

Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas do Município de Vassouras-RJ Sobre a Endocardite Infeciosa

Larissa Moutinho Vasconcellos

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
Discente do Curso de Odontologia
lamvasconcellos@hotmail.com

Fabrício Le Drapper Vieira

Universidade Severino Sombra, Centro de Ciências da Saúde,
docente Curso de Odontologia
fabricioimplantes@yahoo.com.br

Resumo: *Esse trabalho trata-se de uma pesquisa cujo objetivo foi estabelecer o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Vassouras-RJ sobre a endocardite infecciosa, devido ao grau de severidade da mesma. Através de questionário auto-aplicável, próprio e sem critério de exclusão, foi feita uma entrevista com os cirurgiões-dentistas do município em questão para analisar os seus conhecimentos sobre o tema abordado. Os pacientes mais identificados como de risco para desenvolvimento da endocardite infecciosa foram os portadores de valvas cardíacas protéticas. Em relação aos procedimentos odontológicos que necessitavam de profilaxia antibiótica, os mais citados foram a extração dentária, raspagem e alisamento radicular e reimplantes de dentes avulsionados. A posologia 2g de penicilina 1h antes do procedimento como ideal para a profilaxia da EI foi citada por 72,7% dos participantes. Os dados obtidos na pesquisa ressaltam que apesar do conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Vassouras – RJ sobre a endocardite infecciosa ser satisfatório, ainda há dúvidas quanto às condições cardiológicas e procedimentos odontológicos de risco para seu desenvolvimento, bem quanto ao uso da profilaxia antibiótica.*

Palavras-chave: *Endocardite. Odontologia. Prevenção.*

Knowledge Level of Dentists of the City of Vassouras - RJ on Infective Endocarditis

Abstract: *This work is a research whose purpose was to establish the knowledge of dentists from the public sector in the city of Vassouras-RJ about the infective endocarditis due to the severity of it. Through self-administered questionnaire and no exclusion criteria, was made an appointment with the dentists of the city*

in question to analyze their knowledge about the topic. The patients identified as most at risk for development of infective endocarditis were suffering from heart valves and prosthetic mitral valve prolapse with regurgitation. In relation to dental procedures that required antibiotic prophylaxis, the most frequently cited were tooth extraction, scaling and root planing, replantation of avulsed teeth and root canal treatment limited to conduits. The dosage of penicillin 2g 1 hour before the procedure to be ideal for the prophylaxis of infective endocarditis has been cited by 70% of the participants. The data obtained from the research point out that despite the knowledge of the dentists from the public sector in the city of Vassouras- RJ on infective endocarditis is satisfactory, there are still doubts about cardiac conditions and dental procedures at risk for its development, as well as the use of antibiotic prophylaxis .

Keywords: *Endocarditis. Dentistry. Prevention.*

Introdução

Segundo Araújo e Figueiredo (2002) a endocardite Infeciosa (EI) é uma doença cardíaca grave, que apresenta risco de vida e seu desenvolvimento pode estar relacionado com a presença de bactérias na corrente sanguínea. Essa doença pode ser dividida em aguda e subaguda. Vários procedimentos odontológicos como: extração dentária, raspagem radicular, cirurgias periodontais, apicetomia, instrumentação endodôntica, colocação de banda ortodôntica, podem levar microrganismos presentes na cavidade bucal até a corrente sanguínea podendo ocasionar a EI. Essa bacteremia é potencialmente letal às pessoas com problemas cardíacos. Alguns dos sintomas que podem ajudar no diagnóstico da doença são: abatimento do quadro geral do paciente, artrite, anemia, calafrios noturnos, confusão mental, embolia, febre alta, falta de apetite, perda de peso, petéquias, insuficiência cardíaca, sopro. Alguns exames clínicos e complementares também são de suma importância para que a existência de uma possível EI seja diagnosticada. Entre os exames temos: ecocardiograma, hemocultura, eletrocardiograma, exame cardiológico e cateterismo.

