

**UNIVERSIDADE DE UBERABA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ALINE MIO DUARTE  
POLIANE BARBIAN**

**QUANDO REALIZAR A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM  
PACIENTES COM ALTO RISCO PARA DESENVOLVER  
ENDOCARDITE INFECCIOSA?**

**Uberaba – MG  
2017**

**ALINE MIO DUARTE  
POLIANE BARBIAN**

**QUANDO REALIZAR A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM  
PACIENTES COM ALTO RISCO PARA DESENVOLVER  
ENDOCARDITE INFECCIOSA?**

Projeto apresentado à Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Katia Jacqueline Miguel Santos

**Uberaba - MG  
2017**

D85q Duarte, Aline Mio.  
Quando realizar a profilaxia antibiótica em pacientes com alto risco para desenvolver endocardite infecciosa? / Aline Mio Duarte, Poliane Barbian. – Uberaba, 2017.  
20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia, 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Katia Jacqueline Miguel Santos.

1. Odontologia. 2. Profilaxia dental. 3. Endocardite bacteriana.  
I. Barbian, Poliane. II. Santos, Katia Jacqueline Miguel. III.  
Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

**ALINE MIO DUARTE**

**POLIANE BARBIAN**

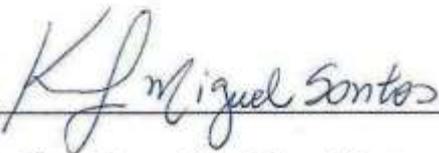
**QUANDO REALIZAR A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM  
PACIENTES COM ALTO RISCO PARA DESENVOLVER  
ENDOCARDITE INFECCIOSA?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade de Uberaba, como parte dos  
requisitos para a conclusão do curso de  
Graduação em Odontologia.

Área de concentração: Farmacologia

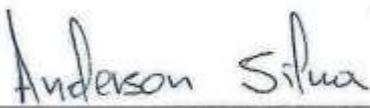
Aprovado em: 16/12/17.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_

Profª. Ms. Katia Jacqueline Miguel Santos – Orientadora

Universidade de Uberaba

  
\_\_\_\_\_

Prof. Anderson Silva

Universidade de Uberaba

## RESUMO

As cirurgias odontológicas são procedimentos corriqueiros na prática odontológica e estão associadas a inúmeras complicações trans e pós-operatórias. Como consequência a profilaxia antibiótica é altamente relatada em casos de pacientes de alto risco de desenvolver endocardite infecciosa. O assunto endocardite e profilaxia antibiótica têm passado por grandes mudanças atualmente, porém, todas as opiniões são controversas tornando o assunto bastante dinâmico. Em alguns casos o paciente possui condições sistêmicas na qual interferem na defesa do hospedeiro e requer o uso de antibiótico para prevenção e não propriamente para o tratamento de infecções. Nesse sentido o uso da quimioprofilaxia é definido como o uso de antibióticos para evitar complicações no pós-operatório em situações de alto risco.

**Palavras-chave:** Quimioprofilaxia, Profilaxia Antibiótica, Profilaxia na Odontologia, Endocardite Bacteriana, Endocardite infecciosa.

## ABSTRACT

The odontological surgeries are everyday procedures at odontological practice and are associated to a numerous through and after complications. As consequence the bacterial prophylaxis is highly related in cases where the patient has high risk of developing bacterial endocarditis. The bacterial endocarditis and bacterial prophylaxis subject currently has been through big changes, although, every opinion are controversials making the subject very dynamic. In some cases the patiente has systemic conditions, which interfere at the host's defense and require the use of antibiotics to prevent and not properly for the treatment of infections. In that way the use of chemoprophylaxis is defined as the use of antibiotics to prevent post operative complications in high risk situations.

