

FACULDADE MERIDIONAL – IMED

CURSO DE ODONTOLOGIA

EDUARDO ZAMBONI

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS ACERCA DA
CONDUTA DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA NA PREVENÇÃO DE
ENDOCARDITE INFECCIOSA**

PASSO FUNDO

2016

Eduardo Zamboni

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS ACERCA DA
CONDUTA DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA NA PREVENÇÃO DE
ENDOCARDITE INFECCIOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo acadêmico de Odontologia Eduardo Zamboni, da Faculdade Meridional - IMED, como requisito indispensável para a obtenção de grau em Odontologia.

PASSO FUNDO

2016

Eduardo Zamboni

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS ACERCA DA
CONDUTA DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA NA PREVENÇÃO DE
ENDOCARDITE INFECCIOSA**

Professor orientador:

Prof.Ms. Carlos Alberto Rech

PASSO FUNDO

2016

DEDICATÓRIA

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTO

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta faculdade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador Carlos A. Rech, pela paciência, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso.
Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas,
assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias.
A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas,
os perdedores se acomodam nas vitórias.”*

Roberto Shinyashiki

RESUMO

A profilaxia antibiótica pode ser definida como o uso profilático de antibióticos para prevenir infecções bacterianas no trans e pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias e/ou procedimentos considerados invasivos, além de prevenir, serve também para reduzir e evitar complicações pós-operatórias. Entretanto, seu uso tem se tornado corriqueiro, do modo que, há casos em que os profissionais que utilizam e/ou a indicam não tem conhecimento sobre a conduta. Este estudo teve por objetivo avaliar, através de um questionário, o conhecimento da aplicabilidade e das indicações da profilaxia antibiótica e/ou a terapêutica adotada pelos cirurgiões-dentistas. O estudo realizado foi uma abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 29 cirurgiões-dentistas vinculados à Odontocenter e CEOM, especialistas em Periodontia, Implantodontia e cirurgia Bucomaxilofacial. Com base nos resultados do presente estudo onde 86% dos cirurgiões-dentistas indicam e/ou realizam a profilaxia antibiótica e 14% não indicam e nem realizam, pode-se concluir que não há consenso entre os profissionais quanto à necessidade ou mesmo protocolo da profilaxia antibiótica e que muitos profissionais, ao fazer indicação incorreta ao uso da profilaxia antibiótica na odontologia acabam por favorecer o desenvolvimento de resistência bacteriana.

Palavras-chave: Profilaxia antibiótica. Infecção bacteriana. Odontologia.

ABSTRACT

Antibiotic prophylaxis may be defined as the prophylactic use of antibiotics to avoid bacterial infections during and after surgeries and in invasive procedures in patients. Besides avoiding infections, it also reduces post-operative complications. Nevertheless, its use has become usual and in some cases, professionals do not have a proper indication for its application. This study aims at assessing by a questionnaire, the knowledge and use of antibiotic prophylaxis by dentists. Sample consisted of twenty-nine subjects in a quantitative approach. Dentists were associated to post-graduation courses at Odontocenter and CEOM, attending Periodontology, Implantology and Buccomaxillofacial Surgery. The results showed 86% of the professionals using antibiotic prophylaxis against 14% who do not. It is concluded there is no consensus on the scheme used for the prophylaxis, as well as for the need of it. With this, bacterial resistance is favored.

Key Words: Antibiotic prophylaxis. Bacterial infection. Dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1	Conhecimento sobre a realização ou não de profilaxia antibiótica.	33
Figura 2	Conhecimento dos casos em que a profilaxia antibiótica é indicada e/ou utilizada.	34
Tabela 1	Conhecimento relacionado a associação de controle químico pré-operatório de placa bacteriana com a profilaxia antibiótica.	34
Figura 3	Conhecimento relacionado ao produto e a frequência do controle químico pré-operatório de placa bacteriana.	35
Tabela 2	Conhecimento relacionado as razões da terapêutica pós-operatória.	36
Tabela 3	Conhecimento relacionado a dose da terapêutica pós-operatória.	37
Tabela 4	Conhecimento relacionado ao controle químico de placa bacteriana no pós-operatório.	37
Tabela 5	Conhecimento relacionado ao produto e a frequência do controle químico pós-operatório de placa bacteriana.	38

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
3. OBJETIVOS	30
4. METODOLOGIA	31
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSSÃO	39
7. CONCLUSÕES	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	45
ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

Alguns dos cirurgiões dentistas não sabe indicar a profilaxia antibiótica ou a utiliza incorretamente, seja em escolha, dosagem ou tempo de uso. Assim, acaba por ser ineficiente na prevenção de bacteremia transitória transoperatória (ARANEGA et al., 2004).

A antibioticoterapia profilática pode ser explicada como o uso preventivo de antibióticos em pacientes que não demonstram sinais ou sintomas de infecção, tendo como objetivo evitar o seu aparecimento. Ela baseia-se na idéia de que os antibióticos conseguem eliminar ou impedir o crescimento de bactérias, consequentemente prevenindo um processo infeccioso (SEABRA; SEABRA; SEABRA, 2004).

Os antimicrobianos são considerados notáveis exemplos de evolução da medicina moderna. Entretanto a adaptabilidade dos microrganismos capacita a resistência a determinados antibióticos. Contudo, alguns profissionais apresentam falta de conhecimento sobre a diferença entre antibióticoterapia, profilaxia antibiótica e terapêutica medicamentosa (TRENTO, 2014).

Procedimentos odontológicos são responsáveis por aproximadamente 40% das origens de endocardite bacteriana. A endocardite é uma patologia com consequências para pacientes de risco. Para diminuir ou extinguir a possibilidade de os procedimentos odontológicos provocarem uma bacteriemia, a American Heart Association (AHA), sugere técnicas preventivas de profilaxia antibiótica nos pacientes de risco antes de alguns tratamentos como por exemplo o tratamento endodôntico se houver instrumentação além do forame apical, em cirurgias endodônticas, e na necessidade de anestesia intraligamentar (CINTRA, 2015).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o objetivo de avaliar indicações, forma de utilização e conduta dos cirurgiões-dentistas quanto à profilaxia antibiótica, foi aplicado um questionário para cem participantes de cidades do oeste paulista. Como conclusão foi possível identificar que a maioria dos cirurgiões-dentistas não sabe indicar a profilaxia quanto aos quesitos de escolha do antimicrobiano, dosagem e posologia (ARANEGA et al, 2004).

O objetivo de um estudo foi estabelecer um protocolo de utilização de profilaxia antibiótica em cirurgias periodontais, baseado em princípios científicos comprovados e publicados. Em casos de pacientes com recomendação de profilaxia antibiótica contra endocardite infecciosa como preconizada pela AHA em 1997 (a dose inicia de 1 g de penicilina V, continuando com a cobertura pós-operatória por mais 2 dias): Sempre realizar a profilaxia em: Sondagem, raspagem e alisamento corono-radicular, polimento com pasta profilática e qualquer cirurgia periodontal. Pacientes sem recomendação de profilaxia antibiótica contra endocardite infecciosa como recomendada pela AHA em 1997, sem imunodepressão, debilidade sistêmica e não diabéticos, a profilaxia antibiótica não é indicada em casos de procedimentos básicos, Cirurgias Ressectivas (gengivectomia/ plastia, osteotomia, osteoplastia, odontosseção, rizectomia aumento de coroa clínica), retalho de Widman Modificado, cirurgias mucogengivais inclusive com enxertos gengivais livres ou pediculados. Em casos de cirurgias regenerativas com qualquer tipo de enxerto ósseo e/ou qualquer tipo de membrana e cirurgia para inserção de implantes osseointegrados ela é indicada, e usa-se Amoxicilina ou Eritromicina 1g, 1h antes do procedimento. As prescrições inadequadas de antibióticos colaboram para que as bactérias resistentes tornem-se mais frequentes. O costume da prescrição equivocada tem o potencial, que lamentavelmente não pode ser visto, só imaginado, de afetar desfavoravelmente toda uma população. Atualmente a resistência bacteriana é um problema grave em todo o mundo sendo um dos temas mais estudados em medicina hoje em dia e são essenciais esforços e conscientização dos profissionais que prescrevem antibióticos para que o desenvolvimento inevitável desse inconveniente possa, pelo menos, ser de maneira mais prolongada. Esses esforços, segundo integram uso restrito em profilaxia só onde são realmente recomendados e devidamente acompanhados pelo profissional. A admissão de uma boa prática operatória, com a

observação das boas técnicas de assepsia e anti sepsia, controle de contaminação do campo operatório e uso de enxaguatórios orais antes e depois da cirurgia como a clorexidina, compõem importantes medidas de minimização de índices de infecções pós-operatórias e devem sempre ser analisadas.. (SEABRA; SEABRA; SEABRA, 2004).

Diversos procedimentos odontológicos propiciam a entrada de bactérias na corrente sanguínea, as intituladas bacteremias. Há condições predisponentes, como por exemplo a presença de cardiopatias valvares, que são capazes de levar a complicações sistêmicas, entre elas a endocardite bacteriana. Nesses casos, faz-se fundamental a profilaxia antibiótica antecipadamente ao tratamento odontológico. O risco de origem bucal parece estar associado a extensão do traumatismo dos tecidos moles promovido pelo tratamento e do grau da doença inflamatória local já existente. Parece improvável que a bacteremia após a cirurgia oral ou outro procedimento dental possa ser completamente prevenida com profilaxia antibiótica. O que parece ser verídico é que a intensidade da bacteremia possa ser diminuída pelo uso de drogas. Conclui-se que o profissional deve analisar a condição sistêmica do paciente classificando-o pelo nível de risco; utilizar medidas profiláticas seguindo o protocolo da AHA; fazer a anti-sepsia do paciente antes da cirurgia com Clorexidina 0,2%; instruir paciente a manter um alto padrão de saúde oral e, se necessário, contatar o médico que acompanha o paciente (CAMARGO et al., 2006).

A ocorrência de infecção depois do tratamento de fraturas de mandíbula varia de 2,5% a 16,6%. Grande parte dos serviços especializados usa antibióticos profiláticos como rotina, entretanto a seleção do antibiótico e a duração do tratamento têm grande variação, não apresentando consenso. Com objetivo comparar a eficiência da Cefazolina endovenosa usada apenas na indução anestésica com a cefazolina prolongada por 24h no pós-operatório como esquema profilático, em pacientes com fraturas mandibulares tratados com fixação interna (placas e parafusos), analisando-se a ocorrência de infecção local, foram avaliados prospectivamente 157 pacientes com fratura mandibulares, tendo como fatores de exclusão: existência de infecção ativa no momento da cirurgia; uso de antibióticos por outros motivos; fraturas envolvendo apenas côndilo, coronóide ou ramo; e pacientes tratados somente com bloqueio intermaxilar, sem fixação interna. Os pacientes escolhidos foram divididos em dois grupos: grupo 1(grupo controle, com

cefazolina apenas na indução), grupo 2 (grupo de estudo, com cefazolina por 24 horas). O grupo controle não recebeu mais nenhuma dose de antibiótico. O grupo de estudo continuou recebendo cefazolina 1 grama a cada oito horas até completar 24 horas de pós-operatório, totalizando quatro doses. As normas de inclusão para este estudo foram atingidas por 76 pacientes, sendo 51 do grupo 1 e 25 do grupo 2. Obteve-se como resultado que oito (10,5%) pacientes mostraram infecção, sendo 5 (9,8%) no grupo 1 e 3 (12,0%) no grupo 2, não possuindo diferença significativa no intervalo de confiança de 95%. Concluiu-se que o índice de infecção foi semelhante em ambos os grupos, não havendo discrepância entre antibioticoprofilaxia com cefazolina endovenosa somente na indução ou prolongando por 24h no pós-operatório (FERNANDES; FREITAS, 2007).

Estudos sobre profilaxia antibiótica em pacientes imunossuprimidos sujeitos a procedimentos cruentos odontológicos são bastante incomuns, entretanto já existe uma concordância de que estes pacientes são de risco para infecções de sítio cirúrgico, sendo assim, requerem antibioticoprofilaxia. Não é estabelecida, no entanto, uma conduta profilática ideal para estes pacientes. O autor do estudo teve como objetivo comparar a durabilidade da profilaxia antibiótica por meio de dois esquemas para prevenção de infecções após técnicas odontológicas cruentas em pacientes imunossuprimidos, transplantados renais ou hepáticos e imunossuprimidos por quimioterapia. Foram avaliados pacientes sucessivamente com neoplasia e que utilizaram quimioterapia anti-neoplásica no último mês e pacientes transplantados de órgãos sólidos com medicação imunossupressora anti-rejeição, que carecem de exodontia e/ou raspagem periodontal como tratamento odontológico. O atendimento foi realizado, foram envolvidos pacientes de rotina do ambulatório que atendem aos parâmetros de inclusão para integrar o protocolo da pesquisa e que aceitaram participar. Os submissos foram randomizados para um dos dois grupos de regime profilático, e fizeram exames de sangue para análise da cultura hematológica, após a realização do procedimento, foram observados durante 1 mês. Os dados foram avaliados, e a partir daí foi obtida uma tabela descritiva e usado o teste qui-quadrado para verificação das variáveis entre os dois grupos. Foi efetuada também uma análise multivariada. A mostra foi avaliada durante o tempo de um ano. Não aconteceram os seguintes desfechos: infecção do sítio cirúrgico, antibiótico colocado pelo médico no pós-operatório em até trinta dias e após o procedimento e morte de até quinze

dias após o procedimento odontológico. Os encontrados foram: carência de ingerir analgésicos após três dias até quinze dias pós procedimento no grupo 1, e internações hospitalares até quinze dias após o procedimento no grupo 2. A avaliação multivariada não teve alterações no resultado. Esta pesquisa não expressou uma desigualdade entre usar uma ou duas doses de amoxicilina como medicamento profilático para procedimentos invasivos em pacientes imunossuprimidos (LOPES, 2009).

