

# Perfil epidemiológico dos portadores de hemofilia do hemocentro da Paraíba

Epidemiological Profile of Patients with Hemophilia in a Blood Center of Paraíba

Emerson T. SOUSA<sup>1</sup>; Heloisa H. VELOSO<sup>2</sup>; Nilda A. SILVA<sup>3</sup>; Jaiza S. M. ARAÚJO<sup>3</sup>

1 - Cirurgião-Dentista graduado pela UFPB;

2 - Professora doutora adjunta do Departamento de Odontologia Restauradora (DOR), do curso de graduação em Odontologia da UFPB;

3 - Acadêmica do curso de Odontologia da UFPB.

## RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes hemofílicos cadastrados no Hemocentro de João Pessoa-PB, com idade superior a 12 anos de idade. Para tanto, foi realizado uma pesquisa documental, transversal, nos prontuários desses pacientes. A amostra correspondeu a 172 e 147 prontuários médicos e odontológicos respectivamente. Os dados foram analisados estatisticamente através do programa SPSS para Windows versão 19.0. A partir dos resultados obtidos, observou-se que o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes que foram atendidos, se caracterizaram pela maior prevalência de Hemofilia do tipo A, com ênfase no tipo moderado, acometendo predominantemente jovens, pardos, do sexo masculino, moradores de regiões não litorâneas. Foram observados distúrbios articulares variados, e a necessidade de reposição de fator em vários níveis e procedimentos. Na clínica odontológica, constatou-se a prevalência de

procedimentos como: profilaxia e ATF, e restauração definitiva; seguidos de restauração provisória, exodontia, raspagem supra-gengival, capeamento e raspagem subgengival. Nos prontuários desses pacientes atendidos no setor odontológico (n = 146), 84 necessitaram repor fator por algum motivo, estando as exodontias nessa liderança. Quanto ao tempo decorrido desde último atendimento, ficou claro que a maioria dos pacientes não foram ao dentista nos últimos dois anos. Conclui-se então que a necessidade de conscientizar os pacientes portadores de hemofilia sobre a importância de revisões periódicas, para evitar procedimentos mais invasivos, tornando-se imprescindíveis iniciativas no campo da prevenção e orientação em saúde bucal, enfatizando comportamentos voltados para auto-exame, controle de lesões cáries e gengivoperiodontais, assim como manutenção de próteses.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hemostasia. Hemofilia. Epidemiologia. Estomatologia.

## INTRODUÇÃO

O trauma tecidual é o grande responsável pelo rompimento da integridade vascular, seja por causa acidental ou provocada<sup>1</sup>. Nesse sentido, a hemostasia, na dependência de três complexos processos, tem a finalidade de manter a fluidez necessária do sangue e garantir a integridade vascular e tissular, através da interação entre proteínas, células e íons no local lesionado<sup>2-5</sup>. Deficiências em algumas fases desses processos podem determinar alterações na resposta individual à lesão vascular<sup>6</sup>.

As coagulopatias hereditárias, nessa perspectiva, são doenças hemorrágicas resultantes de deficiência quanti ou qualitativa de uma ou mais proteínas plasmáticas<sup>7,8</sup>. Clinicamente, a hemofilia e a doença de von Willebrand são as coagulopatias mais comuns, e apesar de produzirem padrões similares de sangramento, ocorrem graças a defeitos bioquímicos e genéticos diferentes<sup>9,10</sup>. Essas alterações são expressas com herança genética, quadro clínico e laboratorial variável<sup>11</sup>.

A hemofilia tende a acontecer numa frequência estimada de aproximadamente um em cada 10 000 nascimentos, logicamente em países em que as ferramentas de diagnóstico estão prontamente disponíveis<sup>11,12</sup>. Em termos gerais, essa doença acomete aproximadamente 400 000 portadores no mundo<sup>12</sup>, sendo a hemofilia A (80-85%) mais comum que a hemofilia B<sup>11</sup>.

Etiologicamente, as hemofilias podem ser classificadas de acordo com as deficiências de fator. Quando o defeito se localizar no mecanismo de produção do fator VIII chamar-se-á hemofilia A (hemofilia clássica)<sup>8,9</sup>; se do fator IX, hemofilia B (doença de Christmas)<sup>9</sup>.

