

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO CLÍNICO ÀS CRIANÇAS PORTADORAS DE ANEMIA FALCIFORME PELOS ODONTOPEDIATRAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – RJ

Evaluation of the clinical care of children with sickle cell anemia by pediatric dentists from Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Thereza Christina Lopes Coutinho

Doutora em Odontopediatria – FOB/USP
Pós-Doutoranda em Biologia Oral – FOB/USP
Professora Adjunta IV de Odontopediatria da FO/UFF
Instituição – Universidade Federal Fluminense

Correspondência

Thereza Christina Lopes Coutinho
Av. Portugal, 520/104
Rio de Janeiro / RJ - CEP: 22291-050
E-mail: chris_coutinho@terra.com.br

Artigo original desenvolvido na Disciplina de Odontopediatria da FO/UFF.

Recebido em 07/02/2010
Aceito em 22/10/2010

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar, através de questionários, o atendimento clínico às crianças portadoras de anemia falciforme pelos odontopediatras do município do Rio de Janeiro – RJ. Foram distribuídos 300 questionários para odontopediatras escolhidos aleatoriamente dentre os especialistas inscritos no CRO – RJ. Destes, somente 48 questionários foram devolvidos, sendo então, os dados obtidos analisados estatisticamente de forma descritiva. Dos 48 profissionais respondentes, apenas 18 (37,5%) receberam informações em seus cursos de pós-graduação sobre anemia falciforme; somente 4 (8,33%) já atenderam pacientes com esta discrasia sanguínea em seus consultórios, mas cerca de 42 (87,5%) atenderiam se tivessem oportunidade. Os 6 (12,5%) odontopediatras que não atenderiam, não o fariam por falta de conhecimento e encaminhariam os pacientes para hospitais universitários, faculdades de Odontologia e para o HEMORIO.

Palavras-chave: Odontopediatria – Anemia Falciforme – Hemoglobina Falciforme

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate, by means of a questionnaire, the clinical care of children with sickle cell anemia by pediatric dentists from Rio de Janeiro, RJ, Brazil. It was sent 300 questionnaires to pediatric dentists selected by random among specialists registered at CRO – RJ. Only 48 questionnaires returned, and data obtained were statistically analyzed by descriptive method. From 48 professionals who answered the questions, only 18 (37,5%) received information about sickle cell anemia in their post graduation courses; only 4 (8,33%) had already treated patients with this disease in their dental offices, but 42 (87,5%) would treat them if they had a chance. The six (12,5%) pediatric dentists that would not treat these patients, the reason presented was lack of knowledge on the subject and they would refer the patients to university hospitals, dental schools and HEMORIO.

Keywords: Pediatric Dentistry – Sickle Cell Anemia – Sickle Hemoglobine

Introdução

A anemia falciforme é uma doença genética autosômica, recessiva e hemolítica que afeta, principalmente, os afrodescendentes e indivíduos do Mediterrâneo, do Oriente Médio e da Índia (MAGAYAR, 2000). É reconhecida como o mal genético mais comum no Brasil,

sendo chamada de “doença molecular” e considerada um problema de saúde pública (PIRATININGA, 2000). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, a cada ano nascem no Brasil cerca de 2.500 crianças portadoras de Doença Falciforme. Vinte por cento delas não vão atingir cinco anos de idade, por complicações diretamente relacionadas à anemia falciforme (ANVI-

SA, 2001) e, segundo o censo de 2000 do IBGE, cerca de 6 a 10% da população de afrodescendentes do Brasil são portadoras do gene *HbS*, o que equivale a mais de 2.000.000 de pessoas portadoras. Em 2001, calculava-se a existência de 8.000 pessoas afetadas com a forma homozigótica (*HbSS*) da doença (IBGE, 2002).