Com objetivo de investigar as condutas de cirurgiões dentistas, cardiologistas e pacientes irlandeses com lesões cardíacas, em relação a nova orientação do Nacional Institute for Health and Care Excellence (NICE), que não preve profilaxia antibiótica como rotina para pacientes submetidos a tratamento dentário, na prevenção contra endocardite infecciosa. Questionários foram enviados para 500 cirurgiões dentistas, 54 cardiologistas e 50 pacientes com história de utilização de profilaxia antibiótica antes do tratamento dental. Cinquenta e oito por cento dos questionários retornaram a partir de dentistas, 37% dos questionários dos cardiologistas e 68% dos questionários aplicados aos pacientes. Dentre os cirurgiões dentistas avaliados uma parte considerável não estava disposta a seguir as novas orientações sem maiores informações dadas por um médico ou órgão oficial. A conclusão é de que há uma falta de uniformidade na abordagem de cirurgiões dentistas e cardiologistas no que tange o tratamento de pacientes com condições cardíacas (RÍORDÁIN; MCCREARY, 2009).

A American Heart Association (AHA) publica indicações para prevenir a endocardite infecciosa há mais de 50 anos. Desde a primeira edição, em 1955, várias alterações foram realizadas, sendo que a última revisão foi realizada em 2007. Hoje em dia, as indicações de profilaxia antimicrobiana contra endocardite em pacientes cardiopatas submetidos a procedimentos que contém risco de bacteremia baseiam-se no fato de que esta provoca a endocardite. *Streptococcus viridans* fazem parte da flora oral normal, do mesmo modo que enterococos nos tratos urinário e intestinal. Tais microorganismos tem sensibilidade aos antibióticos indicados para a profilaxia. Em experimentos com animais, a utilização profilática de antibióticos previne a endocardite por *Streptococcus viridans*, cuja bacteremia tem relação com procedimentos odontológicos, e por enterococos. O número significativo de casos já descritos prova a relação entre procedimentos odontológicos e endocardite infecciosa. No entanto, não há

comprovação científica até agora que justifique a profilaxia por antibióticos durante todos os procedimentos dentários. Existem situações específicas em que determinadas cardiopatias e condições clínicas favoreçam o surgimento da endocardite e, nesses casos, recomenda-se a profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos. Não há estudos prospectivos randomizados e controlados para analisar a eficiência do uso profilático de antibióticos para prevenção da ocorrência de endocardite infecciosa em pacientes submetidos a procedimentos odontológicos. De acordo com os indícios atuais, a presença isolada do DCEI, sem as condições cardíacas: prótese valvar ou material protético usado para reparo de valva cardíaca, endocardite infecciosa prévia, cardiopatia congênita, cardiopatia cianótica congênita não tratada, incluindo shunts e derivações paliativas, defeito cardíaco congênito completamente reparado por materiais protéticos, dispositivos colocados cirurgicamente ou intervenção por cateter, durante os primeiros seis primeiros meses após o procedimento, cardiopatia congênita reparada, com defeito residual que inibe a endotelização no sítio da prótese ou nas regiões adjacentes e pacientes com transplante cardíaco que desenvolvem valvopatia, não constitui recomendação para o uso de antibióticos para a prevenção de endocardite infecciosa em procedimentos dentários. É importante enfatizar que as condições de saúde oral no Brasil são diferentes daquelas analisadas em países desenvolvidos e visando a relação custo-benefício da profilaxia para endocardite bacteriana, esta medida faz-se uma opção muito interessante. Em função destes motivos, há vários serviços que instruem o seu uso habitualmente em portadores de DCEI a serem submetidos a procedimentos dentários (MARRA et al., 2009).

Nos últimos 50 anos, a American Heart Association (AHA) tem indicado vários esquemas de antibióticos profiláticos com a finalidade de evitar o desenvolvimento da EI, relacionada a procedimentos odontológicos, gastrointestinais e geniturinários invasivos em pacientes suscetíveis à doença. Algumas condições cardíacas são consideradas de alto risco para a endocardite infecciosa, nas quais a profilaxia antibiótica é recomendada previamente aos procedimentos odontológico, sendo elas: pacientes portadores de válvula cardíaca protética, história prévia de endocardite, doença cardíaca congênita cianótica completamente reparado com material protético ou aparelho, colocado por cirurgia ou cateterismo, durante os primeiros seis meses após o procedimento, doença

cardíaca congênita com residuais no sítio ou adjacente a prótese, a qual inibe a endotelização, doença cardíaca congênita não reparada, incluindo shunt e condutas paliativas, receptores de transplantes cardíacos que desenvolveram valvulopatia cardíaca. Em casos de pacientes portadores das condições cardíacas citadas acima recomenda-se o uso de 2g de Amoxicilina de 30-60min antes do procedimento a ser realizado, em casos de pacientes alérgicos a penicilinas, recomenda-se usar Clindamicina 600mg, assim como é explicitado na tabela abaixo (BRANCO-DE-ALMEIDA et al. 2009)

Tabela referente aos regimes recomendados para a profilaxia antibiótica da endocardite infecciosa.

REGIMES RECOMENDADOS PARA A 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	50 mg/Kg
Alérgicos a penicilinas	Cefalexina*	2g	50 mg/Kg
	OU Clindamicina	600 mg	20 mg/Kg
	OU Azitromicina ou Claritromicina	500 mg	15 mg/Kg
Impossibilitados de receber a medicação por via oral	Ampicilina	2g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	OU Cefazolina ou Ceftriaxona	1g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
Alérgicos a penicilinas e impossibilitados de receber a medicação por via oral	Cefazolina ou Ceftriaxona	1g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	OU Clindamicina	600 mg IM ou IV	20 mg/Kg IM ou IV

Fonte : BRANCO-DE-ALMEIDA et al. 2009.

Foi realizado um estudo com objetivo de esclarecer a verdadeira necessidade de prescrição de antibióticos em cirurgias de terceiros molares com remoção de osso e alto grau de dificuldade; onde antibióticos não foram prescritos nos períodos pré e pós-operatório. No período pré-operatório, segundo e sétimo dia pós-operatórios foram analisados os seguintes critérios: dor, edema, trismo, temperatura corporal, níveis de proteína C-reativa e contagem de neutrófilos salivares. Durante o procedimento foram

avaliados: pressão arterial sistólica, diastólica e média, oximetria, frequência cardíaca, qualidade da anestesia, quantidade de anestésico local, sangramento, dificuldade e tempo de duração da cirurgia. No dia da remoção de pontos, sétimo dia pós-cirúrgico, foi considerada a qualidade de cicatrização e os voluntários descreveram a avaliação global do período pós-cirúrgico. Não ocorreu nenhum caso evidenciado de alveolite ou qualquer outra infecção no local operado.. A avaliação conjunta dos resultados achados neste estudo permite concluir que a antibioticoterapia mostra-se dispensável em exodontia de terceiros molares com inevitabilidade de osteotomia independentemente da experiência do cirurgião (CALVO, 2010).

O tema endocardite infecciosa e sua profilaxia antibiótica tem sofrido grandes mudanças recentemente. Todas essas alterações são muito dinâmicas e, por isso, causam grande controvérsia. Tem-se atribuído grande ênfase, historicamente e sem embasamento científico, ao conceito de que os procedimentos odontológicos são a mais importante causa dos casos de endocardite infecciosa. Esta comunicação busca reconsiderar as condutas aplicadas na clínica odontológica, analisando aspectos importantes na prescrição do antibiótico e diminuindo o uso da profilaxia antibiótica para procedimentos odontológicos. A profilaxia antibiótica passou a ser recomendada apenas para pacientes de alto risco cardíaco em uma gama de procedimentos dentários. Dessa forma, um número limitado de pacientes é escolhido para receber a profilaxia com antibióticos: somente aqueles em que a endocardite levaria a uma maior morbimortalidade. Nessas novas recomendações, o foco passou a ser as bacteremias causadas por eventos da vida diária num processo cumulativo e não mais as bacteremias provocadas por procedimentos dentários. Entretanto isso não quer dizer que os procedimentos dentários sejam isentos de risco. Há inúmeras publicações que sugerem associações de causa entre procedimentos dentários, bacteremias e endocardite infecciosa. As poucas publicações de estudos de caso controle dão conta de não haver elo significativo entre a endocardite infecciosa e os procedimentos dentários. Ademais, não existem evidências de que a utilização da profilaxia com a penicilina seja eficiente contra a endocardite infecciosa em pessoas de risco que se sujeitam a tratamento dentário, como também não se mostrou que essas drogas não sejam eficientes. Aspectos importantes associados ao uso de antibióticos são os efeitos que tais drogas

podem causar, os quais devem ser levados em conta. Foi sugerido que o risco de reação anafilática fatal à penicilina é significativamente maior que o de ter endocardite infecciosa. Outra questão é a preocupação com a resistência bacteriana aos antibióticos na prática clínica. Em contrapartida, uma recente publicação do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), apresentou surpreendente indicação, sugerindo desistir da profilaxia antibiótica da endocardite infecciosa para tratamento dentário, mesmo nos pacientes de alto risco. Essas indicações enfrentam muitas reações, principalmente de cardiologistas que concordam que o novo protocolo para prevenir a endocardite infecciosa é uma perigosa base de partida a ser estabelecida na prática. As novas indicações devem ser muito bem acolhidas e ser amparadas até que mais observações surjam. Fica claro que não há conclusões definitivas em torno da profilaxia antibiótica, continuando a questão em debate. Aplicar a profilaxia antibiótica apenas ao grupo de pacientes de alto risco em desenvolver endocardite infecciosa e dar prioridade ao controle do biofilme dental e a manutenção da saúde oral são medidas extremamente significativas, porquanto é fato que a deficiência na higiene oral e as doenças orais constituem significantes fatores para a incidência da endocardite infecciosa. As vigentes indicações para prevenir a endocardite infecciosa alteraram a forma de abordar a profilaxia, ao torná-la mais simples e objetiva, pois a atual tendência é diminuir ou até mesmo impedir o uso da profilaxia antibiótica para procedimentos dentários (CAVEZZI, 2010).

O objetivo de um estudo foi analisar a sapiência e a conduta de dentistas do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS, no tocante a prática do paciente cardiopata, e propor a criação de um protocolo de atendimento odontológico em Atenção Primária à Saúde (APS). O mecanismo de pesquisa usado foi um questionário na forma de entrevista semiestruturada. As perguntas em que foram notadas maiores diferenças entre as respostas referem-se a avaliação de risco para hipertensão, aos valores da pressão arterial e as questões relacionadas à profilaxia antibiótica e a utilização de anestésicos locais. Após a análise dos resultados, foi possível constatar que 75% dos entrevistados nesta pesquisa verificam os níveis de pressão arterial (PA) de seus pacientes antes do início do procedimento odontológico. No tocante ao uso de fármacos, 67% dos entrevistados tem como costume prescrever

anti-inflamatórios, sendo predominante a recomendação de anti-inflamatórios não-esteróides (AINE). Também, a prescrição da antibioticoprofilaxia da forma indicada pela AHA foi referida por 66,7% dos participantes. Neste contexto, 100% dos entrevistados mostraram desconhecimento sobre a classificação de risco dos pacientes cardiopatas e as situações em que a antibioticoprofilaxia é recomendada. Apesar de 83,3% dos entrevistados afirmarem conhecer os procedimentos dentários que necessitam de profilaxia, não o fizeram de forma correta. Comprova-se a indispensabilidade de efetuação de educações permanentes para os dentistas, bem como a inserção de protocolos para o atendimento de cardiopatas por cirurgiões dentistas em APS, com a finalidade de se realizar o tratamento de forma diferenciada e segura (ARAÚJO, BAVARESCO, 2011).

Foi realizado estudo com objetivo analisar clinicamente a eficiência de antibiótico nas exodontias de terceiros molares retidos, determinando-se a indispensabilidade da utilização profilática de antibióticos nesses procedimentos clínicos. Foram escolhidos 14 pacientes, com idade entre 15 e 30 anos, sem distinção de gênero, cor ou raça, para extração dos terceiros molares inferiores retidos em posições simétricas. As cirurgias foram separadas em dois grupos, sendo o grupo controle na primeira cirurgia, e o segundo grupo, submetido à administração profilática de 500mg de amoxicilina de 8/8 horas, por sete dias após o procedimento. A verificação do edema foi estipulada por meio da distância de pontos de referência na face, e o exame do trismo foi obtido por meio da distância interincisal inferior e superior. As medições foram efetuadas no pré e no pós-operatório de 24, 48 horas e 7 dias. A dor foi analisada subjetivamente, por via de uma escala analógica visual. Concluiu-se que não houve discrepância estatisticamente significativa com relação a edema e trismo após as extrações com ou sem o uso de antibiótico e que houve desigualdade estatisticamente significativa em relação à dor nos períodos pós-operatórios de 24 e 48 horas, sendo maior a existência da dor quando não foi usado o antibiótico (MOURA et al., 2011).

