

Artigo / Article

Prevalência de cárie e fatores associados em crianças hemofílicas

Prevalence of caries and associated factors in hemophilic children

Maria José Rodrigues¹

Ana Cláudia A. Luna²

Liliane C. Leal³

Suzana S. Lira³

Kátia M. Marques⁴

O presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência de cárie e alguns fatores associados em crianças portadoras de hemofilia, na faixa etária de 3 a 12 anos, de ambos os sexos, atendidas no Centro de Hemoterapia de Pernambuco (Hemope) nos anos de 2005/2006. Os dados foram coletados através de uma amostra intencional, composta por quarenta crianças. O levantamento dos dados foi feito através de uma etapa clínica e outra não-clínica. Na etapa clínica foi realizado o exame clínico intrabucal por uma examinadora calibrada. Na etapa não-clínica foram aplicados questionários aos responsáveis, com perguntas objetivas e subjetivas sobre alguns fatores comportamentais e sociais. Para determinação da prevalência de cárie foi adotado o índice ceo-d e CPO-D de acordo com os critérios da OMS. Após análise dos dados, verificou-se que o índice ceo-d foi igual a 2,00 e o do CPO-D igual a 0,67. Além disso, com relação ao grau de instrução dos responsáveis, o valor do ceo-d foi de 1,51 para as crianças cujos pais possuíam 1º grau incompleto e de 2,50 para aqueles com o 1º grau completo; o CPO-D foi de 0,78 para aquelas cujos pais tinham 1º grau incompleto e de 0,59 para os com o 1º grau completo. Foi possível concluir: a prevalência de cárie no grupo pesquisado foi baixa; verificou-se uma relação significativa entre a prevalência de cárie e os indicadores de desenvolvimento socioeconômico, relacionado ao grau de instrução dos responsáveis; observou-se uma menor prevalência de cárie nas crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal e dieta. Rev. bras. hematol. hemoter. 2008;30(2):114-119.

Palavras-chave: Cárie dentária; hemofilia; saúde bucal; crianças.

Introdução

A hemofilia é um distúrbio hereditário ligado ao cromossomo X, que causa um defeito na coagulação sanguínea.^{1,2} As formas mais comuns de hemofilia incluem a hemofilia A (clássica, ou deficiência do fator VIII, ou doença de Stuart) e a hemofilia B (deficiência do fator IX, ou doença de Christmas), que apresentam caráter recessivo. Além delas, existe a doença de Von Willebrand ou pseudo-hemofilia (proveniente de uma anormalidade do fator de

Von Willebrand, importante no mecanismo de agregação plaquetária e da deficiência do fator XI).³⁻⁹

A cárie dentária é uma enfermidade bacteriana multifatorial que se instala a partir da interação de variáveis relacionadas ao hospedeiro, à presença do microorganismo patogênico na cavidade bucal e do substrato fermentável.¹⁰ Durante as últimas duas décadas houve um marcante declínio da prevalência de cárie em crianças e jovens e uma proporção crescente de crianças livres de cárie em muitos países industrializados.^{11,12,13}

¹Professora Adjunta da disciplina de Odontopediatria da Universidade de Pernambuco – Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), Camaragibe, PE.

²Cirurgiã-dentista graduada na Universidade de Pernambuco. Mestranda em Odontopediatria da Universidade de Pernambuco – Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), Camaragibe, PE.

³Cirurgiã-dentista graduada na Universidade de Pernambuco – Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), Camaragibe, PE.

⁴Professora da disciplina de Terapêutica Medicamentosa da Universidade Federal de Pernambuco e cirurgiã-dentista do Centro de Hemoterapia de Pernambuco (Hemope).

Correspondência: Maria José Rodrigues
R. João Dias Martins nº115 aptº 1003 – Boa Viagem
51021-540 – Recife-PE – Brasil
Tel.: (81) 3458-1088
E-mail: mjrodonto@yahoo.com.br

A causa com maior evidência científica desse fenômeno é a adição de flúor nos dentifrícios, e as mais bem justificadas tecnicamente são: as mudanças no consumo de açúcar (menor consumo de açúcar pelas crianças), mudanças no diagnóstico da cárie e melhorias nas condições socioeconômicas.¹³

A progressão da cárie é lenta, resultante de um desequilíbrio entre o mineral do dente e os substratos de placa presente nesse dente, causando uma perda mineral. A cárie, normalmente, não é autolimitante, podendo causar a destruição total do elemento dentário se não for tratada, observando assim a importância do diagnóstico precoce dos sinais clínicos da doença.¹⁴

