

Dissertação

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PAIS OU
RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS CARDIOPATAS SOBRE
ENDOCARDITE INFECCIOSA, MEDIDAS PROFILÁTICAS E
SITUAÇÕES DE RISCO**

Fabiana Haag

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL
FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE:
CARDIOLOGIA**

Dissertação

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PAIS OU
RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS CARDIOPATAS SOBRE
ENDOCARDITE INFECCIOSA, MEDIDAS PROFILÁTICAS E
SITUAÇÕES DE RISCO**

Autor: Fabiana Haag
Orientador: Cora Maria Ferreira Firpo

Dissertação submetida como requisito para obtenção do grau de mestre ao Programa de Pós-Graduação em Ciências de Saúde, Área de Concentração: Cardiologia Pediátrica, da Fundação Universitária de Cardiologia/ Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre
2010

H111a

Haag, Fabiana.

Avaliação do conhecimento dos pais ou responsáveis pelas crianças cardiopatas sobre endocardite infecciosa, medidas profiláticas e situações de risco / Fabiana Haag ; orientação [por] Cora Maria Ferreira Firpo – Porto Alegre, 2010.

77f; tab.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1.Prevenção e controle.2.Endocardite.3.Conhecimento.
I.Cora Maria Ferreira Firpo.II.Título.

CDU: 616.126-002:165.194-055.52

Bibliotecária Responsável: Marlene Tavares Sodré da Silva
CRB 10/1850

Dedico este trabalho aos meus familiares, especialmente aos meus tios, os grandes motivadores para a realização do mestrado.

AGRADECIMENTOS

Considerando esta dissertação como resultado de uma caminhada que não começou no mestrado, agradecer pode não ser tarefa fácil, nem justa. Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a formação da minha pessoa.

E agradeço, particularmente, a algumas pessoas pela contribuição direta na construção deste trabalho:

*À orientadora **Prof^a. Dra. Cora Firpo**, pela discussão teórica e prática, atenção, profissionalismo e disponibilidade de orientação à minha pesquisa.*

*Ao **Prof. Ms. Sérgio Kato** pela dedicação e paciência com que lida com tantas informações estatísticas.*

*À acadêmica de medicina **Fernanda Varela** que disponibilizou tempo e dedicação a minha pesquisa, com suas contribuições na organização da bibliografia utilizada no trabalho.*

*Às bibliotecárias, em especial a **Marlene**, pelo auxílio partilhado nas minhas pesquisas e consultas às inúmeras publicações bibliográficas.*

*À Dra. **Sílvia Cazonato** pela contribuição na organização dos diagnósticos médicos.*

Agradeço este trabalho a todos os profissionais que contribuíram de alguma maneira, com seus conhecimentos para a construção e finalização desta dissertação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
2 ENDOCARDITE INFECCIOSA	3
2.1 HISTÓRICO DA ENDOCARDITE INFECCIOSA	6
2.2 FISIOPATOLOGIA DA ENDOCARDITE INFECCIOSA	7
2.3 QUADRO CLÍNICO.....	8
2.4 DIAGNÓSTICO.....	10
2.5 ASPECTOS ATUAIS: TATUAGENS E <i>PIERCING</i>	14
3 PROFILAXIA DA ENDOCARDITE INFECCIOSA	17
4 CONHECIMENTO DOS PAIS	20
5 ADESÃO AO TRATAMENTO	22
6 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	26
7 JUSTIFICATIVA	29
8 OBJETIVOS	31
8.1 OBJETIVO GERAL.....	31
8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
REFERÊNCIAS	32
ARTIGO	44
RESUMO	45
ABSTRACT	47
INTRODUÇÃO	49
MÉTODOS	51
RESULTADOS	54
DISCUSSÃO	57

REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE	69

BASE TEÓRICA

INTRODUÇÃO

Endocardite infecciosa (EI) é uma infecção grave que acomete o endocárdio com altas taxas de morbidade e mortalidade. Dessa forma, torna-se essencial a prevenção no sentido de procurar diminuir os desfechos desfavoráveis da doença.