A anemia falciforme caracteriza-se por uma alteração na molécula de hemoglobina, sendo resultado da herança de ambos os pais de um gene defeituoso que irá levar à formação de moléculas de hemoglobina anormais. Essa molécula de hemoglobina anormal é decorrente de uma mutação no ácido desoxirribonucléico (DNA), caracterizada pela substituição de adenina por timina (GAG à GTG), codificando valina em vez de ácido glutâmico, na posição 6 da cadeia de β -hemoglobina, com produção de hemoglobina *S* (*HbS*). Esta pequena modificação estrutural é responsável por profundas alterações nas propriedades físico-químicas da molécula de hemoglobina em estado desoxigenado. Estas alterações culminam com um evento conhecido como *falcização*, que é a mudança da forma normal da hemácia para a forma de foice, o que provoca alterações na forma dos glóbulos vermelhos e da membrana eritrocitária (ANVISA, 2001), principalmente, em situações de baixa tensão de oxigênio causadas por infecção, trauma, desidratação, baixas temperaturas, hipoventilação, altitudes elevadas, vôos não pressurizados e estresse emocional (EID, 2000).

As hemácias falciformes possuem dificuldade de circular pelos pequenos vasos sanguíneos do sistema capilar, havendo uma redução na quantidade de oxigênio transportado, além disso, o formato de foice das hemácias aumenta a capacidade de adesão destas células ao endotélio vascular. A deposição de grande número de hemácias alteradas na superfície endotelial reduz a luz dos capilares, provocando estase. Esta vasocclusão acaba por lesar diversos órgãos e tecidos, causando complicações neurológicas devido a isquemias e infartos, assim como hipertensão pulmonar entre outras complicações sistêmicas como o acidente vascular cerebral, muitas vezes, fatal (KATO et al, 2009; KIRK et al, 2009).

Embora a anemia falciforme possa ser diagnosticada já no sexto mês de gestação, as manifestações clínicas aparecem usualmente do nascimento ao sexto mês de vida, quando a hemoglobina do adulto passa a substituir a hemoglobina fetal, podendo ser desencadeada por exposição ao frio, esforços físicos e infecções, entre outros fatores (EID, 2000).

O fator ambiental relacionado à distribuição do gene para anemia falciforme é a presença do *Plasmo-*

dium falciparum, parasita da malária. É amplamente aceito que o gene para anemia falciforme confira relativa proteção contra o parasita causador da malária durante uma fase crítica da infância, entre a perda da imunidade adquirida passivamente da mãe e o desenvolvimento da própria imunidade. Durante este período da infância, crianças com o traço da anemia falciforme correm menos risco de contraírem malária (AIDOO et al, 2002).

A prevenção nestes pacientes é fundamental. O ideal é que os recém-nascidos, em especial os afrodescendentes sejam submetidos a exames para detectar o gene alterado, como a eletroforese de hemoglobina. Uma amostra de sangue é coletada e as hemácias são expostas a um agente desoxigenante como o metabissulfato de sódio. A falcização das hemácias irá ocorrer se o paciente tiver a doença (ANVISA, 2001).

Frequentemente, a primeira manifestação clínica da presença da anemia falciforme é a Síndrome mão-pé, que consiste de uma inflamação aguda dos tecidos que revestem os ossos dos tornozelos, punhos, mãos e pés, provocando edema simétrico nesta região. A região pode ficar avermelhada e quente. A dor é muito intensa e a criança fica extremamente irritada e inquieta, chorosa e com dificuldade de mobilidade nas regiões acometidas. Ocorre no primeiro ano de vida, principalmente após o quarto mês, podendo estar associado à febre alta. Esta síndrome é um sinal de alerta para o profissional de saúde desconfiar de anemia falciforme (ANVISA, 2001).

A oclusão dos vasos sanguíneos é responsável pela maioria das manifestações clínicas da anemia falciforme, que podem envolver vários órgãos e sistemas do corpo humano e são frequentemente caracterizadas por dor severa de três a dez dias de duração, acompanhada por febre e leucocitose, assim como por sinais de disfunção do órgão acometido. A dor envolve articulações, o peito e o abdômen e pode ser tão severa que necessitará de internação e cirurgia de emergência. Normalmente, analgésicos narcóticos são administrados para controlar a dor (NEVILLE et al, 2009).