**Key words:** Chemoprophylaxis, antibiotic prophylaxis, prophylaxis at odontology, bacterial endocarditis, infectuos endocarditis

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>9</b>
<b>3 DELINEAMENTO .....</b>	<b>10</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
4.1 O QUE É PROFILAXIA ANTIBIÓTICA .....	11
4.2 ENDOCARDITE INFECCIOSA (EI) .....	11
4.3 MICRORGANISMOS RESPONSÁVEIS .....	12
4.4 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES DE RISCO .....	12
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença rara e com alto risco de mortalidade e, apesar do progresso de diagnósticos e tratamentos, a mesma não sofreu grandes alterações nos últimos anos (FERNANDES & GRINBERG, 2013). A endocardite é uma doença em que os agentes infecciosos invadem as superfícies do endocárdio, produzindo assim inflamações e lesões. A infecção do endocárdio causa vegetações, que são estruturas compostas por plaquetas, fibrina e microrganismos infecciosos (ROCHA, ROCHA & SPROVIERI, 2009). Sendo assim, quando não tratada ela é sempre fatal e continua causando substancial morbimortalidade, apesar dos avanços alcançados em diagnósticos e tratamentos (CAVEZZI, 2010).

Existem certos pacientes que são considerados especiais no ponto de vista odontológico, os quais necessitam de cuidados especiais. Dentre essa gama estão localizados os pacientes de alto risco a desenvolver endocardite infecciosa (NASCIMENTO *et al.*, 2011). As intervenções odontológicas constituem umas das principais causas de bacteremia transitória, uma condição transitória do caso, e assim as bactérias podem colonizar tecidos cardíacos que estão previamente comprometidos, causando uma grande infecção local e assim levar a endocardite infecciosa (BARROS *et al.*, 2011) (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Os princípios da profilaxia para EI foram desenvolvidos com base em estudos observacionais no início do século XX (FERNANDES & GRINBERG, 2013). Os riscos de uma bacteremia de origem bucal parecem estar nas dependências de duas importantes variáveis: a extensão do trauma em tecido mole e o grau de inflamação local existente. Sendo assim, em qualquer procedimento odontológico invasivo em pacientes de alto risco a desenvolvimento de EI, deve ser avaliada a necessidade da quimioprofilaxia (BARROS *et al.*, 2011).

Os estreptococos e estafilococos são os principais responsáveis, em grande maioria dos casos, pela endocardite infecciosa e assim a mortalidade que ocorre devido à doença, assim a prevenção primária sempre que possível é de suma importância (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Porém esse fato não significa que tal infecção ocorrerá após qualquer procedimento cruento, pois esse fenômeno bacteriano ocorrerá por aproximadamente 30 minutos. Essa transição de bactérias acontece em até mesmo paciente imunologicamente comprometido (ZANATTA *et al.*, 2011).

A profilaxia antibiótica consiste em administrar certa dose de antibióticos a pacientes que não apresentam evidências de infecção, com o intuito de prevenir a colonização de bactérias, e suas complicações nos períodos pós-operatórios (MOREIRA & ANDRADE, 2011).

A prescrição de um antimicrobiano sem necessidade pode levar ao desenvolvimento de uma resistência bacteriana, por isso deve haver a prescrição racional e responsável desses fármacos (TRENTO *et al.*, 2014). A conduta da quimioprofilaxia pode ser instituída com duas finalidades: com o objetivo de prevenção de infecção na própria região da injúria que se denomina profilaxia cirúrgica e para prevenir infecções à distância, que são os casos de endocardite infecciosa (MOREIRA & ANDRADE, 2011).

De acordo com a American Heart Association (AHA), são recomendados vários regimes de profilaxia antibiótica a fim de evitar o estabelecimento da EI, ela é indicada a pacientes de alto risco, submetidos a tratamento dental invasivo, que leva a perfuração da mucosa oral, tais como: exodontias, tratamento periodontal, colocação ou inserção de implantes dentais e reimplantes de dentes avulsionado, tratamento endodôntico invasivo, cirurgia parodontal, colocação inicial de bandas ortodônticas, injeções anestésicas locais intraligamentar, profilaxia de dentes ou implantes, quando previsto sangramento (ROCHA *et al.*, 2008) (ALMEIDA *et al.*, 2009).

