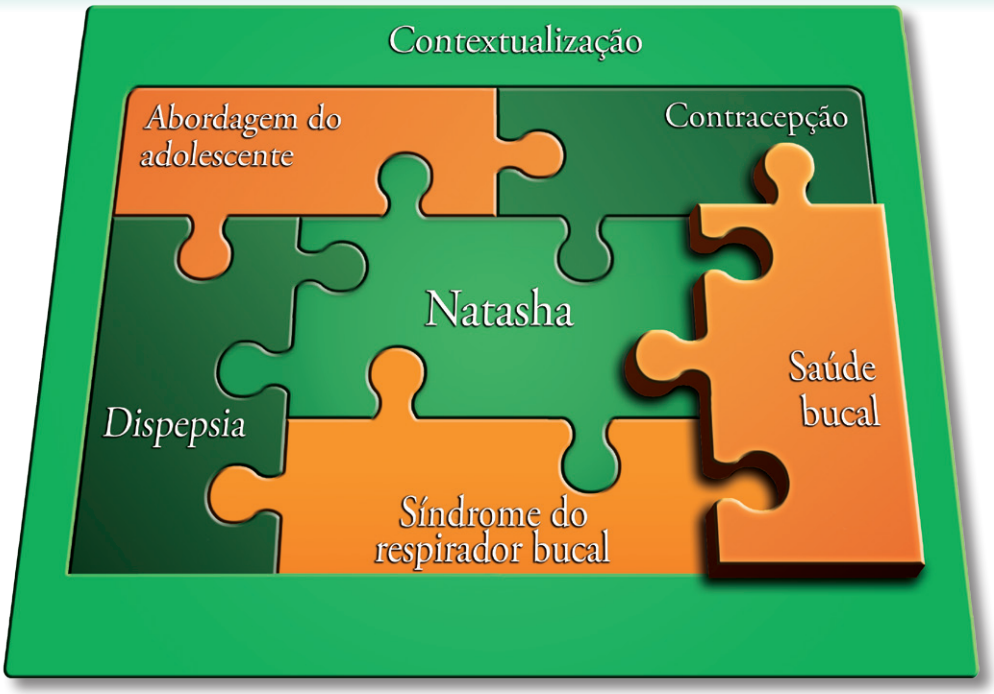
A respiração bucal leva à protrusão de cabeça, visando à manutenção da via respiratória pela necessidade de uma melhor respiração. Quando a cabeça se anterioriza, os ombros rodam internamente, deprimindo o tórax, o que leva a alterações no ritmo e na capacidade respiratória, pois o diafragma trabalha numa posição mais baixa e de forma assincrônica, o que ocasiona respiração rápida e curta e diminui a oxigenação. Outras alterações musculoesqueléticas são hipercifose torácica e hiperlordose lombar, escoliose, escápulas aladas, depressão submamária, abdome proeminente, assimetrias pélvicas, hiperextensão de joelho, genu valgo, arco plantar desabado e hálux valgo.

A paciente Natasha deve realizar um tratamento multidisciplinar para diagnosticar esses fatores que geraram consequências para sua oclusão (atresia das arcadas, apinhamento dentário, mordida aberta). Porque não adianta encaminhá-la para a Atenção Secundária (tratamento ortopédico-ortodôntico) sem antes diagnosticar e corrigir as alterações na respiração nasal. A respiração nasal está associada a funções normais de mastigação, deglutição, postura da língua e lábios, além de proporcionar ação muscular correta que estimula o adequado crescimento facial e o desenvolvimento ósseo.

A respiração bucal resulta em posição alterada da língua e lábios entreabertos; as alterações no tônus da musculatura facial levam a uma hipotonia, dificultando a manutenção da boca fechada, mesmo após solucionar os problemas obstrutivos. A mastigação é ineficiente e leva a problemas digestivos e engasgos pela incoordenação da respiração com a mastigação, deglutição atípica com ruído, projeção anterior de língua, contração exagerada de orbicular, movimentos compensatórios de cabeça, fala imprecisa, trancada, com excesso de saliva, sem sonorização pelas otites frequentes, com alto índice de ceceio anterior ou lateral e voz rouca ou anasalada. Eles esmagam o alimento contra o palato com o dorso da língua, o que torna a mastigação mais vertical e sem lateralização de mandíbula. A deglutição realiza-se com pressão atípica do dorso da língua e com participação da musculatura perioral, há anteriorização de língua e movimentos associados de cabeça.

As crianças com respiração bucal apresentam diversas alterações que, se não diagnosticadas precocemente, podem trazer consequências inesperadas tanto no comportamento, no psicológico quanto no físico e, portanto, no relacionamento pessoal. Assim sendo, é de extrema importância a implantação de políticas de saúde com o intuito de incentivar hábitos que possam evitar a respiração bucal, como a amamentação, e coibir hábitos que possam levar a desenvolvê-la, bem como diagnosticar precocemente, de forma a melhorar a qualidade de vida de crianças portadoras de respiração bucal.

A respiração bucal não é uma alteração fisiológica, e sim patológica, que pode provocar alterações funcionais e morfológicas em todo o organismo. O diagnóstico, a prevenção e o tratamento devem ser integrados com as áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, ortodontia, otorrinolaringologia e, às vezes, psicologia e nutrição para alcançar resultados satisfatórios.