Com o objetivo de avaliar as condutas adotadas por cirurgiões dentistas frente a utilização de antimicrobianos tópicos e sistêmicos em cirurgias odontológicas, foi aplicado um questionário a trinta e três cirurgiões dentistas. Os dados foram avaliados em termos de frequência e associações, foram realizadas a partir do teste Exato de Fischer. O

desfecho demonstrou que a maioria dos cirurgiões dentistas usam profilaxia antibiótica pré e pós-operatória. As alterações sistêmicas, presença de processo agudo preestabelecido e o dever de utilização de retalho e osteotomia, são as razões que justificam esta conduta. A clorexidina como substância para profilaxia antimicrobiana é utilizado por grande parte dos cirurgiões dentistas. Quando os resultados obtidos foram comparados com as amostras disponíveis sobre este tema, conclui-se que a maior parte dos cirurgiões dentistas não tem uma conduta sustentada por evidências científicas. Os resultados fortalecem a necessidade de uma alteração na prática clínica dos profissionais avaliados. (ZANATTA et al., 2011).

Os autores do presente estudo tiveram como objetivo investigar a prevalência de infecção pós-operatória em exodontias de terceiros molares retidos e discutir os fatores etiológicos desse tipo de intercorrência, e os princípios e indicações de profilaxias antibióticas cirúrgicas. Foram avaliados 177 prontuários clínicos de voluntários submetidos a 434 exodontias de terceiros molares retidos, sendo seguido ao protocolo farmacológico, não sendo priorizada a profilaxia antibiótica como rotina. Foram constatados 10 casos de infecção pós-operatória, todos eles após a exodontia dos terceiros molares mandibulares e exclusivamente em mulheres. Foi notada maior evidência de infecção pós-operatória em cirurgias que ultrapassaram o tempo de 60 minutos. As exodontias de terceiros molares retidos revelam baixo risco de infecção após a cirurgia, insinuando que em pacientes imunocompetentes a mesma só deva ser realizada se avaliada a relação entre riscos e vantagens, e não de forma habitual. O maior tempo cirúrgico, por outro lado, singularmente no caso de extração de terceiros molares mandibulares, pode ser visto como fator de risco para a elevação da incidência de infecção pós-cirúrgica neste tipo de tratamento (MOREIRA; ANDRADE, 2011).

Esse estudo refere-se de uma pesquisa cujo objetivo foi determinar o entendimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Vassouras-RJ sobre a endocardite infecciosa, devido ao nível de gravidade da mesma. Por meio de um questionário auto-aplicável, próprio e sem fatores de exclusão, foi realizada uma entrevista com os dentistas do município em questão para avaliar os seus conhecimentos sobre o assunto abordado. Os pacientes mais apontados como de risco para evolução da endocardite infecciosa foram os portadores de valvas cardíacas protéticas. No tocante

aos procedimentos odontológicos que precisavam de profilaxia antibiótica, os mais apontados foram a exodontia, raspagem e alisamento radicular e reimplantes de dentes avulsionados. A posologia 2g de penicilina 1h pré-operatória como ideal para a profilaxia da EI foi citada por 72,7% dos participantes. As informações obtidas no estudo ressaltam que independentemente do entendimento dos dentistas da rede pública do município de Vassouras – RJ sobre a endocardite infecciosa ser suficiente, ainda existem indagações quanto às condições cardiológicas e procedimentos odontológicos de risco para seu desenvolvimento, bem quanto ao uso da profilaxia antibiótica (VASCONCELLOS; VIEIRA, 2011).

A National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) com o objetivo de verificar as condutas dos cirurgiões dentistas frente as novas orientações do NICE que apresentam substancial mudança nas condutas quanto a profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa frente a tratamentos dentários, foram feitas entrevistas com sete profissionais da odontologia, dois cardiologistas e uma enfermeira cardiológica. Conclui-se que a potencial lacuna entre a evidencia científica e a circunstancia individual de cada paciente possa criar dilemas na pratica clínica. Oque já é previsto pelas proprias orientações do NICE quando nelas constam que tanto medicos quanto dentistas devam oferecer as opções de tratamentos mais apropriadas levando em consideração uma consulta ao próprio paciente e a aplicação de seu julgamento clínico. A confusão gerada por diferentes orientações e opiniões variadas resultou em atitudes céticas entre os clinicos e fez com que as orientações do NICE não fossem aplicadas a todos os casos (SOHEILIPOUR, 2011).

O objetivo desde estudo foi observar a atitude de dentistas e médicos de família na prescrição de antibióticos para a terapia de infecções dentárias. O estudo foi realizado para definir as diferenças na prescrição de antibióticos para o tratamento de infecção odontológica por cirurgiões dentistas e médicos de família do departamento de cuidados primários do Serviço de Cuidados de Saúde Catalã. Cem urnas foram entregues entre os médicos, e mais cem entre os dentistas. De todos os questionários entregues, 63 foram devolvidos e respondidos a partir de dentistas e 71 de médicos. Dos dentistas 81% consideram a Amoxicilina como antibiótico de primeira escolha para a terapia de infecções odontológicas, ao mesmo tempo que 73,2% dos médicos tem primeira escolha

a Amoxicilina e ácido clavulânico. Para pacientes alérgicos à penicilina, 67,7% dos médicos preferem Macrolídeo (25,4% opta pela Claritromicina, 25,4% pela Eritromicina e 16,9% a Espiramicina). Entretanto o mais prescrito pelos dentistas é a Clindamicina (66,7%), seguida de Eritromicina (28,6%). O resultado desta pesquisa demonstrou uma discrepância nos critérios para o tratamento de infecções odontológicas por parte dos principais profissionais envolvidos na questão dessa condição. Apesar de que a prescrição mais habitual envolvendo antibióticos beta-lactâmicos nos dois grupos, várias diferenças foram identificadas no que se refere a escolha do segundo antibiótico (MARTÍNEZ, 2012).

Na Odontologia, a fenda gengival em volta dos dentes ou o dano tecidual causado por procedimentos cirúrgicos e/ou acidentais podem funcionar como porta de entrada para microbiota oral, diretamente na corrente sanguínea, e possivelmente resultar na colonização do endocárdio, gerando a endocardite infecciosa. A endocardite infecciosa resume-se em uma infecção na superfície do endocárdio, caracterizando-se como uma doença atípica, mas que, se desencadeada, pode provocar a inflamação e a destruição do endocárdio, valvas cardíacas ou do endotélio vascular. Como a questão sobre o uso ou não de protocolos para obtenção de profilaxia antibiótica não está inteiramente pacificada na literatura, o presente estudo tem como objetivo rever a indispensabilidade da profilaxia antibiótica, nos grupos de pacientes com maior risco, com risco potencial ou de baixo risco. O cirurgião-dentista poderia ponderar dois aspectos indispensáveis para recomendação da profilaxia antibiótica da endocardite infecciosa: a identificação de pacientes de alto risco para desenvolver a endocardite infecciosa e que tenham chance de avançar para um quadro mais severo, bem como a identificação de procedimentos odontológicos de risco. Finalmente, podemos redizer que a profilaxia antimicrobiana ainda é um dos métodos mais eficientes efetivamente para prevenção da endocardite infecciosa, seja em pacientes com risco reconhecido, potencial ou remoto (NASCIMENTO; NETO, 2012).

Os antibióticos são elementos químicos gerados por microrganismos vivos ou por meio de processos semissintéticos, que são capazes de barrar o crescimento ou eliminar microrganismos patogênicos. A prescrição de antibióticos é necessária na prática odontológica. Para tanto, o conhecimento do medicamento usado bem como a dosagem

certa para o processo de cura são indispensáveis. O dentista tem disponível uma abundância de formulações medicamentosas, no entanto a farmacologia e uma área não muito explorada pelos cirurgiões-dentistas. Isso requer uma maior disseminação desse entendimento para o estabelecimento de uma correta conduta diária quanto a administração de antimicrobianos. Assim sendo, este estudo tem por objetivo fazer uma revisão crítica da literatura sobre os antibióticos de uso odontológico e suas principais recomendações, posologia e efeitos colaterais mais frequentes. Conclui-se que é significativamente importante a admissão de uma boa prática clínica, seguindo rigidamente os parâmetros de controle de contaminação do campo operatório, constituem relevantes medidas de diminuição de sinais de infecções pós-operatórias. Cabe ao cirurgião-dentista analisar criteriosamente e individualmente as situações de cada paciente e mediante a esta análise recomendar a indispensabilidade ou não do uso de antibióticos prezando sempre pela saúde e bem estar do paciente (PEDROSO, 2012).

O estudo tem como objetivo avaliar o entendimento sobre endocardite infecciosa (EI) entre estudantes do 9º e 10º período do curso de odontologia do Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ. Foi efetuada uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa de dados. A amostra foi constituída por 59 estudantes, que responderam um questionário formado por 6 questões (4 objetivas e 2 subjetivas) específicas sobre o tema. Os dados foram protocolados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS na versão 20.0 e avaliados por meio de estatística descritiva e diferencial bivariada. A maior parte dos acadêmicos definiu corretamente EI. O fator de risco para desenvolvimento de EI mais citado foi a EI prévia. A maior parte dos estudantes salientou a exodontia como um dos procedimentos em que a profilaxia antibiótica é fundamental para a prevenção de EI. Somente 13,6% dos estudantes aceitaram o protocolo para prevenir a EI. (ALBUQUERQUE, 2013).

Este estudo clínico randomizado duplo cego teve como objetivo analisar o efeito da profilaxia com administração de amoxicilina pré-operatória no controle de infecção relacionada com a exodontia do terceiro molar impactado. Os procedimentos cirúrgicos foram executados em uma das clínicas de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina pelos alunos do último nível do curso. Foram escolhidos 22 pacientes, 11 pacientes ingeriram placebo e 11 tomaram antibiótico. No grupo placebo foram 6 do

gênero feminino e 5 do gênero masculino e no grupo antibiótico foram 8 do gênero feminino e 3 do gênero masculino, com idade diversificada de 17 a 32 anos. Os resultados foram avaliados no pós-operatório de 7 (sete) dias e analisados os quadros de complicações infecciosas com edema, dor, trismo, alveolite, infecção no tecido mole e parestesia. A entrada das informações foi feita por meio do programa Epidata 3.1 e a avaliação foi conduzida no programa Stata 11.0. Foi usado o teste exato de Fischer com nível de significância 5%. Em ambos os grupos, foram removidos 6 terceiros molares do lado esquerdo e 5 do lado direito. Conforme a classificação Pell e Gregory, 77.27% foram classificados em B e 54.55% classificados em 1. No que se refere a angulação 63.64% dos dentes eram mesioangulados. Foi efetuada ostectomia e odontosseção em 81.82% das cirurgias e em 50% houve quebra da cadeia asséptica. Os 54,55% dos pacientes que ingeriram antibiótico não demonstraram dor e 36,36% dos que ingeriram placebo apresentaram dor leve. No grupo antibiótico, 90,91% apresentaram edema e 63,64% no grupo placebo. Três pacientes não cumpriram as recomendações pós-operatórias (13.64%) e dois deles apresentaram alveolite, um de cada grupo. A infecção nos tecidos moles se apresentava na mesma proporção que alveolite. Trismo foi mencionado por 72,73% do grupo antibiótico e 45,45% do grupo placebo. Foi percebido um bom reparo alveolar em 72,73% do grupo antibiótico e 54,55% do grupo placebo. Os dados não foram consistentes para a parestesia. Todas as discrepâncias entre ambos os grupos achadas neste estudo não tiveram significância estatística. Não existe consenso na literatura sobre as vantagens do uso do antibiótico profilático na exodontia dos terceiros molares impactados. Ainda que o tamanho dessa amostragem não proporcione conclusões convincentes, podemos propor que não há vantagens em utilizar o antibiótico profilaticamente em pacientes jovens e saudáveis (ASA I), onde não está programado odontosseção e/ou ostectomia quando é executada por profissional com experiência. Entretanto, há vantagens em usar o antibiótico profilaticamente em dentes um pouco irrompidos, com história de pericoronarite, onde está programado na cirurgia ostectomia e odontosseção (Pell e Gregory B e C, 2 e 3) e executada por profissionais com menos experiência ou ainda pacientes com doenças sistêmicas que precisem o uso do antibiótico (MARTINS, 2013).

Há contradições a respeito da eficiência da profilaxia antibiótica na prevenção de complicações após a extração dos terceiros molares. Esta revisão bibliográfica baseia-se em meta-análises, 5 ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados e artigos de revisão tem como objetivo comparar a profilaxia versus o efeito placebo. Sendo a infecção a mais importante variável resposta “outcome”. Realizou-se uma pesquisa eletrônica na base de dados da PubMed, usando as palavras-chave “Third Molar” e “Antibioticprophylaxis”. Incluiu-se trabalhos de meta-análise, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos, revisões sistemáticas e artigos de revisão. Pré-selecionam 35 artigos, dos quais 14 foram desconsiderados por não atenderem aos requisitos de inclusão. A mostra final foi constituída por uma meta-análise, quatro ensaios clínicos, 11 ensaios clínicos randomizados e cinco artigos de revisão. Observou-se evidência científica limitada sobre as vantagens e desvantagens da profilaxia antibiótica relacionada à extração dos terceiros molares. Novas pesquisas são necessárias a fim de se conseguir um consenso sobre a eficácia da profilaxia antibiótica (LIMA; ALMEIDA; FELINO, 2014).

