

Conhecimento sobre endocardite infecciosa entre estudantes de odontologia

Knowledge about infective endocarditis among dentistry students

Clariana Cavalcante de Albuquerque¹
 Júlio César Nascimento Sousa¹
 Heloisa Helena Pinho Veloso²
 MoniqueDanyelle Emiliano Batista Paiva²
 Paula Vanessa Silva³
 Andréa Sarmiento Queiroga²

¹Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ,
 João Pessoa-PB, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João
 Pessoa-PB, Brasil.

³Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos-PB,
 Brasil.

Correspondência

Andréa Sarmiento Queiroga
 Avenida Esperança 801, apartamento 502,
 Manaíra, João Pessoa-PB. 58038-281, Brasil.
 desasq@hotmail.com

Recebido em 02/abril/2014
 Aprovado em 06/maio/2014

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre Endocardite Infecciosa (EI) entre estudantes do 9.º e 10.º períodos do curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

Método: Foi realizada uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa dos dados. A amostra foi composta por 59 estudantes, que responderam um questionário composto de 6 quesitos (4 objetivos e 2 subjetivos) específicos sobre o assunto. Os dados foram registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows®, versão 20.0, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada.

Resultados: A maioria dos estudantes (83,1%) definiu corretamente a EI. O fator de risco para desenvolvimento da EI mais citado foi a endocardite infecciosa prévia (86,4%). A maioria dos estudantes (91,5%) destacou a extração dentária como um dos procedimentos em que a profilaxia antibiótica é necessária para a prevenção da EI. Apenas 13,6% dos estudantes acertaram o protocolo de prevenção da EI. A maioria (74,6%) julgou insuficiente os conhecimentos adquiridos sobre a EI durante a graduação.

Conclusão: Apesar de os estudantes mostrarem-se conscientes quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento da EI, bem como sobre os procedimentos odontológicos em que é necessário a profilaxia antibiótica, é preocupante o número reduzido daqueles que conhecem o protocolo de prevenção desta infecção.

Palavras-chave: Endocardite Infecciosa; Estudantes; Odontologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate knowledge about infective endocarditis (IE) among students from the 9th and 10th terms of the Dentistry course at *Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ*.

Method: A field research with quantitative approach of data was carried out. The sample was composed of 59 students who answered to a questionnaire containing six specific questions (four objective and two subjective ones) about the subject. Data were registered as database of the SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) computing program for Windows®, version 20.0, and they were analyzed by means of descriptive and bivariate inferential statistics.

Results: Most of the students (83,1%) defined IE correctly. The mostly mentioned risk factor for the development of IE was the previous infective endocarditis (86,4%). The majority of the students (91,5%) highlighted tooth extraction as one of the procedures in which the antibiotic prophylaxis is necessary for preventing IE. Only 13,6% of the students correctly defined the IE prevention protocol. The majority of them (74,6%) judged the acquired knowledge as insufficient regarding the IE during the undergraduate course.

Conclusion: In spite of the students showed to be aware in relation to risk factors for the IE development as well as about the dental procedures, in which the antibiotic prophylaxis is necessary, the reduced number of those who know the prevention protocol of this infection is of great concern.

Keywords: Infective Endocarditis; Students; Dentistry.

INTRODUÇÃO

A literatura descreve a Endocardite Infecçiosa (EI) como sendo uma patologia relativamente rara, de origem primordialmente bacteriana, a qual o agente infeccioso invade as superfícies endocárdicas, produzindo inflamações e lesões do endocárdio ou das valvas cardíacas^{1,2}.

O desenvolvimento da EI pode estar associado a procedimentos odontológicos que causem sangramentos ou bacteremias, principalmente em pacientes portadores de determinadas cardiopatias congênitas ou adquiridas³⁻⁶.