A manifestação clínica da doença vai ficar na dependência do padrão de gravidade. Na forma grave observam-se sangramentos espontâneos ou desencadeados por pequenos traumas, sendo esta manifestação dolorosa, incapacitante e deformante. Na moderada, os sangramentos ocorrem geralmente associados a pequenos traumas, porém com uma menor frequência. Já na hemofilia leve, não há sangramentos espontâneos, neste tipo hemorragias só ocorrem quando houver trauma intenso, cirurgia, biópsia; sendo muitas vezes reconhecida apenas no adulto em casos de cirurgia ou extração dentária<sup>10,12,13</sup>.

No sistema estomagnático, esses distúrbios podem causar distúrbios que vão desde disfunções temporomandibulares (DTM) até o aumento do índice de cárie e doença periodontal; associado também a hemorragias bucais devido à natureza ricamente vascularizada da cavidade oral<sup>14-19,10</sup>. Nesse contexto, é de extrema importância que cirurgião dentista fique atento à necessidade de confirmar ou excluir uma diátese hemorrágica sistêmica, para o correto diagnóstico de pacientes com diagnóstico presuntivo e manejo dos pacientes já diagnosticados,

visando melhoria dos padrões de saúde, da qualidade de vida desses pacientes como também impedindo ou minimizando o risco de vida dos mesmos e as implicações legais.

Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo apresentar o perfil clínico dos pacientes hemofílicos atendidos no Hemocentro de João Pessoa-PB, gerando, a partir de um maior conhecimento a conscientização sobre as necessidades clínicas dos mesmos, para que tomadas de decisões sejam realizadas, dentre essas, a inclusão do Cirurgião-Dentista no contexto de atendimento clínico, na educação, orientação, tratamento, manutenção e prevenção de complicações e agravos da saúde bucal.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

A pesquisa foi realizada no Hemocentro PB durante o mês de Janeiro de 2013. Nesse período, foi realizada uma pesquisa documental, através dos prontuários médicos e odontológicos. Foram realizadas, anotações em planilhas referentes à identificação pessoal, situação sócio-demográfica, diagnóstico clínico, tipo sanguíneo, reposição de fatores, complicações da doença, dose domiciliar, tratamentos odontológicos realizados, presença de reposição de fator em procedimentos odontológicos, motivo da reposição em caso de tratamento dentário, tempo desde o último atendimento odontológico.

O universo correspondeu aos prontuários dos pacientes hemofílicos cadastrados no Hemocentro de João Pessoa-PB. Fazendo parte do critério de inclusão apenas os prontuários de pacientes com idade superior a 12 anos (nascidos após o ano de 2000) com diagnóstico de hemofilia, totalizando um número de 172 pacientes cadastrados pelo prontuário médico e 146 cadastrados pelo prontuário odontológico.

Todas essas informações foram coletadas com o auxílio de instrumentos confeccionados exclusivamente para essa pesquisa e de acordo com o tipo de prontuário avaliado. Na coleta, foram utilizados alguns códigos para facilitar a identificação e tabulação das variáveis. A aquisição de cada um dos dados levou em consideração a classificação existente no próprio sistema, não sendo necessária a atribuição de critérios de identificação. Foram contabilizados todos os procedimentos odontológicos realizados, mesmo aqueles que eram realizados repetidas vezes no mesmo elemento, para o caso dos procedimentos preventivos, restauradores e periodontais.

Pelas informações obtidas por meio dos prontuários médicos e odontológicos, foi realizada uma análise estatística descritiva quantitativa, utilizando gráficos descritivos, tabelas de frequência e tabelas cruzadas, com o objetivo de verificar aspectos relevantes à pesquisa. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19, para a entrada de dados e posterior análise, nesta, a distribuição de probabilidades foi, em sua maioria, não paramétrica; por este motivo, foi utilizado para a análise dos desfechos, um teste não paramétrico de amostras independentes, o teste de Qui-Quadrado de independência.

Este trabalho foi submetido e aprovado ao comitê de ética, através da plataforma Brasil do Cumprindo a Resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos no Brasil, (Processo CEP/CCS nº. 669.955).

**RESULTADOS**

Na área de abrangência estudada, o perfil clínico dos indivíduos analisados caracterizou-se pela maior prevalência de Hemofilia A (70%) em relação à Hemofilia B e C que não superam 11% e a doença de von Willebrand que representa 17% conforme exposto na Tabela 1.

