

A saúde bucal nas coortes de nascimentos de Pelotas, RS, Brasil

The oral health studies in the Pelotas birth cohort studies, RS, Brazil

Karen Glazer Peres^{I,III,IV}, Marco Aurélio Peres^{I,II}, Flavio Fernando Demarco^{III}, Denise Petrucci Gigante^{III}, Bernardo Lessa Horta^{III}, Ana Maria Baptista Menezes^{III}, Pedro Curi Hallal^{III}, Alcía Matijasevich^{III}, Iná Silva Santos^{III}, Aluísio J D Barros^{III}

INTRODUÇÃO

Três estudos prospectivos de base populacional com nascidos vivos foram realizados em 1982, 1993 e 2004 no município de Pelotas, RS. Os estudos de saúde bucal nas coortes de Pelotas foram planejados para investigar os principais agravos de saúde bucal que acometem os indivíduos em distintos períodos da vida, avaliar o padrão de comportamentos relacionados à saúde bucal, o papel das condições socioeconômicas ao longo da vida e seu impacto na saúde bucal, além de estimar a incidência de agravos bucais.

QUEM FEZ PARTE DAS AMOSTRAS?

Na coorte de 1982, foi obtida uma amostra sistemática com 70 (27%) dos 259 setores censitários do município em 1997 (n = 1.076). Os estudos de saúde bucal partiram de uma subamostra aleatória (n = 900) oriunda destes 1.076 entrevistados. Na coorte de 1993, uma subamostra de 13% das crianças acompanhadas do primeiro mês aos quatro anos de idade, incluindo todos os nascidos de baixo peso, foi obtida em 1998 (n = 1.273). Os estudos de saúde bucal foram originados de uma subamostra destas crianças (n = 400). Na coorte de 2004, o estudo de saúde bucal teve início em 2009 incluindo as crianças nascidas entre os meses de setembro e dezembro e que foram acompanhadas aos quatro anos de idade (n = 1.303).

^IAustralian Research Centre for Population Oral Health, School of Dentistry, The University of Adelaide – Adelaide, Australia.

^{II}Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

^{III}Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

Autor correspondente: Karen Glazer Peres. Australian Research Centre for Population Oral Health, School of Dentistry, Faculty of Health Sciences, Level 1, 122 Frome Street, The University of Adelaide, SA 5005, Australia. E-mail: karen.peres@adelaide.edu.au

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processos nº 403362/2004-0, 476985/2004-5, 47081/2008-3, 402372/2008-5, 479621/2004-7 e 403257/2012-3.

QUANTOS ACOMPANHAMENTOS OCORRERAM?

Na coorte de 1982, ocorreram estudos de saúde bucal aos 15 anos ($n = 888$, 98,7% de participação), aos 24 anos ($n = 720$) e aos 31 anos de idade ($n = 541$). Na coorte de 1993 foi feito o acompanhamento das crianças aos 6 anos de idade ($n = 359$) e aos 12 anos de idade ($n = 339$). Aos 15 anos de idade ($n = 339$), informações autorreferidas de saúde bucal foram obtidas, e, em 2012, um novo acompanhamento foi realizado aos 18 anos, expandindo a amostra para 1.203 indivíduos. Na coorte de 2004, o estudo de saúde bucal ocorreu aos cinco anos de idade ($n = 1.129$).

O QUE FOI INVESTIGADO?

Os questionários aplicados face a face nos estudos de saúde bucal incluíram, no total, cerca de 140 variáveis. Os agravos bucais investigados foram: cárie dentária, problemas oclusais, condições periodontais, uso e necessidade de prótese, qualidade das restaurações em dentes posteriores, traumatismo dentário, fluorose, padrão de emergência dos molares permanentes, lesão em tecidos moles e presença de placa dentária^{1,2}. Foram obtidas as aprovações pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPel e o termo de consentimento dos participantes.

QUAIS OS PRINCIPAIS RESULTADOS?

A utilização de exames em dois quadrantes bucais diagonais foi uma medida efetiva para identificar fatores de risco para condições periodontais. Entretanto, pode subestimar a verdadeira prevalência dos desfechos, e sua validade depende da idade investigada³. Relatos maternos sobre higiene bucal de crianças com cinco anos de idade não foram bons substitutos para o exame de placa dental para avaliar o padrão de higiene⁴.

O índice CPO-D na coorte de 1982 apresentou um pequeno incremento dos 15 aos 24 anos de idade¹, enquanto o CPO-D médio quase dobrou dos 12 (CPO-D = 1,2) aos 18 anos de idade (CPO-D = 2,1). Quase 70% das crianças que apresentavam ceo-d igual a zero aos 6 anos permaneceram livres de cárie aos 12 anos de idade⁵, e cerca de dez anos mais tarde, em outra coorte, a média do índice (ceo-d) caiu quase para a metade. Houve diminuição significativa nas prevalências de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e má oclusão de caninos entre 1993 e 2004. A pobreza ao nascimento e episódios de pobreza do nascimento à vida adulta foram associados a um menor número de dentes saudáveis, e a ascensão econômica não reverteu os efeitos da pobreza ao nascimento sobre a saúde bucal⁶. Outros principais resultados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Estudos de saúde bucal nas coortes de Pelotas, RS, em 1982, 1993 e 2004.