Do ponto de vista odontológico, os pacientes hemofílicos são pacientes especiais, visto que o tratamento odontológico de rotina, incluindo as extrações e algumas injeções anestésicas, geralmente pode causar hemorragias persistentes, oferecendo perigo à vida dos mesmos.^{15,16} A abordagem odontológica das crianças deve começar com a prevenção da doença dental para promover a manutenção de uma dentição livre de cárie e com boa saúde periodontal. É imperativo o aconselhamento aos pais sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal para prevenir as doenças dentais, de forma que a necessidade de tratamento ativo seja mínimo.¹⁷

As doenças hemorrágicas afetam uma proporção muito pequena da população e existem poucos estudos a respeito dos aspectos da doença associados à saúde oral.^{18,19} Dentro desse contexto, o presente trabalho teve por objetivo verificar a prevalência de cárie e alguns fatores sociais e comportamentais associados em crianças hemofílicas atendidas no Centro de Hemoterapia de Pernambuco.

Casística e Método

Do total de 142 pacientes cadastrados, foram examinadas quarenta crianças hemofílicas, 38 do sexo masculino e duas do sexo feminino, na faixa etária de 3 aos 12 anos, atendidas no Centro de Hemoterapia de Pernambuco (Hemope). Escolheu-se essa faixa etária porque se considerou que a dentição decídua já esta completa aos 3 anos e permanente aos 12 anos. A amostra foi intencional, obtida por livre demanda de crianças que procuraram o serviço e receberam atendimento no consultório odontológico e na sala de transfusão do Hemope. Os critérios de inclusão da amostra foram: crianças hemofílicas na faixa etária de 3 aos 12 anos, não-sindrômicas e que não apresentassem nenhuma doença sistêmica. O período de referência para coleta de dados foi dezembro/2005 e janeiro/2006. Os dados foram coletados em duas etapas: clínica e não clínica.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hemope (parecer final nº 033-A/06), tendo sido aprovado, e aos pais ou responsáveis pelas crianças foi solicitado o consentimento livre e esclarecido.

Para o exame clínico foram utilizadas fichas clínicas

contendo os odontogramas para registrar os índices ceo-d e CPO-D dos pacientes de acordo com os critérios da OMS.²⁰ Durante os exames loco-regionais usaram-se equipamentos de proteção individual (EPI's), de acordo com as normas de biossegurança. Os instrumentais utilizados durante o exame clínico foram odontoscópios e sondas exploradoras de ponta romba devidamente esterilizados em autoclave.

A calibração interexaminadora consistiu de uma etapa teórica baseada na apresentação de imagens fotográficas na câmera Nikon-SX-3500-Mod. High Resolution-HD-5 Generation, tendo sido solicitado da examinadora o respectivo diagnóstico.

Uma segunda etapa foi dedicada ao exercício clínico, cujo objetivo era propiciar à examinadora uma fixação dos critérios apresentados, obtendo-se um Kappa=0,825. Na calibração intra-examinadora adotou-se o seguinte procedimento: a cada dez crianças, uma foi reexaminada, Kappa=0,85.

Foram aplicados questionários previamente validados pelo método de validação de Face, mediante entrevistas, para a coleta dos fatores comportamentais (ingestão de carboidratos e hábitos de higiene bucal) e socioeconômicos (escolaridade da mãe ou responsável pela criança).

Para análise dos dados foram utilizados métodos de estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva obtiveram-se distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variação. Na análise inferencial utilizou-se o teste t-Student. Os dados foram digitados na planilha Excel e o *software* utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SAS (Statistical Analysis System) na versão 8. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

Resultados

Após a análise dos dados coletados, verificou-se que, das quarenta crianças hemofílicas examinadas, 38 (95,00%) eram do sexo masculino e duas (5,00%) do feminino. Em relação à idade, 62,50% das crianças estavam na faixa etária entre 7 e 12 anos.

De acordo com o grau de escolaridade, 45,0% das mães/responsáveis apresentavam 1º grau incompleto. Analisando-se o ceo-d e seus componentes, segundo o grau de instrução, observou-se que as médias de dentes cariados e indicados para extração foram correspondentemente mais elevadas entre as crianças com mães tendo até 1º grau incompleto do que entre as mães tendo 1º grau completo ou mais; ocorrendo o contrário com a média de dentes obturados e com o ceo-d, que tiveram médias correspondentemente mais elevadas entre as crianças com mães tendo 1º grau completo ou mais (Tabela 1). Ao nível de significância considerado, a única diferença significativa entre as duas categorias do grau de instrução das mães ocorreu com a variável dentes obturados ($p < 0,05$).