A doença possui alguns fatores de risco, ou seja, situações que facilitam seu aparecimento, como pacientes portadores de prótese valvar cardíaca, pacientes com história prévia de EI, doenças cardíacas congênitas, Shunts ou condutos pul-

monares sistêmicos construídos cirurgicamente, a maioria das outras malformações congênitas, disfunção valvular adquirida (ex.: doença cardíaca reumática), cardiomiopatia hipertrófica, e prolapso da válvula mitral com regurgitação valvular^{5,6}.

O tratamento existe, e visa controlar a infecção e a correção do fator que predispôs a EI. Podendo ser medicamentoso, com o uso de antibioterapia, ou cirúrgico, com a substituição da válvula afetada².

Antes da existência dos antibióticos a doença era quase que invariavelmente fatal. Hoje permanece séria, porém com um prognóstico muito melhor, exatamente pela descoberta do uso da profilaxia antibiótica, sendo de grande

importância o conhecimento desta, principalmente pelos profissionais da área da saúde, vendo a relevância de tal procedimento frente a infecções que podem acarretar a morte, contudo também, frente ao uso indiscriminado dos antibióticos^{7,8}. O atual esquema profilático proposto pela AHA recomenda a amoxicilina com antibiótico de primeira escolha, administrada uma hora antes do procedimento por via oral. Para os alérgicos as penicilinas, cefalexina ou celalospolina, clindamicina, azitromicina ou claritromicinas são recomendados⁹.

Neste contexto, estudos acerca do conhecimento de estudantes de Odontologia sobre Endocardite Infecciosa, tornam-se de grande relevância, por fornecerem dados sobre o conhecimento de medidas preventivas contra a infecção e servir de base para programas de orientação profissional. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi verificar os conhecimentos sobre endocardite infecciosa entre alunos do último ano do curso de odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

METODOLOGIA

Foi feito um estudo transversal de caráter exploratório cuja população foi composta por todos (n=74) os estudantes do nono e décimo períodos do curso de Odontologia do UNIPÊ, matriculados no semestre letivo 2013.1. O universo restringiu-se aos estudantes pré-concluintes (nono período) e concluintes (décimo período) tendo em vista que nesta fase do curso os estudantes provavelmente já tiveram a oportunidade de adquirir informações sobre a EI. A amostra foi composta por 59 estudantes, uma vez que 5 estudantes não preencheram o questionário completo, 6 estudantes não concordaram em participar do estudo e 4 estudantes foram excluídos por não estarem na instituição no dia programado para a distribuição e preenchimento dos questionários.

A coleta de dados foi realizada com a aplicação de um questionário semi-estruturado, desenvolvido por Rocha et al.¹. Este questionário auto-aplicável foi composto por 6 perguntas, abertas e fechadas, sobre a definição de EI, pa-

cientes e procedimentos odontológicos de risco e protocolo medicamentoso indicado para a prevenção desta infecção.

Os dados foram registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows®, versão 20.0, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. Os procedimentos de inferência estatística, por sua vez, foram realizados com base em estatística não paramétrica, por meio do teste de aderência e teste Qui-Quadrado. Para os dados inferenciais foi considerado um nível de confiança de 95% e considerados significativos os dados com probabilidade associada inferior a 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ e aprovado em 18/12/2012 com o parecer 177.205.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica da amostra

Participaram desta pesquisa 59 estudantes de odontologia regularmente matriculados no nono (54,2%) e décimo (45,8%) períodos do curso de Odontologia do UNIPÊ. A maioria era do sexo feminino (54,2%), e a idade média dos participantes da pesquisa foi de 24,29 anos (DP=3,97). Variando entre 20 e 41 anos de idade.

Avaliação da compreensão dos estudantes sobre endocardite infecciosa

Inicialmente, foi questionado aos estudantes o que estes entendiam por EI. De forma estatisticamente significativa ($\chi^2=147,52$; $p < 0,001$), a resposta predominante apontava para uma infecção no coração, causada por bactérias provenientes da boca, citada por 83,1% dos participantes. A Tabela 1 discrimina todas as respostas obtidas.