**Tabela 1** - Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Pacientes Hemofílicos do Hemocentro de João Pessoa-PB

Gênero	N	%
Masculino	148	86,05%
Feminino	24	13,95%
Idade(anos)		
12-20 Anos	48	28,07%
21-30 Anos	46	26,90%
31-40 Anos	37	21,64%
41-50 Anos	23	13,45%
51 OU +	17	9,94%
Raça		
Branco	29	17%
Não Branco	91	53%
Não Informado	52	30%
Cidade Sede		
João Pessoa	57	33%
Outros Municípios	89	52%
Não Informado	26	15%
Tipo de Coagulopatia		
Hemofilia A Grave	30	19,35%
Hemofilia A Moderada	40	25,81%
Hemofilia A leve	38	24,52%
Hemofilia B Grave	6	3,87%
Hemofilia B Moderada	4	2,58%
Hemofilia B Leve	7	4,52%
Hemofilia C	1	0,65%
Von Willebrand	29	18,71%
Número de Articulações Acometidas		
1 Articulação	17	9,88%
2 Articulação	16	9,30%
3 ou + Articulações	26	15,12%
Não Informado	69	40,12%
Nenhuma	44	25,58%

De acordo com o grau de gravidade, observam-se três níveis distintos: grave, moderado e leve. Na hemofilia A existe a pre-

dominância do nível moderado o mesmo não ocorre na Hemofilia B, na qual é caracterizada com maior ênfase no nível leve (Tabela 1).

Ao analisarmos a variável sexo, verifica-se que a maioria dos pacientes (86%) eram do sexo masculino enquanto 14% do sexo feminino (Tabela 1). A idade dos pacientes variou entre 13 a 75 anos com mediana de 28 anos e desvio padrão de 13,65 anos. A idade média dos pacientes cadastrados como hemofílicos foi de 31,09 o que é maior que a mediana indicando assimetria positiva desta distribuição (Gráfico 1).

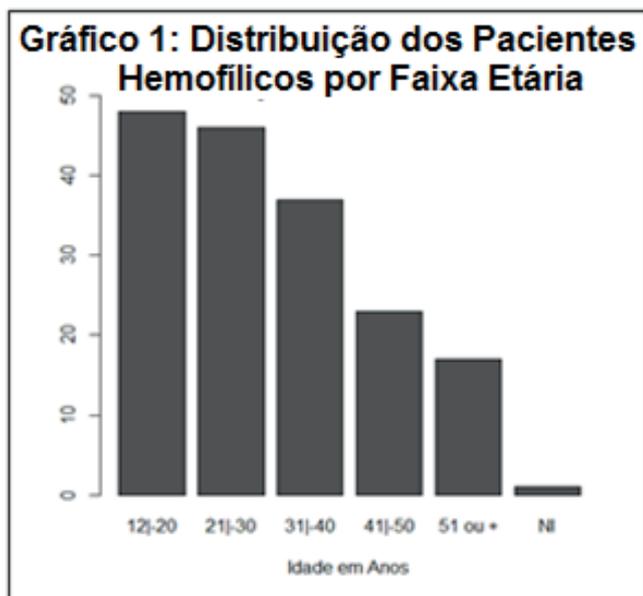


Gráfico 1 - Distribuição dos Pacientes Hemofílicos por Faixa Etária.

Para verificar a existência de relação entre gênero-idade dos pacientes (Tabela 2), utilizou-se o teste Qui-Quadrado. Através da significância do teste observa-se que o p-valor obtido foi menor que o alfa adotado ( $\alpha=0,05$ ), logo se rejeita a hipótese  $H_0$  de que não há relação entre a doença e a idade dos pacientes. Portanto verifica-se que há relação significativa entre gênero e idade, sendo o perfil observado de indivíduos jovens e do sexo masculino.

Tabela 2 - Relação Gênero/Idade.

	Idade					
Sexo	12 -20	21 -30	31 -40	41 -50	51 - +	Total
Feminino	2	8	9	1	4	24
Masculino	46	38	28	22	13	147
Total	48	46	37	23	17	171

Dos 172 prontuários, uma frequência considerável de indivíduos não brancos foi encontrada, valor de significância mesmo na ausência de informação documentada em 30% dos casos. O tipo sanguíneo foi um critério analisado, porém devido à ausência desses dados nos prontuários cerca de (30%) ficaram com

esse item prejudicado, no entanto, os prontuários dos pacientes caracterizados apontam para uma tendência aos grupos A e O; e sistema Rh+, não sendo também essa uma análise convencional em artigos, essa constatação deve ser um pouco mais explorada (Gráfico 3).