Tabela 1. Estatísticas do ceo-d e os componentes segundo o grau de instrução da mãe/responsável da criança

Variável	Grau de instrução da mãe/responsável				Valor de p
	Até 1º grau incompl. (n = 19)		1º grau compl. + (n = 17)		
	Média	Desv. Padr.	Média	Desv. Padr.	
Dentes cariados	1,06	1,63	0,95	1,30	p ⁽¹⁾ = 0,8225
Dentes extraídos ou indicados para extração	0,39	1,24	0,22	0,43	p ⁽²⁾ = 0,5964
Dentes obturados	0,06	0,24	1,33	1,91	p ⁽²⁾ = 0,0016*
ceo-d	1,51	2,18	2,50	2,41	p ⁽¹⁾ = 0,1998

(*) - Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) - Através do teste t-Student com variâncias iguais

(2) - Através do teste t-Student com variâncias desiguais

Tabela 2. Distribuição das crianças segundo os hábitos comportamentais: ida ao dentista/ uso de flúor / dieta/ escovação

Variável	N	%
Qual o motivo mais freqüente pelo qual seu(sua) filho(a) vai ao dentista?		
Para revisões freqüentes	16	40,0
Apenas quando tenho um problema	20	50,0
Não sei/ não me lembro	-	-
Nunca foi ao dentista	4	10,0
Total	40	100,0 -
Seu(sua) filho(a) já recebeu alguma aplicação de flúor gel?		
Sim	31	79,5
Não	7	17,9
Não sei/ não me lembro	1	2,6
Total ⁽¹⁾	39	100,0
⁽¹⁾ Para um pesquisado não se dispõe desta informação.		
Você já recebeu orientação sobre dieta e escovação dentária?		
Sim	23	57,5
Não	17	42,5
Total	40	100,0
Seu(sua) filho(a) usa pasta de dente todos os dias?		
Sim	35	87,5
Não	4	10,0
Não sei/ não lembro	1	2,5
Total	40	100,0
Quantas vezes seu(sua) filho(a) escova os dentes por dia?		
Nenhuma vez	1	2,5
Uma vez	9	22,5
Duas vezes	17	42,5
Três vezes ou mais	13	32,5
Total	40	100,0

Em relação aos hábitos comportamentais (Tabela 2), quanto à ida ao dentista, observou-se que o motivo mais freqüente pelo qual o responsável levava o filho ao dentista era quando a criança tinha um problema, representando 50,0% da amostra, seguido de revisões freqüentes (40,0%). Quanto ao uso de flúor, 79,5% das crianças já tinham recebido alguma aplicação de flúor gel; e, quanto à dieta e aos hábitos de higiene bucal, observou-se que 23 mães ou responsáveis (57,5%) já tinham recebido orientação sobre dieta e escovação e 35 (87,5%) relataram que o filho escovava os dentes todos os dias, 17 (42,5%) que os filhos escovavam duas vezes e 13 (32,5%), três vezes ou mais.

Ainda em relação aos hábitos comportamentais (Tabela 3), quanto à ingestão de carboidratos, observou-se o seguinte: todas as quarenta crianças ingeriam alimentos doces, 40%, ingeriam de uma a duas vezes e 60%, ingeriam de três ou mais vezes.

Tabela 3. Distribuição das crianças segundo os hábitos comportamentais: ingestão de carboidratos

Variável	N	%
Seu(sua) filho(a) ingere alimentos doces?		
Sim	40	100,0
Não	-	-
Total	40	100,0
Quantas vezes por dia seu(sua) filho(a) ingere alimentos doces?		
1 a 2	16	40,0
3 ou mais	24	60,0
Total	40	100,0
Você sabe que alimentos doces provocam cárie dentária?		
Sim	35	87,5
Não	5	12,5
Total	40	100,0

Na tabela 4, a média do ceo-d foi igual a 2,00, sendo que metade deste valor (50,0%) correspondeu aos casos de dentes cariados e 34,5% corresponderam aos dentes obturados. A média do CPO-D (Tabela 5) foi igual a 0,67, sendo que 52,2% deste valor corresponderam à média de dentes cariados e o restante aos dentes obturados. Nenhuma criança apresentava dente permanente perdido.

