

CONHECIMENTOS E CONDUTAS PARA PREVENÇÃO DA ENDOCARDITE INFECCIOSA ENTRE CIRURGIÕES-DENTISTAS E ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA

Prevention of infectious endocarditis knowledge and behaviors between dentists and dental students

LARISSA MICHELLE ALVES DA **ROCHA***, PAULA RENATA DAMACENO **OLIVEIRA***, PRISCILLA BRAGA **SANTOS***, LUCIANO AUGUSTO DE **JESUS****, CRISTINE MIRON **STEFANI*****

* Cirurgiãs-Dentistas.

** Especialista em Cirurgia e Radiologia, Professor Assistente do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA

*** Doutora em Clínica Odontológica, área de Periodontia; Professora titular do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Endereço para correspondência: Cristine Miron Stefani

R. Itália, Qd 01, Lt 14

Jardim Bandeirante, Anápolis-Go

CEP: 75083-040

Fone (62) 92139483 e 39439778

cmstefani@uol.com.br

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A endocardite infecciosa é uma doença de difícil diagnóstico e tratamento, na qual a profilaxia antibiótica, especialmente em pacientes de risco, durante o tratamento odontológico exerce papel fundamental, apesar de muitas vezes ser negligenciada ou esquecida pelos profissionais no dia-a-dia.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar os conhecimentos sobre endocardite infecciosa (EI) e as condutas clínicas para sua prevenção entre os cirurgiões-dentistas (CDs) de Anápolis e acadêmicos do 8º período do Curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA. Cinqüenta CDs e cinqüenta acadêmicos responderam ao questionário, composto por seis questões sobre as condições de risco, os procedimentos odontológicos de risco e prevenção da endocardite infecciosa. Os pacientes mais identificados como de risco para desenvolvimento de EI foram portadores de valvas cardíacas protéticas e endocardite bacteriana prévia. Já em relação aos procedimentos odontológicos que necessitavam de profilaxia antibiótica, os mais citados foram extração dentária, raspagem e alisamento radicular e reimplantes de dentes avulsionados. A posologia 2g de Penicilina 1h antes do procedimento como ideal para profilaxia da EI foi citada por apenas metade dos participantes dos dois grupos. Os dados obtidos na pesquisa ressaltam que o conhecimento dos CDs de Anápolis e dos acadêmicos é limitado em relação à endocardite infecciosa, sinalizando a necessidade de enfatizar mais durante o ensino de graduação e realizar cursos de formação continuada sobre as condições de risco para desenvolvimento da endocardite infecciosa e sua prevenção durante a prática odontológica.

PALAVRAS-CHAVE: Endocardite bacteriana – prevenção e controle; Condutas na prática dos dentistas.

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the knowledge about infectious endocarditis (IE) and the clinics behavior for its prevention between Anapolis' dentists and 8th period students of Dental Course of UniEVANGÉLICA. Fifty dentists and fifty students answered the questionnaire about risk patients and procedures for Infectious Endocarditis and its prevention. Patients that are considered at risk of endocarditis for the groups were: prosthetic cardiac valve and previous IE. Regarding the dental procedures that need antibiotic therapy were mentioned dental extractions, periodontal procedures and re-implants of avulsed teeth. The indicated prophylactic regimen of 2g amoxicillin 1h before the procedure was mentioned by half of both groups. The results obtained from this research shows that the dentists and students knowledge about IE is limited, meaning that it is necessary to give more emphasis on the graduation and create courses about the risk conditions that develop IE at the dental procedures and how to prevent it.

KEYWORDS: Infectious endocarditis- prevention and control; behavior of dentists' procedures

INTRODUÇÃO

A endocardite é um processo infeccioso na superfície do endocárdio envolvendo as valvas cardíacas. Alguns pacientes são portadores de condições que predispõem ao desenvolvimento da endocardite infecciosa, sendo denominados pacientes de risco. Para identificá-los, é de suma importância uma anamnese criteriosa, assim como o conhecimento sobre quais procedimentos odontológicos podem predispor ao desenvolvimento da endocardite infecciosa e como prevenir seu desenvolvimento.