Gráfico 2: Caracterização da Tipologia Sanguínea no Hemofílico Atendido no Hemocentro da Paraíba

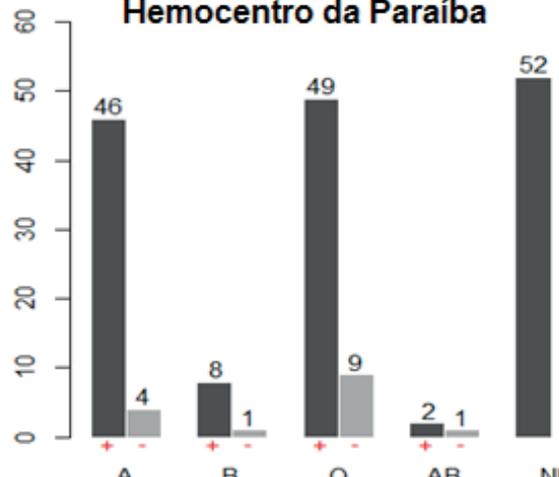


Gráfico 2 - Caracterização da Tipologia Sanguínea no Hemofílico Atendido no Hemocentro da Paraíba.

Gráfico 3: Avaliação da Frequência de Intercorrência Articular

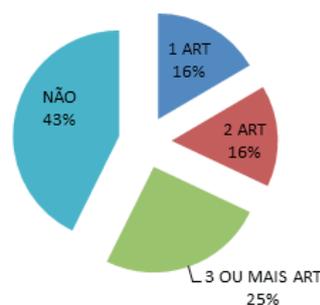


Gráfico 3 - Avaliação da Frequência de Intercorrência Articular.

Dos prontuários analisados 57 casos se referiam a pacientes que moram na cidade sede do Hemocentro- João Pessoa; 86 casos originavam-se de outros municípios da Paraíba; e 26 casos não puderam ser avaliados devido a prejuízo documental do critério (Tabela 1).

No que diz respeito à presença de interferência articular (Tabela 1) observou-se que 40% dos pacientes não tiveram esse item analisado devido à ausência de dados. No entanto constatou-se descritivamente que dos pacientes restantes (103), 43% não apresentava interferência articular, 25% apresentavam em 3 ou mais articulações, e 16% apresentavam em 1 e 2 articulações, esses dados são melhor expressos no gráfico 4.

Quando da utilização do fator, do fator (Gráfico 5) foi observado que 21% do total não teve como ser analisado, porém hou-

**Gráfico 4: Motivo da Dispensação do Fator**

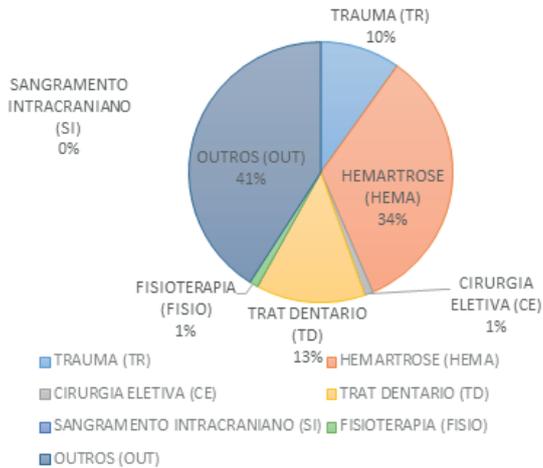


Gráfico 4 - Motivo da Dispensação do Fator.

**Gráfico 5: Número de Procedimentos Odontológicos Documentados**

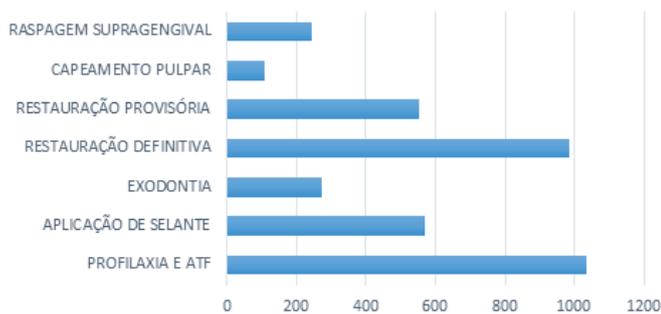


Gráfico 5 - Número de Procedimentos Odontológicos Documentados.

**Gráfico 6: Motivo da Reposição de Fator no Serviço Odontológico do Hemocentro da Paraíba**

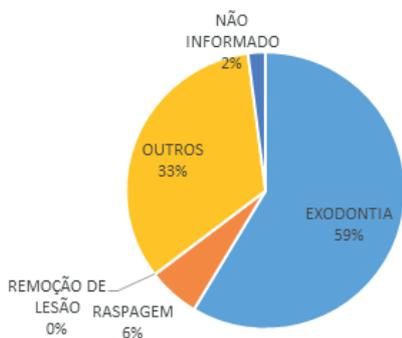


Gráfico 6 - Motivo da Dispensação de Fator no Serviço Odontológico do Hemocentro da Paraíba.

ve um padrão estabelecido. 32% dos casos de utilizar o fator ,não tinha um motivo específico , sendo classificado como “outros”; 26% fez o tratamento devido hemartrose, 11% e 8% o fizeram devido a tratamento odontológico e trauma, respectivamente.