De acordo com as estatísticas do ceo-d, segundo o fato da mãe ter recebido ou não orientação sobre dieta e escovação dental (Tabela 6), observou-se que as médias do número de dentes cariados e dos dentes extraídos ou indicados para extração foram correspondentemente mais elevadas entre aqueles cujas mães não tinham recebido orientação e o contrário ocorreu com a média de dentes obturados,

Tabela 4. Estatísticas do ceo-d e componentes

Variável	Média	Mediana	Desv. Padr.	% da média em relação à média do ceo-d
Dentes cariados	1,00	0,00	1,45	50,00
Dentes extraídos ou indicados para extração	0,31	0,00	0,92	15,5
Dentes obturados	0,69	0,00	1,49	34,5
ceo-d	2,00	1,00	2,32	

Tabela 5. Estatísticas do CPO-D e componentes

Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão	% da média em relação à média do CPO-D
Dentes cariados	0,35	0,00	0,71	52,2
Dentes perdidos	0,00	0,00	0,00	0,00
Dentes obturados	0,32	0,00	0,94	44,8
CPO-D	0,67	0,00	1,22	%

Tabela 6. Estatísticas do ceo-d e os componentes segundo o fato de ter ou não ter recebido orientação sobre dieta e escovação dental

Variável	Sim (n = 19)		Não (n = 17)		Valor de p
	Média	Desv. Padr.	Média	Desv. Padr.	
Dentes cariados	0,79	1,18	1,24	0,67	p ⁽¹⁾ = 0,3660
Dentes extraídos ou indicados para extração	0,16	0,37	0,47	1,28	p ⁽²⁾ = 0,3444
Dentes obturados	1,16	1,92	0,18	0,39	p ⁽¹⁾ = 0,0420*
ceo-d	2,11	2,51	1,88	2,15	p ⁽¹⁾ = 0,7779

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

(2) Através do teste t-Student com variâncias iguais.

Tabela 7: Estatísticas do CPO-D e os componentes segundo o fato de ter ou não ter recebido orientação sobre dieta e escovação dental

Variável	Recebeu orientação sobre dieta e escovação dental				Valor de p
	Sim (n = 19)		Não (n = 12)		
	Média	Desv. Padr.	Média	Desv. Padr.	
Dentes cariados	0,32	0,67	0,42	0,79	p ⁽¹⁾ = 0,7066
Dentes perdidos	0,00	0,00	0,00	0,00	**
Dentes obturados	0,53	1,17	0,00	0,00	p ⁽²⁾ = 0,0660
CPO-D	0,84	1,42	0,42	0,42	p ⁽¹⁾ = 0,3536

(*) - Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(**) - Não foi possível determinar devido à ocorrência de valores todos nulos

(1) - Através do teste t-Student com variâncias desiguais

(2) - Através do teste t-Student com variâncias iguais.

que foi bem mais elevada entre as crianças cujas mães já tinham recebido orientação. A média do ceo-d foi mais elevada entre as crianças cujas mães já tinham recebido orientação sobre dieta e escovação. Ao nível de significância utilizado (5,0%), a única diferença significativa entre os que tinham recebido ou não dieta foi registrada para dentes obturados ($p < 0,05$).

Quanto aos índices do CPO-D, observou-se que a média de dentes cariados foi um pouco mais elevada entre as crianças cujas mães não tinham recebido orientação sobre dieta e escovação dental do que entre as que a tinham recebido (0,42 x 0,32), e o contrário ocorreu com a média de dentes obturados, que teve média nula entre os que não tinham recebido esse tipo de orientação e foi de 0,53 entre as crianças cujas mães já tinham recebido orientação. O CPO-D total também teve média mais elevada entre as crianças cujas mães já tinham recebido orientação (Tabela 7). Ao nível de 5,0% não se comprova diferença significativa entre os dois subgrupos ($p > 0,05$). Nota: para número de dentes perdidos, que apresentou média 0,00, nos dois subgrupos, não foi possível aplicar teste estatístico positivo.

Discussão

A principal limitação do presente estudo relacionou-se ao fato de tratar-se de uma população específica, com um número de casos reduzidos, conforme relatado na metodologia. Portanto, os resultados obtidos devem ser interpretados cuidadosamente, respeitando-se essa particularidade.

Em relação à questão de as mães terem recebido orientação sobre dieta e escovação dentária, observou-se que as crianças, cujas mães tinham recebido orientações, apresentaram a média do ceo-d e do CPO-D mais elevada (Tabela 5 e 6), em contradição com a maioria dos estudos. No entanto, isso pode ser explicado pelo fato delas terem recebido orientação e conseqüentemente as crianças apresentaram um número maior de dentes obturados, pois compareceram mais vezes ao dentista.