Tema 5 - Saúde bucal

a. Inflamação gengival

Daniel Henrique Koga

No caso de Natasha, nos deparamos com situações complexas nas quais interagem aspectos sociais, psicológicos e biológicos. Dessa maneira, podemos afirmar que a abordagem multidisciplinar é fundamental para seu maior entendimento e para a viabilização das melhores condutas possíveis. No texto a seguir, nos aprofundaremos um pouco mais a respeito dos quadros agudos de inflamação gengival, gengivite e pericoronarite.

A boca é o meio mais contaminado que possuímos em nosso organismo, pois é habitada por uma variedade muito grande de espécies bacterianas, fungos e vírus. Para o entendimento completo da patogenia das gengivites, devemos ter noção do papel que os microrganismos presentes na flora oral exercem nesses quadros inflamatórios.

Quando comunidades bacterianas se organizam e se aderem a uma superfície, passam a se chamar biofilme. O biofilme dental é constituído por diversas espécies de microrganismos que se agrupam em uma massa densa aderida às superfícies da boca. Esses microrganismos

são envolvidos por uma matriz orgânica rica em polissacarídeos extracelulares bacterianos e glicoproteínas salivares, sendo a principal causa das doenças cárie e periodontal e infecções peri-implantares.

O provável mecanismo de formação desse biofilme se inicia por meio da deposição de glicoproteínas salivares sobre a superfície dentária, com a formação do biofilme chamado película adquirida. Esse é um processo intermitente, uma vez que os dentes têm cargas eletricamente positivas (são formados basicamente por cálcio), e as glicoproteínas salivares possuem geradores de cargas negativas em seus componentes (por exemplo, o ácido siálico). Isso faz com que, mesmo após a escovação, ocorra deposição imediata das glicoproteínas sobre a superfície dentária. Essa deposição forra toda a superfície dentária com cargas negativas e então, por meio de forças de atração de Van der Walls, de macromoléculas que servem de pontes e de um sistema de encaixe denominado mecanismo específico desconhecido, as bactérias são atraídas para a superfície dentária. Em poucas horas ocorre colonização, o que só é possível porque componentes da parede celular das bactérias servem como uma barreira protetora, modificando os mecanismos de defesa do hospedeiro.

Sem interferência nesse processo, o biofilme dental se modifica quantitativa e qualitativamente. A colonização primária se inicia com bactérias Gram-positivas facultativas seguidas de Gram-negativas. Com a disposição de nutrientes provenientes da dieta e diluídos na saliva, há proliferação e adesão de novas bactérias, maior síntese de polímeros extracelulares e consequente aumento da massa bacteriana. Esse espessamento do biofilme promove nas camadas mais profundas condições de anaerobiose, e essa variação dos níveis de oxigênio influencia no crescimento e na multiplicação dos microrganismos, ocorrendo, então, colonização secundária por bactérias Gram-negativas anaeróbias estritas (na fundamentação teórica você pode encontrar mais informações a respeito da formação do biofilme dental).

A identificação de todos os agentes microbianos envolvidos com a doença periodontal ainda não está definida. Estima-se que aproximadamente 500 espécies diferentes de bactérias habitam a boca, sendo a maioria microrganismos comensais e uma pequena porção patógenos oportunistas, causadores também de doenças sistêmicas. As espécies microbianas interagem, e mesmo as que não são patógenos periodontais influenciam o processo da doença, favorecendo o crescimento das colônias bacterianas ou aumentando o potencial de virulência dos outros microrganismos.

As primeiras reações do periodonto quanto à presença de bactérias são inflamatórias e imunológicas, visando proteger os tecidos gengivais da invasão microbiana. Dessa forma, além dos danos diretos provenientes da ação das toxinas bacterianas, esses tecidos sofrem agressão da própria resposta imunológica do hospedeiro. O conjunto de características bacterianas que permitem a colonização do órgão-alvo e promovem danos celulares é chamado fatores de virulência.

Atualmente, as cáries e doenças periodontais se caracterizam como o principal problema no âmbito da saúde pública. Uma das estratégias para combate das doenças provocadas por biofilmes é interferir na sua formação, e o método mais eficaz para seu controle é a higienização adequada por meio de escovação e uso de fio dental.

a1. Gengivite

A gengivite é a alteração oral mais comum em resposta às agressões bacterianas. É caracterizada pela inflamação dos tecidos moles que circundam os dentes, não incluindo os processos inflamatórios que se estendem à crista alveolar subjacente, ligamento periodontal ou cemento. Na grande maioria dos casos, as gengivites crônicas ocorrem em reação ao acúmulo de bactérias na margem gengival. Entretanto, podem ter outras causas, como ingestão de medicamentos, infecções e patologias autoimunes. Além disso, vários fatores podem aumentar a suscetibilidade de um indivíduo a inflamações da gengiva, como tabagismo, traumatismos locais, medicamentos, respiração bucal, xerostomia, deficiências nutricionais, alterações hormonais da puberdade ou gravidez, envenenamento por metais e doenças sistêmicas como diabetes e infecção pelo vírus HIV.

Nesta discussão, nos ateremos especificamente à gengivite associada ao biofilme dental e à gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA). Você pode aprofundar seus conhecimentos a respeito dos outros quadros de inflamação gengival na fundamentação teórica.

