

ASSOCIAÇÃO ENTRE O NASCIMENTO DE BEBÊS PRÉ-TERMOS E/OU COM BAIXO PESO E A DOENÇA PERIODONTAL MATERNA: UM ESTUDO CASO-CONTROLE NA CIDADE DE PELOTAS-RS.

MARTA SILVEIRA DA MOTA KRÜGER¹; RENATA PICAÑÇO CASARIN²;
GABRIELA DOS SANTOS PINTO²; FERNANDA DE OLIVEIRA BELLO
CORRÊA²; ANA REGINA ROMANO³

¹Universidade Federal de Pelotas – martakruger@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – renatynhac@hotmail.com; gabipinto@hotmail.com;
fernandabello@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – romano.ana@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

Desfechos perinatais adversos é um termo amplo que abrange implicações distintas como o nascimento de bebês pré-termos e/ou com baixo, pré-eclâmpsia, aborto ou bebê natimorto (IDE; PAPAPANOU, 2013). Por definição o nascimento pré-termo é aquele que ocorre antes da 37ª semana gestacional, e bebê com baixo peso ao nascer é aquele com peso inferior a 2.500 gramas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1977).

Estima-se que, no ano de 2010, cerca de 14,9 milhões (11,1%) de bebês, entre os nascidos vivos de todo o mundo, nasceram pré-termo, resultando em mais do que um em cada dez nascimentos (BLENCOWE et al., 2012). No Brasil, ano de 2011, os nascidos vivos com menos de 37 semanas gestacionais foram 9,8% (285.592) e os com peso ao nascer inferior a 2.500g foram 8,5% (248.217) do total (BRASIL, 2014). Na cidade Pelotas, os dados oficiais de 2012, mostraram que 14,0% (596) dos nascidos vivos foram pré-termo e 10,8% (463) portadores de baixo peso (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Em relação ao baixo peso ao nascimento, a estatística mundial evidencia que mais de 20,0 milhões (15,5%) de bebês sofrem com esse importante indicador de saúde pública (WARDLAW et al., 2004).

McGraw (2002) estudando a etiologia da prematuridade e do baixo peso ao nascimento descreveu que em 25% dos casos a causa permanecia desconhecida. Buscando ampliar o conhecimento sobre as causas dos desfechos perinatais adversos, desde o início dos anos 90 tem sido proposto que infecções bucais, tais como a periodontite, devido à similaridade na patogênese das infecções à distância causadas por microrganismos gram-negativos, poderiam atuar como um reservatório infeccioso e, à distância, interferir nos resultados gestacionais (NABET et al., 2010).

Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi avaliar, a partir de estudo de caso-controle dos nascimentos na cidade de Pelotas-RS, a associação entre o nascimento pré-termo e/ou com baixo peso e os parâmetros clínicos da doença periodontal materna, considerando ajuste para fatores demográficos, socioeconômicos, físicos e ambientais.

2. METODOLOGIA

Foi conduzido um estudo caso-controle retrospectivo de base hospitalar, pareado pelo local de nascimento, no setor de ginecologia e obstetrícia de três hospitais (Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Santa Casa de Misericórdia e São Francisco de Paula) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de abril a dezembro de 2013. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, parecer nº 80/2012.

Os registros hospitalares foram examinados três vezes por semana. No grupo caso foram incluídas puérperas que deram à luz a um recém-nascido vivo, único, pré-termo (entre 22 e 37 semanas gestacionais) e/ou com baixo peso (< 2.500g). No grupo controle foram incluídas as puérperas, na mesma maternidade, que tivessem dado à luz a um recém-nascido vivo, único, a termo (≥ 37 semanas) e com peso ≥ 2.500 g. A inclusão das puérperas na amostra foi orientada pelos seguintes critérios de elegibilidade: idade entre 18 e 35 anos; presença de, no mínimo, seis dentes em boca; não infectada por HIV; não diabética; sem necessidade de profilaxia antibiótica; e bebê sem malformação congênita severa.

Os dados foram colhidos através do prontuário médico (identificação, medicação, nascimento do bebê), de entrevista (idade, cor da pele, escolaridade, renda, situação conjugal, ocupação, peso e altura antes da gestação, tabagismo, alcoolismo, número de consultas pré-natal, hábitos de higiene bucal), e do exame clínico (lesão de cárie ativa, índice de placa bacteriana-simplificado, profundidade de sondagem (PS), nível de inserção (NI)).

Foi realizada análise bivariada para avaliar a proporção de nascimentos pré-termo e/ou baixo peso (NPT e/ou BP) com relação às variáveis independentes e análise de regressão logística múltipla para avaliar a associação entre desfechos perinatais adversos e variáveis independentes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 637 puérperas foram convidadas a participar do estudo, dessas 71 se recusaram e 146 foram excluídas por não atenderem a algum dos critérios de inclusão. Assim, a amostra foi composta por 140 casos e 280 controles, sendo que destes, quatro foram excluídos devido exame periodontal incompleto. No grupo caso, das 140 puérperas com nascimentos pré-termo e/ou com baixo peso ao nascer, 119 (85%) tiveram parto pré-termo, 93 (66,4%) bebês com baixo peso e 72 (51,4%) apresentaram as duas condições.