É recomendado que o antibiótico de escolha fosse pouco tóxico, tenha uma meia vida plasmática prolongada, baixo custo e seja pouco indutor de resistência (SILVA *et al.*, 2009).

## **2 OBJETIVO**

Esclarecer a relação entre a endocardite Infecciosa e a Odontologia, e como o cirurgião dentista deve atuar na prevenção e cuidados dessa patologia, frente a pacientes com alto risco para seu desenvolvimento.

### **3 DELINEAMENTO**

Este trabalho consta de uma revisão de literatura realizada através de levantamento de dados bibliográficos e literários, utilizando artigos científicos publicados sobre tema: ‘Quando realizar profilaxia antibiótica em pacientes de alto risco a endocardite infecciosa’. Será baseada em artigos publicados sem restrição de idioma e data, desde que disponíveis na íntegra para acesso online, permitindo uma abrangência do assunto.

O levantamento bibliográfico será realizado através de buscas na Internet, em consulta a sites indexados como: PUBMED, GOOGLE ACADÊMICO E SCIELO.

Palavras chaves: Quimioprofilaxia, Profilaxia Antibiótica, Profilaxia na Odontologia, Endocardite Bacteriana, Endocardite infecciosa.

Key words: Chemoprophylaxis, antibiotic prophylaxis, prophylaxis at odontology, bacterial endocarditis, infectuos endocarditis.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 O QUE É PROFILAXIA ANTIBIÓTICA?

A profilaxia antibiótica baseia-se na aplicação de antibióticos em pacientes que não possuem infecção, com o objetivo de se evitar a multiplicação de bactérias, após intervenção cirúrgica. Este procedimento tem dois objetivos: evitar contaminação no local que será exposto após cirurgia, nominada profilaxia antibiótica; e precaver contaminação a distancia, assim como na EI. (MOREIRA e ANDRADE, 2011).

### 4.2 ENDOCARDITE INFECCIOSA

Geralmente a endocardite é a inflamação do endocárdio, ela torna-se infecciosa quando os agentes causadores são fungos, vírus ou bactérias (BARROSO *et al.*, 2014). Ela pode se demonstrar de dois modos agudo ou subagudo. O modo agudo acontece em pessoas saudáveis e se dá pela admissão de inúmeros microrganismos infectados na circulação sanguínea. Já o modo subagudo, começa pelo acesso dos microrganismos na corrente sanguínea em pacientes de risco, no decorrer da intervenção cirúrgica odontológica (ROCHA *et al.*, 2008).

A EI é uma doença de difícil diagnóstico e tratamento (ROCHA *et al.*, 2008), é uma alteração exsudativa e proliferativa inflamatória localizada no endocárdio (camada mais interna do coração), que tem início pela disposição de fibrinas e plaquetas colonizada por bactérias (ALMEIDA *et al.*, 2009). É uma doença que induz inflamação e destruição das valvas cardíacas, endocárdio e endotélio. (ROCHA *et al.*, 2008)

É uma doença relativamente rara que, apesar de grandes progressos na área, não ocorreu muitas alterações em suas incidências nos últimos anos, por isso, todo esforço deve ser mantido a fim de evitar sua manifestação (FERNANDES e GRINBERG, 2013). Sendo assim, ela é uma das poucas complicações potencialmente letais em tratamentos odontológicos, que torna a prevenção dessa condição de grande importância para o cirurgião-dentista (COSTA e FERREIRA, 2011).

#### 4.3 MICRORGANISMOS RESPONSÁVEIS

Os agentes etiológicos com maior relevância para o desenvolvimento da EI são: *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Chlamídias* e fungos (COSTA e FERREIRA, 2011).