Clinicamente, as intensidades dos sinais e sintomas variam entre indivíduos e entre sítios numa mesma dentição. A gengivite pode ser localizada ou generalizada, e a área afetada pode apresentar um padrão difuso, estar restrita às margens gengivais livres (gengivite marginal) ou às papilas interdentais (gengivite papilar). Os primeiros sinais incluem eritema e edema, a perda do pontilhado gengival e o sangramento espontâneo ou provocado por mínimos traumas. O diagnóstico é realizado por meio de uma leve sondagem seguida da verificação de sangramento do sulco gengival.

A gengiva saudável apresenta características clínicas específicas, como cor rosa pálida, superfície fosca e pontilhada, consistência firme, resiliente e margem fina que termina contra o dente como lâmina de faca. Quando submetida à sondagem periodontal, sua profundidade varia de 1 a 3 mm, não devendo apresentar sangramento a esse exame. Com a inflamação, as áreas envolvidas tornam-se vermelho-claras e, à medida que a condição progride, passa a um vermelho mais intenso e brilhante, com edema e sensibilidade. Podem ser observadas margens deformadas, reduzidas ou hiperplásicas, e, quando o processo inflamatório crônico promove um aumento volumétrico significativo, é denominado gengivite hiperplásica crônica. Pacientes que apresentam quadros mais severos também podem ter uma proliferação localizada, semelhante a um tumor, conhecida como granuloma piogênico.

O tratamento da gengivite consiste, fundamentalmente, na melhora da remoção mecânica do biofilme dental, com uso de escovas, fio dental e na eliminação (se possível) de qualquer causa conhecida de aumento da suscetibilidade. A remoção mecânica do biofilme pode também ser auxiliada por agentes químicos antimicrobianos, associação esta que pode ser uma boa opção para pacientes que apresentem dificuldades motoras. A educação em relação à higiene bucal deve ser seguida de uma estratégia de motivação continuada para remoção do biofilme dental e consequente prevenção das doenças que este provoca. Já para os quadros de gengivite hiperplásica, além dos cuidados mencionados, pode haver a necessidade do recontorno cirúrgico para a resolução completa.

a2. Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA)

Outra temática desta análise é a gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA), também conhecida como boca de trincheira. A GUNA é uma condição reconhecida há centenas de anos. No século XIX, o médico francês Jean Hyacinthe Vincent identificou, em amostras de biofilme de sítios afetados, duas bactérias: uma fusiforme, o *Bacillus fusiformis*, e uma espiroqueta, a *Borrella Vincent*. O pesquisador atribuiu às bactérias fusiformes o papel de principais responsáveis pelas lesões da GUNA e considerou o outro grupo como oportunistas saprófitos. A associação entre essas bactérias permanece verdadeira, porém técnicas mais sofisticadas demonstraram o papel das espiroquetas e também da *Prevotella intermedia* na patogenia.

A GUNA é uma doença incomum e está associada a quadros de estresse, como se observava nas trincheiras dos campos de batalha da Primeira Guerra Mundial, daí a denominação boca de trincheira. No entanto, outros fatores têm sido relacionados com o aumento da frequência da GUNA, tais como fumo, trauma local, deficiências nutricionais, má-higiene e imunodeficiências como as observadas em portadores do vírus HIV. Podemos observar que, no caso em questão, a paciente apresenta fatores de risco para o desenvolvimento da GUNA, especialmente a condição emocional e a má-higiene local.

As características mais marcantes da GUNA são a presença de lesões necróticas nas papilas interdentais, dor, sangramento e halitose. Geralmente, o quadro se inicia de maneira inespecífica em uma ou mais papilas da região ântero-inferior, com o aparecimento de uma úlcera necrótica na extremidade dessas papilas. A necrose se desenvolve rapidamente e, em poucos dias, as papilas envolvidas são separadas em uma porção vestibular e em outra lingual, com a área necrosada interposta entre elas. Nessa porção central, há destruição tecidual considerável e forma-se uma cratera recoberta por uma pseudomembrana acinzentada. As ulcerações podem se propagar e zonas necrosadas podem se fusionar, formando uma área necrótica contínua que geralmente se limita à gengiva marginal, raramente cobrindo a gengiva inserida. Linfonodoadenomegalia, febre e mal-estar são comuns, e o processo pode levar à perda de aderência gengival e ao desenvolvimento de periodontite ulcerativa necrosante aguda (PUNA) ou se espalhar para o tecido mole adjacente, numa condição chamada mucosite ulcerativa necrosante aguda (NOMA).

A primeira preocupação da terapêutica é controlar o estado agudo da infecção e, se possível, corrigir as condições sistêmicas que contribuem para o início ou o progresso das alterações gengivais. O debridamento mecânico das áreas necróticas feito com cuidado e suavidade sob anestesia local é eficaz para aliviar a dor. Anestesia tópica é aplicada e, depois de 2 a 3 minutos, as áreas são delicadamente esfregadas com um algodão ou gaze para remoção das pseudomembranas e resíduos superficiais não aderidos. Os cálculos superficiais devem ser removidos, evitando-se nessa fase aguda raspagem subgengival e curetagem devido à possibilidade de bacteremias mais severas. Bochechos com antissépticos como a clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia e água oxigenada a 10 volumes a cada uma ou duas horas são benéficos e auxiliam na resposta terapêutica. A escovação deve ser delicada para remoção dos resíduos superficiais. Se necessário, para aliviar a dor, podem ser prescritos analgésicos, e é comum o emprego de antibióticos como metronidazol, penicilina, tetraciclina, eritromicina ou clindamicina, principalmente na presença de febre ou linfonodoadenomegalia.

