



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Izabella Patta Pereira

Orientador(a): Prof^o. Dr. Eduardo Dias de Andrade

Ano de Conclusão do Curso: 2008

TCC 488

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Eduardo Dias de Andrade", written over a horizontal line.

Assinatura do Orientador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Piracicaba 2008



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas do Estado de São Paulo sobre a prevenção da endocardite bacteriana na clínica odontológica.

Monografia apresentada ao curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp, para obtenção do diploma de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof^o. Eduardo Dias de Andrade

Aluna: Izabella Patta Pereira

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Piracicaba 2008

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada
.....
Vol. Ex.
Tombo BC/

07 484732

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

P414a Pereira, Izabella Patta.
Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas do Estado de São Paulo sobre a prevenção da endocardite bacteriana na clínica odontológica. / Izabella Patta Pereira. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2008.
21f.

Orientador: Eduardo Dias de Andrade.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontologia. 2. Profilaxia. I. Andrade, Eduardo Dias de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedicatória

Dedico este trabalho, em especial ao Professor Eduardo Dias de Andrade, que será sempre para mim um exemplo de vida. Obrigada por acrescentar em minha vida um pouco de tanto conhecimento e simpatia.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, José e Cristina, e irmã Larissa, pois sempre estiveram ao meu lado, dando o incentivo e o suporte necessário para que eu conseguisse, como consegui, permanecer tanto tempo longe de casa. Espero que agora eu consiga retribuir com a minha carreira profissional, tudo o que vocês sempre fizeram por mim.

Agradeço a minha família, amigos, principalmente a Adriana e Giuliana, que dividiram o mesmo teto, as mesmas aflições, alegrias...

Por fim, gostaria de agradecer ao meu namorado, Alex, por toda a paciência e carinho. Obrigada a todos que puderam acrescentar em minha vida um pouco de alegria e força para concluir meu curso.

Sumário

Resumo.....	1
Introdução.....	2
Metodologia.....	8
— Instrumento de avaliação.....	8
Resultados.....	11
Discussão.....	16
Conclusão.....	20
Referências Bibliográficas	21

Resumo

Procedimentos odontológicos que causam bacteremia transitória (invasão de bactérias da microbiota bucal para a circulação sanguínea), podem estar associados à etiopatogenia da endocardite bacteriana (EB). Isto pode levar a um raciocínio simplista de que o uso profilático de antibióticos poderia, por si só, prevenir esta doença. Entretanto, ainda pairam dúvidas quanto à eficácia dos antibióticos na prevenção da EB e aos mecanismos pelos quais exerceriam a ação profilática. Outro tema questionado é se o risco de efeitos adversos por parte destes fármacos não seria maior que o benefício previsto. O cirurgião-dentista, por sua vez, deve saber identificar os pacientes mais suscetíveis a esta patologia, definir o grau de risco de cada procedimento odontológico e adotar protocolos para cada caso específico. Mas qual será o nível atual de conhecimento deste profissional em relação ao assunto? De fato, não existem dados suficientes na literatura para responder esta pergunta. Este trabalho teve como propósito avaliar o grau de conhecimento e as condutas dos cirurgiões-dentistas do Estado de São Paulo sobre os principais aspectos da endocardite bacteriana, discutindo as dúvidas que porventura sejam identificadas.

Palavras-chaves: endocardite, profilaxia, odontologia

Introdução

A endocardite bacteriana (EB) é um raro processo infeccioso da superfície do endocárdio, que geralmente envolve as valvas cardíacas, cujos principais fatores de risco são as lesões do endocárdio, decorrentes de doenças congênitas ou adquiridas. A doença inicia-se pela deposição de plaquetas e de fibrina no local, colonização bacteriana e formação de vegetações, com posterior disseminação da infecção por via sangüínea¹.

A incidência anual de EB nos Estados Unidos da América é de cerca de 11.200 casos². Considerando o número médio de consultas odontológicas por habitante, Pallasch² calculou que a taxa de risco absoluto para um único procedimento odontológico ou visita ao dentista é de 1/142.258 na população geral. No entanto, se for reconhecido que somente 1% dos casos de EB causados por *Streptococcus viridans* são associados a tratamentos dentários (28 casos/ano), esse índice cai para 1 caso em 14.258.714 na população sem doença cardíaca conhecida.