Tradicionalmente é indicado o uso de antibiótico profilático antes de procedimentos que ocasionam bacteremia, em pacientes de risco para desenvolver EI, como é o caso de crianças portadoras de cardiopatias.

Considerando-se que as diretrizes para prevenção de EI mudaram radicalmente nos últimos anos em vários países levantando muitas controvérsias, o médico tem a responsabilidade de orientar e informar o paciente sobre os riscos da EI e recomendar medidas profiláticas pertinentes.

A eficácia das medidas profiláticas, tanto medicamentosas quanto relativas a cuidados gerais e hábitos de vida, depende de inúmeros fatores. O quanto os cuidados recomendados nas consultas são aderidos, questionamento dos pais, relação médico-paciente, conhecimento adquirido pelos cuidadores, dúvidas sobre a doença de seus filhos e aspectos relativos à adesão ao tratamento.

2 ENDOCARDITE INFECCIOSA

A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção microbiana da superfície endotelial do coração. As valvas cardíacas nativas e prostéticas são os sítios mais freqüentemente envolvidos. A endocardite pode também envolver os defeitos de septo, endocárdio mural, retalhos intracardíacos, derivações cirúrgicas e cateteres intravenosos^[1].

Sabidamente a maior parte dos doentes que sofrem de endocardite possui alguma condição cardíaca que é considerada de risco para seu desenvolvimento^[2].

Alguns locais de infecção (abscessos, osteomielites, pielonefrites) podem semear microorganismos na circulação. Frequentemente a bacteremia instala-se após procedimentos dentários, especialmente em crianças com dentes cariados ou doença da gengiva^[3, 4]. A bacteremia ocorre também em atividades corriqueiras, tais como, escovar os dentes.

Infecção é a colonização de um organismo hospedeiro por uma espécie estranha, o organismo infectante utiliza os recursos do hospedeiro para se multiplicar interferindo na sua fisiologia normal acarretando-lhe danos.

Usualmente a infecção se dá sobre o endocárdio valvar, mas pode acometer outras estruturas, como o endocárdio das comunicações interventriculares (CIV), a aorta com coarctação e próteses valvares^[5].

Dois fatores são importantes na patogenia da E I: a presença de anormalidades cardíacas estruturais ou de grandes artérias com um significativo gradiente de pressão resultando em turbulência lesando o endotélio e levando ao depósito de plaquetas e fibrinas e a bacteremia.

Todo defeito cardíaco congênito, com exceção da comunicação interatrial (CIA), predispõe a endocardite. Mais frequentemente encontrada na tetralogia de Fallot (TF), comunicação interventricular (CIV), doença da valva aórtica, transposição de grandes artérias (TGV) e shunt sistêmico pulmonar. Doença valvar reumática, e particularmente a insuficiência mitral é responsável por um número pequeno de pacientes. Aqueles com valva cardíaca protética ou material protético no coração são os que tem elevado risco para desenvolver endocardite. Pacientes com prolapso de válvula mitral e regurgitação mitral ou cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica também são vulneráveis a EI.

Quase todos os pacientes que desenvolvem EI têm história de doença cardíaca congênita, embora pacientes com valva aórtica bicúspide podem não ter sido diagnosticado com defeito antes do início da EI^[6]. A doença cardíaca congênita, é uma anormalidade no desenvolvimento estrutural do coração, com uma incidência de aproximadamente 8:1000^[7].

Sabe-se que apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, ainda se constitui em uma doença grave e perigosa particularmente na população de alto risco sendo rara em crianças com idade inferior a dois anos. Sua incidência na população geral é de 5 casos por 100.000 pessoas/ano, mas este índice eleva-se para 50 à 2400 casos por 100.000 pessoas/ano portadoras de cardiopatias, com altos índices de morbimortalidade.^[8]

Quanto a sua etiologia ela está dividida em bacteriana, na grande maioria dos casos, e fúngica em menor proporção. Na bacteriana o *Streptococos viridans* causa cerca de 30 a 65% dos casos de EI em valvas nativas e próteses, sendo pouco agressivo. Outro agente etiológico

importante é o *Staphylococcus aureus* que causa cerca de 25 a 40% das endocardites infecciosas em valva nativa sendo mais agressivo^[9]. Os fungos podem estar presentes em casos de endocardite bacteriana ou não. A endocardite fúngica se caracteriza por lesões vegetantes de proporções maiores causando embolias. São particularmente encontrados em pacientes que tiveram valvas cardíacas trocadas, em usuários de drogas injetáveis e pacientes com uso prolongado de antibiótico.