Entre 24 e 48 horas, geralmente ocorre ausência ou diminuição da dor e se iniciam as sessões de raspagem se a sensibilidade permitir. Assim como na gengivite crônica, as intervenções devem ser acompanhadas de instruções de higiene oral e motivação do paciente. Nas visitas subsequentes, as superfícies dentárias nas áreas envolvidas são novamente raspadas e polidas, e o controle da higiene local realizado pelo paciente é verificado e corrigido, se necessário. Os bochechos com clorexidina podem ser mantidos por 2 a 3 semanas.

É importante que outros sinais de imunossupressão sejam investigados, uma vez que as lesões da GUNA são raras em pacientes saudáveis e costumam mascarar outras alterações como candidose pseudomembranosa aguda e leucoplasia pilosa em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana. Na fundamentação teórica há informações a respeito das manifestações orais em portadores do HIV.

a3. Pericoronarite

Como pudemos ver na descrição do caso, aos 18 anos, a paciente Valquíria apresentava um quadro de pericoronarite, que é a infecção dos tecidos moles que circundam as coroas dos dentes (capuz pericoronário) em erupção ou parcialmente erupcionados. É uma condição mais frequente nos terceiros molares inferiores de pacientes jovens, podendo ocorrer por traumatismos provocados pelas cúspides de um dente antagonista sobre a superfície do capuz ou pelo acúmulo de resíduos alimentares e bactérias no espaço entre os tecidos moles e o dente, chamado opérculo. Esses tecidos oferecem umidade, proteção, temperatura constante e alimento aos microrganismos presentes na boca, favorecendo sua proliferação no interior desses tecidos.

As características mais comuns da pericoronarite são dor, edema, gosto ruim, halitose, trismo, linfonodoadenomegalias e, como em outros quadros infecciosos, os pacientes acometidos podem apresentar febre, mal-estar e calafrios. Há variação na intensidade dos sinais e sintomas, desde quadros localizados, relativamente inócuos, até situações graves, com infecções de repercussões sistêmicas, que necessitam de internação hospitalar para tratamento, como celulites de face e endocardites bacterianas.

O tratamento consiste no controle da infecção (se estiver na fase aguda) seguido da remoção de sua causa. Nos casos em que há infecção crônica ou o quadro é decorrente do trauma do dente antagonista sobre o capuz, pode-se executar o tratamento imediato com o desgaste das cúspides ou a remoção do dente causal. Já numa situação de infecção ativa, há a necessidade da adoção de medidas terapêuticas para passar essa infecção para uma fase subaguda ou crônica, com diminuição do risco de bacteremias severas. Portanto se diz que, quanto à oportunidade do tratamento, este deverá ser imediato nos casos de infecções agudas. A terapêutica inicial deve empregar bochechos e irrigações antissépticas abaixo do capuz pericoronário para remoção de resíduos alimentares e bactérias. As soluções mais empregadas são a clorexidina a 0,12% e a água oxigenada a 10 volumes. Para controle da dor e diminuição da inflamação local, analgesia de ação periférica e anti-inflamatórios não esteroidais geralmente são suficientes. Para combate à infecção, são empregados antibióticos de amplo espectro, como penicilinas, cefalexina, clindamicina, azitromicina ou claritromicina.

Uma vez obtido o controle da fase aguda, procede-se o tratamento, que pode ser:

- **Conservador**: quando temos a intenção de preservar o dente, realizando-se a ulotomia na altura do colo dentário com a remoção do capuz pericoronário;
- **Radical**: com a remoção do dente.

Independente da escolha, o manejo é cirúrgico, e, mesmo nos casos de infecção crônica, há a necessidade de alguns cuidados especiais, como terapêutica antibiótica, irrigação abundante do opérculo com água oxigenada a 10 volumes ou clorexidina a 0,12% e menor trauma cirúrgico possível, uma vez que a manipulação ainda se dá em um ambiente infectado, possibilitando a entrada de microrganismos no sistema circulatório (veja o artigo mais recente da American Heart Association a respeito de profilaxia de endocardite bacteriana na seção de material complementar).

Como visto anteriormente, a situação de semioclusão, em que parte do dente está exposto, predispõe ao desenvolvimento da pericoronarite, muitas vezes com a indicação da exodontia. As variações na posição do dente em relação ao tecido ósseo podem resultar em maiores dificuldades para sua remoção. Portanto, o exame radiográfico é fundamental, podendo ser executadas técnicas para radiografias periapicais, oclusais e panorâmicas, que, em conjunto, podem fornecer mais detalhes em espaço tridimensional. Uma vez obtidas, as imagens fornecem ao profissional uma imagem geral para planejamento e realização do ato cirúrgico.

São fatores que orientam a intervenção:

- Posição da coroa;
- Desenvolvimento e posição da raiz;
- Natureza e quantidade de tecido ósseo que rodeia o dente;
- Relação entre o terceiro molar inferior incluso e o segundo molar irrompido;
- Relação do terceiro molar inferior com o nervo alveolar inferior.