No Gráfico 6 pode-se observar em dados absolutos que dos

procedimentos odontológicos realizados no serviço, há uma maior prevalência de profilaxia e ATF, e restauração definitiva; seguidos de restauração provisória, exodontia, raspagem supragengival, capeamento e raspagem subgengival.

Constatou-se ainda que dos pacientes atendidos no setor odontológico (146), 84 necessitaram repor fator por algum motivo (Gráfico 7). Nos casos em que foi necessária a reposição de fator durante tratamento odontológico a maior parte (59%) foi por exodontias (Gráfico 8).

O tempo desde ultimo atendimento também foi avaliado, e nesse quesito constatou-se que maioria dos pacientes não estavam sob atendimento periódico, ou seja, não receberam tratamentos no período de até 2 anos (Gráfico 9).

**Gráfico 7: Tempo Decorrido desde o Último Atendimento Clínico no Serviço de Odontologia do Hemocentro da Paraíba**

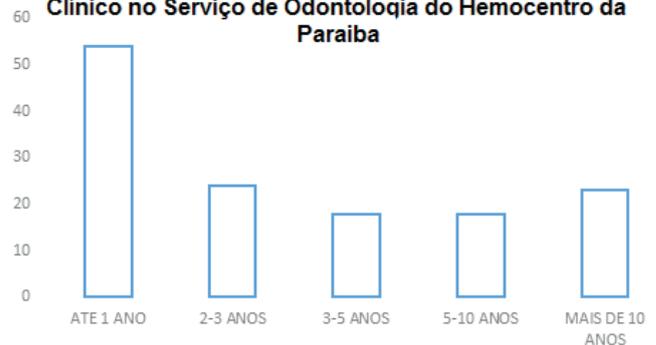


Gráfico 7 - Tempo Decorrido desde o último Atendimento Clínico no Serviço de Odontologia do Hemocentro da Paraíba.

**DISCUSSÃO**

As hemofilias são doenças hemorrágicas de origem adquirida ou hereditária. A forma adquirida é mais rara, e caracteriza-se pela produção de anticorpos contra os fatores de coagulação, podendo estar associada a doenças ou ser de origem idiopática<sup>20,11</sup>. Já a congênita é uma doença genética recessiva ligada ao sexo, resultante de mutações nos genes que codificam os fatores de coagulação<sup>10</sup>.

Quando congênita é transmitida através do braço longo do cromossomo X, que carrega os genes responsáveis pela codificação dos fatores VIII e IX. Devido à recessividade do cromossomo X, elas são bastante incomuns em mulheres, sendo mais expressa em homens<sup>10,21,22</sup>. Nesse estudo, a hemofilia seguiu um padrão de prevalência voltado para os indivíduos do sexo masculino, estando de acordo com a literatura no que se refere o caráter hereditário da doença.

A gravidade da doença, avaliada laboratorialmente através de dosagem de fatores, é um método bastante eficaz de diagnóstico, e é através desse diagnóstico que se planeja o tratamento integrado dos pacientes acometidos por tal coagulopatias<sup>10</sup>. O padrão de gravidade mais prevalente encontrada foi de leve a moderada para hemofilia A e leve para hemofilia B, dados que não corroboram com os estudos de Brasil<sup>23</sup> (2012) que mostrou um tendência para a forma grave, na hemofilia A; e com o estudo Wisniewski e Kluthcovsky<sup>24</sup> (2008) no qual a forma grave prevaleceu, para a hemofilia B.

A idade média dos pacientes diagnosticados foi de 31,09 o que é maior que a mediana indicando assimetria positiva desta distribuição, estando o perfil dos pacientes mais inclinado para idades mais jovens, com maior prevalência nas idades de 12-20 e 21-30 anos. Em

Brasil<sup>23</sup> (2012) e Wisniewski e Kluthcovsky<sup>24</sup> (2008) esse padrão foi similar estando nesse caso à idade de 20-29 anos, e 11-30 em alta. No estudo de Carapeba<sup>25</sup> (2006) a idade mais frequente foi de 5-14, seguidos de 15-24 e 25-34. Esses dados são de extrema importância quando se leva em consideração o planejamento de atividades que possam ser desenvolvidas no âmbito da educação em saúde.