Segundo Vlessis e colaboradores., 1996 (apud ALMDEIDA *et al.*, 2009, p. 7) ‘ As bactérias mais relacionadas a EI são estreptococos do grupo *viridans*, presentes em grande quantidades na cavidade bucal e que possuem maior capacidade de se aderir aos agregados plaquetários.’

A boca contém inúmeros microrganismos e aloja entre eles, cerca de 500 tipos de constituintes do biofilme dentário, sendo assim considerada como portal de acesso do corpo humano, Cavezzi & Zanatto, 2003 (apud VASCONCELOS & VIEIRA, 2011). Em mais da metade dos casos, o principal agente etiológico das infecções em valvas cardíacas é o *Streptococcus viridans*, encontrado habitualmente na região da orofaringe (ROCHA *et al.*, 2009).

Em 25% dos casos, o *Staphylococcus aureus* está presente em usuários de drogas venosas. Os outros germes, como *Chlamídias*, *pseudomonas* e *errata*, e fungos como a *cândida*, também são prevalentes (ROCHA *et al.*, 2009).

#### 4.4 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES DE RISCOS

A bacteremia (toxemia ou envenenamento do sangue) é definida basicamente como presenças de bactérias no sangue, é como as infecções locais se espalham ao longo do corpo (dispersão hematogênica). Geralmente ela é transitória, devido à resposta imunológica do organismo, quando isso não acontece ocorre quadros de disseminação, que é o caso da Endocardite Infecçiosa e outras patologias (VILLORIA & COSTINHA, 2013).

Uma adversidade de um tratamento invasivo dental é a endocardite infecciosa, sendo assim de grande relevância para o cirurgião-dentista e que se deve haver precaução sobre a mesma (COSTA & FERREIRA, 2011).

O paciente que irá receber tratamento odontológico invasivo deverá ser examinado tanto pelo seu médico e pelo cirurgião-dentista. O profissional odontólogo tem que ter conhecimento sobre a saúde do seu paciente com histórico de insuficiência cardíaca, arritmias, angina de peito, e infarto do miocárdio (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Mesmo que esses pacientes de alto risco não apresentem sintomas na anamnese, no momento da intervenção odontológica podem manifestar um agravamento de sua condição devido à tensão e o nervosismo. O conhecimento atualizado sobre a saúde do paciente é importante, para se prevenir situações indesejáveis (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

A doença possui alguns fatores de risco que facilitam seu aparecimento, como pacientes portadores de prótese valvar cardíaca, pacientes com história prévia de EI, doenças cardíacas congênitas, Shunts ou condutos pulmonares sistêmicos construídos cirurgicamente, a maioria das outras malformações congênitas, disfunção valvular adquirida (ex.: doença cardíaca reumática), cardiomiopatia hipertrófica, e prolapso da válvula mitral com regurgitação valvular (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

De acordo com a American Heart Association (AHA), a profilaxia antibiótica é recomendada para pacientes de alto risco, submetidos a procedimento dental que envolva tecido gengival ou região periapical do dente e para procedimentos que levam a perfuração da mucosa oral, como em exodontias; tratamento periodontal (inclusive sondagem, raspagem e alisamento radicular, cirurgias e sessões para manutenção); colocação ou inserção de implantes dentais e reimplantes de dentes avulsionados; instrumentação endodôntica ou cirurgia paradodôntica; colocação subgengival de tiras antibióticas; colocação inicial de bandas ortodônticas; injeções anestésicas locais intraligamentares; limpeza profilática de dentes ou implantes, quando previsto sangramento. (ROCHA *et al.*, 2008).

A última revisão da AHA foi realizada em 2007 (MARRA *et al.*, 2009), e como mostra o quadro 1, as recomendações da AHA para a profilaxia de EI em procedimentos odontológicos foram atualizadas (CAVEZZI, 2010).