Cavezzi e Zanatto (2003) afirmaram que a EI trata-se de um processo infeccioso que ocorre na superfície do endocárdio envolvendo as valvas cardíacas. Os principais fatores de risco dessa patologia são as lesões no endocárdio provocadas por doenças congênicas ou adquiridas. Além disso, a EI pode ser causada por microorganismos como: bactérias, vírus ou fungos. Sendo as bactérias os seres que mais desencadeiam esse tipo de patologia.

Alguns pacientes estão predispostos a adquirirem doenças cardíacas como a EI, estes são conhecidos como pacientes de risco. Por esse motivo, uma anamnese criteriosa para identificar esses pacientes e o conhecimento sobre a prevenção e os procedimentos odontológicos que podem desencadear uma EI são indispensáveis.

Apesar de não caber ao cirurgião-dentista diagnosticar e muito menos tratar a EI, ele deve saber conduzir uma anamnese criteriosa com pacientes, sendo eles de risco ou não. A comunicação com o médico de pacientes com alto risco em desenvolver a doença também deve ser feita de forma clara e objetiva.

Após a anamnese, caso o paciente seja considerado vulnerável a EI, é papel fundamental do cirurgião-dentista verificar a necessidade de prevenção da doença de acordo com o procedimento ao qual o paciente será submetido. Esta conduta implicará satisfatoriamente ao atendimento clínico, conferindo ao cirurgião-dentista e ao paciente, segurança e confiança no tratamento.

A profilaxia antibiótica e o conhecimento sobre a endocardite infecciosa são de extrema importância para a prevenção e tratamento dessa patologia, uma vez que a mesma é de difícil diagnóstico. Porém, os cirurgiões-dentistas não possuem o hábito de preceder procedimentos, especialmente em pacientes de risco, que podem levar a uma EI - como: a extração dentária, raspagem radicular, instrumentação ortodôntica, entre outros, - fazendo uso de profilaxia antibiótica como forma de prevenção e nos casos em que a doença já é existente, o tratamento muitas vezes é desconhecido.

Desta forma, este trabalho tem por objetivo analisar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Vassouras-RJ sobre alguns aspectos da EI e sua reação com a prática clínica em odontologia.

Revisão de Literatura

Jorge (2002) afirmou que o cirurgião-dentista, higienista bucal, auxiliares e técnicos de laboratório de prótese estão expostos a grande variedade de microrganismos veiculados pelo sangue e pela saliva dos pacientes, podendo adquirir agentes etiológicos de doença infecciosa, mesmo sem apresentar os sintomas clínicos ou mesmo sem desenvolver a doença em questão. O cirurgião-dentista deve obrigatoriamente controlar as infecções dentro do consultório odontológico com o maior rigor, para que o mesmo não venha descobrir, mais tarde, que foi negligente, colocando em risco a sua vida, a de seus pacientes, a de seus auxiliares e a de seus próprios familiares.

Cavezzi e Zanatto (2003) concluíram que a cavidade bucal atua como porta de entrada do corpo humano, sendo fonte potencial de microrganismos e hospedando cerca de mais de 500 espécies componentes do biofilme dentário. Assim as infecções dentárias são de ocorrência comum ao ser humano, consideradas infecções mistas com prevalência dos anaeróbicos. As bacteremias provenientes de focos de infecções bucais e manipulações dentárias, geralmente assumem caráter transitório. Entretanto elas podem trazer conseqüências graves em pacientes considerados de risco para desenvolver endocardite infecciosa.

Basílio (2004) ratificou que o CD tem um papel fundamental na prevenção da EI, que reúne aspectos médicos e odontológicos, seja por métodos que melhorem a saúde bucal (técnicas de escovação, bochechos com soluções antissépticas), seja pela conscientização do paciente sobre a importância da manutenção de uma boa saúde bucal, ou pelo emprego de antibióticos usados preventivamente antes de determinadas intervenções em pacientes considerados de risco. Entretanto, o uso de antibióticos preventivos não garante a não ocorrência da EI. O profissional deve ter em mente que, como em qualquer processo infeccioso, prevenção total é impossível. A EI pode se instalar a despeito da utilização de uma prevenção adequada. Nem sempre é possível prever que o paciente desenvolverá a EI, ou, qual procedimento a desencadeará. Portanto, no manejo de pacientes cardiopatas

o CD precisa saber reconhecer as doenças cardiovasculares e outros fatores de risco a elas associadas, pois, quando diante de uma situação de risco, qualquer intervenção odontológica aumenta a probabilidade de ocorrência de EI.