Tabela 1.

Avaliação da compreensão dos estudantes sobre endocardite infecciosa

Compreensão sobre a Endocardite Infecciosa	f	%
Infecção no coração, causada por bactérias provenientes da boca	49*	83,1*
Infecção no coração/tecido cardíaco	3	5,1
Inflamação no coração	1	1,7
Não soube	5	8,5
Não respondeu	1	1,7
χ^2 (p)	147,52 (<0,001)*	

Avaliação dos fatores considerados de risco para desenvolvimento da endocardite infecciosa

Os participantes desta pesquisa informaram quais fatores consideravam de risco para o desenvolvimento da EI. A resposta predominante, citada por 86,4% dos estudantes, foi o paciente ter apresentado EI prévia. Na Tabela 3 observam-se todas as respostas obtidas.

Tabela 2.

Avaliação dos fatores considerados de risco para desenvolvimento da endocardite infecciosa pelos participantes do estudo

Fatores considerados de risco	F	%
Angina de peito	24*	40,7*
Portadores de prótese valvar cardíaca	45*	76,3*
Hipertensão arterial sistêmica	9	15,3
Endocardite Infecciosa prévia	51*	86,4*
Marca passos cardíacos	32*	54,2*
Prolapso de valva mitral sem regurgitação	10	16,9
Prolapso de valva mitral com regurgitação	17	28,8
Doença isquêmica cardíaca	13	22,0
Febre reumática sem disfunção valvar	7	11,9
Valva aórtica bicúspide	15	25,4
Reparo cirúrgico com defeitos septais	13	22,0
Disfunção valvar reumática	6	10,2
Doença cianótica congênita complexa	2	3,4

Infarto agudo do miocárdio	21	35,6
Febre reumática prévia	12	20,3
Estomatite protética aguda	1	1,7
χ^2 (p)	178,63 (<0,001)*	

Avaliação dos procedimentos odontológicos em que a antibioticoterapia profilática é considerada necessária

Foi solicitado aos estudantes que assinalassem em quais procedimentos odontológicos eles achavam necessária antibioticoterapia profilática. Na tabela 3 estão detalhadas todas as respostas e os percentuais correspondentes.

Tabela 3.

Avaliação dos procedimentos odontológicos em que a antibioticoterapia profilática é considerada necessária

Procedimentos odontológicos	f	%
Radiografia intra-oral	-	-
Extração dentária	54*	91,5*
Colocação de próteses removíveis	2	3,4
Colocação de bandas ortodônticas	3	5,1
Restaurações de dentes com cárie	6	10,2
Raspagem e alisamento corono-radicular	45*	76,3*
Colocação de isolamento absoluto	-	-
Injeções intraligamentares	8	13,6
Reimplantes de dentes avulsionados	40*	67,8*
Tratamento endodôntico limitado aos condutos	18*	30,5*
Sondagem periodontal	6	10,2
Profilaxia profissional	2	3,4
Qualquer injeção anestésica local (infiltrativa ou bloqueio)	1	1,7
Qualquer procedimento cruento, invasivo	1	1,7
Cirurgias maiores	1	1,7
χ^2 (p)	301,09 (<0,001)*	

Avaliação do protocolo de profilaxia antibiótica para a prevenção da endocardite infecciosa

Verificou-se que apenas 13,6% acertaram o protocolo completo (medicamento, posologia e tempo de administração). 32,2% acertaram o medicamento e o tempo de administração; 16,9% acertaram somente o medicamento, ao passo que 22,0% não souberam responder qual o protocolo para a prevenção da EI. Estas respostas foram aquelas que apresentaram significância do ponto de vista estatístico. Na TABELA 5 observam-se todas as respostas obtidas com seus respectivos percentuais.

Tabela 4.