Em pacientes que apresentam condições de risco para a EB, estes valores aumentam substancialmente. É calculado que os portadores de prolapso da válvula mitral com regurgitação têm um risco de 1/1.096.824; doença cardíaca congênita, 1/475.290; prótese valvar cardíaca, 1/114.069 e para sujeitos com história de endocardite prévia – 1/95.058. Com base nestes dados, o autor conclui que as chances destes grupos de pacientes desenvolverem EB após tratamento odontológico, mesmo com significantes fatores de risco, é muito pequena².

A maioria dos casos de endocardite infecciosa é de origem bacteriana, mas muitos microrganismos podem causar a doença, inclusive fungos. Antes do advento dos antibióticos, era sempre fatal. Atualmente, pode ser curada por meio da terapia antibiótica e/ou troca da prótese valvar. Historicamente, o índice de mortalidade da EB provocada pelos estreptococos α -hemolíticos sempre foi menor que outros tipos de endocardite. Um estudo realizado em 2002 mostra um índice de óbito de 13% (7 de 53 pacientes), mais favorável do que a EB causada por estafilococos³.

Em 2007, a American Heart Association (AHA) publicou a décima revisão de suas recomendações para a prevenção da EB, inicialmente propostas em 1955, com base em estudos animais e observações empíricas de ordem clínica⁴.

Segundo a AHA, algumas condições cardíacas estão mais associadas com a endocardite infecciosa do que outras. A profilaxia é recomendada em indivíduos que possuem um risco maior de desenvolver a doença, comparado ao da população em geral.

A higiene dental ou periodontal inadequada, bem como as infecções periapicais, periodontais e da mucosa bucal podem produzir bacteremias transitórias mesmo na ausência de procedimentos odontológicos. A incidência e a magnitude das bacteremias de origem bucal são diretamente proporcionais ao grau de inflamação ou infecção.

Aqueles indivíduos que apresentam risco de desenvolver endocardite infecciosa, devem ser orientados a obter e manter a melhor qualidade de saúde bucal possível, reduzindo desta forma as fontes de colonização e crescimento

bacterianos. Uma ótima saúde bucal pode ser conseguida por meio de cuidados profissionais de rotina e métodos de controle da placa dental.

Mesmo os pacientes desdentados podem desenvolver bacteremia de úlceras causadas por próteses mal adaptadas, devendo ser estimulados a realizar um exame bucal periódico ou procurar o dentista de algum desconforto se manifestar.

O uso de anti-sépticos, como o digluconato de clorexidina a 2%, empregada imediatamente antes dos procedimentos odontológicos, na forma de bochechos suaves, pode reduzir a grandeza das bacteremias. Deve-se evitar, entretanto, o uso contínuo deste agente ou repetido em intervalos freqüentes, pois isto pode ocasionar a seleção de microrganismos resistentes.

Como regra geral, a AHA recomenda a profilaxia antibiótica para a EB em quase todo procedimento odontológicos associado com sangramento excessivo, apesar de haver atualmente uma tendência de se restringir a profilaxia antibiótica somente antes das extrações dentais, cirurgia gengival e colocação de implantes¹.

Um estudo mais recente⁵ avaliou a incidência de bacteremia após procedimentos periodontais, por meio de técnicas de culturas bacterianas convencionais e pelo método PCR (*polymerase chain reaction*), este último indicando que a incidência de bacteremia após o uso de ultra-som, sondagem periodontal e escovação dental foi de 23%, 16% e 13%, respectivamente, sugerindo que as bacteremias transitórias após procedimentos periodontais têm uma incidência menor do que aquela relatada num estudo anterior⁶.

Os *Streptococcus viridans* (α -hemolíticos) são a causa mais comum de EB após certas intervenções odontológicas, do trato respiratório alto e do

esôfago. A profilaxia antibiótica deve então ser direcionada contra estes microrganismos, em qualquer tipo de procedimento de risco⁴.

Os exatos mecanismos pelos quais os antibióticos previnem a EB não são conhecidos. Presume-se que estes fármacos exerçam sua ação em diferentes estágios do desenvolvimento da infecção. Ainda é discutível se o antibiótico afeta a incidência, o grau ou o tipo de bacteremia. Tem sido levantada a hipótese de que se a profilaxia antibiótica realmente previne a endocardite bacteriana, isso ocorre não pela eliminação ou redução da bacteremia, mas sim pela redução da adesão das bactérias às valvas cardíacas ou pela inibição da multiplicação bacteriana quando já aderidas¹.