Os antimicrobianos são considerados um dos notáveis exemplos de evolução da medicina moderna. Entretanto a adaptabilidade dos microrganismos capacita a resistência a determinados antibióticos. O objetivo do autor desta avaliação é apresentar, através de pesquisas feitas com alunos de odontologia e cirurgiões dentistas da cidade de Aracajú -Se, uma descrição do conhecimento destes sobre a antibioticoterapia, propondo ofertar uma oportunidade de discernir e reconhecer o risco associado à incorreta administração destes fármacos. Sendo assim, foi feito um questionário, o qual foi respondido por 80 acadêmicos de odontologia e 50 profissionais, selecionados aleatoriamente, para avaliar o entendimento sobre o tema proposto. Dos entrevistados cerca de 40% alegaram que prescrevem usando como critério de escolha que antibiótico seja seletivo e bactericida, ao mesmo tempo 90% dos avaliados afirmam que prescrevem antibióticos apenas quando necessário, desta forma evitando a resistência bacteriana. Conforme a metodologia utilizada, conclui-se que os entrevistados apresentaram falta de conhecimento sobre a diferença entre antibioticoterapia, profilaxia antibiótica e terapêutica medicamentosa (TRENTO, 2014).

A endocardite bacteriana é uma patologia sistêmica que atinge as válvulas cardíacas, provocada por bacteriemia transitória. Sua importância para a odontologia é significativo porque a cavidade oral abriga uma grande diversidade de espécies de microorganismos, alguns deles geradores de bacteriemia. Procedimentos odontológicos são responsáveis por aproximadamente 40% das origens de endocardite bacteriana. Na atualidade, a endocardite é uma patologia de pouca ocorrência, mas são severas suas consequências para pacientes de risco. Para diminuir ou extinguir a possibilidade de os procedimentos odontológicos provocarem uma bacteriemia, a American Heart Association (AHA), sugere técnicas preventivas de profilaxia antibiótica nos pacientes de risco portadores de válvula cardíaca protética, história prévia de endocardite, doença cardíaca congênita cianótica completamente reparado com material protético ou aparelho, colocado por cirurgia ou cateterismo, durante os primeiros seis meses após o procedimento, doença cardíaca congênita com residuais no sítio ou adjacente a prótese, a qual inibe a endotelização, doença cardíaca congênita não reparada, incluindo shunt e condutas paliativas, receptores de transplantes cardíacos que desenvolveram valvulopatia cardíaca, antes de alguns tratamentos em pacientes. A eficiência da antibioticoprofilaxia não está confirmada em humanos, mas sabe-se que não prescrevê-la pode provocar danos para os pacientes de risco. Hoje em dia, há um amplo cuidado quanto à resistência bacteriana, e o uso indistinto de antibióticos é uma das principais causas dessa resistência. Assim sendo, para a recomendação de um antibiótico sistêmico é menos essencial saber qual medicamento utilizar do que em quais situações ele deve ou não ser prescrito. É imperativo conhecer os parâmetros terapêuticos e de prevenção para a execução de um tratamento endodôntico clínico/cirúrgico com segurança, diminuindo o risco de problemas para o paciente portador de complicações cardiovasculares ou história pregressa de endocardite bacteriana (CINTRA, 2015).

As cirurgias em terceiros molares retidos são procedimentos usuais na prática clínica de cirurgiões-dentistas e estão associadas com várias complicações trans e pós-operatórias. Alguns autores indicam o uso de antibióticos locais e sistêmicos com a intenção de prevenir essas complicações. Não obstante, a profilaxia antibiótica para exodontia de terceiros molares é objeto de controvérsias no que se refere à sua eficiência em relação a prevenção de complicações pós-cirúrgicas onde evidências científicas a

respeito de suas vantagens e desvantagens ainda são limitadas. O presente estudo objetivou buscar na literatura vigente indícios científicos a respeito do papel da profilaxia antibiótica para prevenir ou reduzir complicações infecciosas pós-operatórias no contexto dos procedimentos cirúrgicos em terceiros molares retidos em pacientes saudáveis. Para isso, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório bases de dados eletrônicas SciELO, PubMed, EBSCO, EMBASE, LILACS, BIREME e Oviatt Library por artigos publicados em inglês e português nos últimos 5 anos, usando como descritores: antibioticoprofilaxia/antibiotictreatment, cirurgia odontológica/oral surgery, amoxicilina/amoxiciline, dente serotino/third molar. Depois do levantamento bibliográfico, procedeu-se com a escolha, leitura analítica, tradução e análise dos dados coletados. Concluiu-se que existem controvérsias a respeito do uso profilático de antibióticos para prevenir complicações inflamatórias pós-operatórias em tratamento de cirurgia de terceiros molares retidos. Entretanto, pode-se dizer com base na literatura atual que no contexto de pacientes saudáveis, essa técnica deve desencorajada (PEDROSA et al., 2016).

Endocardite infecciosa é uma patologia que compromete os tecidos internos do coração. Embora com uma baixa ocorrência, apresenta grande potencial letal. Entende-se que as bactérias geradoras de endocardite são introduzidas na corrente sanguínea, originárias da cavidade oral, e isso foi proposto há mais de um século. Desde então, acredita-se que há uma carência de administração antibiótica precedendo tratamentos dentários invasivos para aqueles pacientes com certas anormalidades específicas no coração. Na atualidade este é um tema muito questionável na área odontológica, pois não há uma concordância de sua prática entre as mais importantes diretrizes disponíveis atualmente, e se seus custos e danos se sobrepõem aos benefícios. Em conclusão, a profilaxia antibiótica na odontologia está recomendada, considerando todas as novas limitações para pacientes de alto risco, quando estes forem submetidos a procedimentos que provoquem sangramento (manipulação da gengiva e região periapical do dente ou perfuração da mucosa bucal) (ROSSINI, 2016).

3 OBJETIVOS

Este estudo tem por objetivo avaliar, através de um questionário, o conhecimento da aplicabilidade e das indicações da profilaxia antibiótica e/ou terapêutica adotada pelos cirurgiões-dentistas.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo realizado foi uma abordagem quantitativa transversal.

4.2 AMOSTRA

Cirurgiões-dentistas vinculados à Odontocenter e CEOM, especialistas em Periodontia, Implantodontia e cirurgia Bucomaxilofacial.

4.3 COLETA DE DADOS

Foi realizado um questionário auto aplicativo, baseado no questionário criado por Zanatta et al (2011), para os cirurgiões dentistas. O instrumento de coleta de dados localiza-se no apêndice (apêndice A).

4.3.1 Critérios de inclusão

Cirurgiões dentistas vinculados à Odontocenter e CEOM, que concordaram em participar.

4.4 PROCEDIMENTOS

Foi realizado um questionário auto aplicativo aos paticipes, afim de que fosse respondido, sem limitação de numero de opções, haja vista o uso possivel de diferentes concentrações e esquemas profiláticos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

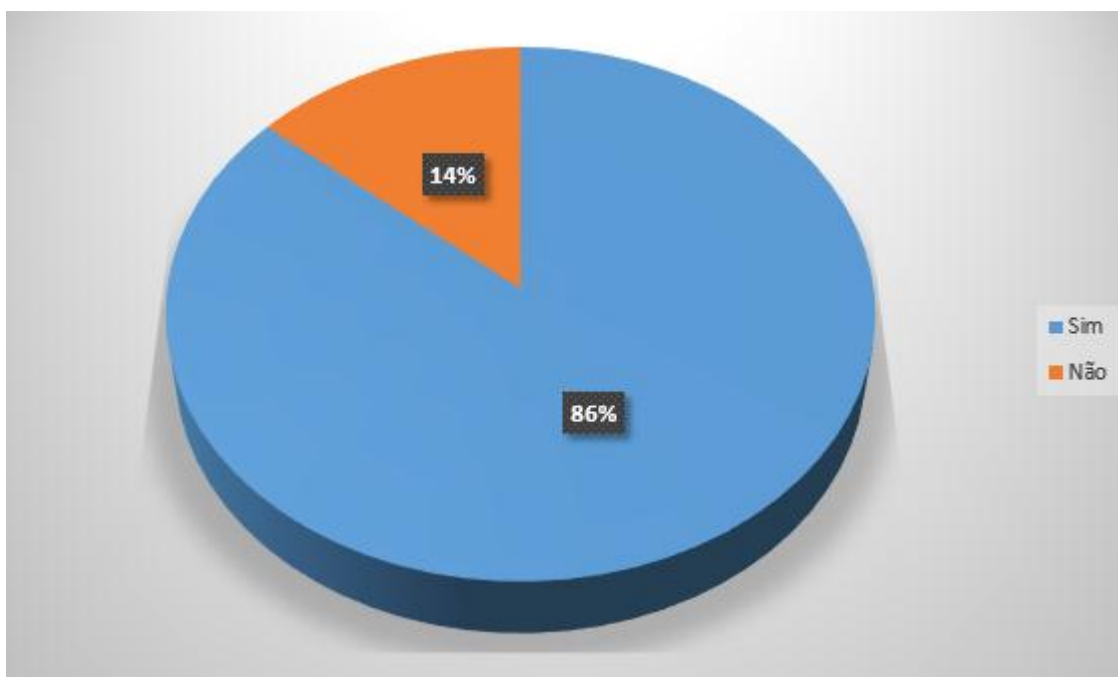
O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/IMED sob o número 1.726.996 (anexo A), e os profissionais participantes assinaram e concordaram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B).

5 RESULTADOS

Dos 29 participantes do questionário, 1 (3,44%) deles se formou antes de 1990, 8 (27,5%) se formaram entre 1990 e 2000 e os outros 20 (68,9%) se formaram entre os anos de 2000 e 2015.

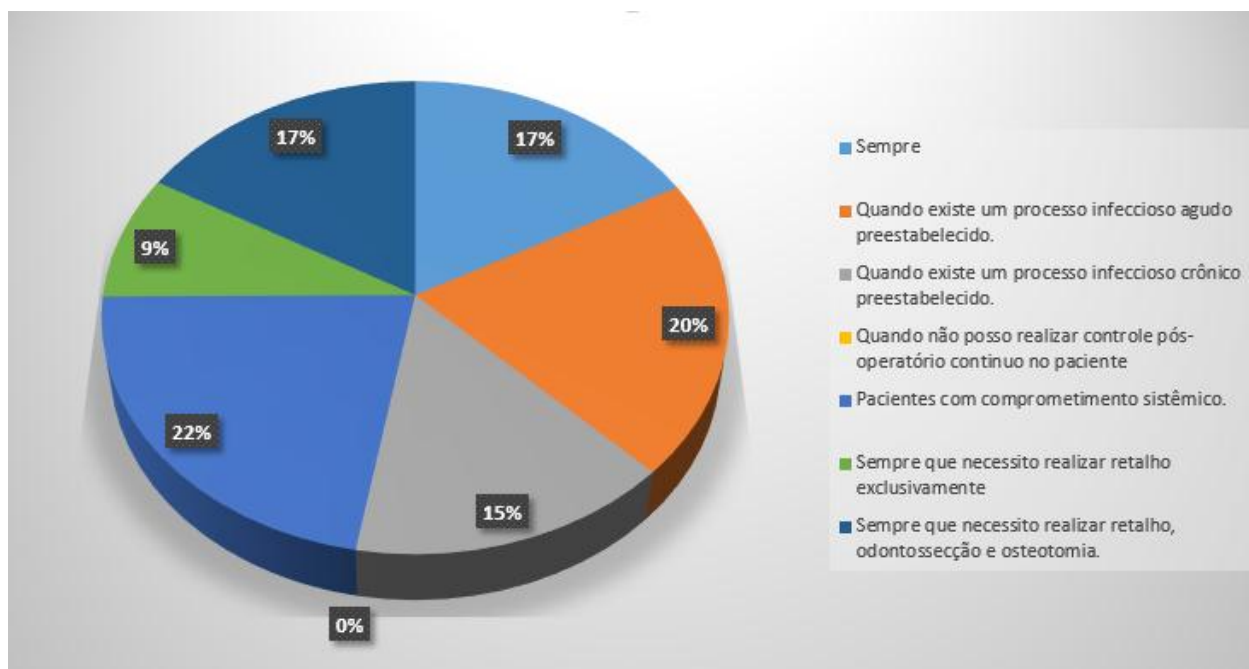
O conhecimento, no que se refere a realização ou não de profilaxia antibiótica esta explicitado na figura 1.

Figura 1. Conhecimento sobre a realização ou não de profilaxia antibiótica.



O conhecimento, no que se refere aos casos em que a profilaxia antibiótica é indicada e/ou utilizada esta evidenciado na figura 2.

Figura 2. Conhecimento dos casos em que a profilaxia antibiótica é indicada e/ou utilizada.