Com exceção dos neonatos com endocardite mural e, ocasionalmente, crianças mais velhas, a terapia medicamentosa para EI por fungo é usualmente mal sucedida. Para a maioria dos pacientes com EI fúngica a cirurgia juntamente com agentes antifúngicos é requerida^[9].

Existem muitas complicações após um episódio de EI, mas as complicações cardíacas mais graves são relacionadas a danos mecânicos às estruturas valvares. A presença de insuficiência cardíaca refratária, quase sempre por rotura ou deiscência parcial de prótese, ou ainda por disfunção ventricular, sobretudo em posição aórtica, eleva a mortalidade em até 50%^[10, 11].

O tratamento da EI deve ser realizado dentro do hospital, baseado em antibióticoterapias, tratamento cirúrgico e tratamento das possíveis complicações.

A EI é uma das doenças cardíacas que, apresenta possibilidades de prevenção, porque as condições cardíacas predisponentes e os procedimentos e/ou intervenções que podem provocar bacteremia podem ser identificados e abordados previamente ^[12]. Na profilaxia da endocardite infecciosa, o objetivo principal é impedir a implantação de microorganismos na superfície endocárdica. Essa aderência de microorganismo à superfície endocárdica mostra-se aumentada na presença de lesões cardíacas.

Por tratar-se de uma patologia com alta morbimortalidade e com possibilidades de prevenção, torna-se imprescindível a informação aos cuidadores sobre as formas de evitá-la.

2.1 HISTÓRICO DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Dentro da evolução do conhecimento da doença, guardam importância histórica, clínica e conceitual, a primeira evidência feita na França em 1646 por Lazare Rivière e as contribuições feitas em 1885 pelo médico canadense William Osler que associou a endocardite a algumas patologias predisponentes, bacteremia, valvulite ativa e embolia periférica, sendo melhor compreendida com os conhecimentos sobre bacteremia por volta de 1910. As primeiras grandes casuísticas de portadores de EI foram observadas entre as décadas de 1930 e 1960 por Rabionovich. A introdução da penicilina na década de 1940 também representa fato significativo na modificação da terapêutica da EI, bem como o emprego do tratamento cirúrgico na fase aguda da doença na década de 1960^[13].

A primeira categorização diagnóstica da doença foi realizada em 1977 por Pelletier e Petersdorf a partir de casuísticas de pacientes da universidade

de Washington, e a segunda foi descrita por Von Reyn et al em 1981 em casuística de pacientes do Hospital Israel em Boston^[14]. Dentro desse contexto histórico a ecocardiografia significou grande contribuição tanto para o diagnóstico da doença, e das complicações por ela ocasionadas, como para o direcionamento do tratamento cirúrgico.

No Brasil, são significativas para o entendimento da doença as casuísticas descritas por Mansur et al. na década de 1990^[2, 11].

2.2 FISIOPATOLOGIA DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

A EI é um processo que resulta da aderência de microorganismos na superfície endotelial do coração acometendo estruturas cardíacas, particularmente as valvas atrioventriculares e semilunares, além disso, também podem acometer o endocárdio atrial, ventricular e grandes vasos^[13].

Até pouco tempo a EI era classificada como aguda e subaguda, mas atualmente prefere-se descrevê-la baseado no agente etiológico envolvido conforme seu potencial de virulência^[15].