A endocardite infecciosa (EI) é uma enfermidade relativamente rara, que produz inflamação e destruição do endocárdio e do endotélio ou de valvas cardíacas. Comumente de origem bacteriana, pode ser causada por outros tipos de microorganismos, como fungos. Apresenta-se de forma aguda ou subaguda. A aguda ocorre em pessoas com corações saudáveis e intactos, originando-se pela entrada direta na corrente sanguínea de um grande volume de microorganismos. A subaguda possui maior interesse ao cirurgião dentista (CD), pois se origina pela introdução de microorganismos na corrente sanguínea durante a realização de procedimentos odontológicos em pacientes de risco. Sua sintomatologia é vaga e insidiosa, incluindo febre, debilidade, perda de peso, dispnéia, anorexia, dores musculares e articulares progressivas e fraqueza na face e membros semelhante ao Acidente Vascular Cerebral, de tal maneira que podem passar meses antes que seja diagnosticada¹⁻⁴. Trata-se de doença grave, que deixada sem tratamento leva à morte, e cujo tratamento envolve antibioticoterapia por até seis semanas, cirurgia para remoção da vegetação ou mesmo implantação de valvas cardíacas artificiais².

De acordo com a American Heart Associa-

tion (AHA⁵), a profilaxia antibiótica é recomendada para pacientes de alto risco, submetidos a procedimento dental que envolva tecido gengival ou região periapical do dente e para procedimentos que levam à perfuração da mucosa oral, como em exodontias; tratamento periodontal (inclusive sondagem, raspagem e alisamento radicular, cirurgias e sessões para manutenção); colocação ou inserção de implantes dentais e reimplantes de dentes avulsionados; instrumentação endodôntica, ou cirurgia paraendodôntica; colocação subgengival de tiras antibióticas; colocação inicial de bandas ortodônticas; injeções anestésicas locais intraligamentares; limpeza profilática de dentes ou implantes, quando previsto sangramento. A profilaxia antibiótica não está recomendada em procedimentos restauradores; anestésias locais não intraligamentares; tratamento endodôntico circunscrito aos condutos; colocação de diques de borracha; colocação de próteses ou dispositivos ortodônticos removíveis; aplicação tópica de flúor; realização de radiografias intra-orais e selamento dos dentes^{3,6-9}.

Os esquemas de profilaxia podem ser orais ou parenterais. O esquema oral é preferencial, pela maior comodidade, menor risco e menor custo, sendo a via parenteral indicada para pacientes incapazes de usar a via oral^{3,4}. Atualmente a amoxicilina é a primeira escolha para a terapia oral, porque é bem absorvida no trato gastrintestinal e proporciona níveis séricos altos e sustentados. A administração oral em dose única de 2g de amoxicilina deve ser feita uma hora antes do procedimento⁵. Para alérgicos à penicilina, cefalexina ou cefalosporina de 1ª geração, clindamicina, azitromicina ou claritromicina são recomendadas^{3,5}. Se forem necessários vários

procedimentos odontológicos, é ideal manter um intervalo mínimo de 10 dias entre uma sessão e outra para evitar o surgimento de microorganismos resistentes ao antibiótico utilizado¹⁰.

O cirurgião-dentista tem obrigação de conhecer e classificar as condições de risco para o desenvolvimento da Endocardite Infecciosa, prescrevendo antibioticoterapia profilática a pacientes de risco durante procedimentos odontológicos indicados, orientando aos pacientes e sua família sobre a importância da adesão à profilaxia e também da possibilidade de contrair a EI durante o tratamento⁶.