**Quadro 1:** Recomendações da AHA. (Fonte: modificada de CAVEZZI, 2010)

<b>RECOMENDAÇÕES DA AHA</b>
<i>Condições cardíacas de alto risco que necessitam de profilaxia antibiótica</i>
Paciente com histórico de EI
Cardiopatía congênita cianótica não corrigida
Usuário de prótese cardíaca valvar
Cardiopatía congênita cianótica corrigida que evoluiu com lesão residual
Cardiopatía congênita corrigida com material protético
Valvopatia adquirida em pacientes transplantados cardíacos

Como mostrado no quadro 2, existem outros pacientes de alto risco que a quimioprofilaxia é discutida, como o caso dos portadores de Diabetes Mellitus (DM), no caso doença mal controlada, mesmo na ausência de infecções, utiliza-se profilaxia antibiótica nos procedimentos invasivos (ALVES *et al.*, 2006).

**Quadro 2:** Antibioticoterapia profilática para procedimentos dentários. (Fonte: modificada de (CAVEZZI, 2010).).

<b>Situação</b>	<b>Medicação</b>	<b>Esquema (dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento)</b>
Regime Padrão	Amoxicilina	Adultos: 2 gramas Criança: 50 mg/Kg
	Ampicilina	Adultos: 2 grama Criança: 50 mg/Kg
Alergia a penicilina (via oral)	Azitromicina	Adultos: 500 mg
	Claritromicina	Criança: 15 mg/Kg
	Cefalexina	Adultos: 2 gramas
	Cefadroxil	Criança: 50 mg/Kg

	Clindamicina	Adultos: 600 mg Criança: 20 mg/Kg
Alergia a penicilina (via oral não é possível)	Clindamicina	Adultos: 600 mg Criança: 20 mg/Kg

Além do uso de antibióticos como meio de prevenir a infecção, antissépticos tem sido utilizado como parte da estratégia preventiva. A Clorexidina a 0,12% foi apresentada em diversos estudos mostrando sua efetividade em relação à prevenção de alveolite após a exodontia (ZANATTA *et al.*, 2011).

O prazo entre o procedimento invasivo e surgimento dos sintomas e sinais é de aproximadamente duas semanas tornando-se um quadro instável, geralmente com cansaço, falta de ar, suores noturnos, febre, calafrios, perda de apetite e dores pelo corpo, e podendo progredir apressadamente para uma septicemia crítica e insuficiência aguda em que o auxílio médico seja de grande importância para a saúde do paciente (BARROSO *et al.*, 2014).

Não se torna necessária profilaxia medicamentosa para pacientes com histórico de defeitos do septo atrial, sopros inócuos e que foram sujeitos a procedimentos cirúrgicos das artérias coronarianas, porque esses pacientes se equivalem a pacientes normais, e possuem baixo risco de se contrair a endocardite bacteriana (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Segundo Wilson e colaboradores., 2008 (apud SILVA *et al.*, 2009) a AHA, recomenda-se empregar antibióticos para impossibilitar o paciente de contrair a EI em pacientes consideradas de alto risco.

As vias de administração para a profilaxia antibiótica são as orais ou parenterais. A forma oral é a mais recomendada, pela facilidade, baixo risco e baixo valor, e a forma parenteral remetida a pacientes impossibilitados de utilizar a via oral. Na atualidade a Amoxicilina é a escolha primordial para a profilaxia, pois tem boa absorção no trato gastrointestinal e possibilita altos níveis desse medicamento no organismo. A administração por via oral de 2g de Amoxicilina de uma só vez deverá ser realizada uma hora antes da intervenção odontológica. Para pacientes com aversão a penicilina, Cefalosporina e Cefalexina de 1º geração, indica-se o uso de Claritromicina, Clindamicina ou Azitromicina. Se forem ser realizadas múltiplas intervenções odontológicas, é imprescindível ter um período mínimo de cerca de 10 dias entre um procedimento e outro a fim de impedir o aparecimento de bactérias resistentes aos antibióticos que vão ser utilizados (ROCHA *et al.*, 2009).