Complicações envolvendo os sistemas cardiopulmonar, renal, nervoso central, oftálmico e ósseo, são resultados de micro-infartos subseqüentes. Problemas cardíacos é consequência da anemia profunda, que conduz a uma hipertrofia do coração, cardiomegalia e, eventualmente, a uma falha congestiva deste órgão. A síndrome de dor aguda no peito consiste em dor, febre, tosse e infiltração pulmonar. Infarto da medula renal pode levar a uma perda da capacidade de concentração do rim e hipoestenúria torna-se um problema comum (SAMS, THORTON, AMAMOO, 1990).

Oclusões recorrentes das arteríolas e capilares da retina podem comprometer a visão e até mesmo causar cegueira (CULLEN, 1982).

As alterações mais significativas encontradas no esqueleto estão relacionadas à hiperplasia da medula óssea, que causa absorção, osteoporose e enfraquecimento. Pode também ser observada alteração na forma do trabeculado ósseo. A hiperplasia eritroblástica nos ossos longos causa hipertrofia medular, expandindo o trabeculado da diáfise e afinando as corticais. Necrose asséptica dos ossos longos também tem sido relatada, assim como retardo no padrão de crescimento na puberdade (RHODES et al, 2009).

Outro sintoma bastante presente é o aumento do fígado e do baço causado pela concentração massiva de sangue nestes órgãos, promovendo aumento da bilirrubina não conjugada, levando à ocorrência de icterícia e esclerótica icterícia nestes pacientes (YATES et al, 2009).

Com relação à cavidade bucal, as manifestações clínicas e radiográficas mais comumente encontradas são: hipoplasia de esmalte e dentina, linhas incrementais acentuadas e dentina interglobular, presença de calcificações pulpares e necrose pulpar devido a trombose dos vasos, hiperementose, palidez de mucosa, retardo na erupção em ambas as dentições, parestesia do nervo alveolar inferior e do lábio inferior, dor mandibular severa, maloclusões (overbite e overjet), aumento da radiolucidez devido à diminuição das trabéculas ósseas, espessamento da lâmina dura e perda da altura do osso alveolar, borda inferior da mandíbula mais fina e osteomielites devido a infecções por *Salmonella sp* (BISHOP, BRIGGS, KELLEHE, 1995; TAYLOR et al, 1995; DUGGAL et al, 1996; KELLEHER, BISHOP, BRIGGS, 1996, FRANCO et al, 2007).

A anemia falciforme pode matar por derrame, falência de órgãos, sequ estro de sangue no baço e outras complicações. Apesar da expectativa de vida destes pacientes ser relativamente curta, em média menos de quarenta anos, graças ao diagnóstico precoce e à administração de medidas preventivas, principalmente, no combate às infecções, as condições de vida destes pacientes têm melhorado sensivelmente. O paciente deve ser submetido a um tratamento de suporte, incluindo fluidos, repouso e terapia analgésica adequada, normalmente, preparações à base de narcóticos. A terapia profilática contínua com penicilina é indicada, além disso, vacinação pneumocócica polivalente deve ser realizada, especialmente, nas crianças com disfunção hepática (BEHRMAN, KLIEGMAN, JENSON, 2007).

O papel do odontopediatra deve ser entendido como sendo de promotor de saúde, sendo ele responsável pela saúde oral e sistêmica de seus pacientes. Nenhum tratamento deve ser realizado durante uma crise, exceto em casos

de emergência, onde o médico que acompanha o paciente deve ser contatado imediatamente (DUGGAL et al, 1996).