Branco et al. (2007) constataram que dois fatores devem ser levados em consideração para saber se a profilaxia antibiótica e outros cuidados adicionais são indicados: o grau de risco do paciente para a doença e o tipo de procedimento realizado. Não cabe ao cirurgião-dentista diagnosticar e muito menos tratar as alterações cardiovasculares; no entanto, ele deve saber conduzir a anamnese de pacientes portadores de doença cardiovascular, bem como se comunicar com o cardiologista, para se informar sobre qual o grau de risco do paciente para a EI. A esse respeito, salientaram duas condições que são bem descritas na literatura como sendo de alto risco ao desenvolvimento da doença, ambas de fácil identificação na anamnese: pacientes com história prévia de EI e portadores de prótese valvar cardíaca adicional. Os usuários de drogas ilícitas injetáveis também fazem parte do grupo de pacientes de alto risco para a EI, que nem sempre são reconhecidos na consulta inicial, por omitirem este tipo de informação durante a anamnese. Quanto aos procedimentos odontológicos de risco, com base nas últimas recomendações da *American Heart Association* (AHA), a profilaxia antibiótica é recomendada sempre que houver expectativa de sangramento excessivo.

Segundo Embil e Chan (2008) baseados nas recomendações da *American Heart Association 2007* (AHA7), uma condição dentária e/ou periodontal deficiente está associada à ocorrência diária de bacteremias que poderão ter repercussões sistêmicas como a EI, podendo provocar mais riscos para adquirir a doença do que alguns procedimentos odontológicos. A profilaxia antibiótica antes do procedimento dentário reduz a quantidade de bactérias ativas na circulação sanguínea após o tratamento, mas não impede que a bacteremia ocorra. A AHA deixou de recomendar a profilaxia contra a EI em grande parte dos pacientes, restringindo-a apenas aos pacientes em que a ocorrência da doença provocaria consequências fatais. Sendo assim, as patologias que já não devem ser sujeitas a profilaxia da EI são: prolapso da válvula mitral; febre reumática; doença da valva bicúspide; estenose aórtica calcificada; defeito do septo ventral; defeito do septo atrial; cardiomiopatia hipetrófica. As condições cardíacas em que a profilaxia é aconselhável são: a prótese valvular; EI prévia; cardiopatias congênitas; transplante cardíaco com valvulopatia cardíaca. Em todos os procedimentos dentários que envolvam a manipulação dos tecidos gengivais da região periapical ou a perfuração da mucosa oral, é recomendada a profilaxia antibacteriana. A AHA considera ainda que a manutenção da saúde oral seja mais importante para a prevenção da EI do que a profilaxia antibacteriana.

**Quadro 1. Protocolo Antibacteriano da AHA7
(Administração única 30-60 min antes da intervenção)**

Situação	Agente	Adulto	Criança
Oral	Amoxicilina	2g PO	50 mg/kg PO
Incapazes de administrar via oral	Ampicilina Cefazolina	2g IV/IM 1g IV/IM	50 mg/kg IV/IM 50 mg/kg IV/IM
Alérgicos à Penicilina	Cefalexina* Clindamicina Azitromicina/Claritromicina	2g PO 600mg PO 500mg PO	50 mg/kg PO 20 mg/kg PO 15 mg/kg PO
Alérgicos à Penicilina e Incapazes de tomar via oral	Cefazolina Clindamicina	1g IV/IM 600mg IV/IM	50 mg/kg IV/IM 20 mg/kg IV/IM

* As cefalosporinas não devem ser administradas em pacientes com antecedentes de anafiláxia, angioedema ou urticária às penicilinas ou ampicilinas.

Miyoshi (2008) ratificou que bactérias agressivas, especialmente quando presentes em grande quantidade podem comprometer até mesmo um indivíduo sem alterações cardíacas predisponentes. Pacientes com deficiência de higiene oral, mesmo em ausência de manipulação pelo profissional podem predispor à bacteremia transitória e servir de foco de infecção para endocardite infecciosa.