Avaliação do protocolo citado pelos participantes para o tratamento da endocardite infecciosa

Protocolo frente à Endocardite Infecciosa	f	%
Acertou o protocolo completo	8*	13,6*
Acertou o medicamento e a posologia	1	1,7
Acertou o medicamento e o tempo de administração	19*	32,2*
Acertou somente o medicamento	10*	16,9*
Acertou somente o tempo de administração	3	5,1
Não soube	13*	22,0*
Não respondeu	4	6,8
Acertou somente a posologia	1	1,7
χ^2 (p)	38,76 (<0,001)*	

Avaliação da frequência de atendimento clínico considerada correta para tratamento odontológico em pacientes que necessitam de profilaxia antibiótica para prevenção da endocardite infecciosa

A maior parte dos estudantes (35,6%) considerou que a frequência correta de atendimento clínico de pacientes que necessitam de profilaxia antibiótica para prevenção da EI é de uma vez a cada 15 dias. Este percentual foi aquele que apresentou a maior prevalência estatística. A Tabela 5 discrimina todas as respostas obtidas.

Tabela 5.

Avaliação da frequência de atendimento clínico considerada correta para tratamento odontológico em pacientes que necessitam de profilaxia antibiótica para prevenção da endocardite infecciosa

Frequência de atendimento clínico	f	%
2x por semana	8	13,6
1x por semana	14*	23,7*
1x a cada 15 dias	21*	35,6*
1x a cada 30 dias	12*	20,3*
Não sabe ou não informou	4	6,8
χ^2 (p)	13,96 (0,007)*	

Avaliação da suficiência do conhecimento adquirido durante a graduação sobre a endocardite infecciosa

Avaliou-se a percepção dos estudantes sobre a suficiência dos conhecimentos sobre EI que adquiriam durante a graduação. A maioria dos respondentes (74,6%), de forma estatisticamente significativa, julgou tais conhecimentos insuficientes. Os demais (25,4%) consideraram suficiente.

Após a avaliação da suficiência do conhecimento dos estudantes, foi solicitado a estes que tecessem sugestões para aprofundar os conhecimentos em EI. A maior parte dos estudantes (54,2%), de forma estatisticamente significativa, sugeriu o acréscimo à grade curricular de aulas, palestras, cursos ou seminários. Também de forma significativa segundo critérios estatísticos, 25,4% dos estudantes não apresentaram sugestões, por considerarem o conhecimento que obtiveram suficiente.

DISCUSSÃO

A endocardite infecciosa é descrita 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 microorganismos¹⁰.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, pode-se considerar que os estudantes incluídos na amostra desta pesquisa estão conscientes

do que significa esta infecção, visto que, pouco mais de 83% destes responderam corretamente o conceito de EI. Tais resultados estão de acordo com os obtidos por Rocha et al.¹ que avaliaram os conhecimentos e condutas para a prevenção da EI entre os cirurgiões dentistas e acadêmicos de odontologia da cidade de Anápolis-GO. Os autores observaram um total de 78% de acerto entre os cirurgiões dentistas e de 44% entre os estudantes de odontologia. Entretanto, no trabalho de Vieira e Castilho¹¹ que avaliou o grau de conhecimento dos formandos de odontologia da região Sul-Fluminense a respeito da EI e sua prevenção, o resultado encontrado não foi tão satisfatório quanto os citados anteriormente, pois apenas 35% dos acadêmicos avaliados mostraram conhecer o significado da EI.

A American Heart Association (AHA) descreve como sendo pacientes de alto risco para o desenvolvimento da EI, os portadores de válvulas cardíacas protéticas, de Endocardite Bacteriana prévia, de doenças cardíacas congênitas e os portadores de shunts ou condutos pulmonares sistêmicos construídos cirurgicamente⁹.