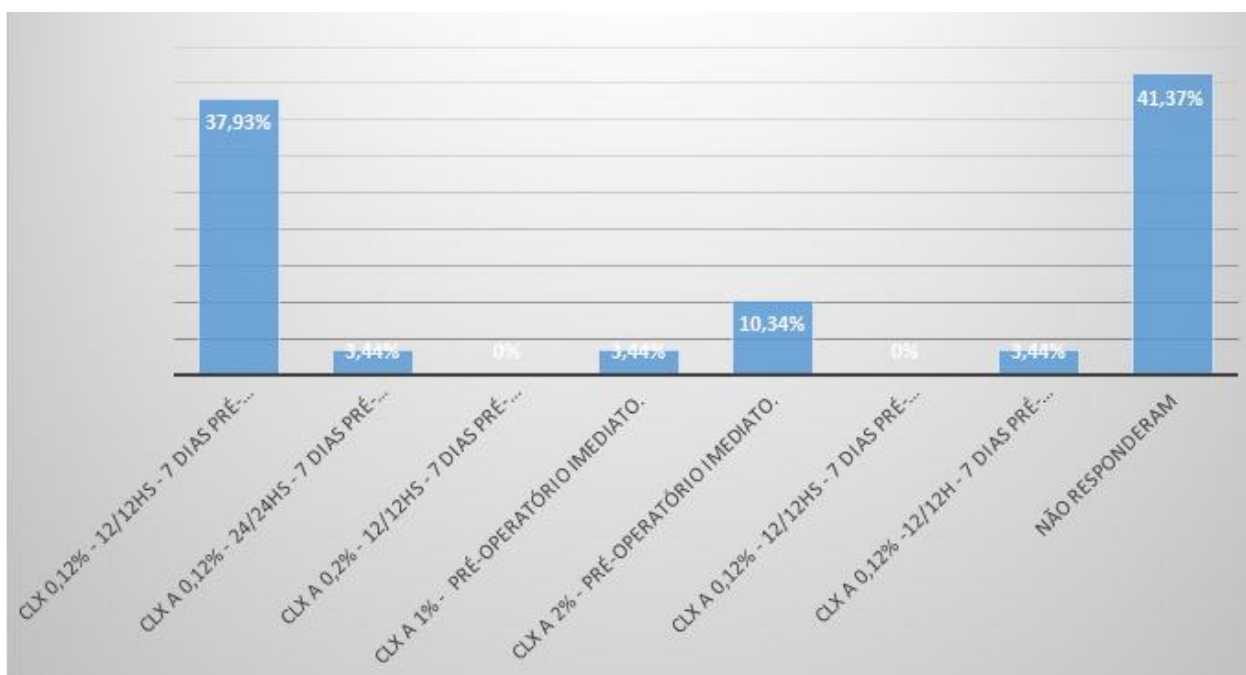
O conhecimento, no que se refere a associação de controle químico pré-operatório de placa bacteriana com a profilaxia antibiótica está demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Conhecimento relacionado a associação de controle químico pré-operatório de placa bacteriana com a profilaxia antibiótica:

CONHECIMENTO	Número de questionários respondidos (29)	% (100)
Associa controle químico de placa bacteriana no pré-operatório		
Sim	21	72,41
Não	8	27,58

O conhecimento, no que se refere ao produto e a frequência do controle químico pré-operatório de placa bacteriana está esclarecido na figura 3.

Figura 3. Conhecimento relacionado ao produto e a frequência do controle químico pré-operatório de placa bacteriana:



O conhecimento, no que se refere as razões da terapêutica pós-operatória estão mostrado na tabela 2.

Tabela 2. Conhecimento relacionado as razões da terapêutica pós-operatória:

CONHECIMENTO	Número de respostas (56)	% (100)
Razões da terapêutica pós-operatória		
Sempre.	11	19,64
Quando existe um processo infeccioso agudo.	8	14,28
Quando existe um processo infeccioso crônico.	7	12,5
Quando não posso realizar controle pós-operatório contínuo no paciente.	1	1,78
Pacientes com comprometimento sistêmico.	9	16,07
Quando o procedimento é muito prolongado.	7	12,5
Sempre que necessito realizar retalho exclusivamente.	2	3,57
Sempre que necessito realizar retalho, odontosecção e osteotomia.	10	15,15
Não responderam	1	1,78

O conhecimento, no que se refere a dose da terapêutica pós-operatória está comprovado na tabela 3.

Tabela 3. Conhecimento relacionado a dose da terapêutica pós-operatória:

CONHECIMENTO	Número de respostas (32)	% (100)
Doses		
Dose única representando 4 vezes a dose terapêutica.	3	9,37
Dose única representando a dose terapêutica.	0	0
Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 10 dias.	1	3,12
Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 7 dias.	27	84,37
Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 5 dias.	1	3,12

O conhecimento, no que se refere ao controle químico de placa bacteriana no pós-operatório estão evidenciadas na tabela 4.

Tabela 4. Conhecimento relacionado ao controle químico de placa bacteriana no pós-operatório:

CONHECIMENTO	Número de questionários respondidos (29)	% (100)
Associa controle químico de placa bacteriana no pós-operatório		
Sim	27	93,10
Não	2	6,89

O conhecimento, no que se refere ao produto e a frequência do controle químico pós-operatório de placa bacteriana esta evidenciada na tabela 5.

Tabela 5. Conhecimento relacionado ao produto e a frequência do controle químico pós-operatório de placa bacteriana:

CONHECIMENTO	Número de respostas (29)	% (100)
Produto e frequência do controle químico de placa bacteriana pré-operatório		
Clorexidina a 0,12% - 12/12hs durante 7 dias pós-operatórios.	25	86,20
Clorexidina a 0,12% - 24/24hs durante 7 dias pós-operatórios.	0	0
Clorexidina a 0,2 % - 12/12hs durante 7 dias pós-operatórios.	2	6,89
Não responderam	2	6,89

6 DISCUSSÃO

A aplicação de questionários para avaliar o conhecimento quanto ao uso de profilaxia antibiótica tem sido muito usada, assim como a conclusão de que os profissionais ainda não demonstram um consenso quanto à necessidade e administração

de um protocolo consensual (ARANEGA et al., 2004; RÍORDÁIN e MCCREARY, 2009; ARAÚJO e BAVARESCO, 2011; ZANATTA, 2011; VASCONCELLOS e VIEIRA, 2011; MARTINEZ, 2012; TRENTO, 2014; (PEDROSA et al., 2016). Esses dados corroboram com os achados do presente estudo, onde não houve consenso de quando deve-se usá-la e/ou indicá-la.

Em estudo de Araújo e Bavaresco, 2011 100% dos entrevistados mostraram desconhecimento sobre a classificação de risco dos pacientes cardiopatas e as situações em que a antibioticoprofilaxia é recomendada. Apesar de 83,3% dos entrevistados afirmarem conhecer os procedimentos dentários que necessitam de profilaxia, não o fizeram de forma correta. No presente estudo, esses índices foram de 25 (86,20%) dos 29 questionados realizam a profilaxia antibiótica e desses 25, 13 (26,63%) a utilizam em casos de pacientes com comprometimento sistêmico respectivamente.

O uso de profilaxia antibiótica quando de procedimentos em pacientes com comprometimento imunológico parece ser uma constante nos estudos conduzidos (SEABRA; SEABRA; SEABRA, 2004; LOPES, 2009). Em nosso estudo 13 (23,63%) dos participantes afirmaram utilizar a profilaxia antibiótica em pacientes com comprometimento sistêmico, 12 (21,81%) deles utilizam quando há um processo infeccioso agudo preestabelecido e 9 (16,36%) usam quando há um processo infeccioso crônico preestabelecido.

Alguns autores, relatam que o grande problema do uso indiscriminado de antibióticos, seja em esquema profilático ou terapêutico consiste na possibilidade de desenvolvimento de resistência bacteriana (SEABRA; SEABRA; SEABRA, 2004; TRENTO, 2014).

Quando o tema referido para uso de profilaxia antibiótica é a prevenção de endocardite bacteriana, há consenso entre os autores quanto à sua necessidade, principalmente para pacientes portadores de distúrbios valvares e com prévia história de endocardite (SEABRA; SEABRA; SEABRA, 2004; LOPES, 2009; MARRA et al., 2009; CAVEZZI, 2010; NASCIMENTO e NETO, 2012; ALBUQUERQUE, 2013; CINTRA 2015; ROSSONI, 2016). Os dados do presente estudo mostram que 13 (23,63%) dos respondentes usam essa indicação como fator decisivo para o uso de profilaxia antibiótica.

Já, quando se trata de profilaxia antibiótica para cirurgias de remoção de terceiros molares, os autores relatam não haver necessidade quando se tratar de um paciente ASA I (LIMA; ALMEIDA; FELINO, 2014; PEDROSA et al., 2016). Outros falam que a incidência de infecção estaria mais relacionada à inexperiência do profissional no ato cirúrgico ou mesmo no tempo de execução do que no risco infeccioso propriamente dito (CALVO, 2010; MOURA et al., 2011; MOREIRA e ANDRADE, 2011). Além disso referem não haver discrepância estatisticamente significativa no que refere a trismo e edema no pós-operatório, comparando-se o uso ou não de antibióticos profiláticos (MARTINS, 2013).

Três estudos (RÍORDÁIN e MCCREARY, 2009; CAVEZI, 2010 e SOHEILIPOUR, 2011) foram também conduzidos utilizando questionários para verificar a concordância pelos profissionais ao seguir as orientações do National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE quanto ao uso de esquemas profiláticos. Isso além de mostrar a importância de pesquisas sobre esse tema, chega também à constatação de uma falta de conhecimento e padronização dos profissionais das áreas de saúde quanto à necessidade e protocolos de administração de esquemas profiláticos.

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados do presente estudo pode-se concluir que:

- 1) A maioria dos profissionais indica e/ou utiliza a profilaxia antibiótica.
- 2) Não há consenso entre os profissionais quanto à necessidade ou mesmo protocolo da profilaxia antibiótica.

3) Muitos profissionais, ao fazer indicação incorreta ao uso da profilaxia antibiótica na odontologia acabam por favorecer o desenvolvimento de resistência bacteriana.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C de C. et al. Conhecimento sobre endocardite infecciosa entre estudantes de odontologia / Knowledge about infective endocarditis among dentist students. *Com. Ciências Saúde*, João Pessoa, V.24, N.4, P. 331-340, Mai, 2013.

ARANEGA, A. M. et al. A profilaxia antimicrobiana nos consultórios odontológicos. *Rev. Odontol Araçatuba*, Araçatuba, v. 25, n.1, p. 33-38, jan/jul, 2004.

ARAÚJO, L. C., BAVARESCO, C. S. Verificação do conhecimento e da conduta de odontólogos em relação ao manejo do paciente cardiopata na atenção primária à saúde / Dentists and the management of cardiac patient in primary healthcare. *Rev APS*. Juiz de Fora, V.14, n.2, p.197-206, abr/jun, 2011.

BRANCO-DE-ALMEIDA, L. S. et al. PROFILAXIA DA ENDOCARDITE INFECCIOSA: RECOMENDAÇÕES ATUAIS DA "AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA)". *R. Periodontia*, Taubaté, V.19, N.4, P. 7-10, Dez, 2009.

CALVO, A. M. A experiência do cirurgião-dentista tem efeito sobre a ocorrência de infecções após exodontias de terceiros molares inferiores inclusos e/ou impactados?. Bauru: USP, 2010. Tese (Doutorado), Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – SP, Bauru, 2010.

CAMARGO, M. A. et al. Bacteremias em odontologia – profilaxia antibiótica / Bacteremias in dentistry – antibiotic prophylaxis. *Rev Inst Cienc Saúde*, Cuenca, V.24, N.2, P. 137-40, abr/jun, 2006.

CAVEZZI, O. J. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a Odontologia / Infective endocarditis and antibiotic prophylaxis: an issue that remains controversial in Dentistry. *Rev. Sul-Bras Odontol.*, Avaré, v. 7, n.3, p. 372-6, jul/set, 2010.

CINTRA, J. N. Risco de endocardite bacteriana no tratamento endodôntico / Risk of bacterial endocarditis in endodontic treatment. *Rev. Investigação Saúde*. Franca, V.14, n.1, p. 169-174, 2015

FERNANDES, A. D. R.; CRUZ, G. A.; FREITAS, R. da S. Antibiotic profilaxia em fratura de mandíbula / Antibiotic prophylaxis in mandible fractures. *Rev Bras Cir Craniofac.*, São Paulo, v.10, n.2, p.41-5, 2007.

LIMA, R. C.; ALMEIDA, R. F.; FELINO, A. Profilaxia antibiótica na prevenção da infecção associada aos terceiros molares / Antibiotic prophylaxis on prevention of third molar infection. *Biosci. J.*, Uberlândia, v. 30, n. 2, p. 585-593, Mar./Apr. 2014

LOPES, D. R. Estudo comparativo entre dois protocolos de profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos realizados em pacientes imunossuprimidos. São Paulo: USP, 2009. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – SP, São Paulo, 2009.

MARRA, M. et al. Odontologia em Pacientes Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI). *Relampa*, São Paulo, v.22, n.3, p.125-129, 2009.

MARTÍNEZ, R. G. et al. Antibiotic prescription in the treatment of odontogenic infection by health professionals: A factor to consensus. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*, Valencia, v. 17, n.3, p. 452–456, May, 2012.

MARTINS, M. S. O uso profilático da amoxicilina em exodontias de terceiros molares impactados realizadas nas clínicas de odontologia da UFSC- estudo clínico randomizado duplo cego. Florianópolis: UFSC, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina – SC, Florianópolis, 2013.

MILANI, B, de A. et al. Avaliação clínica da eficácia da Amoxicilina ministrada em múltiplas doses no pós-operatório de exodontias de terceiros molares inferiores. *RPGRev Pós Grad.*, São Paulo, V. 19, n.2, p.69-75, 2012.