Além de alterações sistêmicas e processos infecciosos agudos, o tratamento conservador é uma contraindicação para remoção do terceiro molar. No caso da exodontia, devemos analisar se o siso em boas condições e com espaço na arcada dentária pode ter papel importante na mastigação caso o paciente perca algum outro dente. Outra contraindicação é um terceiro molar que apresente menos de 2/3 de formação radicular.

As variações na posição dentária em relação ao tecido ósseo podem acarretar dificuldades quanto à sua remoção, com a necessidade de uma técnica padrão, isto é, uma técnica cirúrgica uniforme para todos os casos. Essa uniformidade levou à criação de classificações, sendo comumente adotada a que foi elaborada por Pell e Gregory. Esses autores estabeleceram que, quanto à posição, o terceiro molar em relação ao segundo molar inferior e ao ramo da mandíbula pode ser:

- **Classe I**: quando há espaço suficiente entre o ramo ascendente da mandíbula e o segundo molar para acomodação do terceiro molar;

- **Classe II**: quando o espaço entre o ramo ascendente e a distal do segundo molar é menor que o diâmetro mesio-distal do terceiro molar;
- **Classe III**: situação em que não há espaço, ou seja, o terceiro molar está quase que ou totalmente incluso no ramo ascendente da mandíbula.

Quanto à profundidade relativa no osso, Pell e Gregory postularam que o terceiro molar pode estar:

- **Posição A**: a parte mais alta do dente encontra-se acima do plano oclusal ou na mesma linha do segundo molar;
- **Posição B**: a porção mais alta do terceiro molar encontra-se abaixo do plano oclusal e acima da linha cervical do segundo molar inferior;
- **Posição C**: a parte mais alta do dente incluso encontra-se abaixo da linha cervical do segundo molar.

Uma vez planejada a remoção do terceiro molar, como em qualquer procedimento cirúrgico, alguns princípios gerais devem ser seguidos, como: antissepsia intra e extraoral, colocação de campo estéril e anestesia local. Tecnicamente, é obrigatoriedade o menor trauma cirúrgico possível, trabalhando-se pela via de menor resistência e evitando excesso de forças empregadas.

A técnica cirúrgica consiste de incisão, descolamento do retalho mucoperiosteal, osteotomia com brocas ou cinzel e martelo (se necessário), com ou sem odontosecção, limpeza e tratamento da cavidade óssea e sutura. No pós-operatório imediato prescrevem-se medicações pertinentes, cuidados gerais e as suturas removidas após o sétimo dia (você pode obter mais informações a respeito da exodontia de terceiro molar na fundamentação teórica).

Neste texto foram abordados apenas alguns aspectos da temática sugerida. Foram poucas palavras para um grande universo de alterações que muitas vezes se relacionam a outras questões. Os temas são complexos e extensos e, no caso descrito, se correlacionam a aspectos sociais, culturais, econômicos, psicológicos e biológicos. Sugiro que você sempre busque saber o máximo possível, aprofundando diariamente seus conhecimentos, e espero que as informações aqui contidas tenham sido úteis para sua prática diária.

b. Odontohebiatria

Isa Teixeira Gontijo

No caso de Natasha, por meio de um diagnóstico cuidadoso, baseado nos dados individuais colhidos na anamnese, deve ser instituído o ensinamento particularizado dos procedimentos de higiene bucal e orientações sobre a dieta da paciente. A mudança de hábitos e comportamentos torna-se muito complexa e constitui um grande desafio principalmente na época da adolescência, por envolver aspectos culturais, socioeconômicos e englobar todo o núcleo familiar. Deve-se lançar mão dos conhecimentos de psicologia, entender o contexto do ambiente em que a adolescente vive, suas necessidades, seus valores e todos os seus hábitos.

Extremamente importante para o sucesso da promoção de saúde bucal é o interesse genuíno, o entusiasmo e o envolvimento emocional que o profissional deve demonstrar no que diz respeito à saúde da paciente. Outro importante desafio é fazer com que ela, adolescente, reconheça sua parte na responsabilidade da manutenção de sua saúde bucal para que se possa obter o *compliance* – cooperação consciente na promoção de saúde bucal. Todos os recursos de motivação disponíveis devem ser utilizados, tais como fotografias, modelos, manequins, imagens, para que se estreite a relação profissional/paciente e se elabore um programa preventivo atrativo, relevante e eficiente. A boca deve se valorizada, por ser um órgão sensível, emocional, e um fator fundamental nessa idade, fonte de inúmeros prazeres.

Finalizado o tratamento, o controle periódico é fundamental para que o programa de prevenção seja eficaz. As consultas de manutenção servem para a reavaliação do caso, exame, reforço da higiene (pedir sempre que a paciente traga a escova de dente) e da motivação, fluorterapia e aplicação de selantes, se necessário. O reforço positivo deve ser constante; o elogio e a valorização das conquistas devem ser evidenciados a cada consulta. Enfim, o profissional de saúde deve ter a capacidade de mostrar ao paciente que a mudança de hábitos, apesar de gradativa, pode ser definitiva graças ao enorme potencial de mudança e adaptação que o ser humano possui.