Talvez a principal questão a ser respondida seja a seguinte: Como um antibiótico como a penicilina, que demora algum tempo para agir e que o faz somente quando as bactérias estão no processo de divisão celular, poderia impedir ou reduzir a bacteremia que ocorre imediatamente após o início do tratamento odontológico? Será que a divisão celular bacteriana “magicamente” também tem início no momento em que o cirurgião-dentista toca o dente com a cureta ou o com o fórceps¹.

Enquanto se aguarda um melhor esclarecimento deste assunto, a profilaxia da endocardite continua sendo recomendada em pacientes suscetíveis à doença.

O regime profilático padrão atualmente recomendado pela AHA consiste na administração de 2 g de amoxicilina para adultos e de 50 mg/kg para crianças, em dose única, por via oral, 1 hora antes do procedimento. A amoxicilina, ampicilina e penicilina V são penicilinas igualmente efetivas contra os estreptococos α -hemolíticos, porém a amoxicilina é preferida por ser melhor

absorvida pelo trato gastrintestinal e proporcionar níveis sanguíneos mais elevados e duradouros⁴.

Aos alérgicos às penicilinas, é recomendado o uso da clindamicina 600 mg ou azitromicina 500 mg para adultos; para crianças, azitromicina 15 mg/kg de peso corporal (a clindamicina na forma de suspensão não está disponível no Brasil), por via oral, também numa única dose, administrada uma hora antes do procedimento.

Feitas estas considerações iniciais, é importante que se saiba qual o grau de conhecimento desta doença por parte dos cirurgiões-dentistas, como também investigar se estes profissionais estão interagindo com os cardiologistas que tratam destes pacientes de risco.

Almeida et al.⁷, numa pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, em 1999, distribuíram um questionário aos 55 médicos inscritos no VII Simpósio de Cardiologia, contendo 9 perguntas sobre endocardite bacteriana, sendo que o índice de retorno foi de 54,5% (n = 30). Como resultado, 66,7% da amostra considerou a cavidade bucal como a principal porta de entrada dos microorganismos causadores da EB, e 75% apontaram a profilaxia antibiótica como a medida mais efetiva de prevenção da doença. Também foi encontrado que apenas 40% dos participantes possuíam uma atuação multidisciplinar com o cirurgião-dentista de seus pacientes; 76,7% responderam conhecer o esquema profilático padrão recomendado atualmente pela Associação Americana de Cardiologia, porém 93,3% de todos os cardiologistas, ao responderem qual seria este esquema, referiram-se a protocolos desatualizados. 100% recomendam a profilaxia antibiótica para a prevenção da

EB, antes de procedimentos de risco, sendo que apenas 43,3% alertam seus pacientes sobre a necessidade de manutenção de uma boa saúde bucal.

Os autores concluem que há necessidade de uma maior atualização dos cardiologistas em relação a este assunto, e da interdisciplinaridade entre estes profissionais e os cirurgiões-dentistas no atendimento de pacientes com risco para EB, já que a cavidade bucal constitui-se numa das principais portas de entrada destes microorganismos.

Paralelamente, evidências científicas parecem mostrar que pacientes edêntulos ou mesmo os portadores de piercings bucais podem desenvolver EB. Embora pacientes desdentados totais não apresentem sulco gengival, por onde normalmente as bactérias penetram na circulação, casos de EB em pacientes desdentados já foram descritos. Strom et al.⁸, numa amostra de 106 pacientes com EB, causadas por bactérias da microbiota bucal, observaram que 7% deles eram desdentados totais, que podem desenvolver bacteremia transitória por meio de ulcerações traumáticas, causadas principalmente por próteses totais mal adaptadas.

Por sua vez, o piercing colocado na mucosa labial, na língua ou freio lingual representa risco potencial para a EB, pois se cria uma oportunidade para as bactérias penetrarem na circulação sanguínea, podendo chegar ao coração. A chance é maior para sujeitos de alto risco para a EB⁹. Ao CD, quando consultado, cabe orientar seus pacientes quanto a esta e outras possíveis complicações associadas à colocação dos piercings bucais.

2. Você troca informações com o médico cardiologista antes de iniciar o tratamento de um paciente portador de doença cardiovascular?

Sim Não

3. Uma exodontia promove a entrada de bactérias na corrente circulatória, o que é chamado de bacteremia transitória. Quanto tempo dura este fenômeno?

30 a 60 minutos 3 a 6 horas 12 a 24 horas

4. Qual é a chance aproximada de ocorrer endocardite bacteriana num paciente de risco, em decorrência de um procedimento odontológico ?