Na literatura brasileira, há escassez de evidências sobre os conhecimentos e práticas de Cirurgiões Dentistas ou acadêmicos de Odontologia quanto à Endocardite Infecciosa. Em 2002, Vasconcelos et al.¹¹ compararam conhecimentos entre formandos de dois Cursos de Odontologia no Estado da Paraíba, e, apesar de cerca de 90% dos alunos não considerarem seus conhecimentos suficientes para a prática clínica e apenas 36,7% dos alunos de um dos cursos identificarem a antibioticoterapia profilática como a medida indicada de prevenção à EI, os autores consideraram o conhecimento dos alunos satisfatório. Já em 2005, Vieira e Castilho¹² compararam os conhecimentos sobre endocardite infecciosa de formandos de três cursos de Odontologia do sul do Rio de Janeiro, e consideraram o nível de conhecimento no assunto razoável, sendo o maior índice de respostas erradas observado nas questões sobre condições cardíacas e procedimentos odontológicos de risco para a EI.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi verificar os conhecimentos sobre endocardite infecciosa e as condutas clínicas para sua prevenção entre os cirurgiões-dentistas de Anápolis-GO e formandos do Curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo descritivo, quantitativo de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA sob o número 169/2007.

Foram abordados aleatoriamente 50 cirurgiões-dentistas (CDs) de Anápolis, GO, e 50 formandos do Curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA, independente de idade, gênero, e atuação profissional dos CDs (serviço público ou privado).

Participaram da pesquisa CDs registrados no CRO-GO que atuam na Cidade de Anápolis e Aca-

dêmicos regularmente matriculados no 8º período do Curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA, no primeiro semestre de 2008.

Os cirurgiões-dentistas foram abordados individualmente em seu ambiente de trabalho e os acadêmicos coletivamente em sala de aula, quando a pesquisa foi explicada. Aqueles que concordaram voluntariamente em participar receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e um questionário, preenchido no momento.

O questionário, auto-aplicável, continha perguntas abertas e fechadas sobre a definição de endocardite infecciosa, pacientes e procedimentos odontológicos de risco e o protocolo medicamentoso empregado na sua profilaxia (Quadro 1). Os dados foram tabulados e porcentagens calculadas para expressar as tendências. Para comparação dos resultados entre CDs e acadêmicos de Odontologia, foi aplicado o teste Chi-Quadrado ao nível de 5% de significância.

Resultados

Cinquenta Cirurgiões-Dentistas (CDs) da Cidade de Anápolis e 50 acadêmicos (Acs) do 8º Período do Curso de Odontologia da UniEVANGÉLICA responderam ao questionário. Constatou-se que 28% dos CDs definiram a EI como sendo uma infecção causada por bactérias no endocárdio, 22% como doença causada por bactérias que chegam ao coração através da corrente sanguínea e 12% como doença causada por bactérias que atingem as válvulas cardíacas. Segundo 18% dos acadêmicos, a EI é uma infecção instalada no coração causada por bactérias e 14% definiram como uma infecção do coração. Foram consideradas corretas ou parcialmente corretas 78% das respostas dos CDs e 44% das respostas dos acadêmicos.

Na questão sobre quais os pacientes de risco para contrair EI, houve concordância entre as respostas de acadêmicos e CDs em relação à primeira e segunda condições mais assinaladas: endocardite bacteriana prévia e portadores de prótese valvar. Havendo uma diferença apenas na terceira opção, no qual os CDs citaram a febre reumática prévia e os Acadêmicos o infarto agudo do miocárdio, consideradas ambas as condições de baixo risco (Tabela 1).

Quadro 1: Questionário empregado no estudo.