Neste estudo os estudantes apontaram como principais fatores de riscos para o desenvolvimento da EI: endocardite infecciosa prévia (86,4%), portadores de prótese valvar cardíaca (76,3%) marca passos cardíacos (54,2%) e angina de peito (40,7%). Este resultado mostra-se de grande relevância, pois indica que os estudantes estão informados dos fatores considerados de risco para o desenvolvimento da EI. Resultado este não correspondente com o encontrado no trabalho de Vasconcelos et al.¹² que analisaram o conhecimento de estudantes de odontologia de duas universidades (UEPB e UFPB) do estado da Paraíba. Os resultados mostraram que a maioria dos acadêmicos (68% - UFPB e 50% - UEPB) não respondeu ao quesito, e uma pequena parte da amostra citou alterações cardíacas (15,5% - UFPB e 25% - UEPB) e alterações do sistema imune (1,75% - UFPB e 6,3% - UEPB) como sendo fatores predisponentes ao desenvolvimento da EI.

O estudo de Rocha et al.¹ mostrou que 67% dos CDs e 32% dos acadêmicos, consideraram necessária a profilaxia antibiótica para pacientes com prolapso da valva mitral com regurgitação, para pacientes com disfunção valvar reumática

(63% dos CDs e 36% dos acadêmicos), pacientes com febre reumática prévia (73% dos CDs e 32% dos acadêmicos) e para pacientes com febre reumática sem disfunção valvar 47% dos CDs e 14% dos acadêmicos acreditaram ser fundamental a terapia profilática, indicando assim que de uma forma geral, os cirurgiões dentistas têm mais predisposição a realizar a profilaxia antibiótica da EI, mesmo em condições de baixo risco (febre reumática prévia).

A AHA propõe que a profilaxia antibiótica da EI seja realizada previamente a todos os procedimentos odontológicos que envolvem manipulação do tecido gengival ou da região periapical ou perfuração da mucosa bucal, somente para pacientes com condições cardíacas de alto risco (válvulas cardíacas protéticas ou material protético usado para reparo de válvulas cardíacas, história prévia de EI, doenças cardíacas congênitas e pacientes que receberam transplante cardíaco e desenvolveram valvulopatia cardíaca) para a EI⁹.

De acordo com o corrente estudo, pode-se afirmar que os estudantes estão bem inteirados com relação aos procedimentos odontológicos que necessitam a antibioticoterapia prévia. Concomitante com o trabalho de Vasconcelos et al.¹² em que a maior parte dos acadêmicos (76,5% - UFPB e 84,5% - UEPB) soube responder quais os procedimentos odontológicos que podem acarretar à EI, conseqüentemente os que exigem a profilaxia antibiótica.

Observando também o estudo de Rodrigues¹³, que analisou os conhecimentos de estudantes de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba e de cirurgiões dentistas da rede pública de João Pessoa-PB, em relação às condutas preventivas quanto à EI, foi possível perceber que muitos dos procedimentos odontológicos em que não é recomendada, pela AHA, a profilaxia antibiótica, foram assinalados, como por exemplo, sangramento causado por trauma nos lábios ou na mucosa oral (20% dos acadêmicos e 34% dos cirurgiões dentistas) consideraram ser preciso a antibioticoterapia, a realização de tomada radiográfica também foi julgada como necessária a terapia profilática por 6% dos acadêmicos, demonstrando assim a necessidade de um maior esclarecimento e divulgação do protocolo estabelecido pela AHA.

No presente estudo os dados obtidos com relação ao protocolo de prevenção para EI são preocupantes, pois indicaram que os estudantes não estão seguros para instituir o protocolo de prevenção, visto que apenas 13,6% deles o acertaram por completo.

Os resultados deste estudo diferem dos resultados encontrados no trabalho de Rodrigues¹³, em que 52% dos estudantes responderam de modo correto, porém, entre os profissionais da área, 43% não responderam corretamente.

Diferentemente dos resultados até agora citados, a pesquisa realizada por Vieira e Castilho¹¹, constatou que 81% dos acadêmicos avaliados responderam acertadamente a respeito da profilaxia antibiótica, entretanto, os autores utilizaram uma questão de múltipla escolha, o que pode vir a induzir uma resposta adequada à questão proposta.