1/100 1/1000 1/100000

5. Se um paciente desenvolver a endocardite infecciosa, em torno de 20 a 30 dias após ter sido tratado no seu consultório, você pode ser responsabilizado por isto?

Sim Não

6. Qual das seguintes condições cardíacas pode ser de maior risco para a endocardite bacteriana?

- Sopro cardíaco (prolapso) sem refluxo
- Portadores de próteses valvares cardíacas
- Portadores de pontes de veia safena ou artéria mamária

7. Pacientes desdentados totais podem desenvolver endocardite bacteriana?

Sim Não

8. A colocação ou presença de *piercings* bucais pode se constituir num fator de risco para a endocardite bacteriana?

Sim Não

9. Qual a principal espécie de microorganismo da microbiota bucal está associada com a endocardite bacteriana?

Estafilococos aureus *Estreptococos viridans* *Porfiromonas gingivalis*

10. O uso profilático de antibióticos é uma garantia de que não ocorrerá a endocardite bacteriana?

Sim Não

11. Qual é o atual regime profilático recomendado pela *American Heart Association* para a prevenção da endocardite em adultos?

Antibiótico _____ Dose _____ Posologia _____

E para pacientes com história de alergia às penicilinas?

Antibiótico _____ Dose _____ Posologia _____

12. Na prevenção da endocardite, existe algum risco do antibiótico causar efeitos adversos, como problemas gastrintestinais ou alergia?

Sim Não

Resultados

Os dados obtidos apontam que os voluntários demonstraram um bom nível de conhecimento sobre aspectos gerais da EB. Entretanto, 82,3%, ou seja, a grande maioria, respondeu de forma incorreta ao descrever o protocolo de profilaxia antibiótica recomendado pela *American Heart Association*, como ilustrado nas tabelas que se seguem:

Tabela 1 - Distribuição das respostas à questão 1: *Você sabe o que é endocardite bacteriana?*

Resposta	n
Sim	117
Não	0

Tabela 2 - Distribuição das respostas à questão 2: *Você troca informações com o médico cardiologista antes de iniciar o tratamento de um paciente portador de doença cardiovascular?*

Resposta	n
Sim	98
Não	17
Às vezes	2

Tabela 3 - Distribuição das respostas à questão 3: *Uma exodontia promove a entrada de bactérias na corrente circulatória, o que é chamado de bacteremia transitória. Quanto tempo dura este fenômeno?*

Resposta	n
30 a 60 minutos	42
3 a 6 horas	32
12 a 24 horas	37
Não soube responder	6

Tabela 4 - Distribuição das respostas à questão 4: *Qual é a chance aproximada de ocorrer endocardite bacteriana num paciente de risco, em decorrência de um procedimento odontológico ?*

Resposta	n
1/100	52
1/1000	51
1/100000	9
Não soube responder	5

Tabela 5 - Distribuição das respostas à questão 5: *Se um paciente desenvolver a EB, em torno de 20 a 30 dias após ter sido tratado no seu consultório, você pode ser responsabilizado por isto?*

Resposta	n
Sim	79
Não	30
Não soube responder	8

Tabela 6 - Distribuição das respostas à questão 6: Qual das seguintes condições cardíacas pode ser de maior risco para a endocardite?

Resposta	n
Sopro cardíaco (prolapso s/ refluxo)	12
Portadores de próteses válvares cardíacas	90
Portadores de pontes de v.safena ou a.mamária	9

Tabela 7 - Distribuição das respostas à questão 7: Pacientes desdentados totais podem desenvolver endocardite bacteriana?

Resposta	n
Sim	81
Não	29
Não soube responder	7

Tabela 8 - Distribuição das respostas à questão 8: A colocação ou presença de piercings bucais pode se constituir num fator de risco para a endocardite bacteriana?

Resposta	n
Sim	103
Não	11
Não soube responder	2

Tabela 9 - Distribuição das respostas à questão 9: Qual a principal espécie de microorganismo da microbiota bucal está associada com a endocardite bacteriana?

Resposta	n
Estafilococos aureus	53
Streptococos viridans	43
Porfiromonas gingivalis	12
Não soube responder	10

Tabela 10 - Distribuição das respostas à questão 10: O uso profilático de antibióticos é uma garantia de que não ocorrerá a endocardite bacteriana?

Resposta	n
Sim	64
Não	51
Não soube responder	3

Tabela 11 - Distribuição das respostas à questão 11: Qual é o atual regime profilático recomendado pela American Heart Association para a prevenção da endocardite em adultos?