A presença de cardiopatia que predisponha a lesão endotelial e ocorrência de bacteremia por microorganismos com capacidade de adesão são os dois eventos necessários para ocorrência de EI^[13]. O endotélio próximo a fluxos de alta pressão como o orifício de comunicação interventricular (CIV), regurgitações valvares e pontos estenóticos sofrem lesão, onde se depositam plaquetas e fibrina, formando um pequeno trombo. Esse local é propício ao desenvolvimento de bactérias que eventualmente consigam entrar na corrente sanguínea. Várias são as condições que podem causar uma bacteremia, como procedimentos cirúrgicos, extrações dentárias

e manipulações do trato urinário, que podem então levar a infecção do endocárdio exposto a lesão^[16].

Sabe-se também que a EI pode ocorrer em usuários de drogas injetáveis e em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida.

2.3 QUADRO CLÍNICO

A apresentação clínica da EI é muito diversa e a sua evolução depende de fatores como agente etiológico, estado cardíaco prévio e condições associadas. A idade e estado geral do paciente também são fatores que influenciam os sinais e sintomas^[13].

A EI pode evoluir agudamente, com manifestação abrupta de sintomas (*Staphylococcus aureus*). Pode ocorrer uma sepse intensa que mascare o diagnóstico, bem como, apresentar-se de início insidioso com sintomas inespecíficos ao longo de semanas ou meses (quadro subagudo). Na EI aguda o quadro é intenso e a progressão dos sintomas é rápida; essa apresentação da doença é classicamente associada à infecção por *Staphylococcus aureus*. Já na subaguda a apresentação da doença é silenciosa, ao longo de semanas ou meses e associa-se à infecção por estreptococos do grupo *viridans* e *enterococo*^[13].

O período de latência entre a bacteremia e o início dos sintomas na endocardite pode estar relacionado com a natureza da valva acometida; em valva nativa é de aproximadamente duas semanas na grande maioria dos casos, exceto naqueles mascarados pelo uso prévio de antibióticos. Nas valvas protéticas infectadas em período peri/pós-operatório esse período pode ser maior que dois meses^[17]. Além das valvas, podem ser acometidos:

cabos de marca-passo, endocárdio mural, fístulas arteriovenosas, coarctação da aorta, ou massas cardíacas como mixomas.

O sintoma mais comum é a febre, exceto em pacientes muito debilitado, idosos e pacientes com uremia.

Os sopros cardíacos estão presentes na grande maioria dos pacientes. Um sopro novo ou a mudança das características de um sopro já existente está presente em 30-35% dos pacientes. Podem ser de difícil detecção em EI tricúspide, devido às baixas pressões no coração direito^[18].

Há também manifestações decorrentes do estímulo imunológico e antigênico persistentes, tais como petéquias hemorragias subungueais das mãos e pés e nódulos subcutâneos pequenos e sensíveis, que se desenvolvem nas polpas digitais e partes proximais dos dedos (nódulos de Osler). Apesar de sugestivos de endocardite nenhuma dessas lesões é patognomônica de EI.

A embolia sistêmica é comum e frequentemente subclínica, ocorrendo em 40% dos pacientes. Sua frequência se reduz com a antibioticoterapia eficaz, sendo as mais comuns: a esplênica, renal e cerebral. Infarto esplênico embólico pode causar dor abdominal e dor em ombro esquerdo. Êmbolos renais podem ser assintomáticos ou cursar com dor nos flancos e hematúria, raramente levam a insuficiência renal. Êmbolos coronários são achados comuns em autópsia, mas dificilmente levam ao infarto agudo do miocárdio^[18].

Sintomas neurológicos ocorrem em 30 a 40 % dos pacientes, especialmente na endocardite por *S. aureus* e traduz um prognóstico ruim. O

acidente vascular embólico é a manifestação neurológica mais comum e a hemorragia cerebral ocorre em 5% dos pacientes.

Insuficiência cardíaca é resultado normalmente da destruição do aparelho valvar. A sua presença possui uma relação muito alta com mortalidade.

A apresentação clínica da EI assemelha-se aos sintomas comuns as demais infecções como: febre, astenia, indisposição, inapetência, taquicardia, e nos casos com evolução prolongada aparece a anorexia, esplenomegalia e hepatomegalia, que dependem de algumas variantes, tais como: sítio intracardíacos da infecção com afecção de suas estruturas como valvas, miocárdio, sistemas de condução, etc.; Embolização para sítios distantes; surgimento de focos infecciosos metastáticos; formação de complexos imunes e reações de hipersensibilidade; processo infeccioso e inflamatório per se^[18].