- Você é: () Acadêmico de Odontologia () Cirurgião-Dentista
 Tempo de formado _____ anos
 Clínico Geral () Especialista () Especificar a especialidade _____
- 1) O que você entende por Endocardite Infecçiosa?
 2) Dentre os pacientes abaixo, quais você considera como sendo de risco para contrair a Endocardite Infecçiosa (EI):
 () Angina de Peito () Portadores de Prótese Valvar cardíaca
 () Doença Isquêmica Cardíaca () Hipertensão Arterial Sistêmica
 () Febre Reumática sem disfunção valvar () Coarctação da Aorta
 () Valva Aórtica Bicúspide () Desfibriladores Implantados
 () Reparo cirúrgico em defeitos septais () Endocardite Bacteriana Prévia
 () Disfunção Valvar Reumática () Marca-passos Cardíacos
 () Doença Cianótica Congênita Complexa () Defeito Septal Ventricular
 () Infarto Agudo do Miocárdio () Prolapso da valva mitral com regurgitação
 () Febre reumática prévia () Prolapso da valva mitral sem regurgitação
 () Outros _____
- 3) Em quais destes procedimentos odontológicos você costuma prescrever antibioticoterapia profilática para a EI?
 () Radiografia intra-oral
 () Extração dentária
 () Colocação de próteses removíveis ou dispositivo ortodôntico
 () Restauração de dentes cariados
 () Injeções anestésicas locais intraligamentares
 () Raspagem e alisamento radicular
 () Colocação de isolamento absoluto
 () Reimplantes de dentes avulsionados
 () Tratamento Endodôntico limitado aos condutos
 () Cimentação de bandas ortodônticas
 () Sondagem periodontal
 () Profilaxia profissional
 () Qualquer injeção anestésica local (infiltrativa terminal ou troncular)
 () Outros _____
- 4) Qual protocolo medicamentoso (medicamento, posologia, tempo de administração) você utiliza para prevenção da Endocardite Infecçiosa para os pacientes de risco. _____
- 5) Você costuma consultar ao médico responsável pelo paciente antes da prescrição de profilaxia antibiótica para a EI?
 () sim () não () às vezes
 Em quais condições? _____
- 6) Quando você trata um paciente de risco para a Endocardite Infecçiosa que requer profilaxia antibiótica, qual frequência de atendimento clínico você costuma estabelecer?
 () 2x por semana () 1x por semana
 () 1x a cada 15 dias () 1x a cada 30 dias () Outra _____

Tabela 1: Percentual de respostas de Cirurgiões Dentistas (CDs) e Acadêmicos de Odontologia na identificação de condições de risco para desenvolvimento da Endocardite Infecçiosa.

CDs %	Acade. %	Pacientes de Risco para a Endocardite	Risco	Valor de P*
80	78	Endocardite bacteriana prévia	alto	0,823
78	68	Portadores de Prótese valvar cardíaca	alto	0,485
73	32	Febre Reumática Prévia	baixo	0,004**
67	32	Prolapso da valva mitral com regurgitação	moderado	0,011**
63	36	Disfunção valvar reumática	moderado	0,048**
49	28	Reparo cirúrgico em defeitos septais	baixo	0,078
47	32	Valva aórtica bicúspide	moderado	0,21
47	14	Febre reumática sem disfunção valvar	baixo	0,002**
37	30	Defeito septal ventricular	moderado	0,493
37	18	Desfibriladores implantados	baixo	0,059
37	30	Marca-passos cardíacos	baixo	0,493
31	38	Doença isquêmica cardíaca	baixo	0,72
27	38	Infarto agudo do miocárdio	baixo	0,384
24	32	Angina de peito	baixo	0,45
20	22	Doença cianótica congênita complexa	alto	0,827
20	18	Coarctação da aorta	moderado	0,819
18	24	Prolapso da valva mitral sem regurgitação	baixo	0,51
4	16	Hipertensão arterial sistêmica	baixo	0,058
4	6	Não Responderam		0,655

* Resultado do Teste Chi-Quadrado ao nível de 5% de significância. ** Diferença estatística significativa entre CDs e Acs.

Dentre os procedimentos odontológicos que requerem profilaxia antibiótica, os mais assinalados foram a extração dentária (CDs 96% e Acs 84%); raspagem e alisamento radicular (CDs 86% e Acs 74%) e reimplantes de dentes avulsionados CDs (71% e Acs 56%). Ainda dentre os procedimentos que requerem a profilaxia antibiótica, os menos assinalados foram Cimentação de Bandas

Ortodônticas (CDs 24% e 0% Acs) e Profilaxia Profissional (CDs 22% e 6% Acs). E em relação aos procedimentos que não necessitam de profilaxia antibiótica, os mais assinalados como requerendo profilaxia foram tratamento endodôntico limitado aos condutos (CDs 24% e Acs 28%) e qualquer injeção anestésica local (CDs 10% e Acs 8%) (Tabela 2).

Tabela 2: Percentual de respostas de Cirurgiões Dentistas (CDs) e Acadêmicos de Odontologia na identificação de procedimentos odontológicos de risco para desenvolvimento da Endocardite Infecçiosa.