Resposta	n
Correto	21
Incorreto	97

Tabela 12 - Distribuição das respostas à questão 12: Na prevenção da endocardite, existe algum risco do antibiótico causar efeitos adversos, como problemas gastrintestinais ou alergia?

Resposta	n
Sim	107
Não	7
Não soube responder	4

Discussão

Com relação à pergunta 1 do questionário, todos os entrevistados possuíam algum conhecimento sobre a endocardite bacteriana e alguns souberam defini-la. Foi ressaltada a importância do assunto, já que a doença é rara, mas causa seqüelas graves e muitas vezes óbito, e às vezes o profissional não toma as devidas precauções.

A importância da troca de informações com o cardiologista é discutida na segunda questão. A maioria dos entrevistados afirmou que rotineiramente fazem contato com o especialista antes do início do tratamento odontológico. O cirurgião-dentista não pode por si só diagnosticar e muito menos tratar as alterações cardiovasculares, portanto é dever do profissional se comunicar com o médico para que, em última análise, este informe qual o grau de risco de um determinado paciente para a endocardite bacteriana¹⁰.

A questão 3 parece ter acarretado algumas dúvidas aos entrevistados. Foi investigado se tinham conhecimento sobre o tempo de duração de bacteremia dita transitória. A maioria dos sujeitos da pesquisa, erroneamente, responderam que este fenômeno biológico dura de 3 a 6 horas, outros disseram 12 a 24 horas, sendo que alguns poucos nem souberam responder. Na verdade, a bacteremia provocada por um procedimento odontológico invasivo tem uma duração de aproximadamente 30 a 60 minutos após a entrada de bactérias na corrente sanguínea¹. Após este tempo, o sangue torna-se novamente estéril, pela ação das células fagocitárias⁶.

Isto explica porque a medicação profilática deve ser administrada 1 hora antes do procedimento odontológico, para que se obtenham níveis plasmáticos adequados no momento em que ocorre a bacteremia transitória. Da mesma

forma, justifica o emprego de uma única dose do antibiótico, que permite uma proteção efetiva por 6 a 8 horas, tempo bem maior que o da duração da bacteremia¹⁰.

Quanto aos procedimentos odontológicos de risco, a profilaxia antibiótica é recomendada sempre que houver expectativa de sangramento expressivo⁴. Contudo, esta correlação pode estar equivocada, pois alguns estudos baseados em evidências sugerem fortemente que não há associação entre tratamento dental e endocardite. Há evidências de que as bacteremias transitórias espontâneas são as causas mais prováveis de EB do que promovidas pelo tratamento dentário⁶.

A questão 4 investigou o conhecimento dos profissionais a respeito do assunto, e muitos não souberam responder que a chance aproximada de um paciente de risco adquirir EB devido à procedimentos odontológicos é de 1/100.000. A proporção é muito pequena, porém a taxa de mortalidade ao contrair a doença é muito alta, por isso é necessário que se faça a profilaxia antibiótica.

Assim, considerando que a profilaxia antibiótica tem indicação precisa em algumas situações específicas, o CD deve ter domínio no assunto, pois pode ser responsabilizado civilmente caso o paciente contraia a doença 20 a 30 dias após o tratamento dental (questão 5). O período de incubação da EB é de 5 dias quando causada por enterococos e de 7 dias para os estreptococos, sendo que a maioria dos casos apresenta sintomatologia dentro de 2 semanas. Os sintomas mais comuns são representados pela fadiga, febre baixa, sudorese, dores nas articulações e perda de peso¹.

Os sinais e sintomas são negligenciados freqüentemente; quando evidentes, refletem complicações e não uma infecção cardíaca por si só. O CD não é responsável por diagnosticar o caso, porém a identificação precoce pode servir de alerta para encaminhar o paciente para uma avaliação médica imediata.

Os pacientes de maior risco para a EB, segundo a *American Heart Association* (Wilson et al, 2007) são os portadores de próteses valvares cardíacas, história prévia de EB, doença cardíaca congênita (CHD) e transplantes cardíacos que desenvolveram valvulopatias cardíacas. Questionados a este respeito, os sujeitos da pesquisa, na sua maioria, responderam à pergunta corretamente.

A pergunta 7 do questionário causou curiosidade por parte dos entrevistados, talvez pelo fato dos desdentados totais não apresentarem sulco gengival, por onde normalmente as bactérias penetrariam na corrente circulatória. Entretanto, 81 dos 117 sujeitos responderam que a endocardite bacteriana pode ocorrer em desdentados totais. Casos deste tipo já foram descritos¹, sugerindo-se que a bacteremia se estabelece através de ulcerações traumáticas, causadas principalmente por próteses totais mal adaptadas.