A quimioprofilaxia deverá ser realizada na hora certa para proporcionar uma correta concentração de antibiótico durante a intervenção cirúrgica. Pois o tecido deverá estar embebido com o antibiótico para evitar que a bactéria se instale no local. Quando se é realizado a profilaxia após a cirurgia a sua efetividade é baixa, após 3 horas da intervenção a bactéria já se alojou no tecido e o antibiótico não terá mais efeito profilático (ZANATTA *et al.*, 2011).

As doenças bucais e a pobre higienização podem levar há proliferação de bactérias transitórias mesmo que não tenha sido efetuado nenhum tratamento odontológico. A frequência e a intensidade das bacteremias transitórias de origem oral são relacionadas ao grau de infecção e inflamação dos tecidos bucais. Pacientes de alto risco que tem disposição a contrair a EI devem ser aconselhados a ter uma boa higienização oral, para evitar proliferação bacteriana (CANGUSSU *et al.*, 2014).

Assim como os antibióticos, os antissépticos orais vêm sendo empregados como profilaxia antes dos procedimentos (ZANATTA *et al.*, 2011).

Alguns autores sugerem que a profilaxia da doença endocardite não deveriam utilizar apenas antibióticos, mas também um agente antisséptico oral, para se obter uma baixa concentração de microrganismos para não adentrarem na circulação sanguínea (VILLORIA & COSTINHA, 2013).

Segundo Cavezzi Jr. 2010, a EI vai ser fatal se não for tratada e medicada, pois ela possui alto número de mortalidade, independente do progresso do seu diagnóstico e tratamento (VASCONCELOS & VIEIRA, 2011).

O cirurgião- dentista tem o dever de ter o conhecimento das classificações de risco para seu paciente contrair a EI, realizando a quimioprofilaxia antibiótica corretamente durante intervenções odontológicas que são necessárias, e informar ao paciente sobre o motivo dessa profilaxia e também a eventualidade de se obter a doença (ROCHA *et al.*, 2008).

Diante do exposto podemos afirmar que é bem estabelecido que procedimentos cruentos que envolvem a manipulação de tecidos, em ambientes contaminados, como a cavidade oral, por exemplo, causam bactérias transitórias que expõem o organismo a patógenos potenciais. (MOREIRA E ANDRADE, 2011).

A AHA descreve os pacientes de alto risco sendo, os portadores de válvula cardíaca protéticas, de EI prévia, de doenças cardíacas congênitas e os portadores de shunts ou condutos pulmonares sistêmicos construídos cirurgicamente (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Em relação à dosagem quimioprofilática, está deve ser superior em duas vezes à dosagem terapêutica, uma hora antes da intervenção cirúrgica em casos de via oral, e 30

minutos antes em casos de via parenteral. Pois, é nesse período que ocorre a latência para obter o pico de efeito (ZANATA *et al*, 2011)

Deve-se então optar pela profilaxia antibiótica somente quando indicado, em dose única, a fim de evitar a utilização indiscriminada de antibióticos e a resistência bacteriana (ALMEIRA *et al*, 2009).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através das informações adquiridas pela literatura concluímos que a Amoxicilina é o antibiótico de escolha, usado em pacientes de alto risco a contrair EI frente a um procedimento odontológico invasivo. Caso o paciente relatar histórico de alergia deve-se optar pelos antibióticos de segunda escolha abordados no trabalho, como, Clindamicina, Claritromicina ou Azitromicina.

O Cirurgião Dentista deve possuir o conhecimento necessário para atender e aplicar a forma correta da antibioticoterapia profilática em pacientes considerados de alto risco para desenvolvimento de EI, e assim, junto com o médico responsável pelo paciente conseguir evitar e erradicar cada vez mais essa patologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Clariana Cavalcante de *et al.* Conhecimento sobre endocardite infecciosa entre estudantes de odontologia. **Com. Ciências Saúde**. João Pessoa, 2013.