A primeira avaliação deve incluir uma boa anamnese e exame clínico apurado. Em casos de infecções mais severas, profilaxia antibiótica pode ser necessária. Para tratamentos de rotina, o protocolo básico é evitar consultas de longa duração e que sejam, de preferência, na parte da manhã. O uso de ansiolíticos pode ser indicado para reduzir o estresse do paciente. A anestesia local é o método preferido para tratar destes pacientes, sendo indicada a lidocaína a 2% com vasoconstrictor como o anestésico de escolha, apesar do uso de vasoconstrictor nestes pacientes ainda ser controverso. O controle da dor deve ser feito com acetaminofen ou codeína, devendo ser evitados os salicilatos por induzirem à acidose e inibição da agregação plaquetária, podendo resultar em hemorragia (TAYLOR et al, 1995).

Cirurgias eletivas, como remoção de dentes inclusos assintomáticos devem ser evitadas. Tratamento ortodôntico é estritamente eletivo e cirurgias ortognáticas raramente são preconizadas, devido aos riscos da anestesia geral (VENROOY, PROFFIT, 1985).

Incorporação de medidas profiláticas como aplicação de fluoretos nas diferentes formas e visitas de rotina devem ser adotadas para acompanhamento e prevenção de infecções nestes pacientes, assim como radiografias panorâmicas devem ser feitas em intervalos não muito longos para observação de necroses pulpares assintomáticas causadas por vasoclusão (CULLEN, 1982).

O papel do odontopediatra e de todo dentista é proporcionar e manter uma excelente saúde oral do paciente, reduzindo a possibilidade de infecções. A partir dos conhecimentos adquiridos, o profissional deve conduzir um tratamento específico às condições do paciente falcêmico, evitando assim, complicações orais em decorrência do desconhecimento dessa patologia (FRANCO et al., 2007).

Assim sendo, este trabalho teve como objetivo avaliar, através da análise de questionários distribuídos a uma amostra aleatória de odontopediatras do município do Rio de Janeiro, se os mesmos receberam orientações específicas sobre a anemia falciforme em seus cursos de Pós-Graduação, as manifestações clínicas e os cuidados a serem tomados no atendimento dos pacientes portadores, além de verificar se atendem estes pacientes em seus consultórios e que cuidado tomam no atendimento dos mesmos.

Material e Métodos

Amostra

A amostra desta pesquisa constituiu-se de 300 especialistas em Odontopediatria cadastrados no Conselho

Regional de Odontologia (CRO) do município do Rio de Janeiro – RJ, escolhidos aleatoriamente por sorteio, a partir de uma listagem fornecida pelo CRO – RJ, com os nomes e endereços dos mesmos.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva (levantamento), buscando estabelecer relações entre as variáveis, a partir do estudo das atitudes dos pesquisados.

Coleta de dados

Foi utilizada técnica padronizada de coleta de dados, através de um questionário (Fig. 1) contendo perguntas abertas e fechadas, distribuído pessoalmente ou através do correio com envelope pré-selado para devolução, aos profissionais selecionados. Junto ao questionário foi anexado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que o profissional deveria assinar consentindo a publicação de suas respostas, sendo também informados que os mesmos não seriam identificados na pesquisa, mantendo o sigilo das informações conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde para Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Após uma semana, foi realizada a coleta dos questionários respondidos.