O objetivo da orientação da dieta nunca deve ser a eliminação do açúcar, pois é absolutamente irreal e inatingível. A prevalência da cárie está relacionada à frequência, à consistência e à quantidade de alimentos, sendo os açúcares os principais componentes cariogênicos da dieta. Deve-se aconselhar a paciente a fazer o consumo inteligente e racional do açúcar, que consiste em utilizá-lo somente durante as refeições principais, café da manhã, almoço e jantar, ingerindo-o como sobremesa, e evitar veementemente o consumo entre as refeições principais. Entre as refeições devem ser consumidos frutas e queijos. O consumo de

alimentos açucarados consistentes, tipo caramelo, bala *toffe*, deve ser desencorajado, pois esses alimentos permanecem aderidos à superfície dentária por tempo prolongado, sendo considerados extremamente cariogênicos. Por outro lado, é muito importante também incentivar o consumo de alimentos fibrosos, consistentes porém livres de açúcar, tais como maçã, folhas de vegetais e fibras em geral, que estimulam a produção da saliva e, por ação mecânica, contribuem na remoção da placa bacteriana. Deve ser estimulado o consumo de castanha, amendoim e nozes, pelo fato de promoverem a elevação do pH da saliva e atuarem como alimentos protetores dos dentes. Outro alimento considerado protetor dos dentes é o queijo ou leite, que, por conter caseína, dificulta a adesão do biofilme bacteriano e também age como um reservatório de fosfato de cálcio, além de contribuir na elevação do pH da saliva.

As instruções de higiene bucal devem ser feitas na primeira consulta. Primeiramente deve-se lançar mão do uso dos evidenciadores de biofilme, mostrando à paciente a presença da placa bacteriana e onde estão as falhas na escovação. Existem diversas técnicas de escovação. Deve-se identificar a que será mais eficiente e mais fácil para a paciente executar, com o objetivo de promover a remoção do biofilme e fazer a massagem na gengiva de forma a não provocar lesão e recessão gengival. O uso do fio dental deve ser encorajado para que se torne um hábito, sendo fundamental na remoção da placa bacteriana interproximal.

Atualmente a orientação da dieta, aliada ao controle do biofilme bacteriano e ao uso racional do flúor, constituem ações preventivas não só no sentido de evitar o aparecimento de novas lesões de cárie, mas também de impedir a evolução do estágio inicial da doença, que constitui as lesões de manchas brancas em que a cavidade ainda não se formou, diminuindo a necessidade, portanto, do tratamento restaurador.

Natasha está incluída no grupo de alta atividade de cárie. O diagnóstico de atividade é feito pelas características das lesões de cárie (tanto as lesões de mancha branca quanto as cavidades que a paciente apresenta). As lesões de mancha branca ativas são aquelas de aspecto rugoso e opaco, indicando o processo de desmineralização que está ocorrendo nas superfícies do esmalte dentário. As lesões de mancha branca inativas apresentam características lisas e brilhantes e indicam o processo de estabilização e remineralização ocorrido na superfície do esmalte. As cavidades da cárie ativa se apresentam de cor marrom clara, amolecidas. Já as cavidades de cárie inativas são escurecidas, duras.

A fluorterapia deve ser estabelecida de acordo com a necessidade de cada paciente, por isso deve-se avaliar o risco de cárie e/ou a atividade de cárie. O protocolo inicial do atendimento de Natasha teria o objetivo de remineralização das lesões de mancha branca ativas e a paralisação das lesões cavitadas, por isso seria instituída a fluorterapia intensiva, com quatro aplicações semanais do verniz de flúor 22.600 ppm. Após esse protocolo inicial, deve-se reavaliar o caso e estabelecer a fluorterapia de acordo com o risco de cárie.

A cárie dentária é uma doença multifatorial, por isso, para se determinar o risco, ou seja, a probabilidade de a doença ocorrer, devem ser analisados diversos fatores: nesse caso, merecem ser destacados que a idade da paciente (13 anos) é considerada de grande suscetibilidade à cárie, pois sabe-se que quando o dente erupciona na cavidade bucal, o esmalte é considerado imaturo, isto é, não está completa a incorporação de cálcio e fosfato em sua superfície. Isso só irá ocorrer após três anos que o dente se encontrar na cavidade bucal. No caso de Natasha, ela tem diversos dentes irrompidos recentemente, portanto é necessário verificar: o uso de dentifrício fluoretado;

a frequência e a baixa eficiência da higienização; o consumo excessivo de sacarose; a anatomia dos dentes; o apinhamento que favorece o acúmulo de biofilme dental ou placa bacteriana; a experiência de cárie vivida pela paciente. Devido ao alto risco à cárie estabelecido nesse caso, a frequência das avaliações e das consultas de manutenção deve ser mensal.