Perguntas de pesquisa	Principais resultados
Existe associação entre obesidade e doença periodontal em adultos jovens?	Não, mas a inflamação sistêmica, o uso de fio dental e a frequência de escovação podem mediar a associação entre obesidade e gengivite.
Os problemas oclusais influenciam a satisfação com a aparência em adolescentes?	Sim, as meninas com problemas oclusais mostraram-se mais insatisfeitas com sua aparência, independentemente de outros aspectos físicos presentes.
Fatores socioeconômicos influenciam a ocorrência de lesões bucais e a realização de autoexame em adultos?	Adultos jovens de baixo nível socioeconômico tiveram maior prevalência de lesões bucais e realizam menos o autoexame.
Quais os determinantes do curso da vida na cárie dentária em crianças?	Baixa escolaridade paterna, déficit na relação altura/idade aos 12 meses, não frequentar creche, doces e escovar os dentes < de 1 vez ao dia aos 6 anos.
Quais os determinantes do curso da vida na qualidade de vida de adolescentes?	Baixa escolaridade e desemprego materno, presença de cárie não tratada aos 6 e aos 12 anos, dor e apinhamento dentário e sangramento gengival.
Qual o efeito da amamentação sobre os problemas oclusais na dentição decídua?	Amamentação natural < do que 9 meses e uso de chupeta entre 12 meses e 1 ano de vida foram fatores de risco para mordida cruzada posterior.
Quais os fatores de desenvolvimento infantil associados ao padrão de emergência dentária?	Baixo peso ao nascer (dentes aos 6 e 12 meses), desnutrição aos 6 meses para número de dentes (12 meses) e para os primeiros molares aos 6 anos.
Quais os determinantes da dor dentária infantil?	Baixa renda, mãe com ≤ 10 dentes em alguma arcada e cárie não tratada.
Quais os fatores associados ao uso de serviço odontológico em crianças?	Alta renda, escolaridade e o comportamento materno foram associados às visitas de rotina. Dor dentária e dentes com cárie associaram-se às visitas específicas.

ASPECTOS FORTES E LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

A alta taxa de resposta e a alta reprodutibilidade diagnóstica em todos os acompanhamentos, assim como o uso de instrumentos internacionalmente válidos^{1,2}, destacaram-se nas pesquisas. A criação de projetos de extensão junto à Faculdade de Odontologia da UFPel com o objetivo de dar suporte às demandas de tratamento odontológicos oriundas das coortes serviu como

estratégia para aumentar a taxa de resposta. Na coorte de 2004, passou-se a utilizar a unidade de superfície para estimativa do ataque de cárie em vez da unidade dente, permitindo aumentar a sensibilidade do índice frente à expressiva redução na gravidade da doença. Destaca-se como desafio para o futuro a possibilidade de acompanhamento dos mesmos indivíduos, a obtenção de financiamentos de longo prazo e a perspectiva de compreender a relação temporal ora dos agravos bucais como desfechos, ora como exposição para alguns agravos gerais, assim como a análise intergeracional dos membros das coortes.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Cesar Gomes Victora e Fernando Celso Lopes de Barros, coordenadores das coortes, pelo apoio e por disponibilizar, sempre, os dados gerais das coortes.

REFERÊNCIAS

1. Peres KG, Peres MA, Demarco FF, Tarquínio SB, Gigante DP. Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age. *Cad Saude Publica* 2011; 27(8): 1569-80.
2. Peres MA, Barros AJD, Peres KG, Araújo CL, Menezes AM, Hallal PC et al. Oral health follow-up studies in the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study: methodology and principal results. *Cad Saude Publica* 2010; 26(10): 1990-9.
3. Peres MA, Peres KG, Cascaes AM, Correa MB, Demarco FF, Hallal PC et al. Validity of partial protocols to assess the prevalence of periodontal outcomes and associated sociodemographic and behavior factors in adolescents and young adults. *J Periodontol* 2012; 83(3): 369-78.
4. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA, Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, et al. Validade do padrão de higiene bucal em crianças aos 5 anos de idade relatado pelas mães. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4): 668-75
5. Peres MA, Barros AJD, Peres KG, Araújo CLP, Menezes ANB. Life course dental caries determinants and predictors in children aged 12 years: a population-based birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(2): 123-33
6. Peres MA, Peres KG, Thomson WM, Broadbent JM, Gigante DP, Horta BL. The influence of family income trajectories from birth to adulthood on adult oral health: findings from the 1982 Pelotas birth cohort. *Am J Public Health* 2011; 101(4): 730-6.