QUESTIONÁRIO	
1 - Ano do término da sua pós-graduação? _____	
2 - No seu curso de pós-graduação você recebeu alguma orientação específica sobre o atendimento aos pacientes portadores de anemia falciforme (AF)? Quais? _____	
3 - Você já atendeu pacientes com AF em seu consultório? () Sim () Não	
4 - Caso sua resposta anterior tenha sido afirmativa, qual foi a sua conduta de atendimento? _____	
5 - Você atenderia pacientes com AF em seu consultório? () Sim () Não	
6 - Que conduta você seguiria? _____	
7 - Caso as respostas das perguntas 3 e 5 tenham sido negativas, explique qual o motivo que o levaria a não atender estes pacientes. _____	
8 - Encaminharia este paciente para alguma instituição? Qual? _____	
9 - Você entra em contato com o médico deste paciente antes de iniciar o tratamento? () Sim () Não	
10 - Que papel você acha que o odontopediatra tem na qualidade de vida deste paciente? _____	
11 - Assinale dentre as opções abaixo as manifestações bucais e alterações de desenvolvimento associadas à AF. Marque quantas achar corretas:	
() Irrupção precoce dos dentes	() Necrose pulpar assintomática
() Irrupção tardia dos dentes	() Palidez de mucosa gengival
() Hipoplasia de esmalte	() Parestesia de nervos
() Anodontia ou oligodontia	() Osteomielites
() Trabeculado ósseo pouco denso	() Sangramento gengival
() Trabeculado ósseo muito denso	() Espessamento de lâmina dura

Figura 1. Questionário enviado aos participantes da pesquisa **Pré-teste**

Com a finalidade de avaliar o questionário para a sua validação como instrumento para o levantamento foi realizado um pré-teste. Onze alunas do curso de Especialização em Odontopediatria da UFF foram selecionadas para res-

ponderem o questionário. Após análise dos mesmos, algumas avaliações puderam ser feitas como o tempo estimado para o seu preenchimento (cerca de 5 a 10 minutos) e as dificuldades no preenchimento e compreensão das questões.

Análise estatística

Os dados coletados foram processados e analisados estatisticamente de forma descritiva.

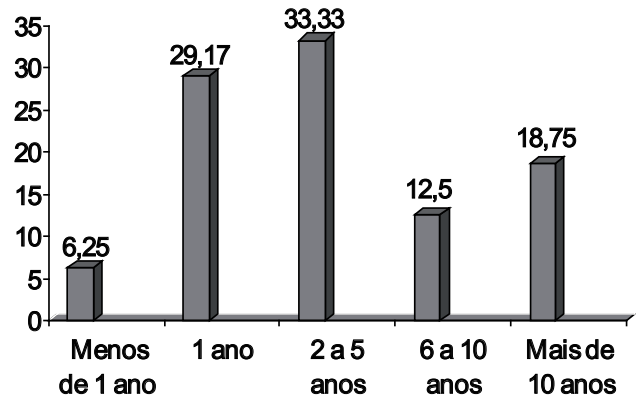


Figura 2. Gráfico demonstrativo da porcentagem de odontopediatras em relação ao tempo decorrido desde o término da Pós-Graduação.

Resultados

Dos 300 questionários distribuídos, 48 (16%) foram devolvidos respondidos. A fig. 2 mostra a porcentagem de odontopediatras da amostra em relação ao tempo decorrido desde o término do curso de Pós-Graduação. A maior parte da amostra (33,33%) é constituída por odontopediatras formados entre 2 e 5 anos.

Dos 18 (37,5%) odontopediatras que responderam de forma afirmativa à pergunta nº 2 do questionário, se tinham recebido orientação específica sobre anemia falciforme nos seus cursos de pós-graduação, o maior número de profissionais (44,44%) que responderam afirmativamente era especialista há um ano. No entanto, a grande maioria da amostra, 62,5% (N=30) relatou não ter recebido qualquer orientação sobre esta patologia em seus cursos.

Com relação à pergunta nº 3, se os odontopediatras já atenderam pacientes com anemia falciforme em seus consultórios, quatro (8,33%) responderam afirmativamente e relataram como conduta de atendimento (pergunta nº 4), que entraram em contato com o médico do paciente, requisitaram hemograma completo, fizeram profilaxia antibiótica, porém nenhum relatou ter feito protocolo de controle da ansiedade. Destes, a maioria (75%) tinha entre 6 e 10 anos ou mais de 10 anos decorridos desde o término do curso. Por outro lado, 91,67% (N=44) não tiveram contato com este tipo de paciente em seus consultórios.