Segundo Rocha et al.¹ ocorre escassez na literatura brasileira quanto aos conhecimentos e condutas de cirurgiões dentistas ou acadêmicos

de Odontologia em relação à EI. No estudo realizado, pelos autores em Anápolis-GO, apenas metade dos cirurgiões dentistas e acadêmicos souberam indicar a posologia correta para a prevenção da EI, e as demais respostas foram aleatórias, sem fundamentação teórica, demonstrando a falta de conhecimentos dos participantes quanto à profilaxia atual recomendada.

O protocolo proposto pela AHA em 2007, inclui a administração de 2g de Amoxicilina, por via oral, 1h antes do procedimento, a pacientes com possibilidade de administração oral e não alérgicos à penicilinas⁹. De acordo com Cavezzi Junior¹⁴, a amoxicilina tem sido o suporte principal para recomendações de profilaxia da endocardite por ser mais bem absorvida pelo trato gastrointestinal e proporcionar níveis sanguíneos mais elevados e prolongados. Noquadroabaixo observa-se o protocolo padrão e os protocolos alternativos para a prevenção da EI.

Regimes recomendados para profilaxia da endocardite infecciosa (Adaptada de Wilson et al., 2007)

Tipo de Paciente	Antibiótico	Posologia: dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento	
		Adultos	Crianças
Protocolo Padrão por via oral	Amoxicilina	2g	50mg/kg
Alérgicos a penicilinas	Cefalexina	2g	50mg/kg
	Clindamicina	600mg	20mg/kg
	Azitromicina ou Claritromicina	500mg	15mg/kg
Impossibilitados de receber medicação por via oral	Ampicilina	2g IM ou IV	50mg/kg IM ou IV
	Cefazolina ou Ceftriaxona	1g IM ou IV	50mg/kg IM ou IV
Alérgicos a penicilinas e impossibilitados de receber medicação por via oral	Cefazolina ou Ceftriaxona		50mg/kg IM ou IV
	Clindamicina		20mg/kg IM ou IV
	1g IM ou IV		
	600mg IM ou IV		

Alguns autores^{7,15,16} questionaram sobre a carência de estudos randomizados controlados em humanos que demonstrem a eficiência da profilaxia antibiótica contra a EI, ou mesmo se a bacteremia transitória decorrente dos procedimentos odontológicos pode ser suficiente para o desenvolvimento deste tipo de complicação. De acordo com as recomendações da American Heart Association (2007), a manutenção da saúde e higiene bucal adequadas é mais importante que os antibióticos profiláticos para a redução do risco da EI resultante de um procedimento odontológico.

Almeida et al.⁸ destacaram que deve-se realizar a profilaxia somente quando indicada, e em dose única, a fim de se evitar o uso indiscriminado de antimicrobianos e a resistência bacteriana, o que pode comprometer a eficácia futura de antimicrobianos atualmente eficientes contra esta e outras doenças. Ressaltaram ainda que a troca de informações com o médico cardiologista é imprescindível para que ele possa estabelecer e esclarecer o grau de risco da condição cardíaca.

Com relação a frequência de atendimento clínico, a maioria dos estudantes (35,6%) considerou correto o atendimento realizado a cada quinze dias. Em estudo realizado por Rocha et al.¹, a maioria dos profissionais avaliados (52%) consideraram que a melhor frequência de atendimento seria uma vez por semana. Infelizmente não há evidências na literatura que defina de forma precisa qual o intervalo de tempo entre as sessões de atendimento clínico que pode ser considerado mais seguro para os pacientes de risco para a EI.