Teixeira et. al. (2008) afirmaram que o atendimento odontológico do paciente com comprometimento cardiovascular necessita de um correto planejamento dos procedimentos clínicos a serem executados. Com essa finalidade, contatos prévios com o médico do paciente e uma minuciosa anamnese possibilitarão informações cruciais para a determinação dos fatores de risco. Tais fatores influenciarão a escolha pelo atendimento no consultório ou em ambiente hospitalar e a determinação da necessidade de profilaxia antibiótica.

Segundo Godoi et al. (2009) um ponto relevante no que diz respeito à ligação direta da saúde bucal com a saúde geral é a incidência de periodontite, que aumenta significativamente o risco de várias patologias. Na gestante, a presença de periodontite aumenta o risco de o feto nascer com baixo peso. Enquanto em certos pacientes, a bacteremia causada por procedimentos dentais, mesmo a simples escovação dental, pode causar endocardite infecciosa. Pacientes com deficiências físicas e/ou mentais apresentam maior risco de doenças bucais, causado por medicações, dieta e obstáculos físicos, comportamentais e educacionais, que impedem a implementação de um programa eficiente de higiene bucal.

Rocha et al. (2009) ratificaram que em procedimentos dentários, não se recomenda a cobertura profilática para endocardite. Tal recomendação se baseava no receio de que a manipulação dental pudesse causar bacteremia, mas comprovou-se que procedimentos diários, como mastigação e escovação, por romper o fino epitélio mucoso oral, causam esse fenômeno em 20% a 68% das vezes.

De acordo com Cavezzi Jr. (2010) a endocardite infecciosa (EI) é sempre fatal quando não tratada e continua causando substancial morbimortalidade, apesar dos avanços alcançados em seu diagnóstico e tratamento. Essa patologia inicia-se por uma bacteremia e tem relação com diferentes fatores de risco do paciente, podendo apresentar complicações cardíacas, sistêmicas, imunes e vasculares. O primeiro protocolo para prevenção da endocardite, associado ao tratamento odontológico, foi publicado em 1955 pela American Heart Association (AHA), e por mais de meio século se recomenda, para prevenção de endocardite infecciosa, a profilaxia com antibióticos para determinados pacientes que recebem atendimento odontológico.

Paula e Silva et al. (2010) afirmaram que a bacteremia é uma consequência bem conhecida de procedimentos dentais invasivos, estando relacionada à duração, extensão e agressividade da intervenção bem como ao número de microrganismos presentes na região em que o procedimento é realizado. Verificaram estudos que mostraram que bactérias isoladas do sangue de pacientes após tratamento endodôntico em dentes com lesão periapical têm sido relacionadas como originárias do canal radicular. Porém ainda não é possível afirmar que a lesão periapical, como fator isolado, seja capaz de ocasionar distúrbios em outras regiões do organismo.

Segundo Borges (2011), as drogas escolhidas para a profilaxia antes do tratamento odontológico devem ser dirigidas aos microrganismos mais comumente encontrados na cavidade oral, sendo contra-indicada uma administração em períodos prolongados, antes de cirurgias, evitando o aparecimento de resistência dos microrganismos. E deve-se ter em mente que é responsabilidade do cirurgião-dentista o conhecimento das recomendações e limitação do guia AHA (American Heart Association).

De acordo com Nascimento et al. (2011), com base em resultados de pesquisa, a palestra informativa é um importante instrumento para a melhoria do conhecimento sobre o atendimento de pacientes com EI. Dessa forma, estudos com este perfil devem ser realizados com maior frequência, com o intuito de promover uma educação continuada. A universidade como formadora de opinião e com o intuito de influenciar positivamente a assistência à saúde da comunidade deve assumir esse papel tornando os profissionais comprometidos com as reais necessidades da população e, dessa forma, contribuir para a resolução de problemas críticos vivenciados pelos serviços locais de saúde.