A questão 8 faz referência à colocação de *piercings* bucais como fator etiológico da EB. Há evidências de que os piercings colocados na mucosa labial, freio lingual e especialmente na língua representam risco potencial para a endocardite, pois se cria uma oportunidade para as bactérias entrarem na corrente sanguínea e chegarem no coração¹¹. Portanto, cabe também ao dentista orientar seus pacientes quanto aos riscos e complicações associadas

à colocação de piercings bucais. A grande maioria dos entrevistados relacionou está prática com o surgimento da doença.

A questão 9 provocou opiniões divididas, pois os entrevistados citaram o *Estafilococos aureus* e o *Streptococos viridans* como as espécies mais associadas à endocardite bacteriana. Isto está de acordo com literatura, pois estes microrganismos estão presentes na pele e mucosas e aderem mais facilmente às superfícies do que outras bactérias.

Também foram divididas as respostas à pergunta 10, de que o uso profilático de antibióticos não é garantia de que não ocorrerá endocardite. Nenhum estudo controlado demonstrou o efeito protetor da profilaxia em humanos. Além disso, o paciente pode apresentar endocardite por outros motivos, como os hábitos rotineiros de higiene oral, como a escovação e uso de fio dental⁶, procedimentos estes que também causam inúmeros episódios de bacteremia transitória durante toda a vida, sem que seja instituída a profilaxia antibiótica².

A questão 11, talvez a pergunta mais importante do questionário, teve por objetivo investigar o conhecimento dos profissionais quanto ao atual regime profilático preconizado pela *American Heart Association*. O resultado foi decepcionante e preocupante, já que a maioria dos entrevistados não soube responder corretamente, sendo preocupante a falta de conhecimento sobre o assunto.

Quanto ao fato dos antibióticos causarem efeitos adversos, mesmo se empregados numa única dose, quase que a totalidade da amostra respondeu que "sim", o que tem suporte na literatura, pois há inúmeros relatos de casos de alergia e transtornos gastrintestinais associados ao uso de antibióticos.

Conclusão

Em virtude da importante e necessária participação do cirurgião-dentista na prevenção da endocardite bacteriana, cursos de educação continuada devem ser oferecidos periodicamente visando aperfeiçoar os conhecimentos do profissional a respeito do assunto.

Cabe ao CD saber conduzir a anamnese de pacientes portadores de doença cardiovascular, trocar informações com o cardiologista para se obter informações sobre o grau de risco do paciente para a EB, para que possa tomar as devidas precauções para se evitar o problema.

Referências Bibliográficas

1. Wahl MJ, Pallasch TJ. Dentistry and Endocarditis. *Curr Infect Dis Rep.* 2005;7(4):251-256.
2. Pallasch TJ. Antibiotic prophylaxis. *Endodontic Topics* 2003;4:46-59.
3. Wallace SM et al. Mortality from infective endocarditis: clinical predictors of outcome. *Heart* 2002;88(1):53-60.
4. Wilson W et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association. *J Am Dent Ass* 2007;138:739-60.
5. Kinane DF, Riggio MP, Walker KF, MacKenzie D, Shearer B. Bacteraemia following periodontal procedures *J Clin Periodontol* 2005;32(7):708-13.
6. Guntheroth WG. How important are dental procedures as a cause of infective endocarditis? *Am J Cardiol* 1984;54:797-801.
7. Almeida MLPW, Souza I, Vieira ASB, Ribeiro AA, Silva DB . Prevention of the endocarditis: perception and attitudes of cardiologists. *J Dent Res* 2001;80(4): 1104.
8. Strom BL et al. Risk factors for infective endocarditis: oral hygiene and no dental exposures. *Circulation.* 2000;102(23):2842-8.
9. Lick SD, Edozie SN, Woodside KJ, Conti VR. *Streptococcus viridans* endocarditis from tongue piercing. *J Emerg Med.* 2005;29(1):57-9.
10. Andrade ED. *Terapêutica medicamentosa em odontologia.* 2ª.ed., São Paulo, Artes Médicas, 2006
11. Armstrong ML, DeBoer S, Cetta F. Infective endocarditis after body art: a review of the literature and concerns. *J Adolesc Health.* 2008 Sep;43(3):217-25.