Carapeba<sup>25</sup> (2006) em sua pesquisa epidemiológica realizada com indivíduos hemofílicos do Estado de Mato Grosso observou que a maior parte dos indivíduos era branca, em contraste com o presente estudo. O padrão de raça pode ser explicado pela prevalência de raça por estado, na Paraíba segundo dados do IBGE<sup>26</sup> (2009) 58,4% dos paraibanos são pardos, seguidos 36,4 brancos e 4,9 negros, não sendo, portanto, conclusiva a relação existente entre raça e doença.

Quando ao município de origem constatou-se que maior parte pertencia a municípios distantes da cidade sede, o que pode dificultar um tratamento de emergência no caso de sangramentos. Indivíduos que residem próximo a um centro especializado podem ser atendidos, em caso de emergência, sem perda de tempo o que pode evitar danos, diminuir riscos e qualificar a assistência desses pacientes.

O nível de complexidade das complicações associadas à hemofilia pode variar bastante a depender da gravidade e da intensidade do estímulo. Hemorragias provenientes de vários pontos da cavidade bucal são bastante comuns na hemofilia<sup>27</sup>, assim como as hemartroses<sup>12,8</sup>.

Dentre as complicações das coagulopatias a hemartrose é a mais frequente<sup>8</sup>, neste estudo constatou-se uma tendência para a ocorrência de interferência articular, no entanto, devem ser levados em consideração que existem dados não informados no estudo, e que é provável os casos de subnotificação. Entretanto, esses dados estão de acordo com os do trabalho de Wisniewski e Kluthcovsky<sup>24</sup> (2008) e de Srivastava *et al.*<sup>10</sup>, (2013).

A cavidade oral por ser uma região ricamente vascularizada, dentro dessa perspectiva, faz com que seja imperativa a necessidade de uma satisfatória condição de saúde bucal nos indivíduos portadores de coagulopatias, que sofrem com um considerável aumento nos índices bucais, explicado pela negligência da higienização bucal por medo de sangrar durante procedimentos de rotina como a escovação dental e o uso do fio dental<sup>7,19</sup>. Dessa forma, torna-se claro que os pacientes afetados pelas desordens hemorrágicas requerem uma atenção especial, no entanto, dada a relativa raridade dessas doenças, a maioria dos dentistas não têm experiência em lidar com problemas dentários<sup>17</sup>.

Durante o planejamento de um procedimento odontológico, é imperiosa uma avaliação médica e odontológica adequada, especialmente no caso de procedimentos mais invasivos<sup>11</sup>. Os tratamentos odontológicos que mais determinaram as reposições de fator foram exodontia, seguidos de outros motivos, dentre os quais fizeram parte abscessos, hemorragia durante erupção dentária, trauma, anestesia por bloqueio; esses foram achados abordados nos estudos de Gupta *et al.*<sup>19</sup> (2007) e Marques *et al.*<sup>7</sup> (2010). Os casos de raspagem foram pouco significativos no estudo, não estando de acordo com a literatura no que diz respeito a doença periodontal<sup>17,28</sup>. Nesses casos de terapêutica periodontal segundo a WHF<sup>29</sup> (2006) a sondagem periodontal, raspagem e polimento supragengival, podem ser feitas, normalmente, sem o risco de hemorragia significativa.

Dos tratamentos odontológicos realizados observou-se que a

profilaxia e ATF, e restauração definitiva foram mais prevalentes; seguidos de restauração provisória, exodontia, raspagem supragengival, capeamento e raspagem subgengival. Os cuidados na área da dentística e cariologia demonstram a necessidade de tratamento preventivo e reabilitador minimamente invasivos, sendo inconclusivo se a frequência desses tratamentos restauradores estão relacionados com a ineficiência da escovação como propõe Gupta *et al.*<sup>19</sup> (2007) e Harrington<sup>15</sup> (2011).

As complicações associadas ao tratamento pulpar e exodontias são frequentemente resultado da progressão da doença carie ou traumas, no estudo observou-se que esses tratamentos apesar de serem menos frequentes na rotina do consultório do hemocentro, são bastante relevantes do ponto de vista clínico, dentre as especialidades odontológicas, foi atribuído que a cirurgia com certeza é a que tem maiores problemas quando no tratamento de um paciente com coagulopatias<sup>10,15,19</sup>. Os dados referentes a procedimentos e complicações cirúrgicas podem também ter sofrido com subnotificação já que exodontias classificadas do serviço como de alta complexidade eram encaminhadas a centros de especialidades odontológicas (CEO).