MOREIRA, A.; ANDRADE, E. D. Estudo prospectivo da incidência de infecção em cirurgias de terceiros molares retidos: o papel da profilaxia antibiótica. *Rev. Gaúch de Odontol*, Porto Alegre, v.59, n. 3, p.357 -364, jul/set, 2011.

MOURA, W. L. et al. Eficácia da Antibioticoprofilaxia nas Cirurgias de Terceiros Molares: Avaliação Morfométrica / Efficacy of Antibiotic Prophylaxis in third molar surgery: A morphometric evaluation. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, v.11, n.2, p. 83-90, abr./jun, 2011

NASCIMENTO, E. R., NETO, M. dos A. F. Endocardite bacteriana em odontologia: doença e profilaxia medicamentosa/ Endocarditis bacterial in dentistry: disease and drug prophylaxis. *UNINGÁ Review*, Maringá, V.12, N.2, . p. 136-145, Oct, 2012.

PEDROSA, M. da S. et al. Profilaxia antibiótica no contexto de cirurgias de terceiros molares retidos em pacientes saudáveis: é justificável? / Antibiotic prophylaxis in the context of impacted third molar surgery in health patients: is it justifiable?. *SALUSVITA*, Bauru, v. 35, n. 1, p. 101-117, 2016.

PEDROSO, R. O. Antibioticoterapia em odontologia. *Pindamonhangaba*, 2012. Monografia (Graduação), Curso de Odontologia, Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba - SP, 2012.

RÍORDÁIN, R. N.; MCCREARY, C. NICE guideline on antibiotic prophylaxis against infective endocarditis: attitudes to the guideline and implications for dental practice in Ireland. *British Dental Journal*, Cork, v. 20, p. 1-6, 2009.

ROSSINI, R. Endocardite infecciosa: a profilaxia antibiótica ainda é necessária? – Revisão de literatura Porto Alegre: UFRGS, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS, 2016.

SEABRA, F. R. G.; SEABRA, B. G. M.; SEABRA, E. G. Antibioticoterapia profilática em cirurgias periodontais. *Odontologia.Clin.Cientific.Recife*, v.3, n.1, p.11-16, jan/abr, 2004.

SOHEILPOUR, S. et al. Antibiotic prophylaxis in dentistry: part I. A qualitative study of professional's views on the NICE guideline. *British Dental Journal*, London, p. 1-8, Dez, 2011.

TRENTO, C. L. et al. Avaliação do conhecimento de Cirurgiões-Dentistas e acadêmicos de Odontologia na cidade de Aracaju, Sergipe, a respeito da adequada prescrição de antimicrobianos. *Rev. odontol. UNESP*, Araraquara, v.43, n.4, p. 286-293, jul/ago. 2014.

VASCONCELLOS, L. M.; VIEIRA, F. L. D. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas do Município de Vassouras-RJ Sobre a Endocardite Infecçiosa. *Revista Pró-univerSUS*, Vassouras, v. 2, n. 2,p. 17-28, jul./dez, 2011

ZANATTA, F. B. et al. Conduitas clínicas na utilização de antibióticos em exodontias. *Rev. GaúchOdontol*, Porto Alegre, RS, v.59, n.2, p.171-177, abr/jun, 2011.

APÊNDICES

Apêndice A

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA

1. Respostas referentes aos diferentes tempos de formandos em relação à utilização de profilaxia pré-operatória em procedimentos cirúrgicos.

Utiliza usualmente profilaxia pré-operatória em procedimentos cirúrgicos?

Não () Sim ()

Ano de formatura:

Antes de 1990 () 1990 – 2000 () 2000 – 2015 ()

2. Frequência de respostas relacionadas às razões e posologia de profilaxia pré-operatória.

Caso você indique usualmente profilaxia pré-operatória, em que casos você utiliza?

- () Sempre.
- () Quando existe um processo infeccioso agudo preestabelecido.
- () Quando existe um processo infeccioso crônico preestabelecido.
- () Quando não posso realizar controle pós-operatório contínuo no paciente.
- () Pacientes com comprometimento sistêmico.
- () Sempre que necessito realizar retalho exclusivamente.
- () Sempre que necessito realizar retalho, odontosseção e osteotomia.

3. Frequência de respostas relacionadas às razões e a posologia da profilaxia pré-operatória.

Caso você indique usualmente profilaxia pré-operatória, você associa com controle químico pré-operatório de placa bacteriana?

Não () Sim ()

Caso você indique usualmente a profilaxia pré-operatória e associa controle químico de placa bacteriana, qual o produto e qual a frequência?

- () Clorexidina a 0,12% - 12/12hs durante 7 dias pré-operatórios.
- () Clorexidina a 0,12% - 24/24hs durante 7 dias pré-operatórios.
- () Clorexidina a 0,2% - 12/12hs durante 7 dias pré-operatórios.
- () Clorexidina a 1% - no pré-operatório imediato.
- () Clorexidina a 2% - no pré-operatório imediato.

Clorexidina a 0,12% - 12/12hs durante 7 dias pré-operatórios e a 2% no pré-operatório imediato.

Clorexidina a 0,12% -12/12h durante 7 dias pré-operatórios e a 1% no pré-operatório.

4. Razões e posologia da profilaxia pós-operatória.

Caso você usualmente indique terapêutica pós-operatória, em que casos você utiliza?

- Sempre.
- Quando existe um processo infeccioso agudo.
- Quando existe um processo infeccioso crônico.
- Quando não posso realizar controle pós-operatório contínuo no paciente.
- Pacientes com comprometimento sistêmico.
- Quando o procedimento é muito prolongado.
- Sempre que necessito realizar retalho exclusivamente.
- Sempre que necessito realizar retalho, odontosseção e osteotomia.

Caso você usualmente indique terapêutica pós-operatória, em qual a dose?

Dose única representando 4 vezes a dose terapêutica.

Dose única representando a dose terapêutica.

Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 10 dias.

Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 7 dias.

Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 5 dias.

Caso você usualmente indique terapêutica pós-operatória, você associa com controle químico pré-operatório da placa bacteriana?

Não Sim

Caso você usualmente indique terapêutica pós-operatória e associa controle químico de placa bacteriana, qual o produto e qual a frequência?

- () Clorexidina a 0,12% - 12/12hs durante 7 dias pós-operatórios.
- () Clorexidina a 0,12% - 24/24hs durante 7 dias pós-operatórios.
- () Clorexidina a 0,2 % - 12/12hs durante 7 dias pós-operatórios.

Foi aplicado um questionário fechado para cada participante, com perguntas de múltipla-escolha, referentes a utilização de profilaxia pré e pós-operatória em procedimentos cirúrgicos, baseado no questionário criado por Zanatta et al (2011).

ANEXOS

Anexo A

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROFILAXIA ANTIBIÓTICA NA ODONTOLOGIA

Pesquisador: CARLOS ALBERTO RECH

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53521815.7.0000.5319

Instituição Proponente: Faculdade Meridional - IMED

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.726.996

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como tema central de sua investigação obter informações sobre a conduta de profissionais da Odontologia sobre o uso de profilaxia antibiótica. A profilaxia antibiótica pode ser explicada como o uso prévio de antibióticos em pacientes que serão submetidos a procedimentos invasivos ou não, tendo como objetivo evitar o aparecimento de infecções durante ou após o procedimento. Tem como base o conceito de que os antibióticos conseguem eliminar ou impedir o crescimento de bactérias, prevenindo a instalação de um processo infeccioso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo

O trabalho pretende avaliar a conduta de cirurgiões-dentistas estudantes de um curso de pós-graduação lato sensu da cidade de Passo Fundo sobre o uso de profilaxia antibiótica para procedimentos cirúrgicos odontológicos.

Objetivo específico

Avaliar as indicações e situações em que esses cirurgiões-dentistas utilizam profilaxia antibiótica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores do presente projeto relatam como benefícios desta pesquisa a contribuição de dados e

Endereço: Senador Pinheiro 304
Bairro: centro CEP: 99.070-220
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3045-6100 Fax: (54)3045-6107 E-mail: cep@imed.edu.br

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



Continuação do Parecer: 1.726.996

informações que irão servir para a construção do conhecimento científico a respeito do uso e aplicações da profilaxia antibiótica dos especialistas das áreas de Periodontia, Implantodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial; Como riscos os autores relatam que os participantes que aceitarem participar da pesquisa poderão sentir algum desconforto psicológico se, por ventura, sentir-se constrangido ao não saber responder alguma das questões propostas. No entanto, os participantes estão livres para retirar a qualquer momento seu consentimento quanto ao uso dos dados de sua história nesta pesquisa. Ainda, se o participante desejar devolução dos resultados, o mesmo pode ser obtido com o pesquisador através do número deste formulário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia

Estudo quantitativo transversal com o uso de um questionário (ZANATA et al., 2011).

Amostra - Quarenta cirurgiões-dentistas cursando Especialização em Periodontia, Implantodontia ou Cirurgia Bucomaxilofacial, na escola de Pós-Graduação Odontocenter (Passo Fundo).

Coleta dos dados - outubro de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os documentos obrigatórios em sua submissão. O conteúdo dos documentos está de acordo com a resolução 466/12.

TCLE

Termo de confidencialidade dos dados

Termo de autorização de local

Cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o que foi exposto anteriormente, o relator considera o projeto apto para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Caro pesquisador, o projeto foi considerado aprovado. Solicitamos, ao final do estudo, anexar na Plataforma Brasil os resultados, bem como eventuais questões éticas. O CEP IMED fica à disposição para esclarecimentos.

Endereço: Senador Pinheiro 304
Bairro: centro CEP: 99.070-220
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3045-6100 Fax: (54)3045-6107 E-mail: cep@imed.edu.br

FACULDADE MERIDIONAL -
IMED/RS



Continuação do Parecer: 1.726.995

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_638590.pdf	18/08/2016 08:50:17		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	18/08/2016 08:49:02	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tcc2.docx	18/08/2016 08:48:35	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
Outros	autorizacaolocal2.pdf	18/08/2016 08:47:49	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
Outros	questionario.docx	15/12/2015 15:16:46	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
Outros	autorizacaolocal.jpg	15/12/2015 15:15:55	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadededados.JPG	15/12/2015 15:14:50	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	15/12/2015 15:10:33	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	15/12/2015 15:08:49	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostw.docx	15/12/2015 15:06:59	CARLOS ALBERTO RECH	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 14 de Setembro de 2016

Assinado por:
DENIZ ANZILIERO
(Coordenador)

Endereço: Senador Pinheiro 304
Bairro: centro CEP: 99.070-220
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3045-6100 Fax: (54)3045-6107 E-mail: cnp@med.edu.br

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr. (Sra.) _____

Estamos desenvolvendo um estudo que visa avaliar a percepção dos Dentistas sobre o uso de Óxido Nitroso na Odontologia, verificar os conhecimentos e opiniões dos Dentistas sobre suas utilizações e indicações na Odontologia, assim como suas características, cujo título é CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS ACERCA DA CONDUTA DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA NA PREVENÇÃO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA. Você está sendo convidado a participar deste estudo.

Esclareço que durante o trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

A presente pesquisa não apresenta **riscos** diretos aos pesquisados, pois, o estudo é somente observacional, não havendo nenhuma intervenção clínica. Porém, podem ocorrer constrangimento dos indivíduos nas respostas dos questionários. Dessa forma, a entrevistadora, se certificará de que o entrevistado está confortável em responder e participar efetivamente da pesquisa. Como **benefícios**, os resultados da presente pesquisa terão aplicabilidade para a comunidade acadêmica, no conhecimento sobre ao relacionamento entre as partes envolvidas no atendimento odontológico. Todos os resultados serão apresentados para os entrevistados (endereços anotados pelo pesquisador), a fim de retornar as informações analisadas. Eu, Carlos A. Rech e a minha equipe, Eduardo Zamboni, estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do telefone (54) 96949104 e do endereço Rua Fagundes dos Reis, Ed. Itamaraty Salas 608, Centro - Passo Fundo / RS.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização deste trabalho, em concordância com a Resolução CNS n° 466/12 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já agradecemos a sua atenção.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, após a leitura deste consentimento, declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo o meu interesse em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante.

Passo Fundo, ____ de _____ de _____.

Artigo Científico

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS ACERCA DA CONDUTA DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA NA PREVENÇÃO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

KNOWLEDGE OF DENTAL SURGEONS ABOUT ANTIBIOTIC PROPHYLAXIA CONDUCT IN THE PREVENTION OF INFECTIOUS ENDOCARDITE

Eduardo Zamboni - Acadêmico do curso de Odontologia da Faculdade Meridional - Imed

Carlos A. Rech - Professor Mestre do curso de Odontologia da Faculdade Meridional - Imed

RESUMO

A profilaxia antibiótica pode ser definida como o uso profilático de antibióticos para prevenir infecções bacterianas no trans e pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias e/ou procedimentos considerados invasivos, além de prevenir, serve também para reduzir e evitar complicações pós-operatórias. Entretanto, seu uso tem se tornado corriqueiro, do modo que, há casos em que os profissionais que utilizam e/ou a indicam não tem conhecimento sobre a conduta. Este estudo teve por objetivo avaliar, através de um questionário, o conhecimento da aplicabilidade e das indicações da profilaxia antibiótica e/ou a terapêutica adotada pelos cirurgiões-dentistas. O estudo realizado foi uma abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 29 cirurgiões-dentistas vinculados à Odontocenter e CEOM, especialistas em Periodontia, Implantodontia e cirurgia Bucomaxilofacial. Com base nos resultados do presente estudo onde 86% dos cirurgiões-dentistas indicam e/ou realizam a profilaxia antibiótica e 14% não indicam e nem realizam, pode-se concluir que não há consenso entre os profissionais quanto à necessidade ou mesmo protocolo da profilaxia antibiótica e que muitos profissionais, ao fazer indicação incorreta ao uso da profilaxia antibiótica na odontologia acabam por favorecer o desenvolvimento de resistência bacteriana.