CDs%	Acade.%	Procedimentos aos quais prescrevem profilaxia	Necessidade de profilaxia	Valor de P*
96	84	Extração dentária	Sim	0,463
86	74	Raspagem e alisamento radicular	Sim	0,437
71	56	Reimplantes de dentes avulsionados	Sim	0,317
47	14	Sondagem periodontal	Sim	0,002**
41	14	Injeções anestésicas locais intraligamentares	Sim	0,008**
24	0	Cimentação de Bandas ortodônticas	Sim	0,001**
22	6	Profilaxia profissional	Sim	0,033**
24	28	Tratamento endodôntico limitado aos condutos	Não	0,695
10	8	Qualquer injeção anestésica local (infiltrativa ou troncular)	Não	0,739
8	6	Restauração de dentes cariados	Não	0,705
8	0	Colocação de isolamento absoluto	Não	0,046**
6	0	Colocação de próteses removíveis ou dispositivos ortodônticos	Não	0,083

* Resultado do Teste Chi-Quadrado ao nível de 5% de significância. ** Diferença estatística significativa entre CDs e Acs.

Segundo a AHA5, a posologia indicada para a profilaxia antibiótica de EI é a de Penicilina 2g uma hora antes do procedimento, esse protocolo medicamentoso foi mencionado como sendo o de opção por 53% dos CDs e 50% dos Acs (diferença estatística não significativa). Em relação a este protocolo houve diferença estatística significativa entre acertados de profissionais com até 10 anos de formado (67% indicaram a posologia correta) e aqueles com mais de 10 anos de formado (23% indicaram corretamente), $p=0,028$.

No Gráfico 1, observa-se que 67% dos CDs consultam ao médico antes da profilaxia antibiótica, 24% às vezes consultam e 7% não consultam. Já 44% dos Acs consultam ao médico, 18% às vezes e 30% não consultam (diferença estatística

não significativa). Em relação às condições em que o médico é consultado, 12% dos CDs consultam quando não sabem o estado de saúde atual do paciente e 10% quando irão tratar de pacientes de risco sem acompanhamento médico. Dentre os acadêmicos, 8% mencionaram a necessidade de consultar o médico no caso de pacientes não compensados e 6% para pacientes de médio e alto risco e para procedimentos cruentos.

De acordo com a frequência ideal de atendimento clínico para pacientes com risco de EI, 34% dos acadêmicos e 23,3% dos CDs assinalaram 1 vez a cada 15 dias. A maioria dos CDs (53%) assinalou 1 vez por semana, frequência considerada ideal para 30% dos acadêmicos (diferença estatística não significativa) (Gráfico 2).

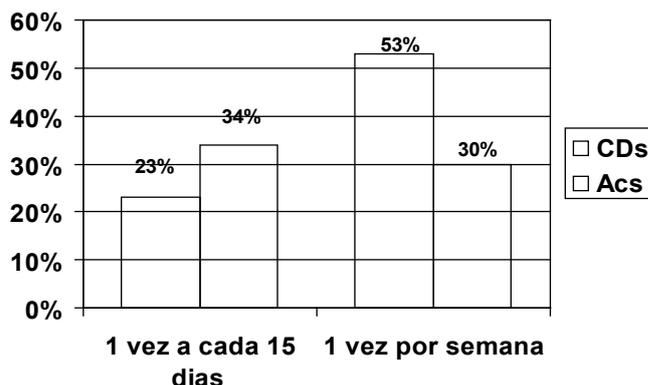
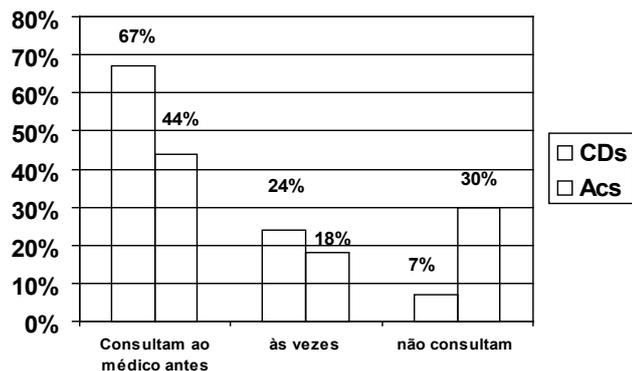


Gráfico 1: Frequência de consultas ao médico de pacientes de risco para o desenvolvimento da Endocardite Infecciosa previamente à prescrição de profilaxia antibiótica por Cirurgiões-Dentistas (CDs) e Acadêmicos de Odontologia (Acs).