A escovação com dentrífcio fluoretado foi responsável por uma redução da cárie de 29,10%²¹ e tem sido sugerido que dentrífcios fluoretados tiveram papel relevante neste fenômeno.²² A prática correta da higiene após as refeições reduz o acúmulo de placa bacteriana e, conseqüentemente, evita a ação cariogênica da placa.²³ Os dentes devem ser escovados pelo menos duas vezes ao dia, com pasta fluoretada, para o controle da placa bacteriana.¹⁶

No presente estudo, o componente cariado do CPO-D e ceo-d corresponderam, respectiva-

mente, a 52,2% e 50,0%. Estes valores são mais elevados do que aqueles relatados em crianças hemofílicas no Norte da Irlanda (0,0% e 15,1 respectivamente)¹⁷ e mais baixos que o estudo egípcio (77,42% e 100%)²⁴ e o polonês (68,90% e 82,90%).¹⁸ O componente obturado representou 44,8% do CPO-D e 34,50% do ceo-d. Estas porcentagens são mais altas do que o grupo de hemofílicos do Egito (9,70% e 0,00% respectivamente).²⁴ Essas diferenças refletem a tendência mais elevada para o tratamento e interesse sobre medidas preventivas e instrução aos pacientes hemofílicos e seus responsáveis em países mais desenvolvidos.²⁴

A população avaliada apresenta baixa prevalência de cárie. Tal fato pode ser atribuído a escovações diárias com dentrífico fluoretado em 87,50% das crianças hemofílicas, promovendo uma adequação do meio bucal, com controle da flora bacteriana.

Um estudo realizado para verificar o *status* da saúde oral de indivíduos hemofílicos comparados com estudantes saudáveis mostrou uma prevalência mais elevada de dentes cariados, perdidos e obturados na população que sofre de hemofilia severa A e B. Isto talvez seja explicado com base nas práticas de higiene oral insatisfatória realizada pelo grupo doente,²⁵ pelo fato dos mesmos restringirem o uso da escova ou não realizarem a higiene adequada para evitar sangramento gengival.²⁴ Em pacientes hemofílicos, a higiene oral é essencial para impedir a doença gengival e periodontal.¹⁶

No atendimento odontológico da criança hemofílica é desejável evitar a necessidade de extrações dentais que possam resultar em uma complicação hemorrágica ou na necessidade de cuidados médicos.¹⁷ No entanto, cuidados dentais regulares, incluindo exames periódicos, orientações sobre higiene bucal e dieta, minimizam a necessidade de extrações e restaurações dentais extensas.⁴ A prevenção nesse grupo de pacientes pode reduzir significativamente a necessidade de tratamento conservador e eliminar a necessidade de extração dental.¹⁸

Conclusões

a) A prevalência de cárie no grupo pesquisado foi baixa;

b) Observou-se que a frequência de ingestão de carboidratos foi maior nas crianças com maior número de dentes cariados;

c) Verificou-se uma relação significativa entre o número de dentes cariados e o grau de instrução da mãe ou responsáveis;

d) Observou-se um menor número de dentes cariados nas crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal e dieta;

e) Observou-se que a maioria do grupo pesquisado faz uso da pasta fluoretada todos os dias;

Abstract

The present study aimed at verifying tooth decay and some associated factors in hemophilic children of both genders with ages from 3 to 12 years old, treated in the Center of Hemoterapia of Pernambuco (Hemope) in 2005 and 2006. The data were collected from an intentional sample composed of 40 children. Data collection was achieved in two phases: clinical and non-clinical. In the clinical phase, an intrabuccal clinical examination was performed by a specialist. While in the non-clinical phase, the guardians of the children were requested to complete a questionnaire with objective and subjective questions on behavioral and social factors. To determine tooth decay, the ceo-d and CPO-D indexes were adopted as recommended by the World Health Organization. Analysis of the data showed the ceo-d index was 2.00 and the CPO-D index was 0.67. Additionally, in respect to the education of the guardians, the ceo-d index was 1.51 and 2.50 for children of parents with incomplete and complete primary school education, respectively. Similarly, the CPO-D was 0.78 and 0.59 for participants whose parents had incomplete and complete primary school education, respectively. It was possible to conclude that tooth decay in this group was low and there was a significant association between tooth decay and socioeconomic development indicators. In respect to the education of guardians, less tooth decay was observed in children whose mothers received guidance on oral hygiene and diet. Rev. bras. hematol. hemoter. 2008;30(2):114-119.