Um achado bastante interessante na análise foi que boa parte da amostra não compareciam a no mínimo dois anos, havendo casos em que a última visita teria acontecido a mais de 10 anos. Isso levanta duas hipóteses quanto a ocorrência desses fatos: os pacientes não estão utilizando serviço odontológico ou estão sendo atendidos em outros centros de atendimento. Como é frequentemente relatado na literatura o medo do dentista e a negligência da sua saúde bucal nesses pacientes, é mais provável a primeira premissa, porém esse é um dados que deve ser melhor avaliado na fase clínica do trabalho.

Ao longo desse trabalho foram frequentes as dificuldades encontradas no que diz respeito ao número limitado de dados e a qualidade dos mesmos, havendo critérios com prejuízo amostral, no entanto esses achados ganharam maior relevância quando respaldados pela verossimilhança com a literatura.

Entretanto no que diz respeito à proposta do trabalho, este estudo conseguiu atingir seu objetivo, que era discutir e melhorar o entendimento no que diz respeito a hemofilia no estado da Paraíba. Dessa forma, almeja-se um melhor planejamento de ações em saúde bucal, através da realização de campanhas e programas de educação continuada mais embasada na realidade local; contribuindo assim para uma maior efetividade no diagnóstico e tratamento desses pacientes minimizando riscos para o paciente e profissional com também problemas legais.

## CONCLUSÃO

Ressalta-se a necessidade de conscientizar os pacientes portadores de desordens hemorrágicas sobre a importância saúde bucal no contexto clínico das coagulopatias.

São imprescindíveis iniciativas no campo da prevenção e orientação em saúde bucal, enfatizando comportamentos voltados para revisões periódicas, auto-exame, controle de lesões cariosas e gengivoparodontais, assim como manutenção de próteses dentárias com intuito de se evitar procedimentos mais invasivos.

A necessidade de se delinear programas específicos com a presença do cirurgião-dentista fazendo parte da equipe multiprofissional, como também a distribuição do fator em todos os centros hospitalares.