Quanto às respostas às perguntas nº 5 e 6, se o profissional atenderia pacientes com a doença em seu consultório e que conduta seguiria, apenas 6 (12,5%) responderam que não atenderiam estes pacientes. Dos 42 (87,5%) que responderam afirmativamente, as condutas relatadas estão dispostas na Tabela 1. Os seis profissionais que responderam que não atenderiam, consideraram a falta de conhecimento da doença como o principal motivo pelo qual não o fariam e encaminhariam estes pacientes para o Centro de Hematologia do Rio de Janeiro (HEMORIO), faculdades de Odontologia e hospitais universitários. Para a pergunta nº 9, 46 (95,83%) responderam que entrariam em contato com o médico que acompanha o paciente e apenas dois (4,17%) responderam que não contactariam o médico antes de iniciar o tratamento odontológico do paciente.

Em relação ao papel que o odontopediatra tem na qualidade de vida destes pacientes (pergunta nº 10), a grande maioria da amostra, ou seja, 91,67% (N=44) responderam que o papel é de prevenir infecções na cavidade oral e manter o estado de saúde e apenas quatro (8,33%) não souberam responder à pergunta.

O gráfico da fig. 3 mostra as manifestações bucais e alterações de desenvolvimento associadas à anemia falciforme que obtiveram o maior número de respostas corretas pelos odontopediatras (pergunta nº 11).

Discussão

Sendo a anemia falciforme uma doença grave, de evolução crônica e ainda sem cura, que não poupa órgãos, podendo surgir complicações em qualquer parte do organismo, apresentando elevada incidência no Brasil (ANVISA, 2001), esta patologia foi escolhida como exemplo para tentar-se analisar se as doenças sistêmicas têm feito parte dos programas dos cursos de pós-graduação, assim como em que condições pacientes infantis portadores de anemia falciforme têm sido atendidos por odontopediatras em seus consultórios.

O número pequeno de questionários analisados deu-se devido à grande dificuldade encontrada para obterem-se os questionários respondidos e devolvidos. Apesar dos mesmos terem sido enviados pelo correio junto com um envelope pré-selado para que o profissional não tivesse nenhum gasto, infelizmente, poucos aceitaram respondê-lo, talvez por desinteresse ou por receio de não saberem responder sobre um assunto que não conheciam profundamente. Portanto, os resultados obtidos na presente pesquisa devem ser avaliados com cautela.

Observou-se que, uma porcentagem pequena de profissionais (37,5%) recebeu orientações específicas sobre anemia falciforme nos cursos de pós-graduação, assim como também um número pequeno de odontopediatras já atenderam pacientes portadores desta discrasia, apenas 8,33%. Este número talvez se deva ao fato de que os pacientes afetados acabam por procurar atendimento em hospitais e faculdades de Odontologia, por acreditarem receber mais atenção quanto à sua patologia. Com base na literatura consultada, pode-se afirmar que tais pacientes teriam retorno mais positivo se fossem atendidos fora destes ambientes tão depressivos como hospitais, uma vez que os longos períodos de espera acabam por causar na criança momentos de grande apreensão, fato que pode desencadear crises da doença nestes pacientes causadas pelo excesso de ansiedade e nervosismo (TAYLOR et al, 1995; FRANCO et al, 2007).

Oitenta e sete e meio por cento dos profissionais avaliados atenderiam pacientes com anemia falciforme em seus consultórios e 95,83% entrariam em contato com o médico do paciente para receber informações e não trocar informações como deveria ser, se já conhecessem a doença. Também se pode constatar que, os poucos que responderam de acordo com o protocolo sugerido (14,30%) (Tabela 1), já tinham recebido orientações nos seus cursos de pós-graduação e/ou já haviam atendido pacientes com esta patologia em seus consultórios.