2.4 DIAGNÓSTICO

Muito embora tenha se verificado grande progresso do conhecimento médico e de seus recursos tecnológicos, o diagnóstico da EI pode ser ainda difícil, devido à baixa frequência da doença, à expressão sutil de alguns dos seus sintomas, ao baixo limiar de suspeita clínica em certas circunstâncias epidemiológicas, ou à duração prolongada dos sintomas^[19]. E em algumas situações o diagnóstico pode ser mascarado pela prévia administração de antibióticos. O diagnóstico, segundo a Sociedade européia de Cardiologia, é baseado em situações que levem a uma elevada suspeita clínica de EI, com indicação urgente de avaliação ecocardiográfica e possível admissão

hospitalar.

O diagnóstico de EI é feito quando, na vigência de infecção sistêmica, é detectada bacteremia persistente e acometimento do endocárdio. Portanto o diagnóstico tem como base o quadro clínico, hemoculturas positivas e achados ecocardiográficos^[13, 20, 21].

Foi desenvolvida na Universidade de Duke uma estratégia para diagnóstico de EI que associa critérios clínicos, microbiológicos, patológicos e ecocardiográficos. Os critérios de Duke são os mais aceitos atualmente para diagnóstico de EI (Tabela 1).

Tabela 1 - Critérios de DUKE modificados para o diagnóstico de EI

Critérios maiores	Critérios menores
Isolamento dos agentes comuns de EI em duas hemoculturas distintas, sem foco primário	Fator predisponente para EI
Microorganismo compatível com EI isolados em hemoculturas persistentemente positivas	Febre
Única cultura ou sorologia positiva para <i>Coxiella burnetii</i>	Fenômenos vasculares (exceto petéquias e outras hemorragias)
Aparecimento de sopro ou mudança de sopro pré-existente	Fenômenos imunológicos (presença de fator reumatóide, glomerulonefrite, nódulo de Osler ou manchas de Roth)
Ecocardiograma com evidências de endocardite	Hemocultura positiva

Fonte: Pereira, 2003^[22]

É considerado como caso confirmado de EI pacientes com a presença de dois critérios maiores ou um critério maior e três menores. Casos possíveis têm um critério maior e um menor ou três menores.

Atualmente considera-se que os dois principais critérios para diagnóstico de certeza de EI são hemoculturas múltiplas positivas para germes típicos e evidência no ecocardiograma de lesões cardíacas e ou

vegetações em valvas cardíacas, abscessos intramiocárdios ou deiscência parcial recente de uma valva protética.

Não é possível especificar com exatidão a cultura e sua patogenicidade com apenas uma amostra de sangue, são necessárias três coletas sanguíneas separadas por 24h cada uma^[1].

As anormalidades hematológicas estão quase sempre presentes, mas não são específicas, até porque podem ser mascaradas pelo uso de antibióticos. A anemia é encontrada em 90% dos casos, e pode ser hemolítica ou se apresentar como uma doença crônica^[1], especialmente quando a duração dos sintomas é prolongada e segue o perfil da anemia das doenças crônicas. A contagem de leucócitos apresenta-se elevada nos casos agudos; já a leucopenia está associada a esplenomegalia ou toxicidade por drogas. O fator reumatóide mostra-se positivo em 40% a 50% dos casos. Em menor frequência encontram-se a hipergamglobulinemia e hipercomplementemia.

A análise da urina mostra anormalidades, sendo proteinúria e hematúria microscópica os achados mais comuns, mas também podem ser encontrados cilindros hemáticos, piúria, cilindros leucocitários e bacteriúria^[13].

Pacientes com quadro clínico sugestivo de EI devem ser submetidos inicialmente à ecocardiografia transtorácica sob condições técnicas adequadas

Ecocardiografia bidimensional tem sido o principal método diagnóstico nos casos de suspeita de EI, com sensibilidade em crianças de mais de 80%, mas não é específica em 100% dos casos^[23].