## REFERÊNCIAS

01. Douglas, C.R. Tratado de fisiologia aplicada às ciências médicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 6.ed. 2006. 1230-35.
02. Carlos MML, Freitas PDFS. Study of blood coagulation cascade and the reference values. *Acta Veterinaria Brasílica*. 2007; 1 (2): 49-55.
03. Ommen CHV, Peters M. The bleeding child. Part I: primary hemostatic disorders. *Eur J Pediatr*. 2012; 171: 1-10.
04. Kriz N, Christine S, Rinder CS, Rinder HM. Physiology of Hemostasis: With Relevance to Current and Future Laboratory Testing. *Clin Lab Med*. 2009; 29: 159-74.
05. Baker DC, Brassard J. Review of Continuing Education Course on Hemostasis. *Toxicologic Pathology*. 2011; 39: 281-288.
06. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Elsevier. 12.ed. 2011. 475-84.
07. Marques RVCF, Conde DM, Lopes FF, Alves CMC. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand. *Arquivos em Odontologia*. 2010; 46 (3): 176-80.
08. Rezende SM. Distúrbios da hemostasia: doenças hemorrágicas. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20 (4): 534-53.
09. Mazzoni A. Conduta odontológica para atendimento de pacientes hemofílicos. *J APCD*. [Periódico na Internet]. Disponível em: <http://www.apcd.org.br>. Acesso em 03 abr 2013.
10. Srivastava A, Brewer AK, Mauser-Bunschoten EP, Key NS, Kitchen S, Llinas A et al. WFH GUIDELINES: Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia*. 2013; 19: 1-47.
11. World Federation of Hemophilia (WFH). Report on the Annual Global Survey 2011. Canadá. 2011. Disponível em: <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1488.pdf>. [Acesso em 29 mar 2013].
12. Ross J. Perspectivas de las portadoras de hemophilia. Montreal: Federación Mundial de Hemofilia, 2004. Tratamento de La hemofilia, n.8. In: Manso VMC. Hemofilia: Avaliação a partir de dados do centro dos hemofílicos do estado de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São José dos Campos: Programa de pós-graduação em Engenharia Biomédica. Universidade Vale do Paraíba; 2007. 13-63.
13. Manso VMC. Hemofilia: Avaliação a partir de dados do centro dos hemofílicos do estado de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São José dos Campos: Programa de pós-graduação em Engenharia Biomédica. Universidade Vale do Paraíba; 2007. 13-63.
14. Harrington B. Primary dental care of patients with haemophilia. Treatment of Hemophilia Monograph Series. Montreal, Canada: World Federation of Hemophilia. 2004. 1-7.
15. Harrington, B. Primary Dental Care Of Patients With Haemophilia. *Haemophilia*. 2000; 6 (suppl.1): 7-12.
16. Albayrak H, Ak G, Alpkilic E, Pynar A, Sepet E. Evaluation of oral and dental health in children with haemophilia. *Haemophilia*. 2006; 12 (suppl. 2): 34-36.
17. Ziebolz D, Stuhmer C, Hornecker E, Zapf A, Mausberg RF, Chenot JF. Oral health in adult patients with congenital coagulation disorders – a case control study. *Haemophilia*. 2011; 17 (3): 527-531.
18. Azhar S, Yazdanie N, Muhammad N. Periodontal status and IOTN interventions among young hemophiliacs. *Haemophilia*. 2006; 12: 401-4.
19. Gupta A, Epstein JB, Cabay RJ. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. *J Am Dent Assoc*. 2007; 73:77-83.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos: Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias. Série A. Brasília: Coordenação Geral de Documentação e Informação; 2008. 36.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos: Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias. Série A. Brasília: Coordenação Geral de Documentação e Informação; 2006.
22. Israels MD, Schwetz N, Boyar R, McNicol A. Bleeding Disorders: Characterization, Dental Considerations and Management. *JCDA*. 2006; 72 (9): 827a-1.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Estatística e Informação em Saúde: Perfil das coagulopatias hereditárias no Brasil: 2009-2010. Série G. Brasília: Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados; 2012. 134.
24. Wisniewski D, Kluthcovsky ACGC. O Perfil dos Pacientes Portadores de Coagulopatias de uma Região do Sul do Brasil. *Cogitare Enferm*. 2008; 13 (2): 212-19.
25. Carapeba RAC. Características epidemiológicas dos portadores de hemofilia no Estado de Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Mato Grosso; 2006. 1-67.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos Indicadores Sociais 2010: Tabela 8.1 - População total e respectiva distribuição percentual, por cor ou raça, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas; 2009. p. 232-33.
27. Goldman L, Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 23.ed. Saunders: Elsevier; 2009. p. 1253-55.
28. Sonbol, H Pelargidou M, Lucas VS, Gelbier MJ, Mason C, Roberts GJ. Dental health indices and caries-related microflora in children with severe haemophilia. *Haemophilia*. 2001; 7 (5): 468-74.
29. WORLD FEDERATION OF HEMOPHILIA (WFH). Guidelines For Dental Treatment Of Patients With Inherited Bleeding Disorders. Canadá, December 2006. Disponível em: <http://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1190.pdf>. [Acesso em 29 mar 2013].

## ABSTRACT

This paper aims to outline the epidemiological profile of hemophiliacs treated at the Blood Center of João Pessoa-PB. The work was conducted documentary research, transversal, individuals hemophiliacs documented on site. The sample corresponded to 172 and 147 patients registered in the medical and dental, respectively, all over the age of 12 years. Data were statistically analyzed using SPSS for Windows version 19.0. From this, it was observed that the socio-demographic and clinical profile of subjects studied were characterized by a higher prevalence of

hemophilia A, with an emphasis on moderate type, predominantly affecting young individuals, brown, male, non-residents of coastal regions. The sample show complication articular involvement varied, and require factor replacement at various levels and procedures. In the dental clinic, found the prevalence of procedures such as prophylactic and ATF, and final restoration, followed by provisional restoration, extraction, scraping supragingival, subgingival scaling and capping. Among those patients treated at the dental sector (n = 146), 84 requiring reset factor for some reason, with this leadership extractions. As the

time elapsed since the last visit, it was clear that most patients do not attend the dentist in the past two years. It was concluded that the need to educate patients about the importance of hemophilia periodic review to avoid more invasive procedures, making it essential initiatives in prevention and guidance on

oral health behaviors aimed at emphasizing self-examination, control carious lesions and gengivoperiodontais, as well as maintenance of prostheses.

**KEYWORDS:** Hemostasis. Hemophilia. Epidemiology. Oral Medicine.

---

**AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:**

Emerson Tavares de Sousa

Endereço: Rua Des. Aurélio M de Albuquerque,

230, Bloco C, Apartamento 201.

Bairro: Jardim Cidade Universitária \ João Pessoa-PB

CEP: 58052-160

Telefone: (83) 9633-7949

E-mail: etsemerson@yahoo.com.br