Distribuição percentual dos odontopediatras que atenderiam pacientes com anemia falciforme (N=42) e as respectivas condutas relatadas

% de odontopediatras	Condutas relatadas
40,47%	Entrariam em contato com o médico
16,67%	Consultariam a literatura
14,30%	Seguiriam o protocolo recomendado (contato com o médico, anamnese, hemograma completo, controle da ansiedade, atendimento de curta duração pela manhã, uso de antibiótico profilático, Rx)
9,52%	Consultariam o médico e a literatura
7,14%	Entrariam em contato com o médico e fariam antibioticoterapia profilática
4,76%	Fariam apenas antibioticoterapia profilática
2,38%	Entrariam em contato com o médico, fariam antibioticoterapia profilática e pediriam exames de sangue
2,38%	Entrariam em contato com o médico e pediriam exames de sangue
2,38%	Só pediriam exames de sangue

Os que não atenderiam estes pacientes (12,5%), não o fariam devido à falta de conhecimentos sobre a doença, o que é uma atitude bastante racional. Estes profissionais responderam que encaminhariam os pacientes para instituições especializadas.

O contato com o médico antes de iniciar o tratamento também foi questionado e, apenas 4,17% não entrariam em contato, mostrando que o bom senso ainda prevalece, já que esta conduta é de suma importância para o bom andamento do tratamento.

Infelizmente, alguns profissionais (8,33%) desconhecem o seu papel na vida destes pacientes. Partindo-se do pressuposto que como profissional de saúde, em primeiro lugar, deve-se primar pelo bem estar dos pacientes, e como profissionais de Odontologia, o dever é prevenir qualquer tipo de infecção e lutar para que a saúde prevaleça.

A última pergunta do questionário diz respeito às manifestações bucais comumente encontradas nestes pacientes. O item de maior acerto foi palidez da mucosa gengival, provavelmente, por ser um sintoma comum entre todos os tipos de anemia. Irrupção tardia e hipoplasia de esmalte também obtiveram um número razoável de acertos, o que pode ser explicado devido à maior facilidade de diagnóstico. Em contrapartida, os demais itens por necessitarem de exames complementares para seu diagnóstico conclusivo tiveram um número bem reduzido de acerto por parte da amostra (Fig. 3).

Foi encontrada certa dificuldade para adequar este trabalho à realidade do país, já que poucas pesquisas foram publicadas sobre anemia falciforme no Brasil (EID, 2000; PI-RATININGA, 2000; ANVISA, 2001; FRANCO et al, 2007), além disso, não foi encontrado nenhum trabalho seguindo esta linha de pesquisa, o que não permitiu comparações.

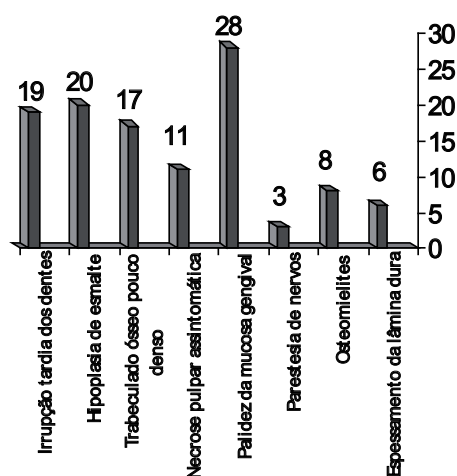


Figura 3. Gráfico demonstrativo do número de respostas corretas relacionadas às manifestações bucais da anemia falciforme assinaladas pelos odontopediatras.