Palavras-chave: Antibioticoprofilaxia. Cirurgião Dentista. Infecção. Conhecimento dos Dentistas. Odontologia.

ABSTRACT

Antibiotic prophylaxis can be defined as the use of prophylactic antibiotics to prevent bacterial infections during and after surgery in patients undergoing surgery and / or procedures considered invasive, and to prevent, stop also serves to reduce and prevent postoperative complications. However, its use has become commonplace in the way that there are cases where the professionals who use and / or indicate not aware of the conduct. This study aimed to evaluate, through a questionnaire, knowledge of the applicability and indications of antibiotic prophylaxis and / or treatment adopted by dentists. The study was a quantitative approach. The sample consisted of 29 dentists linked to Odontocenter and CEOM, specialists in Periodontics, Implantology and Maxillofacial surgery. Based on the results of this study in which 86% of dentists indicate and / or perform antibiotic prophylaxis and 14% do not indicate nor perform, it can be concluded that there is no consensus among professionals on the need or prophylaxis protocol antibiotic and many professionals to make incorrect indication of the use of antibiotic prophylaxis in dentistry end up favoring the development of bacterial resistance.

Key Words:Antibiotic prophylaxis. Dental Surgeon.Infection.Management of the Dental Practice.Dentistry.

INTRODUÇÃO

A maioria dos cirurgiões dentistas não sabe indicar a profilaxia antibiótica ou a utiliza incorretamente, seja em escolha, dosagem ou tempo de uso. Assim, acaba por ser ineficiente na prevenção de bacteremia transitória transoperatória (1).

A antibioticoterapia profilática pode ser explicada como o uso profilático de antibióticos em pacientes que não demonstram sinais ou sintomas de infecção, tendo como objetivo evitar o seu aparecimento. Ela baseia-se na idéia de que os antibióticos conseguem matar ou impedir o crescimento de bactérias em infecções já estabelecidas, ou podendo também fazê-lo no sangue e em determinados sítios prevenir a instalação de um processo infeccioso (2).

Os antimicrobianos são considerados notáveis exemplos de evolução científica moderna. Entretanto a adaptabilidade dos microrganismos capacita a resistência a determinados antibióticos. Contudo, alguns profissionais apresentam falta de conhecimento sobre a diferença entre antibióticoterapia, profilaxia antibiótica e terapêutica medicamentosa (3).

Procedimentos odontológicos são responsáveis por aproximadamente 40% das origens de endocardite bacteriana. A endocardite é uma patologia com severas consequências para pacientes de risco. Para diminuir ou extinguir a possibilidade de os procedimentos odontológicos provocarem uma bacteriemia, a American Heart Association (AHA), sugere técnicas preventivas de profilaxia antibiótica nos pacientes de risco antes de alguns tratamentos como por exemplo o tratamento endodôntico se houver instrumentação além do forame apical, em cirurgias endodônticas, e na necessidade de anestesia intraligamentar (4).

Este estudo teve por objetivo avaliar, através de um questionário, o conhecimento da aplicabilidade e das indicações da profilaxia antibiótica e/ou a terapêutica adotada pelos cirurgiões-dentistas.

METODOLOGIA

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/IMED sob o número 1.726.996, e os profissionais participantes assinaram e concordaram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA

O estudo realizado foi uma abordagem quantitativa transversal. A amostra foi composta por 29 cirurgiões-dentistas vinculados à Odontocenter e CEOM, especialistas em Periodontia, Implantodontia e cirurgia Bucomaxilofacial.

COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS

Foi realizado um questionário auto aplicativo, baseado no questionário criado por Zanatta et al (5), para cirurgiões-dentistas, e entregue aos profissionais para que os mesmos respondessem.

Cirurgiões dentistas vinculados à Odontocenter e CEOM, que concorre participar.

ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

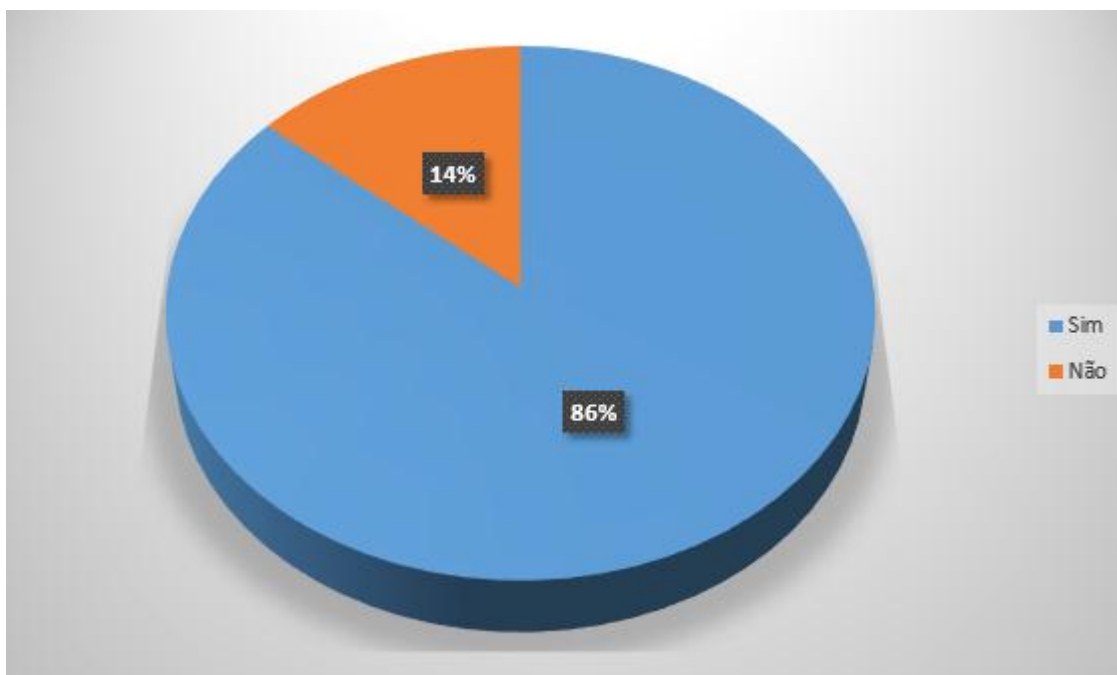
Os dados dos 29 questionários que fizeram parte desta pesquisa foram analisados.

RESULTADOS

Dos 29 participantes do questionário, 1 (3,44%) deles se formou antes de 1990, 8 (27,5%) se formaram entre 1990 e 2000 e os outros 20 (68,9%) se formaram entre os anos de 2000 e 2015.

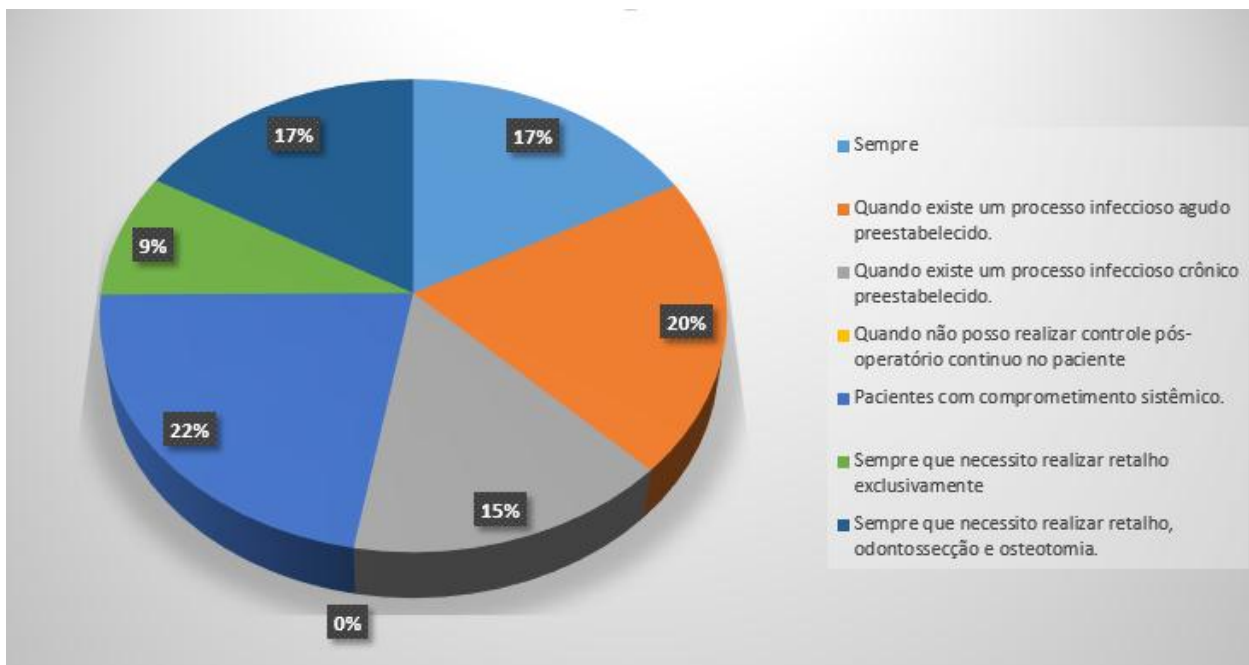
O conhecimento, no que se refere a realização ou não de profilaxia antibiótica esta explicitado na figura 1.

Figura 1. Conhecimento sobre a realização ou não de profilaxia antibiótica.



O conhecimento, no que se refere aos casos em que a profilaxia antibiótica é indicada e/ou utilizada esta evidenciado na figura 2.

Figura 2. Conhecimento dos Casos em que a profilaxia antibiótica é indicada e/ou utilizada.



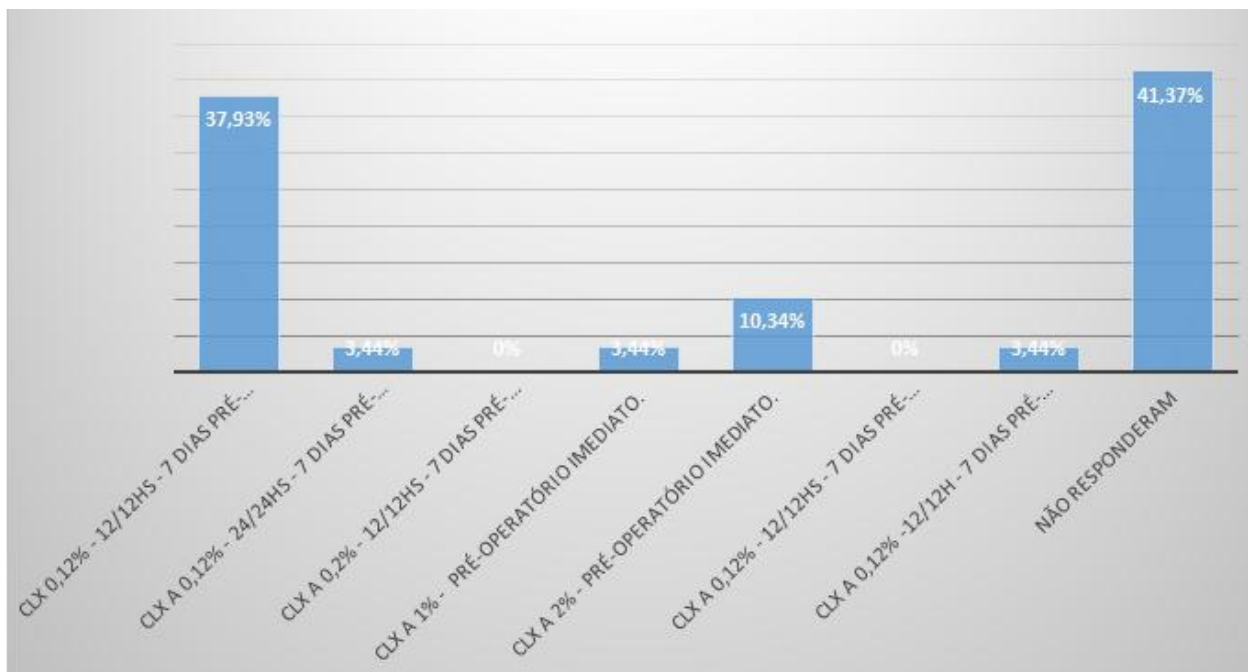
O conhecimento, no que se refere a associação de controle químico pré-operatório de placa bacteriana com a profilaxia antibiótica estão demonstradas na tabela 1.

Tabela 1. Conhecimento relacionado a associação de controle químico pré-operatório de placa bacteriana com a profilaxia antibiótica:

CONHECIMENTO	Número de questionários respondidos (29)	% (100)
Associa controle químico de placa bacteriana no pré-operatório		
Sim		
Não		

O conhecimento, no que se refere ao produto e a frequência do controle químico pré-operatório de placa bacteriana esta esclarecido na figura 3.