A tabela 1 mostra a frequência de distribuição de diferentes variáveis demográficas e socioeconômicas dos grupos de caso e controle, evidenciando uma paridade entre os grupos, exceto para renda familiar ($P=0,042$).

Tabela 1 - Distribuição de frequência de diferentes variáveis demográficas e socioeconômicas dos grupos caso e controle, Pelotas, RS, 2014. (n= 416)

Variável (n)	Grupo (%)		Valor de P*
	Caso	Controle	

Idade (anos)			0,113
18 a 24	56 (40,0)	133 (48,2)	
25 a 35	84 (60,0)	143 (51,8)	
Cor da pele			0,489
Branca	100 (71,4)	188 (68,1)	
Preta/parda	40 (28,6)	88 (31,9)	
Escolaridade			0,168
≤ 8 anos de estudo	57 (40,7)	132 (47,8)	
> 8 anos de estudo	83 (59,3)	144 (52,2)	
Renda (salários mínimos) (409#)			0,042
≤1	28 (20,3)	87 (32,1)	
1,5- 2,9	68 (49,3)	115 (42,4)	
≥3	42 (30,4)	69 (25,5)	
Ocupação			0,941
Do lar	72 (51,4)	143 (51,8)	
Trabalha fora	68 (48,6)	133 (48,2)	
Situação conjugal			0,935
Casada ou união estável	104 (74,3)	204 (73,9)	
Solteira/separada	36 (25,7)	72 (26,1)	

n menor por ausência do dado

*Teste Qui-quadrado

A partir da análise de regressão logística múltipla, foi possível evidenciar, no primeiro nível, que o NPT e/ou BP e o NPT aumentou, significativamente, de acordo com a renda. No segundo nível, a faixa etária maior mostrou um OR de 1,63 para NPT. Ter realizado quatro ou mais consultas pré-natal foi um fator de proteção para os quatro desfechos.

Estiveram ainda associadas, terceiro nível, a todos os desfechos as variáveis: pré-eclâmpsia, anemia e parto do tipo cesárea. As variáveis antecedente de NPT/BPN e doença sistêmica prévia (hipertensão-25,0%, hipotireoidismo-17,5%, doença sexualmente transmissível-12,5%, depressão-10,0%, problema respiratório crônico-10,0% doenças auto-imunes-5,0% e outras-20,0%) estiveram associadas com NPT e/ou BP e NPT.

A presença de periodontite generalizada não esteve associada com nenhum dos desfechos. Também, a condição periodontal não esteve associada aos desfechos NPT e/ou BP, NPT e NPTBP. No desfecho BPN foi evidenciada uma associação ($P= 0,026$) em que a periodontite localizada mostrou $OR=0,42$ ($IC=0,18-0,99$). Possivelmente, os parâmetros clínicos que determinam a severidade da doença periodontal, como profundidade de sondagem e nível clínico de inserção não, necessariamente, correspondem a um incremento linear na bacteremia (MADIANOS; BOBETSIS; OFFENBACHER, 2013).

4. CONCLUSÕES

Com base na metodologia utilizada neste estudo caso-controle, conclui-se que:

4.1 Os parâmetros clínicos da periodontite não foram considerados fatores de risco para os desfechos perinatais adversos estudados;

4.2 As puérperas mais velhas tiveram maior risco relativo a NPT, enquanto a maior renda e o antecedente de parto pré-termo e/ou baixo peso estiveram associadas tanto com o NPT com o NPT e/ou BP;

4.3 A presença de doença sistêmica prévia esteve associada com NPT e/ou BP, NPT e com NPTBP;

4.5 O número inadequado de consultas pré-natal, parto do tipo cesárea e a pré-eclâmpsia estiveram associados a todos os desfechos perinatais adversos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M.Z.; CHOU, D.; MOLLER, A.B.; NARWAL, R.; ADLER, A.; VERA GARCIA, C.; ROHDE, S.; SAY, L.; LAWN, J.E. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**, v.379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos em 2011. Brasília (DF). Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 10 fev. 2014.
3. IDE, M.; PAPAPANOU, P.N. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes – systematic review. **Journal of Clinical Periodontology**, v.40, n.Suppl.14, p.S181–S194, 2013.
4. MADIANOS, P.N.; BOBETSIS, Y.A.; OFFENBACHER, S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. **Journal of Periodontology**, v.84, n.4 Suppl., p. S170-S180, 2013.
5. MCGAW, T. Periodontal disease and preterm delivery of low-birthweight infants. **Journal Canadian Dental Association**, v.68, n.3, p.165-169, 2002.
6. NABET, C.; LELONG, N.; COLOMBIER, M.L.; SIXOU, M.; MUSSET, A.M.; GOFFINET, F.; KAMINSKI, M. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. **Journal of Clinical Periodontology**, v.37, n.1, p.37–45, 2010.
7. RIO GRANDE DO SUL, Secretária Estadual de Saúde- Porto Alegre –RS, 2013 <http://www.saude.rs.gov.br/lista/588/2012_-Nascidos_vivos> Acesso em: outubro 2013.
8. WARDLAW, T.; BLANC, A.; ZUPAN, J.; ÅHMAN, E. United Nations Children’s Fund and World Health Organization, Low Birthweight: Country, regional and global estimates. New York: **UNICEF**, 2004.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. 9th Rev, p.773. Geneva: **World Health Organization**, 1977.