

Esses trabalhos demonstram que o crescimento das crianças indígenas nos primeiros anos de vida se faz em meio a condições ambientais sofríveis, com alta prevalência de episódios infecciosos e parasitários, que impedem a realização adequada de um potencial genético provavelmente semelhante ao das populações não índias. As discrepâncias observadas quanto ao padrão de crescimento de crianças xavantes poderiam ser explicadas, em grande parte, pela intervenção desses fatores ambientais desfavoráveis. Essa intervenção, entretanto, não está bem dimensionada em virtude da falta de melhores informações. Note-se, contudo, que, embora o padrão de crescimento das crianças xavantes seja inferior ao das populações norte-americana e brasileira, é superior ao de outras etnias indígenas do país.

A realização de estudos do perfil de crescimento das populações infantis das etnias indígenas brasileiras é uma iniciativa a ser intensificada, a fim de que se possa construir a fundamentação científica indispensável ao embasamento das ações educativas preventivas e curativas que assegurem a elevação das condições de saúde dos "curumins". O *Jornal de Pediatria* tem, seguramente, grande contribuição a dar nesse assunto como periódico qualificado de divulga-

ção da produção científica da pediatria brasileira, e começa a fazê-lo neste número.

Referências bibliográficas

1. Fagundes Neto U, Alves G, Corral J. Parasitoses intestinais em crianças índias terenas das aldeias de Limão Verde e Córrego Seco, Aquidauana MS. I Fórum Brasileiro sobre Saúde da Criança Indígena – Brasília, abril de 2000.
2. Fagundes Neto U, Morais MB, Alves GM. Avaliação do sobrecrescimento bacteriano no intestino delgado pelo teste do hidrogênio expirado após ingestão da lactulose em crianças índias terenas do Mato Grosso do Sul. I Fórum Brasileiro sobre Saúde da Criança Indígena, Brasília, abril de 2000.
3. Fagundes Neto U, Morais MB, Alves GM. Avaliação do estado nutricional de crianças terenas no Mato Grosso do Sul. I Fórum Brasileiro sobre Saúde da Criança Indígena. Brasília, abril de 2000.
4. Francisco DA, Oliveira CE. Assistência à Saúde Yanomami. Ministério da Saúde, FUNASA-DEOPE, julho de 1999.
5. Figueira Peçanha LM, Robalinho Lima ML, Campos Júnior D. Estudo das patologias prevalentes numa série de 70 crianças indígenas internadas no Hospital Universitário de Brasília. I Fórum Brasileiro sobre Saúde da Criança Indígena, Brasília, abril de 2000.

Doença periodontal materna e nascimento prematuro e/ou de baixo peso

Maternal periodontal disease and premature birth or low birth weight

Cléa Rodrigues Leone*

A proliferação de estudos epidemiológicos em Perinatologia objetivou levantar hipóteses que possibilitaram a identificação de fatores de risco associados a grupos considerados de maior risco de morbimortalidade, além de serem susceptíveis de apresentar seqüelas e distúrbios de desenvolvimento a longo prazo. Dentre estes, o grupo de recém-nascidos (RN) de baixo peso e/ou pré-termo constitui um dos de maior interesse¹⁻³.

O estudo da prematuridade, referindo-se a recém-nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional, frequentemente confunde-se com o de menores de 2.500g, devido às dificuldades técnicas em se determinar, de forma confiável,

a idade gestacional dos recém-nascidos incluídos nessas análises, as quais, para terem maior impacto, devem conter um número considerável de crianças.

Paralelamente, o avanço das técnicas de investigação dos processos patológicos e mesmo dos fenômenos localizados, acrescentou um conhecimento mais profundo a respeito dos aspectos fisiopatológicos envolvidos, além de um maior detalhamento destes. Como consequência, muitos conceitos foram modificados e mesmo ampliados em relação às doenças.

A Doença Periodontal (DP) constitui um exemplo disso. Inicialmente vista como um fenômeno localizado no periodonto, compreendendo o dente e tecidos subjacentes, essa doença mudou substancialmente de conceito, à medida que suas repercussões à distância passaram a ser reconhecidas⁴.

Veja artigo relacionado na página 23

* Professora Livre Docente em Pediatria pela Fac. Medicina da USP. Chefe do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas da USP.

Na literatura recente, têm sido relatadas investigações que relacionam o nascimento de RN pré-termo e/ou baixo peso com a presença de DP materna.

A esse respeito, Offenbacher e col., na Carolina do Norte, verificaram, dentre 124 gestantes, que a presença de DP constituía um fator de risco significativo de nascimento prematuro em relação à ausência de doença⁵.