CONCLUSÕES

Após a realização deste estudo e com base nos resultados obtidos, é lícito concluir que:

- Dentre os 48 odontopediatras que participaram da pesquisa, 18 (37,5%) tinham recebido informações específicas sobre anemia falciforme em seus cursos de pós-graduação, sendo que apenas 4 (8,33%) já atenderam pacientes portadores da patologia.
- Quarenta e dois odontopediatras (87,5%) responderam que atenderiam estes pacientes, e os seis profissionais (12,5%) que responderam que não atenderiam, não o fariam por falta de conhecimento e encaminhariam os pacientes para centros especializados.
- A grande maioria dos profissionais que participaram deste estudo (95,83%) respondeu que entrariam em contato com o médico do paciente antes de iniciar o tratamento.
- Quanto à pergunta sobre o papel do odontopediatra na qualidade de vida destes pacientes, apenas 4 (8,33%) não souberam respondê-la.
- Em relação às manifestações bucais comumente associadas à anemia falciforme, as que obtiveram maior número de respostas corretas corresponderam em ordem decrescente à: palidez da mucosa gengival, hipoplasia de esmalte, irrupção tardia, trabeculado ósseo pouco denso, necrose pulpar assintomática, osteomielites, espessamento da lâmina dura e parestesia de nervos.

Agradecimentos

À Dr^a Luciana Magalhães de Moraes pelo auxílio no envio dos questionários e na análise estatística dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magayar LRF. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000. p. 94-95.
2. Piratininga JL. Manifestações bucais das anemias falciformes. 2000. 68 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes. Brasília: Anvisa, 2001. p. 9-10; 15-16.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

5. Eid RMR. Anemia falciforme: algumas implicações odontológicas. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 2000; 54(4): 312-313.
6. Kato GJ, Hebbel RP, Steinberg MH, Gladwin MT. Vasculopathy in sickle cell disease: biology, pathophysiology, genetics, translational medicine, and new research directions. *Amer J Hematol* 2009; 84(9): 618-625.
7. Kirk GR, Haynes MR, Palasis S, Brown C, Burns TG, McCormick M et al. Regionally specific cortical thinning in children with sickle cell disease. *Cerebral Cortex* 2009; 19: 1549-1556.
8. Aidoo M, Terlouw DJ, Kolczak M, McElroy PD, ter Kuile FO, Kariuki S et al. Protective effects of the sickle cell gene against malaria morbidity and mortality. *Lancet* 2002; 359: 1311-1312.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992 p.
10. Sams DR, Thornton JB, Amamoo PA. Managing the dental patient with sickle cell anemia: a review of the literature. *Pediatr Dent* 1990; 12(5): 316-320.
11. Cullen CL. Sickle cell anemia: dental management of the child patient. *J Michigan Dent Assoc* 1982; 64(2): 77-78.
12. Rhodes M, Akohoue SA, Shankar SM, Fleming I, An AQ, Yu C et al. Growth patterns in children with sickle cell anemia during puberty. *Pediatr Blood Cancer* 2009; 53: 635-641.
13. Yates AM, Hankins JS, Mortier NA, Aygun B, Ware RE. Simultaneous acute splenic sequestration and transient aplastic crisis in children with sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer* 2009; 53:479-481.
14. Bishop K, Briggs P, Kelleher M. Sickle cell disease: a diagnostic dilemma. *Int Endod J* 1995; 28: 297-302.
15. Taylor LB, Nowak AJ, Giller RH, Casamassimo PS. Sickle cell anemia: a review of the dental concerns and a retrospective study of dental and bony changes. *Spec Care Dent* 1995; 15(1): 38-42.
16. Duggal MS, Bedi R, Kinsey SE, Williams SA. The dental management of children with sickle cell disease and beta-thalassaemia: a review. *Int J Paediat Dent* 1996; 6: 227-234.
17. Kelleher M, Bishop K, Briggs P. Oral complications associated with sickle cell anemia: a review and case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82(2): 225-228.
18. Franco BM, Gonçalves JCH, Santos CRR. Manifestações bucais da anemia falciforme e suas implicações no atendimento odontológico. *Arq Odontol* 2007; 43(3): 92-96.
19. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson textbook of pediatrics*. 18ª ed. St. Louis: WB Saunders Co. 2007. 892 p.
20. Venrooy JR, Proffit WR. Orthodontic care for medically compromised patients: possibilities and limitations. *J Amer Dent Assoc* 1985; 111(2): 262-266.