Figura 3. Conhecimento relacionado ao produto e a frequência do controle químico pré-operatório de placa bacteriana:



O conhecimento, no que se refere as razões da terapêutica pós-operatória esta mostrado na tabela 2.

Tabela 2. Conhecimento relacionado as razões da terapêutica pós-operatória:

<i>VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO</i>	<i>Número de respostas (56)</i>	<i>% (100)</i>
Razões da terapêutica pós-operatória		
Sempre.	11	19,64
Quando existe um processo infeccioso agudo.	8	14,28
Quando existe um processo infeccioso crônico.	7	12,5
Quando não posso realizar controle pós-operatório contínuo no paciente.	1	1,78
Pacientes com comprometimento sistêmico.	9	16,07
Quando o procedimento é muito prolongado.	7	12,5
Sempre que necessito realizar retalho exclusivamente.	2	3,57
Sempre que necessito realizar retalho, odontosecção e osteotomia.	10	15,15
Não responderam	1	1,78

O conhecimento, no que se refere a dose da terapêutica pós-operatória esta comprovadas na tabela 3.

Tabela 3. Conhecimento relacionado a dose da terapêutica pós-operatória:

CONHECIMENTO	Número de respostas (32)	% (100)
Doses		
Dose única representando 4 vezes a dose terapêutica.	3	9,37
Dose única representando a dose terapêutica.	0	0
Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 10 dias.	1	3,12
Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 7 dias.	27	84,37
Na forma de tratamento, de acordo com dose pré-estabelecida na prescrição do antibiótico, durante 5 dias.	1	3,12

O conhecimento, no que se refere ao controle químico de placa bacteriana no pós-operatório esta evidenciado na tabela 4.

Tabela 4. Conhecimento relacionado ao controle químico de placa bacteriana no pós-operatório:

CONHECIMENTO	Número de questionários respondidos (29)	% (100)
Associa controle químico de placa bacteriana no pós-operatório		
Sim	27	
Não	2	

O conhecimento, no que se refere ao produto e a frequência do controle químico pós-operatório de placa bacteriana esta evidenciado na tabela 5.

Tabela 5. Conhecimento relacionado ao produto e a frequência do controle químico pós-operatório de placa bacteriana:

CONHECIMENTO	Número de respostas (29)	% (100)
Produto e frequência do controle químico de placa bacteriana pré-operatório		
Clorexidina a 0,12% - 12/12hs durante 7 dias pós-operatórios.	25	86,20
Clorexidina a 0,12% - 24/24hs durante 7 dias pós-operatórios.	0	0
Clorexidina a 0,2 % - 12/12hs durante 7 dias pós-operatórios.	2	6,89
Não responderam	2	6,89

DISCUSSÃO

A aplicação de questionários para avaliar o conhecimento quanto ao uso de profilaxia antibiótica tem sido muito usado, assim como a conclusão de que os profissionais ainda não demonstram um consenso quanto à necessidade e administração de um protocolo consensual (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Esses dados corroboram com os achados do presente estudo, onde houve consenso de quando deve-se usa-la e/ou indica-la, entretanto pode-se notar uma diferença entre as respostas de cada participante em algumas das questões.

Em um estudo de Araújo e Bavaresco (7) 100% dos entrevistados r desconhecimento sobre a classificação de risco dos pacientes cardiopatas e as em que a antibioticoprofilaxia é recomendada. Apesar de 83,3% dos ent afirmarem conhecer os procedimentos dentários que necessitam de profilaxia, não o fizeram de forma correta. No presente estudo, esses índices foram de 25 (86,20%) dos 29 questionados realizam a profilaxia antibiótica e desses 25, 13 (26,63%) a utilizam em casos de pacientes com comprometimento sistêmico respectivamente.

O uso de profilaxia antibiótica quando de procedimentos em pacientes com comprometimento imunológico parece ser uma constante nos estudos conduzidos (2,11).

Em nosso estudo 13 (23,63%) dos participantes afirmaram utilizar a profilaxia antibiótica em pacientes com comprometimento sistêmico, 12 (21,81%) deles utilizam quando há um processo infeccioso agudo preestabelecido e 9 (16,36%) usam quando há um processo infeccioso crônico preestabelecido.

Alguns autores, relatam que o grande problema do uso indiscriminado de antibióticos, seja em esquema profilático ou terapêutico consiste na possibilidade de desenvolvimento de resistência bacteriana (2, 3).

Quando o tema referido para uso de profilaxia antibiótica é a prevenção de endocardite bacteriana, há consenso entre os autores quanto à sua necessidade, principalmente para pacientes portadores de distúrbios valvares e com prévia história de endocardite (2, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Os dados do presente estudo mostram que 13 (23,63%) dos respondentes usam essa indicação como fator decisivo para o uso de profilaxia antibiótica.

Já, quando se trata de profilaxia antibiótica para cirurgias de remoção de terceiros molares, os autores relatam não haver necessidade quando se tratar de um paciente ASA I (10, 17). Outros falam que a incidência de infecção estaria mais relacionada à inexperiência do profissional no ato cirúrgico ou mesmo no tempo de execução do que no risco infeccioso propriamente dito (18, 19, 20). Além disso referem não haver discrepância estatisticamente significativa no que refere a trismo e edema no pós operatório, comparando-se o uso ou não de antibióticos profiláticos (21).

Três estudos (6, 13, 22) foram também conduzidos utilizando questionário para verificar a concordância pelos profissionais ao seguir as orientações do National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE quanto ao uso de esquemas profiláticos além de mostrar a importância de pesquisas sobre esse tema, chega à conclusão de uma falta de conhecimento e padronização dos profissionais das áreas de saúde quanto à necessidade e protocolos de administração de esquemas profiláticos.

Nos últimos 50 anos, a American Heart Association (AHA) tem indicado vários esquemas de antibióticos profiláticos com a finalidade de evitar o desenvolvimento da EI, relacionada a procedimentos odontológicos, gastrointestinais e geniturinários invasivos em pacientes suscetíveis à doença. Algumas condições cardíacas são consideradas de alto risco para a endocardite infecciosa, nas quais a profilaxia antibiótica é recomendada

previamente aos procedimentos odontológico. Em casos de pacientes portadores de algumas condições cardíacas(23), assim como é explicitado na tabela abaixo:

REGIMES RECOMENDADOS PARA A 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	50 mg/Kg
Alérgicos a penicilinas	Cefalexina*	2g	50 mg/Kg
	OU Clindamicina	600 mg	20 mg/Kg
	OU Azitromicina ou Claritromicina	500 mg	15 mg/Kg
Impossibilitados de receber a medicação por via oral	Ampicilina	2g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	OU Cefazolina ou Ceftriaxona	1g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	Alérgicos a penicilinas e impossibilitados de receber a medicação por via oral	Cefazolina ou Ceftriaxona OU Clindamicina	1g IM ou IV 600 mg IM ou IV

FONTE: BRANCO-DE-ALMEIDA et al. 2009.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados do presente estudo pode-se concluir que:

- 1) A maioria dos profissionais indica e/ou utiliza a profilaxia antibiótica.
- 2) Não há consenso entre os profissionais quanto à necessidade ou mesmo protocolo da profilaxia antibiótica.
- 3) Muitos profissionais, ao fazer indicação incorreta ao uso da profilaxia antibiótica na odontologia acabam por favorecer o desenvolvimento de resistência bacteriana.

REFERÊNCIAS

1. Aranega AM, Callestini EA, Lemos FR, Baptista DQ, Ricieri CB. A profilaxia antimicrobiana nos consultórios odontológicos. *Rev. Odontol Araçatuba*, Araçatuba, 2004; 25(1):33-38.
2. Seabra FRG, Seabra BGM, Seabra EG. Antibioticoterapia profilática em cirurgias periodontais. *Odontologia.Clin.Cientific.Recife*, 2004; 3(1):11-16.
3. Trento CL, Menezes Júnior LR, Siqueira AdosS, Takeshita WM. Avaliação do conhecimento de Cirurgiões-Dentistas e acadêmicos de Odontologia na cidade de Aracaju, Sergipe, a respeito da adequada prescrição de antimicrobianos. *Rev. odontol. UNESP, Araraquara*, 2014; 43(4): 286-293.
4. Cintra JN. Risco de endocardite bacteriana no tratamento endodôntico / Riskofbacterialendocarditis in endodontictreatment. *Rev. Investigação Saúde. Franca*, 2015; 14(1): 169-174.
5. Zanatta FB, Richter EA,; Pedroso ARDeS, Rösing CK. Condutas utilização de antibióticos em exodontias. *Rev. GaúchOdontol, Porto /* 59(2): 171-177.
6. Ríordáin RN, McCreary C. NICE guideline on antibiotic prophylaxis against infective endocarditis: attitudes to the guideline and implications for dental practice in Ireland. *British Dental Journal, Cork*, 2009; 20: 1-6.
7. Araújo LC, Bavaresco CS. Verificação do conhecimento e da conduta de odontólogos em relação ao manejo do paciente cardiopata na atenção primária à saúde / Dentistsandthe management ofcardiacpatient in primaryhealth' APS. Juiz de Fora, 2011; 14(2): 197-206.
8. Vasconcellos LM, Vieira FLD. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas do Município de Vassouras-RJ Sobre a Endocardite Infecçiosa. *Revista de Saúde Pública, Vassouras*, 2011; 2(2): 17-28.
9. Martinez RG, Ballester C, Herráez VJM, Bolós AJM, Escoda GC. Antibiotic prescription in the treatment of odontogenic infection by health professionals: A factor to consensus. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Valencia*, 2012; 17(3): 452–456.
10. Pedrosa MdaS, Vieira SM, Ferro FED, Silva JL, Pompeu JGF, Borba MSdaC. Profilaxia antibiótica no contexto de cirurgias de terceiros molares retidos em pacientes saudáveis: é justificável? / Antibioticprophylaxis in thecontextofimpactedthird molar surgery in healthpatients: is it justifiable?. *SALUSVITA, Bauru*, 2016; 35(1): 101-117.

11. Lopes DR. Estudo comparativo entre dois protocolos de profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos realizados em pacientes imunossuprimidos. São Paulo: USP, 2009. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – SP, São Paulo, 2009.
12. Marra M, Silva Júnior O, Pereira VC, Marcussi DM, Cunha TMP, Mello CS. Odontologia em Pacientes Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI). *Relampa.*, São Paulo, 2009; 22(3): 125-129.
13. Cavezzi OJ. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a Odontologia / Infectiveendocarditisandantibioticprophylaxis: an issuethatremainscontroversial in Dentistry. *Rev. Sul-BrasOndotol.*, Avaré, 2012; 7(3): 372-6.
14. Nascimento ER, Neto MdosAF. Endocardite bacteriana em odontologi: profilaxia medicamentosa/ Endocarditisbacterial in diseaseanddrugprophylaxis. *UNINGÁ Review*,.Maringá, 2012; 12(2): 1
15. Albuquerque CdeC, Sousa JCN, Veloso HHP, Paiva MDEB, Silva PV, Quieroga AS. Conhecimento sobre endocardite infecciosa entre estudantes de odontologia / Knowledgeaboutinfectiveendocarditisamongdentistrystudents. *Com. Ciências Saúde*, João Pessoa, 2013; 24(4): 331-340.
16. Rossini, R. Endocardite infecciosa: a profilaxia antibiótica ainda é necessária? – Revisão de literatura Porto Alegre: UFRGS, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul , Porto Alegre – RS, 2016.
17. Lima RC, Ameida RF, Felino A. Profilaxia antibiótica na prevenção da infecção associada aos terceiros molares / Antibioticprophylaxisonpreventionofthirdmolarsinfection. *Biosci. J.*, Uberlândia, 2014; 30(2): 585-593.
18. Calvo AM. A experiência do cirurgião-dentista tem efeito sobre a ocorrência de infecções após exodontias de terceiros molares inferiores inclusos e/ou impactados?.Bauru: USP, 2010. Tese (Doutorado), Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – SP, Bauru, 2010.
19. Moura WL, Moura WL, Freire SASR, Valentini Neto R, Mendes SM. Eficácia da Antibioticoprofilaxia nas Cirurgias de Terceiros Molares: Avaliação Morfométrica / EfficacyofAntibioticProphylaxis in thirdmolarsurgery: A morphometricevaluation. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, 2011; 11(2): 83-90.

20. Moreira A, Andrade ED. Estudo prospectivo da incidência de infecção em cirurgias de terceiros molares retidos: o papel da profilaxia antibiótica. *Rev. Gaúch de Odontol*, Porto Alegre, 2011; 59(3): 357 -364.
21. Martins MS. O uso profilático da amoxicilina em exodontias de terceiros molares impactados realizadas nas clínicas de odontologia da UFSC- estudo clínico randomizado duplo cego. Florianópolis: UFSC, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina – SC, Florianópolis, 2013.
22. Soheilpour S, Scambler S, Dickinson C, Burke M, Jabbarifar SE, Newton JT. Antibiotic prophylaxis in dentistry: part I. A qualitative study of professional's views on the NICE guideline. *British Dental Journal*, London, 2011; 1-8.
23. Branco-De-Almeida LS, Castro ML, Cogo K, Rosalen PL, Andrade ED, Franco GCN. Profilaxia da endocardite infecciosa: recomendações atuais da "american heart association (aha)". *R. Periodontia*, Taubaté, 2009; 19(4): 7-10.