Metodologia

O presente trabalho foi enviado ao CEP/USS e aprovado em 19/09/2011 com o nº. 0017/2011-01. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva e quantitativa, com o intuito de estabelecer o conhecimento sobre a endocardite infecciosa e as condutas clínicas sobre a sua prevenção entre cirurgiões-dentistas, bem como a elucidação dos determinantes do mesmo, medindo a prevalência do fato através da técnica documental direta.

O universo de amostra da pesquisa foi composto por 14 cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Vassouras-RJ (n=14), que foram abordados individualmente em seu ambiente de trabalho, independente de idade ou gênero, sem nenhum critério de exclusão. Aqueles que concordaram voluntariamente em participar, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo²) em duas vias, e um questionário (anexo¹)

que foi preenchido pelos mesmos.

O questionário, auto-aplicável, continha perguntas objetivas e subjetivas sobre a definição da endocardite infecciosa, procedimentos odontológicos de risco e o protocolo medicamentoso empregado na sua profilaxia. Foram recolhidas também informações através do questionário proposto sobre a especialidade e o tempo de formação do cirurgião-dentista.

Os dados foram quantificados e tabulados em planilha (Excel 2010) e para análise dos resultados foram utilizadas técnicas quanti-qualitativas. O método qualitativo busca explicar a realidade em termos de conceito, comportamento, percepções e avaliações das pessoas, enquanto o método quantitativo explica os fenômenos de forma objetiva, tendo como base os dados numéricos. A combinação de ambos auxiliará em uma análise mais correta dos resultados da pesquisa.

Resultados

Os cirurgiões-dentistas (CDs) da rede pública do município de Vassouras – RJ foram abordados e mediante as respostas do questionário aplicado foi feita a análise e tabulação dos dados obtidos. Constatou-se que 63,6 % dos CDs definiram a endocardite infecciosa (EI) como sendo uma infecção no coração causada por bactérias, 27,2% como infecção com envolvimento dos músculos do coração e 9% como doença causada por bactérias que atingem o coração através da corrente sanguínea.

Na questão sobre quais os pacientes de risco para desenvolvimento da EI, as mais assinaladas foram: portadores de prótese valvar cardíaca (100%), endocardite infecciosa prévia e marca- passos cardíacos (72,7%) – (Tabela 2). Obtendo-se nessa questão um nível de acerto satisfatório já que a AHA7 considera pacientes portadores de prótese valvar cardíaca e os que apresentaram histórico de endocardite prévia como os pacientes de maior risco para adquirir a EI.

Segundo a AHA7, a posologia indicada para a profilaxia antibiótica da EI é a Penicilina 2g uma hora antes do procedimento. Esse protocolo medicamentoso foi mencionado como sendo de escolha por 81,8% dos cirurgiões dentistas.

Dentre os procedimentos que requerem profilaxia antibiótica os mais assinalados foram: extração dentária (90,0%); raspagem e alisamento radicular (90,9%); reimplantes de dentes avulsionados (81,8%) e injeções anestésicas locais intraligamentares (72,7%). A profilaxia profissional e a cimentação de bandas ortodônticas foram os procedimentos que necessitam de profilaxia menos assinalados, 9% e 36,3%, respectivamente (Tabela 3).

O procedimento dentário que, de acordo com a AHA7, não necessita de profilaxia mais assinalado pelos cirurgiões-dentistas foi: tratamento endodôntico limitado aos condutos (63,6%). A colocação de próteses removíveis ou dispositivos ortodônticos não foi assinalado por nenhum dos CDs entrevistados.

Na figura 1, observa-se que 54,2% dos CDs consultam o médico antes da profilaxia antibiótica para confirmar as informações obtidas através da anamnese com o paciente e 45,8% consultam às vezes, em casos de pacientes descompensados, por exemplo.

De acordo com a frequência ideal de atendimento clínico para pacientes com risco de EI, 18,1% dos CDs assinalaram 1 x 15 dias e 81,8% assinalaram 1 x semana (Figura 2). Considerando-se que o indicado pela AHA7 é que em casos de necessidade de vários procedimentos em pacientes de risco ao desenvolvimento da EI deve-se dar um intervalo mínimo de 10 dias entre uma sessão clínica e outra a fim de evitar a seleção de microrganismos resistentes. A maioria dos CDs entrevistados não assinalou a resposta correta.