Segundo Branco, Volpato, Andrade⁷, os atendimentos devem respeitar um intervalo de 9 a 14 dias entre as sessões nas quais o uso de profilaxia antibiótica estiver indicada. Rocha et al.¹ ressaltaram que se forem necessários vários procedimentos odontológicos, é importante manter um intervalo de 10 dias entre as sessões para evitar o surgimento de microorganismos resistentes ao antibiótico utilizado. No entanto, Cavezzi Junior¹⁵ destacou que uma única dose de 2g de amoxicilina uma hora antes do procedimento odontológico, conforme preconizado pelo protocolo da profilaxia antibiótica para prevenção da EI, teria pouco ou nenhum efeito

sobre o surgimento do número de estreptococos resistentes e de importância significativa na redução da bacteremia. De acordo com Goud et al.¹⁷ apenas a partir da segunda e da terceira dose se observa um acréscimo significativo do número de estreptococos resistentes e persistentes por quatro a sete semanas. Assim, nos pacientes de risco que necessitassem de sucessivas sessões para tratamento odontológico associado à produção de bacteremias, a opção seria um regime alternativo antibacteriano ou esperar, no mínimo, um intervalo de quatro semanas entre as sessões.

A maioria (74,6%) dos estudantes incluídos na amostra deste estudo considerou insuficientes os conhecimentos sobre EI adquiridos durante a graduação. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Rodrigues¹³, em que apenas 8 % dos acadêmicos e 24% dos profissionais da área, consideraram satisfatórios os conhecimentos adquiridos acerca desta infecção. Resultados também equivalentes, foram encontrados na pesquisa de Vasconcelos et al.¹², onde a grande maioria (94% - UFPB) e (87% - UEPB) consideraram as informações obtidas durante a graduação, insuficientes para uma prática profissional segura.

De acordo com Rocha; Rocha; Sprovieri² a EI representa uma patologia com perfil bastante variável e dinâmico, com mudanças profundas nos últimos anos. Deste modo, discussões e atualizações se fazem necessárias para que tal assunto seja desmistificado, a fim de um maior esclarecimento aos estudantes e futuros profissionais da área, para que estes adotem medidas corretas de prevenção, em benefício da saúde do paciente¹².

Os resultados relativos a suficiência dos conhecimentos dos estudantes, bem como as considerações de Rocha; Rocha; Sprovieri² e de Vasconcelos et al.¹² acima citadas justificam as sugestões apontadas pelos estudantes desta pesquisa para aprofundar os conhecimentos em EI. A maior parte dos estudantes (54,2%), de forma estatisticamente significativa, sugeriu o acréscimo à grade curricular de aulas, palestras, cursos ou seminários.

A pesquisa de Rodrigues¹³ também encontrou como resultado muitas sugestões de melhorias na prática e conhecimentos quanto à EI. Dentre

os acadêmicos, 52% sugeriram uma maior ênfase sobre o assunto em aulas de algumas disciplinas específicas, já entre os cirurgiões dentistas, 50% deles propuseram a realização de cursos e atualizações na área. Como também o trabalho de Vasconcelos et al., (2002) onde (65,8% - UFPB) e (40,8% - UEPB) se mostraram insatisfeitos, em relação aos conhecimentos quanto à EI, adquiridos durante a graduação, sugerindo desta forma, melhorias na metodologia acadêmica como aulas didáticas, palestras, trabalhos informativos e cursos.

Percebe-se, portanto, a necessidade de que informações a respeito de alterações sistêmicas como a EI, sejam transmitidas de forma mais clara e abrangente pelos educadores, contribuindo assim, na formação de profissionais melhor habilitados.

CONCLUSÃO

Dentre os estudantes pesquisados, a maioria mostrou-se consciente sobre o que é a endocardite infecciosa, sobre os procedimentos odontológicos relacionados ao risco de desenvolvimento da mesma em pacientes de risco, bem como sobre quais condições representam fatores de risco para o desenvolvimento desta infecção, no entanto não foram obtidos dados satisfatórios referentes à conduta preventiva desta patologia durante a prática clínica. Considerando assim necessário, um maior enfoque acerca da Endocardite Infecciosa, durante a graduação do curso de Odontologia, garantindo informações suficientes para a futura prática profissional segura.