As erosões dentárias são lesões decorrentes da ação química de substâncias ácidas na destruição progressiva do esmalte dentário pela ingestão excessiva e muito frequente de refrigerantes, sucos de frutas cítricas, isotônicos esportivos, *ice-teas*, ou também ácidos provenientes do suco gástrico em pacientes com vômitos excessivos e refluxo gastroesofágico. Com isso, ocorre a perda gradual e irreversível do esmalte dentário. No caso do ácido proveniente do suco gástrico, em pacientes com bulimia ou refluxo gastroesofágico, a erosão dental é também chamada perimólise. Clinicamente podem ser visualizadas facetas de desgaste do esmalte dentário e ausência de manchas; nos dentes anteriores, por vestibular, a superfície do dente fica excessivamente lisa e brilhante, circundada por halos translúcidos. A superfície palatina dos dentes anteriores superiores pode estar côncava, sem pigmentação, socavada pelo desgaste. Nos dentes posteriores, na superfície oclusal, podem ser visualizados pontos socavados e cúspides desgastadas. O tratamento da erosão envolve a remoção do agente causal. Portanto, deve ser orientada a Natasha a diminuição da frequência da exposição de seus dentes aos ácidos dos refrigerantes e sucos cítricos. Outra dica é a utilização de canudo ao ingerir bebidas ácidas, a fim de se evitar o contato dos ácidos nos dentes. Durante o tratamento do problema gástrico, após o vômito, refluxo ou a ingestão de substâncias ácida, a escovação dental não deve ser realizada, pois o atrito da escovação irá desgastar ainda mais a superfície dentária; em vez da escovação, deve-se fazer bochecho com água ou solução remineralizadora com flúor, no intuito de promover a remineralização do esmalte dentário. Além das medidas de orientação, a paciente deve promover a remineralização das superfícies dentárias por meio da aplicação tópica de verniz de flúor com alta concentração – flúor a 2,26%, equivalente a 22.600 ppm (parte por milhão) de flúor ou a 22,6 mg de F/ml.

A doença periodontal presente no caso de Natasha deve ser avaliada. A Academia Americana de Periodontia em 1988 definiu que o termo "doença periodontal" abrange as doenças que afetam os tecidos gengivais, o periodonto e o osso de suporte. A doença periodontal pode ser classificada em gengivite e periodontite. A gengivite crônica é considerada o estágio inicial da doença periodontal, envolvendo somente a gengiva e o periodonto de proteção. Clinicamente podem ser detectados edema, aumento do volume gengival, sangramento na sondagem do sulco gengival durante a escovação ou sangramento espontâneo, presença de exsudato, entretanto a profundidade do sulco gengival é normal, de 3 mm, e não há perda de inserção e radiograficamente não existem alterações da lâmina dura nem perdas ósseas.

A periodontite constitui a inflamação dos tecidos de suporte do dente, do periodonto de sustentação, que insere o dente no tecido ósseo alveolar. Ocorre a perda da inserção dos dentes, que pode ser verificada pela sondagem periodontal. O diagnóstico é feito por meio de exame clínico, sondagem periodontal com a sonda periodontal milimetrada e radiografias periapicais. Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da gengivite são a presença do tártaro e da placa bacteriana. Portanto, no caso de Natasha, se o diagnóstico for confirmado como gengivite, o tratamento consiste basicamente no controle da placa bacteriana através de raspagem e polimento dos dentes e higienização adequada. Existe um tipo

de gengivite característico da adolescência denominado gengivite da puberdade, no qual não existe a presença da placa bacteriana ou do tártaro que justifique o severo e exagerado volume de inflamação. As papilas gengivais ficam avolumadas, preenchendo os espaços interdentais e recobrindo parcialmente as coroas dentárias. A gengiva também pode estar fibrosada, de cor rósea. Essa resposta inflamatória exacerbada é atribuída aos hormônios presentes na fase da adolescência. Entretanto, vale destacar que esse tipo de gengivite se iniciou devido à presença da placa bacteriana, entretanto foi agravada pela ação dos hormônios da puberdade.

Outro tipo de gengivite que ocorre entre os adolescentes é a gengivite associada ao respirador bucal. Essa gengivite se dá somente na região anterossuperior ou até anteroinferior. Clinicamente a gengiva é ressecada e fibrosada, há um aumento do volume gengival, pode haver bolsa gengival, sangramento na sondagem ou durante a escovação, com sinais clínicos semelhantes aos da gengivite cônica. O diagnóstico diferencial é a presença dos sinais de gengivite somente na região anterior associada à respiração bucal. Vale lembrar que a gengivite também se inicia pela presença da placa bacteriana. O tratamento consiste em controle da placa bacteriana, higienização adequada e tratamento da respiração bucal. Veja que a paciente Natasha pode ter a interação de diversos fatores: a respiração bucal e a atuação hormonal própria da idade em que ela se encontra aliadas à deficiência da higienização bucal.

Finalmente gostaria de ressaltar que nesse caso, a odontohebiatria deve ser, acima de tudo, centrada na busca da promoção de saúde bucal e, para tanto, buscar integrar todas as áreas da odontologia que o caso requer, tais como a periodontia e a ortodontia, além da multidisciplinaridade, somando as áreas de psicologia, fonoaudiologia e otorrinolaringologia para o sucesso do tratamento.

c. Saúde bucal

Maria Gabriela Haye Biazevic

Natasha é uma adolescente de 13 anos que vive as contradições comuns de sua faixa etária. Ainda que goste de batom e esmalte vermelhos, usa camiseta da Sininho e possivelmente brinca com bonecas. Sonha em ter um lindo namorado, admira as modelos magras e sorridentes que aparecem na televisão e está disposta a cuidar de sua saúde. O fato de ela espontaneamente se deslocar ao posto de saúde é um grande feito, pelo menos para ela, já que sua mãe, ainda que trabalhe fora, está sempre controlando seus horários, suas amizades, sua vida...