Tabela 1. Percentual de respostas dos Cirurgiões Dentistas (CDs) na identificação de condições de risco para desenvolvimento da Endocardite Infeciosa

CDs %	Pacientes de Risco para a Endocardite	Risco
72,7	Endocardite bacteriana prévia	Alto
100	Portadores de prótese valvar cardíaca	Alto
27,2	Febre Reumática Prévia	Baixo
72,7	Prolapso da valva mitral com regurgitação	Alto
54,5	Disfunção valvar reumática	Moderado
36,3	Reparo cirúrgico em defeitos septais	Moderado
27,2	Valva aórtica bicúspide	Baixo
27,2	Febre reumática sem disfunção valvar	Baixo
36,3	Defeito septal ventricular	Baixo
54,5	Desfibriladores implantados	Moderado
72,7	Marca-passos cardíacos	Alto
63,6	Doença isquêmica cardíaca	Moderado
36,3	Infarto agudo do miocárdio	Moderado
18,1	Angina de peito	Baixo
9	Doença cianótica congênita complexa	Baixo
27,2	Coarctação da aorta	Baixo
63,6	Prolapso da valva mitral sem regurgitação	Moderado
27,2	Hipertensão arterial sistêmica	Baixo
28,5	Não Responderam	

Tabela 2. Porcentual de respostas dos Cirurgiões Dentistas (CDs) na identificação de procedimentos odontológicos de risco para desenvolvimento da Endocardite Infeciosa

CDs %	Procedimentos aos quais prescrevem profilaxia	Necessidade de profilaxia
90,9	Extração dentária	Sim
90,9	Raspagem e alisamento radicular	Sim
81,8	Reimplantes de dentes avulsionados	Sim
54,5	Sondagem periodontal	Sim
72,7	Injeções anestésicas locais intraligamentares	Sim
36,3	Cimentação de Bandas ortodônticas	Sim
9	Profilaxia profissional	Sim
63,6	Tratamento endodôntico limitado aos condutos	Não
36,3	Qualquer injeção anestésica local	Não
9	Restauração de dentes cariados	Não
18,1	Colocação de isolamento absoluto	Não
0	Colocação de próteses ou dispositivos ortodônticos	Não

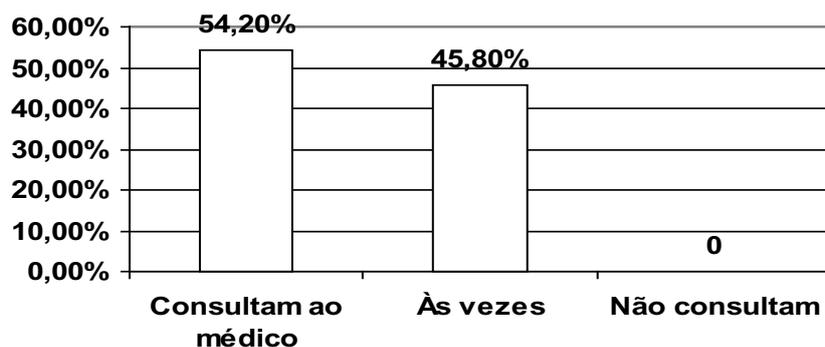


Figura 1. Frequência de consultas ao médico de pacientes de risco para o desenvolvimento da Endocardite Infeciosa previamente à prescrição de profilaxia antibiótica por Cirurgiões-Dentistas (CDs).