REFERÊNCIAS

1. Rocha LMA, Oliveira PRD, Santos PB, Jesus LA, Stefani CM. Conhecimentos e Condutas para Prevenção da Endocardite Infecciosa entre Cirurgiões-Dentistas e Acadêmicos de Odontologia. *Robrac*. 2008; 17(44):146-153.
2. Rocha CAS, Rocha MS, Sprovieri SRS. O que há de novo na profilaxia da endocardite bacteriana. Deve-se mudar a conduta atual? *Revista Brasileira de Clínica Médica*. 2009; 7: 418-421.
3. Strom BL, Abrutyn E, Berlin JA, Kinman J L, Feldman RS, Stolley PD, et al. Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis. A population based, case-control study. *Annals of Internal Medicine*. 1998; 129 (10): 761-769.
4. LaureanoFilho JR, Lago CA, Xavier RLF, Coutinho TD, Silva CE. Importância da profilaxia antibiótica na prevenção da Endocardite Bacteriana. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2003; 3(3):43-51.
5. Pallasch TJ. Antibiotic prophylaxis: problems in paradise. *Dental Clinics of North America*. 2003; 47(4): 665-679.
6. Roberts GJ, Jaffray EC, Spratt DA, Petrie A, Greville C, Wilson M, et al. Duration, prevalence and intensity of bacteraemia after dental extractions in children. *Heart*. 2006; 92(9): 1274-1277.
7. Branco FP, Volpato MC, Andrade ED. Profilaxia da Endocardite Bacteriana na clínica odontológica - o que mudou nos últimos anos? *Revista Periodontia*. 2007; 17(3): 23-29.
8. Almeida LSB, Castro, ML, Cogo K, Rosalen PL, Andrade ED, Franco GCN. Profilaxia da Endocardite Infecciosa: Recomendações atuais da "American Heart Association (AHA)". *Revista Periodontia*. 2009; 19 (4): 7-10.

9. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007; 116 (15): 1736-1754. Available at: <http://circ.aha.ahajournals.org/>. Accessed: January 10, 2014.
10. Andrade ED, Grooppo FC, Fiol FSD. Profilaxia e tratamento das infecções bacterianas. in: andrade ed. terapêutica Medicamentosa em odontologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.61-93.
11. Vieira FLD, Castilho PPS. Avaliação do grau de conhecimento dos formandos em Odontologia da região sul-fluminense a respeito da Endocardite Infecçiosa e sua prevenção. *Revista Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2005; 2(1): 2-6.
12. Vasconcelos LCS, Barreto RC, Almeida PASM, Pereira GAS, Jorge DJ, Santos MAF, et al. Conhecimento sobre Endocardite Infecçiosa entre alunos de Odontologia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2002; 6(3):279-290.
13. Rodrigues JL. Endocardite Infecçiosa: Conduta preventiva de cirurgiões- dentistas e acadêmicos de Odontologia. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal da Paraíba; 2010. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/dor/templates/joomla-vortex/TCC/10.2/19.pdf>. Acessado em: 10/jan/2014.
14. Cavezzi Junior O. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a odontologia. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2010; 7 (3): 372-376.
15. Cavezzi Júnior O, Zanatto, ARL. Endocardite Infecçiosa: Odontologia baseada em evidências. *Odontologia Clínica Científica*. 2003; 2(2): 85-94.
16. Farbord F, Kanaan H, Farbod J. Infective endocarditis and antibiotic prophylaxis prior to dental/oral procedures: latest revision to the guidelines by the American Heart Association published April 2007. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009; 38 (6): 626-631.
17. Gould FK, Elliot TS, Foweraker J, Fulford M, Perry JD, Roberts GJ et al. Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the working party at British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2006; 57 (6): 1035-1042.