ALMEIDA, Luciana Sales Branco de *et al.* Profilaxia da endocardite infecciosa: recomendações atuais da “American Heart Association (AHA)”. **Rev Periodontia**. Vol.19, n.04. 2009.

ALVES C *et al.* Atendimento odontológico do paciente com diabetes Mellito: recomendações para a prática clínica. **R. Ci. Méd. biol.**, Salvador, v.5, n.2, p.97-110,. 2006.

BARROS Maysa Nogueira Ferreira de *et al.* Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica odontológica. **Revista Saúde e Pesquisa**. v.4, n.1, p.109-114. 2011.

BARROSO, Marcio Garcia *et al.* Endocardite Bacteriana: Da boca ao coração. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina – Número 2.**, Cáceres – MT, p.47-57. 2014

CANGUSSU, Patrícia Mendes *et al.* Endocardite Bacteriana de Origem Bucal: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde.**, p.11-13, 2014.

CAVEZZI Junior O. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a Odontologia. **Rev Sul-Bras odontol.**; 7(3):372-6. 2010.

COSTA, A.A.; FERREIRA, A, C, R. Evolução do Protocolo Padrão de Profilaxia Antibiótica à Endocardite Bacteriana. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v.2, n.1, p. 65-74, jan./jun., 2011.

FERNANDES, J. C.; GRINBERG, M. Profilaxia da Endocardite Infecciosa: Uma Realidade Brasileira Diferente? **Arq. Bras. Cardiol.**; 101(2): e37-e38. 2013.

MARRA M *et al.* Odontologia em pacientes portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI). **Relampa**; 22(3):125-129. 2009.

MOREIRA, Alcides.; ANDRADE, Eduardo Dias de. Estudos prospectivos de incidência de infecção em cirurgias de terceiros molares retidos: o papel da profilaxia antibiótica. **RGO Revista Gaúcha de Odontol**. Porto Alegre, v.59, n.3, p.357-364, jul./set., 2011.

NASCIMENTO *et al.* Abordagem odontológica de pacientes com risco de endocardite: um estudo de intervenção. **Odontol.**; 19 (37):107-116. 2011.

ROCHA, C. A. S; ROCHA, M. S; SPROVIERI, S. R. S.; O que há de novo na profilaxia de endocardite bacteriana. Deve-se mudar a conduta atual? **Rev. Bras. Clín. Med.**,7;418-421. 2009.

ROCHA, Larissa Michele Alves de *et al.* Conhecimentos e condutas para a prevenção da endocardite infecciosa entre cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia. **Robrac.**;17(44): 146-153. 2008.

SILVA, R.B.; ANTONIALLI, M. M. S.; MENEZES, F. G.; NASCIMENTO, J. W. L. Perfil da prescrição de antibioticoprofilaxia em exodontia por cirurgiões dentistas da cidade de São Paulo. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v.13, n.2, p.113-117, 2009.

TEIXEIRA, Silveira *et al.* Tratamento odontológico em pacientes com comprometimento cardiovascular. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, 2008.

TRENTO, Clevenson Luciano *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**. 43 (4): 286-293. 2014.

VASCONCELLOS, L, M.; VIEIRA, F, L, D.; Conhecimentos dos Cirurgiões- Dentistas do Municípios da Vassouras-RJ Sobre a Endocardite Infecciosa. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v.2, n.1, p. 17-28, jan./jun., 2011.

VILLORIA, G, E, M.; COSTINHA, L, H, C. Antissépticos bucais no controle da bacteremia de origem oral. **Revista do Hospital Pedro Ernesto, UERJ**, Ano 12, nº1, janeiro/março de 2013.

ZANATTA Fabricio Bastin *et al.* Condutas clínicas na utilização de antibióticos em exodontias. **RGO Revista Gaúcha de Odontol.** Porto Alegre, v.59, n.2, p.171-177,2011.