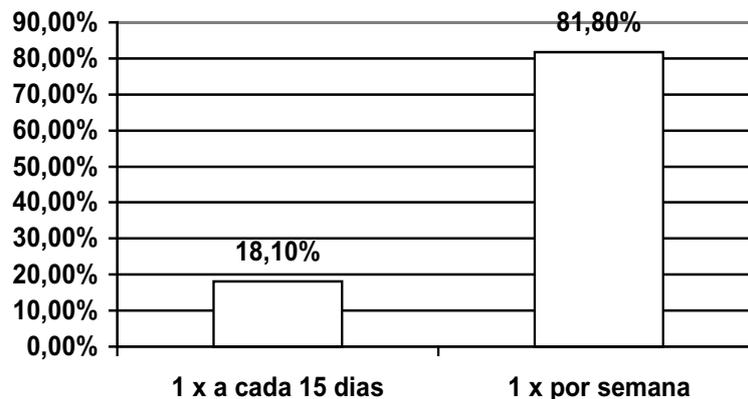


Figura 2. Frequência ideal para o atendimento odontológico de pacientes de risco para a Endocardite Infecçiosa, segundo Cirurgiões-Dentistas (CDs).

Discussão

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave e sempre fatal quando não tratada, causando potencial morbimortalidade apesar dos avanços em seu tratamento e diagnóstico. E a cavidade bucal por ser sítio de diversos tipos de microrganismos, pode causar a EI dependendo das condições bucais e sistêmicas do paciente (Jorge, 2002; Cavezzi e Zanatto, 2003; Cavezzi Jr., 2010).

É de fundamental importância que profissionais da saúde como o Cirurgião-Dentista (CD) tenham conhecimento sobre condutas clínicas para prevenir a EI, como uma profilaxia antibiótica adequada, se for necessária, combinada com a manutenção de uma boa higiene bucal do paciente (Jorge, 2002; Basílio, 2004).

A profilaxia antibiótica antes do procedimento dentário reduz a quantidade de bactérias ativas na circulação sanguínea após o tratamento. Em todos os procedimentos dentários que envolvam a manipulação dos tecidos gengivais da região periapical ou a perfuração da mucosa oral com sangramento excessivo é recomendada a profilaxia antibacteriana, baseando-se nas últimas recomendações da American Heart Association (Branco et al.; Embil e Chan, 2008).

Em contrapartida, há um questionamento sugerindo que em procedimentos dentários não se recomenda a cobertura profilática para a EI, baseando-se na afirmação de que em procedimentos diários, como mastigação e escovação, o fino epitélio mucoso oral pode se romper causando a EI (Rocha et al., 2009). Entretanto, todos os CDs entrevistados afirmaram que utilizam a cobertura profilática em pacientes de risco para EI em determinados procedimentos odontológicos, como: extração dentária (90,9%) ; raspagem e alisamento radicular(90,9%).

Podendo ser consequência de procedimentos dentais invasivos ou procedimentos dentais diários como, escovação e mastigação, a entrada de bactérias na corrente sanguínea relaciona diretamente a saúde bucal com a saúde geral do paciente (Godoi et al., 2009; Paula e Silva et al., 2010).

O grau de risco do paciente em adquirir a EI é um dos principais fatores que devem ser levados em considerações para saber se a profilaxia antibiótica é indicada. Contatos prévios com o médico do paciente e uma minuciosa anamnese possibilitarão informações cruciais para determinar se o paciente é considerado de risco. Os pacientes com endocardite prévia e portadores de prótese valvar cardíaca apresentam maior risco em contrair a doença (Branco et al, 2007; Teixeira, 2008; Embil e Chan, 2008). Dentre os CDs entrevistados, 54,2% relataram que consultam ao médico do paciente de risco para adquirir a EI previamente a profilaxia antibiótica. Consideraram ainda que os pacientes que apresentavam maior risco para adquirir a EI são os que apresentavam histórico de EI prévia (72,7%) e os que possuíam prótese valvar cardíaca (100%).

Pacientes com deficiência de higiene oral podem predispor a bacteremia e servir de foco para a endocardite infecciosa. Portanto, a manutenção oral é um dos fatores mais importantes para prevenir EI (Miyoshi, 2008; Embil e Chan, 2008).

Cabe aos cirurgiões-dentistas obter conhecimento sobre a endocardite infecciosa (EI) e as recomendações e limitações do guia da AHA (American Heart Association). Sendo assim, a universidade, com o intuito de influenciar positivamente a saúde da comunidade, deve assumir o papel de capacitar os mesmos para as práticas odontológicas preventivas necessárias para a EI (Borges, 2011; Nascimento et al.,2011).