Gráfico 2: Frequência ideal para o atendimento odontológico de pacientes de risco para a Endocardite Infecciosa, segundo Cirurgiões-Dentistas (CDs) e Acadêmicos de Odontologia (Acs).

DISCUSSÃO

A literatura descreve a Endocardite Infecciosa (EI) como uma enfermidade relativamente rara, que produz inflamações e destruição do endocárdio e do endotélio ou das valvas cardíacas, podendo ser de origem bacteriana, ou de outros microorganismos¹⁻⁴. No estudo realizado observou-se que houve um consenso entre as respostas dos CDs e dos acadêmicos entrevistados, onde a EI foi definida na maioria das vezes como uma infecção no endocárdio causada por bactérias, que chegam ao coração através da corrente sanguínea e que atinge as valvas. As repostas foram consideradas corretas ou parcialmente corretas para 78% dos CDs e 44% dos acadêmicos. Esses resultados são ligeiramente melhores que os de Vieira e Castilho¹² (2005), que observaram 35,3% de repostas corretas entre os acadêmicos estudados. Já no estu-

do de Vasconcelos et al. (2002), mais de 90% dos acadêmicos afirmaram saber o que era EI, mas não foi solicitado a eles que explicassem.

Pacientes com problemas cardíacos podem ser classificados quanto ao risco de contrair a EI em alto, médio e baixo risco. O Quadro 2 dispõe as principais condições cardíacas associadas a cada classe de risco⁴⁻⁸. Alguns autores consideram que a profilaxia antibiótica é necessária para os pacientes de alto e médio risco^{3,6-8}, mas, de acordo com a AHA⁵ esta deve ser indicada apenas para pacientes de alto risco que venham sofrer qualquer procedimento dental que envolva tecido gengival ou região periapical do dente e para procedimentos que levam à perfuração da mucosa oral. No presente estudo, condições de baixo risco, como angina de peito, infarto agudo do miocárdio e febre reumática sem disfunção valvar ainda foram bastante assinaladas por ambos os grupos (Tabela 1).

Quadro 2: Classificação de condições cardíacas segundo o risco de desenvolvimento de Endocardite Infecciosa.

Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
Prótese valvar cardíaca	Persistência de ducto arterioso	Doença isquêmica cardíaca
Endocardite bacteriana prévia	Defeito septal atrial primum	Infarto agudo do miocárdio
Shunts pulmonares cirurgicamente construídos	Coarctação da aorta	Angina de peito
Doença cianótica congênita complexa	Valva aórtica bicúspide	Hipertensão arterial sistêmica
Tetralogia de Fallot	Disfunção valvar reumática	Febre reumática sem disfunção valvar
Transposição de grandes vasos	Disfunção valvar por doença do colágeno	Reparo cirúrgico em defeitos septais
Ventrículo único	Miocardiopatia hipertrófica	Prolapso de valva mitral sem regurgitação
	Prolapso de valva mitral com regurgitação	Marcapassos cardíacos
	Defeito septal ventricular	Desfibriladores implantados

No presente estudo houve diferença estatística ($P < 0,05$) entre acadêmicos e CDs na indicação de profilaxia antibiótica para pacientes com prolapso da valva mitral com regurgitação (CDs- 67% indicaram profilaxia, para 32% dos acadêmicos); disfunção valvar reumática (CDs- 63% e Acs- 36%); febre reumática prévia (CDs- 73% e Acs- 32%) e febre reumática sem disfunção valvar (CDs- 47% e Acs- 14%). Porém, mesmo na ausência de diferença estatística, para todas as condições, independente do risco, CDs indicaram mais profilaxia antibiótica do que os acadêmicos (Tabela 1). Esses resultados permitem supor que CDs têm mais predisposição a realizar a profilaxia da Endocardite Infecçiosa, mesmo em condições de baixo risco. Já acadêmicos de Odontologia tendem a minimizar o risco dos pacientes ou ignoram as condições de risco para o desenvolvimento da EI.