Ter coragem de falar com o profissional de saúde sobre seus problemas deve ser considerado bastante positivo no potencial de essa paciente melhorar sua qualidade de vida. Essa disponibilidade de cuidar de sua saúde deve ser aproveitada ao máximo pelos profissionais que a atendem, e o acolhimento dessa cidadã na Unidade de Saúde deve ser o melhor possível, para que ela sinta que tem à disposição um ambiente que oferece suporte para cuidar de sua saúde.

Dr. Felipe foi bastante habilidoso ao permitir que ela falasse de seus problemas, de maneira franca, perguntando inicialmente: "Como posso ajudar você?", e não "Qual é a sua queixa de saúde?", ou "Onde dói?" etc. Ao permitir que a consulta se alongasse (ela inclusive falou ao celular), ele teve a oportunidade de observar que, além de tudo o que a paciente lhe contara, ela evitava mostrar os dentes ao sorrir.

Ao passar pela triagem odontológica, Dr. Júlio a recebeu realizando uma anamnese completa, além de ouvir todas as suas queixas relacionadas à saúde bucal. Pode-se observar que Natasha possui vários problemas bucais que necessitam de intervenção (cárie, doença periodontal, é respiradora bucal, sente dor). Além de todas essas necessidades objetivas, "ela percebe que as pessoas não falam de seus dentes tortos (...) mas pensam... ela fica constrangida e quer melhorar". Nesse trecho, observamos que a adolescente, assim como na consulta com o Dr. Felipe, mostra-se receptiva para uma mudança de estilo de vida, dizendo que quer se cuidar, expondo seus sonhos, suas expectativas de vida (ser modelo assim como Gisele...). Porém a resposta do Dr. Júlio possivelmente foi excessivamente técnica: "Seu índice de placa e sangramento gengival são altos, com gengivite, além de muitas lesões de cárie cavitadas e manchas brancas ativas... Você tem algumas erosões nos dentes posteriores...". E continua citando a lista interminável de problemas bucais.

Não se pode deixar de considerar que, para Natasha, Dr. Júlio é um homem, e talvez ela quisesse ter a liberdade de consultar-se com uma mulher, com o intuito de se sentir mais à vontade. Nesse caso, algum membro da equipe de saúde bucal poderia ajudar no diálogo, seja uma Técnica em Saúde Bucal ou uma Agente Comunitária de Saúde.

Os problemas bucais certamente são passíveis de resolução, bastando organizar uma agenda de trabalho com a paciente, que, por se mostrar receptiva, provavelmente se esforçará para comparecer às consultas. No entanto, não se deve perder de vista que sua motivação para melhorar de vida é o fator mais importante para o sucesso do tratamento. Como o tratamento provavelmente será longo, seria importante que Dr. Júlio tentasse adequar sua linguagem à realidade de Natasha (adolescente), ou seja, conversar com ela sem barreiras de linguagem, sem fornecer constantes orientações normativas, e esperando que ela apenas ouça e as siga.

Como um profissional promotor de saúde, Dr. Júlio deve estar atento ao fato de que a maior parte dos adultos fumantes iniciou o hábito durante a adolescência, então abordar essa questão seria importante. Não se trata de fornecer *folders* sobre o risco do tabagismo para a saúde, mas sim de garantir que a equipe de saúde responsável pelo território onde ela mora perceba possíveis fatores de risco nos ambientes por ela frequentados. Sabemos que simplesmente ter informação não gera uma mudança de comportamento, ou seja, mesmo que um adolescente saiba que certo hábito de higiene, como usar fio dental, por exemplo, é necessário para a

manutenção da saúde bucal, isso não ocorrerá necessariamente. Ou mesmo que um indivíduo saiba que fumar faz mal à saúde, outros fatores, tais como querer pertencer a determinado grupo, influencia nas suas decisões.

O encaminhamento de Natasha a outros profissionais de saúde também se faz necessário para melhorar sua saúde bucal, já que foi observado que é respiradora bucal, que vive com o nariz congestionado. Além disso, como Dr. Felipe já havia detectado, resolver seus problemas gástricos também terá impacto positivo na sua saúde bucal. Ela também poderia ser encorajada a se encontrar com outras pessoas que sofreram recentes perdas de familiares em suas vidas, para tentar trabalhar melhor a tristeza por ter perdido o pai; se houver grupos de discussão na Unidade de Saúde, ela poderia ser encorajada a frequentá-los.

Deve-se entender que a vontade do cidadão, que quer melhorar, seja sua saúde ou sua vida em geral, sempre será a mola propulsora para atingir os objetivos propostos, que, nesse caso, são oferecer melhor saúde e qualidade de vida a Natasha.

Finalmente, uma sugestão para ajudar na manutenção de um comportamento saudável poderia ser convidá-la a se tornar parceira da equipe de saúde, como uma agente multiplicadora de saúde na sua escola. Assim, ela teria a oportunidade de se sentir valorizada por ter tido a coragem – ou a maturidade? – de procurar pela equipe de saúde de seu território. E ainda seria um elo entre a equipe e outros adolescentes, que certamente se sentiriam mais à vontade para dividir suas angústias com uma "igual". Para ela, além do ganho pessoal em termos de promoção de um comportamento mais saudável, ao tornar-se multiplicadora de ações de saúde, as chances de evasão escolar diminuiriam.