A ausência de vegetação torna o diagnóstico ecocardiográfico pouco provável. Há, entretanto situações em que se recomenda prosseguir com a investigação mesmo que o ecocardiograma inicial seja negativo para EI, são elas: quadro clínico indicativo de EI, exame inicial tecnicamente dificultado como, por exemplo, ausência de janela acústica, suspeita de EI em valva aórtica, EI e prótese valvar cardíaca. Nos pacientes com suspeita de EI em prótese valvar, o ecocardiograma transesofágico traz informações diagnósticas mais precisas do que o ecocardiograma transtorácico^[13].

São considerados achados ecocardiográficos indicativos de EI a presença de vegetação (massa ecodensa móvel aderida ao endocárdio valvar ou mural), abscessos ou fístulas. A ecocardiografia não permite diferenciar entre vegetações antigas cicatriciais e vegetações ativas, não sendo método indicado para critério de cura, mas permite a detecção de complicações como deformidades valvares, ruptura de cordoalha tendínea, perfuração de cúspedes, formação de abscessos, fístulas e pseudo-aneurisma.

As hemoculturas são de extrema importância no diagnóstico de EI. Quando coletadas antes da administração de antibióticos a positividade das hemoculturas chega a 95% e o agente é recuperado na primeira coleta em 80% dos casos.

São causas de culturas negativas o uso prévio de antimicrobianos e infecções por microorganismos de isolamento difícil, como os do grupo HACEK e fungos^[13].

2.5 ASPECTOS ATUAIS: TATUAGENS E *PIERCING*

A EI é rara, porém trata-se de uma perigosa complicação que acomete adolescentes e adultos jovens (15-30 anos) tatuados e ou com *piercing*, com ou sem doença cardíaca congênita, devido a crescente tendência de casos de EI relacionados com arte corporal^[24].

Para se determinar o risco de EI por *piercing* e tatuagens, se faz necessários mais estudos sobre o assunto, porém em estudo realizado pela escola de enfermagem do Texas, que acompanhou durante 22 anos (1985-2007) pessoas com tatuagens e *piercing*, obtiveram 22 casos específicos de EI associado ao uso de *piercing*, sendo 7 na língua, 6 no lobo da orelha, 5 no umbigo, 1 no lábio, 1 no nariz e 1 no mamilo, o outro caso foi associado somente ao uso de tatuagem^[24], sendo que destes 22 pessoas, 9 eram portadores de doença congênita cardíaca. Este estudo e outros realizados com intuito de investigar o risco de EI associado à arte corporal estimularam uma discussão a respeito da antibióticoprofilaxia antes de tais procedimentos. Para indivíduos com doença cardíaca congênita e que pretendem submeter-se a arte corporal, a antibióticoprofilaxia tem sido sugerida desde 1999, no entanto não é recomendada nas últimas diretrizes^[25].

Embora ainda rara, pois a incidência é de 1.7-6.2 casos por 100.000 indivíduos nos EUA^[26] e a taxa de mortalidade está entre 4% e 50%^[27, 28], este risco não é nulo e torna-se preocupante, uma vez que, a maioria dos jovens, utilizam tatuagens e ou *piercing*, fazendo parte da ditadura da moda, onde o que é moderno é quase obrigatório. E muitos deles submetem-se a locais com higiene precárias para realizarem estes procedimentos, e normalmente são mal orientados sobre os cuidados necessários após.

A introdução de *piercing* no organismo é um procedimento simples, porém dois aspectos podem estar relacionados ao desencadeamento de EI. O primeiro refere-se ao fato de ser um procedimento invasivo, necessitando para sua inserção no corpo de agulha calibrosa, e normalmente inserido no subcutâneo, cartilagens ou em mucosas, o que seria a primeira oportunidade para os microorganismos entrarem na corrente sanguínea desencadeando bacteremia transitória e dependendo das condições do hospedeiro, tais como doença cardíaca congênita ou imunossupressão, levar a EI. O segundo aspecto está relacionado às condições pós *piercing*. Complicações físicas específicas no local da introdução do *piercing* levando a condições favoráveis ao desenvolvimento de colonização bacteriana podendo produzir bacteremia^[29]. As infecções no local da inserção do *piercing* estão entre 17% e 69%^[30].