O esquema de profilaxia pode ser parenteral ou oral, sendo este último preferido devido a maior comodidade, menor risco e custo³⁻⁴. Segundo a AHA⁵, a amoxicilina 2g uma hora antes do procedimento é a escolha preferencial na terapia oral, sendo bem absorvida no trato gastrointestinal e proporcionando níveis séricos mais altos e sustentados, aumentando a adesão à medida preventiva. Apenas metade dos CDs e acadêmicos soube indicar a posologia correta. A posologia anteriormente recomendada pela AHA⁵, 3g de amoxicilina uma hora antes e 1,5g seis horas após o procedimento foi indicada por apenas um CD, e as demais respostas foram aleatórias, sem fundamentação na literatura consultada. Estas respostas demonstram a falta de conhecimento por parte dos profissionais e acadêmicos pesquisados quanto à profilaxia atualmente recomendada. No estudo de Vieira e Castilho¹² (2005), 81% dos acadêmicos souberam indicar corretamente o regime antibiótico profilático, mas foi empregada uma questão de múltipla escolha, enquanto no presente estudo a questão era aberta.

Por motivos de segurança e do desconhecimento da situação de saúde atual do paciente, muitos CDs (67%) e acadêmicos (44%) reconhecem a necessidade de contatar o médico responsável antes de indicar a profilaxia antibiótica, prática recomendada, porque além de ética, transmite confiança ao paciente¹¹, contribuindo para a adesão à profilaxia. No estudo de Vieira e Castilho¹² (2005), 83,8% dos acadêmicos afirmaram que o médico sempre deve ser contactado.

Dentre os procedimentos odontológicos que necessitam de profilaxia antibiótica, os mais assinalados foram extração dentária (CDs 96% e Acs 84%); raspagem e alisamento radicular (CDs 86% e Acs 74%) e reimplantes de dentes avulsio-

nados (CDs 70% e Acs 56%). No presente estudo, o índice de acerto para essas condições foi maior do que observado por Vasconcelos et al.¹¹ (2002), que verificaram que a resposta mais assinalada pelos acadêmicos de um dos cursos foi exodontia (24,2%) e pelos acadêmicos do segundo curso avaliado, foi cirurgia e periodontia (23,8%), índice este semelhante ao assinalado, no presente estudo, para o tratamento endodôntico limitado aos condutos (24% dos CDs e 28% dos Acs), procedimento que não requer profilaxia antibiótica, indicando diferentes predisposições nas populações estudadas para o uso da antibioticoterapia, ou diferença entre a formatação dos questionários (questão aberta ou fechada).

Observou-se diferença estatística ($P < 0,05$) entre CDs e Acadêmicos na indicação de profilaxia antibiótica antes de realizar Sondagem periodontal (CDs- 47% e Acs- 14%); Injeções anestésicas locais intraligamentares (CDs-41% e Acs- 14%); Cimentação de Bandas ortodônticas (CDs-24% e Acs- 0); Profilaxia profissional (CDs- 22% e Acs-6%), todos procedimentos nos quais a profilaxia antibiótica está recomendada. Mas, de maneira geral, novamente CDs indicaram mais profilaxia antimicrobiana, mesmo em procedimentos odontológicos de baixo risco, enquanto Acadêmicos de odontologia minimizaram ou desconheciam o risco da realização de procedimentos odontológicos em pacientes de risco para a EI (Tabela 2), esses resultados podem também indicar que, no ambiente acadêmico, alunos se sentem mais resguardados, pela presença dos professores e responsabilidade parcial pelo tratamento dos pacientes, uma vez que, durante o estágio supervisionado, a prática clínica é apenas simulada. Já CDs, cuja responsabilidade pela integridade do paciente durante o tratamento odontológico é total, parecem seguir a orientação geral, de que se houver dúvida entre usar ou não a profilaxia da endocardite, deve-se usá-la¹¹.