Conclusão

Os dados obtidos na pesquisa ressaltam que apesar do conhecimento dos CDs da rede pública do município de Vassouras – RJ sobre a EI ser satisfatório, ainda há dúvidas quanto às condições cardiológicas e procedimentos odontológicos de risco para seu desenvolvimento, bem quanto ao uso da profilaxia antibiótica. Sendo assim, se faz necessária a realização de cursos de atualização sobre as condições de risco para desenvolvimento da EI e sua prevenção durante as práticas odontológicas.

Referências

- Araújo, N. C.; Figueiredo, M. M. (2002). Endocardite bacteriana e Odontologia: um risco ao Cirurgião Dentista. Artigo publicado *Medcenter Brasil: Odontologia* em 26 de Agosto de 2002. Disponível em www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=288.
- Jorge, A. O. C. (2002). Princípios de Biossegurança em Odontologia. *Rev. Biociênc.* v.8; n.1; p. 7-17.
- Cavezzi Jr, O.; Zanatto A. R. L.(2003). Endocardite infecciosa: odontologia baseada em evidências. *Odontologia. Clín. –Científ.* v.2; n. 2; p. 85-94.
- Basílio, R. C. A (2004). Endocardite Infecciosa e a Odontologia. Artigo publicado no *Medcenter Brasil: Odontologia* em 3 de Dezembro de 2004. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=434>
- Branco, F. P.; Volpato, M. C.; Andrade, E. D. (2007). Profilaxia da Endocardite na Clínica Odontológica – O Que Mudou Nos Últimos Anos?. *R.Periodontia.* v.17; n.3; p. 23-29.
- Embil, J.M.; Chan, K-L. (2008).The American Heart Association 2007 endocarditis prophylaxis guidelines: A compromise between science and common sense. *Can. J. Cardiol.* v.24; n.9; p.673-675.
- Miyoshi, H. (2008). Endocardite Bacteriana & Pacientes com Predisposição a Bacteremias. Artigo publicado no *Artigonal.com* em 11 de junho de 2008. Disponível em <http://www.artigonal.com/medicina-artigos/endocardite-bacteriana-pacientes-com-predisposicao-a-bacteremias-445055.html>.
- Teixeira, C. S.; Pasternak, J. B.; Silva-Souza, C.; Perez, D. E. C. (2008). Tratamento odontológico em pacientes com comprometimento cardiovascular. *RSBO.* V.5; n.1; p. 68-76.
- Godoi, A. P. T.; Francesco, A. R.; Duarte, A.; Kemo, A. P. T.; Silva-Lovato, C. H. (2009). Odontologia Hospitalar no Brasil. Uma Visão Geral. *Rev Odont UNESP.* v.38;n.2; p. 105-109.
- ROCHA, C. A. S.; ROCHA M.S.; SPROVIERI S.R.S. (2009). O que há de novo na profilaxia da endocardite bacteriana. Deve-se mudar a conduta atual?. *Rev. Bras. Clin. Méd.* v.7; p.418-21.
- Cavezzi Jr, O. (2010). Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a odontologia. *RSBO.* v.7; n.3.
- Paula e Silva, F. W. G.; Queiroz, A. M.; Días-Serrano, K. V.; Silva, L.A.B.; Ito, I. Y. (2010). Reação inflamatória periapical: repercussões sistêmicas. *Odontol. Clín.-Cient.* v.9;n.4; p. 299-302.
- Borges, L.(2011). Endocardite Infecciosa – Risco iminente aos procedimentos odontológicos. Artigo publicado no *apcdpinheiros.com.br* em março de 2011. Disponível em <http://www.apcdpinheiros.com.br/blog/129-endocardite-infecciosa-risco-iminente-aos-procedimentos-odontologicos.html>.
- Nascimento, E. M.; Santos, M. F.; Pinto, T. C. A.; Cavalcanti, S. D. L. B.; Fontes, L. B. C.; Granville-Garcia, A. F. (2011). Abordagem odontológica de pacientes com risco de endocardite: um estudo de intervenção. *Odonto.* v.19; n.37; p.107-116.