Nas tatuagens o perigo está no período pós procedimento em pessoas com alergias, sensibilidade e reações inflamatórias severas, normalmente relacionadas a tinta utilizada com agulhas na derme e epiderme. Os casos relacionados a EI, foram de pessoas que se submeteram-se a injeções de tinta de forma repetitiva e por tempo prolongado, ou seja naqueles com várias e extensas tatuagens. Em uma publicação de 1990 sobre EI foram relatados dois pacientes com EI pós tatuagem e concomitantemente usuários de drogas injetáveis^[30].

Embora o uso de *piercing* e tatuagem não representem um perigo substancial, é importante atenção às suas conseqüências e principalmente aos estudos relacionados à arte corporal, pois ainda trata-se de algo recente. Embora se tenha registros de tatuagens e *piercings* desde a era pré-Cristã,

eles eram restritos a povos tribais, o que não era significativo diante do resto da população mundial. O tema merece maior investigação científica, mas de momento deve-se ter presente que se trata de um procedimento estético que pode ser evitado em pacientes considerados de risco^[31].

3 PROFILAXIA DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

A diretriz da AHA 2007^[11] para prevenção da EI modificou profundamente a abordagem da profilaxia, alterando de forma significativa a conduta de prevenção. Apresentou evidências de que a profilaxia da EI é ineficiente na prevenção na maioria dos casos e a correlação entre procedimento de risco e subsequente endocardite é muito pequena para justificar o tratamento^[32]. Apenas 5% das endocardites seriam prevenidas com a profilaxia. É um documento muito importante e com muitas implicações, no qual foram feitas alterações arrojadas no sentido de maior clareza, maior suporte na evidência e na simplificação.

Atividades cotidianas causariam bacteremia numa proporção tão ou mais significativa que os procedimentos dentários, tornando sem sentido a preocupação com uma exposição pontual por procedimento quando de fato a bacteremia pode ocorrer em outros momentos não protegidos, como por exemplo, a escovação regular diária que na maioria das vezes ocasiona, ainda que mínimo, um sangramento gengival^[33, 34]. Os dentistas estimam que na maioria das vezes, as pessoas escovam os dentes de maneira errada, e com escovas de cerdas que lesam a integridade da gengiva^[7, 15, 35-37]. Alguns estudiosos da área sugerem que a melhor maneira de se prevenir EI nos suscetíveis, seria manter a integridade da gengiva, dentes bem cuidados e cavidade oral sadia^[29, 38, 39].

A AHA recomenda profilaxia para EI há mais de 50 anos, sendo a sua primeira publicação em 1955. Em 1960 uma publicação chamava a atenção para o surgimento de bactérias da cavidade oral resistentes a penicilina. Em 1965 foi publicado um documento dedicado exclusivamente a profilaxia da EI

ênfatizando as infecções por enterococos após procedimentos geniturinários (GU) e gastrintestinais (GI) ^[11, 25]. Em 1984 as recomendações passaram por uma revisão na tentativa de simplificar a profilaxia para os procedimentos GI e GU^[25]. Em 1990 nova publicação se referia a condições cardíacas de risco associadas a procedimentos dentários. O documento de 1997 estratificava as condições cardíacas em categorias de risco (alto, moderado e baixo) e não recomendava mais profilaxia para pacientes considerados de baixo risco^[40-42].

Segundo a AHA 2007 ^[11] as situações de risco para EI são os procedimentos dentários que envolvam manipulação de gengiva, região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa oral, procedimentos que envolvam infecção ativa no trato GU e GI e cutâneos. Para manipulação do trato respiratório, os doentes deverão somente fazer profilaxia quando o procedimento envolver incisão e biópsia da mucosa.

Além das manipulações consideradas de risco, para que exista risco real de EI, são necessárias condições cardíacas predisponentes^[25] (tabela 2).