Key words: Caries; hemophilia; oral health; children.

Referências Bibliográficas

- Blanchette VS, Sparling C, Turner C. Inherited bleeding disorders. *Baillieres Clin Haematol.* 1991;4(2):291-32.
- White GC 2nd, Rosendaal F, Aledort LM, Lusher JM, Rothschild C, Ingerslev J; Factor VIII and Factor IX Subcommittee. Definitions in hemophilia. Recommendation of the scientific subcommittee on factor VIII and factor IX of the scientific and standardization committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. *Thromb Haemost.* 2001;85(3):560.
- Dugdale M, Smith RM. The patient with bleeding problems. *Dent Clin North Am.* 1983;27(2):271-88.
- Evans BE, Aledort LM. Hemophilia and dental treatment. *J Am Dent Assoc.* 1978;96(5):827-34.
- Lewis B. Dental care for the hemophilic. *J Am Dent Assoc.* 1973; 87(7):1411-5.
- O'Neil DW, Lowe JW, Mariscal R. Dentistry and the hemophilic: a review of current literature, part II. *Compendium Cont Dent Educ.* 1989;10(3):156-9.
- Orchen JJ. The hemophilic – a review of the literature and dental treatment recommendations. *J Ky Dent Assoc.* 1979;31(3):24-8.
- Shapiro AD, Mckown CG. Oral management of patients with bleeding disorders. Part 1: Medical considerations. *J Indiana Dent Assoc.* 1991;70(1):28-31.
- Vermylen J, Verstraete M. Hemostasia. Trad. Dalton Fisher Charmone. São Paulo, 1982; p.67-89.
- Keyles PH. Medidas presentes y futuras para controlar a carie dentaria. Washington: OPAS; 1972.
- Bowen WH, Tabak LA. Cariologia para a década de 90. São Paulo: Editora Santos; 1995.

12. Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG, organizador. Saúde Bucal Coletiva. 4ª Ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 341-51.
13. Thylstrup A, Fejerskov O. Cariologia Clínica. 2ª Ed. São Paulo: Editora Santos; 1995.
14. Busato ALS *et al*. Materiais para a proteção do complexo dentino-pulpar. In: Estrela C, Figueiredo JPA. Endodontia-princípios biológicos e mecânicos. São Paulo: Artes Médicas, p.52-102.
15. Harrington B. Primary dental care of patients with haemophilia. Treatment of Hemophilia Monograph Series. Montreal, Canada: World Federation of Hemophilia. 2004;3:1-8.
16. Scully C, Dios PD, Giagrande P, Lee C. Oral care for people with hemophilia or a hereditary bleeding tendency. Treatment of Hemophilia Monograph Series. Montreal, Canada: World Federation of Hemophilia. 2002;27:1-11.
17. Boyd D, Kinirons M. Dental caries experience of children with haemophilia in Northern Ireland. Int J Paediatr Dent. 1997;7(3): 149-53.
18. Mielnik-Blaszczak M. Evaluation of dentition status and oral hygiene in Polish children and adolescents with congenital haemorrhagic diatheses. Int J Paediatr Dent. 1999;9(2):99-103.
19. Sonbol H, Pelargidou M, Lucas VS, *et al*. Dental health indices and caries-related microflora in children with severe haemophilia. Haemophilia. 2001;7(5):468-74.
20. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th Ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
21. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. A efetividade do dentifrício fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. Rev Saúde Pública. 2002;36:598-06.
22. Rodrigues CRMD, Fernandes FRC, Guedes-Pinto AC. Cárie dentária. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos; 2003. p. 291-322.
23. Cury JA. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri LN, Monteiro S, Andrada MAC, Vieira LCC, Ritter AV, Cardoso AC. Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos; 2001. p. 33-68.
24. Kabil N, El Alfy M, Metwalli N. Evaluation of the oral health situation of a group of Egyptian haemophilic children and their re-evaluation following an oral hygiene and diet education programme. Haemophilia. 2007;13(3):287-92.
25. Azhar S, Yazdanie N, Muhammad N. Periodontal status and IOTN interventions among young hemophiliacs. Haemophilia. 2006; 12(4):401-04.

Avaliação: Editor e dois revisores externos

Conflito de interesse: não declarado

Recebido: 19/03/2007

Aceito após modificações: 08/10/2007