Da mesma forma, no Alabama, em estudo de caso-controle, incluindo 55 binômios mãe-RN, observou-se que as mães de RN de baixo peso eram mais baixas, tinham menores níveis de educação, eram casadas com homens com ocupações de nível inferior, tinham áreas sadias bem menores nas gengivas e ganhavam menos peso durante a gestação⁶. Nesse mesmo local, desenvolve-se atualmente uma nova pesquisa, longitudinal, envolvendo 2.000 gestantes, iniciando-se com 22 semanas de idade gestacional e com acompanhamento até o parto. Nos primeiros 800 nascimentos, foi identificada uma elevada taxa de prematuridade na presença de DP⁷.

Os mecanismos envolvidos nessa associação ainda não são bem conhecidos, mas estudos realizados em animais de experimentação têm verificado relação entre DP e retardo de crescimento fetal. Acredita-se que essas repercussões da doença estejam relacionadas à ação de determinados patógenos orais oportunistas e/ou a produtos liberados por estes, os quais, por via hematogênica, desencadeariam o parto prematuro. A liberação de citocinas, como prostaglandinas e fator de necrose tumoral, poderia estar implicada neste processo, por serem relacionadas ao desencadeamento do trabalho de parto prematuro.

Reforçam essas hipóteses o achado de *Fusobacterium nucleatum*, um patógeno oral, em culturas de líquido amniótico de mulheres em trabalho de parto prematuro e membranas íntegras. Também o isolamento de outras fusobactérias orais nessa mesma situação, em outros estudos, acrescenta maior credibilidade a essa hipótese^{8,9}.

Em 48 gestantes, em investigação realizada por Offenbacher e col., em 1998, verificou-se elevação dos níveis de Prostaglandina E2 (PGE-2) e Interleucina-1-beta (IL-1-beta) em fluido crevicular gengival de mães de RN pré-termo/baixo peso em comparação ao de mães de RN de peso normal. Dentre as primíparas, observou-se também correlação inversa entre peso de nascimento e níveis de PGE-2 em fluido gengival, sugerindo inclusive a utilização deste como marcador desse processo¹⁰.

O estudo realizado por Paulo M. Louro e col., publicado nesta edição, sobre DP materna e baixo peso ao nascer, é bastante oportuno, por seu pioneirismo em nosso meio e por chamar a atenção para essa possível associação. Além disso, também contribui para reforçar a hipótese de uma relação desse processo com o baixo peso de nascimento e/ou prematuridade.

Os resultados obtidos até o momento nessa linha de investigação já constituem elementos suficientes para que sejam desenvolvidos novos estudos prospectivos, incluindo maior número de casos, cujos desenhos metodológicos permitam identificar a influência da DP sobre o peso de nascimento e sobre a idade gestacional, de forma isolada. Dessa maneira, seria possível avaliar se a DP atua mais sobre o desencadeamento do trabalho de parto prematuro, sendo o menor peso de nascimento mais uma consequência da prematuridade do que da doença materna.

Enquanto os mecanismos envolvidos não forem identificados, é importante que os programas de atenção à gestante incluam a avaliação odontológica como um item indispensável à realização de um pré-natal mais eficiente no controle da prematuridade, especialmente em nosso país, onde as taxas de prematuridade ainda são elevadas, se comparadas às de países desenvolvidos, da ordem de 6 a 8%.

Um controle mais efetivo da prematuridade, sem dúvida irá contribuir para a redução de custos com a assistência perinatal e para a formação de indivíduos com menos limitações e necessidade de acompanhamento multiprofissional, diminuindo o ônus para a família, para os serviços de saúde e a sociedade em geral.

Referências bibliográficas

1. Iams JD, Goldenberg RL, Mercer BM, Moawad A, Thom E, Meis PJ et al. The preterm prediction study: recurrence risk of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 1035-40.
2. Joseph KS, Kramer MS. Recent versus historical trends in preterm birth in Canada. *CMAJ* 1999; 161: 1409.
3. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen A et al. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998; 339: 1434-9.
4. Engebretson SP, Lalla E, Lamster IB. Periodontitis and systemic disease. *N Y State Dent J* 1999; 65: 30-2.
5. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996; 67(10 suppl): 1103-13.
6. Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 1998; 3: 206-12.
7. Marwick C. Periodontal disease may pose one risk for premature birth. *JAMA*; 283(22): 2922.
8. Hill GB. Preterm birth: associations with genital and possibly oral microflora. *Ann Periodontol* 1998; 3: 222-32.
9. Roberts GL. Fusobacterial infections: an underestimated threat. *Br J Biomed Sci* 2000; 57: 156-62.
10. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated with pregnancy complications. *Ann Periodontol* 1998; 3: 233-50.