Se forem necessários vários procedimentos odontológicos em pacientes de risco para o desenvolvimento de EI, deve-se manter um intervalo mínimo de 10 dias entre uma sessão clínica e outra para evitar a seleção de microorganismos resistentes¹¹. A opção de atendimento 1 vez a cada 15 dias foi assinalada por 23% dos CDs e 34% dos acadêmicos. A maioria dos CDs (52%) acredita que a melhor frequência seria 1 vez por semana. Essa observação, associada, à de que em relação ao protocolo medicamentoso houve diferença estatística significativa entre acertos de profissionais com até 10 anos de formado (67%) e aqueles com mais de 10 anos de formado (23%), $p=0,028$, indicam a necessidade de atualização profissional periódica sobre o assunto,

justificando a proposta de continuidade deste estudo, com a realização de curso de atualização sobre o manejo da Endocardite Infecçiosa no Consultório Odontológico. Sugere-se, também, maior ênfase, durante o ensino do assunto na graduação, da importância do compromisso e envolvimento dos acadêmicos de Odontologia com o tratamento dos pacientes atendidos no estágio supervisionado, visando à prática profissional futura.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos na pesquisa revelam que, apesar de conhecerem e compreenderem a Endocardite Infecçiosa, ainda há dúvidas quanto a condições cardiológicas e procedimentos odontológicos de risco para seu desenvolvimento, bem quanto ao uso da profilaxia antibiótica, tanto por parte de cirurgiões-dentistas quanto por acadêmicos de Odontologia.

REFERÊNCIAS

1. Andrade ED, Grooppo FC, Fiol FSD. Profilaxia e tratamento das infecções bacterianas. In: Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2006. p.61-93.
2. Cabell CH, Abrutyn E, Karchmer AW. Bacterial Endocarditis: The Disease, Treatment, and Prevention. *Circulation* 2003;107:e185-e187
3. Guzmán LMD, Navarro MGM. Conceptos actuales sobre profilaxia antibiótica para endocarditis bacteriana en odontologia. *Revista ADM*, 1999 fev; 56(1): 32-8.
4. Wannmacher L, Ferreira MBC. Profilaxia antimicrobiana em Odontologia. In: Wannmacher L, Ferreira MBC, editores. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1999. p.232-240.
5. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of Infective Endocarditis. *AHA*. 2007 may 19; 115: 1-19.
6. Morras EM. Profilaxis de la Endocarditis Infecçiosa em la Consulta Odontológica: Normas Actuales de la Asociación Americana del Corazón. *Acta odontol venez*. 2002 Mai 09; 40(3): 301-4.
7. Soutome S, Nagata E, Inoue M, Nokhara K, Ohyama T. Infective endocarditis and dental procedures: evidence, pathogenesis, and prevention. *J Med Invest*. 2006; 53: 189-198.
8. Warburton G, Caccamese JF. Valvular Heart Disease and Heart Failure: Dental Management Considerations. *Dent clin N Am*. 2006; 50: 493-512.
9. Roberts GJ; Holzel HS; Sury MR; Simmons NA; Gardner P; Longhurst P. Dental bacteremia in children. *Pediatr Cardiol*. 1997 Jan-Feb;18(1):24-7.
10. Andrade ED, Mattos Filho TR, Passeri LA. Prevenção da Endocardite Infecçiosa. In: Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.141-148.
11. Vasconcelos LCS, Barreto RC, Cunha Pasma, Pereira GAS, Veloso DJ, Santos MAF et al. Conhecimento sobre endocardite infecciosa entre alunos de odontologia. *Rev. bras. ciênc. Saúde*. 2002 set.-dez.;6(3):279-290.
12. Vieira FLD, Castilho PPS. Avaliação do grau de conhecimento dos formandos em odontologia da região sul-fluminense a respeito da endocardite infecciosa e sua prevenção. *Rev Bras Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2005;2(1):02-06.