Tabela 2. Condições cardíacas associadas a alto risco para endocardite nas quais é recomendada profilaxia antes de procedimentos dentários

Valva cardíaca prostética
EI prévia
Cardiopatia congênita (CC) *
CC cianótica não corrigida, incluindo shunts e condutos
CC totalmente corrigida com dispositivo ou material prostético colocado por cirurgia ou cateterismo durante os primeiros 6 meses após procedimento †
CC corrigida com defeito residual no local ou adjacências de material prostético que inibe a endotelização
Transplante cardíaco em receptores que desenvolvam valvopatia
* Exceto as condições citadas acima, a profilaxia antibiótica não é mais recomendada para nenhuma forma de CC
† Profilaxia é recomendada porque a endotelização de material prostético ocorre nos primeiros 6 meses após procedimento

Fonte: AHA, 2007.

Atualmente a integridade oral é considerada como principal fator de profilaxia da EI. Alguns estudos indicam que esta prática ainda não se tornou efetiva^[43]. Em trabalho realizado no departamento de odontologia pediátrica, da Universidade federal do RJ sobre o conhecimento e as práticas utilizadas pelos cardiologistas na prevenção da EI de origem oral, os resultados foram desanimadores. Dos 20 cardiologistas entrevistados, somente 6 deles (30%) consideraram as visitas periódicas ao dentista como sendo um método efetivo de prevenção de EI ^[30, 44-46]. Nota-se que o tema mostra-se controverso, mas independentemente disso, fica claro em todas as bibliografias consultadas, a importância da educação dos cuidadores para a efetivação do cuidado da higiene oral com seus filhos, levando-se em consideração os benefícios comprovados dessa terapêutica. Obviamente que alguns fatores podem interferir na adesão dessa prática, como por exemplo as orientações insuficientes na fase inicial do tratamento e na seqüência de acompanhamento por parte dos profissionais da saúde envolvidos.

4 CONHECIMENTO DOS PAIS

O conhecimento dos cuidadores de crianças portadoras de doenças crônicas, e que provavelmente irão necessitar de cuidados para o resto de suas vidas, deve começar no momento do diagnóstico, com orientações claras, objetivas e simples por parte de toda a equipe de saúde. Não existe um único responsável por tais informações, seja o médico, o enfermeiro, ou qualquer outro membro da equipe, que deve sempre estar preparado a dar esclarecimentos numa linguagem em que o cuidador da criança consiga entender e assimilar a informação que está recebendo^[47].

É necessário um sentimento de conforto e confiança entre paciente, pais e equipe de saúde para que se estabeleça uma boa comunicação entre todos os envolvidos no processo, de forma que o conhecimento dos pais das crianças portadoras de cardiopatias congênicas e com indicação de cuidados permanentes sejam realmente efetivos e se traduzam na adesão correta ao tratamento e com boas práticas de prevenção e controle. Também deve ser dado aos pais a chance de ouvirem, caso achem necessário a opinião de outros profissionais até conseguirem elaborar a situação com clareza.

Deve-se sempre lembrar que o paciente e seus familiares têm todo o direito de receber informações completas sobre a doença, sobre os detalhes da decisão terapêutica e dos riscos inerentes à mesma^[48]. Em condições especiais, em que os riscos dos procedimentos se elevam, a atenção em comunicar ao paciente, quando possível, e aos familiares deve ser redobrada^[49].

No cuidado cotidiano de crianças portadoras de cardiopatias congênicas percebe-se que os pais tem dificuldades para lidar, no domicílio,

com situações decorrentes da própria situação clínica, tais como cianose, dispnéia, privação de exercícios físicos, medidas de prevenção da EI e administração de fármacos entre outras ^[50, 51].

5 ADESÃO AO TRATAMENTO

O conceito de adesão é bastante variável, mas, de forma geral é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional dos medicamentos^[52].

A relevância da questão terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende do sucesso da terapia proposta, a cura de um enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia. Dois fatores parecem ser importantes no momento de um paciente aderir ou não ao tratamento: O conceito de adesão e os fatores considerados relativos a adesão.

Na adesão ao tratamento e a medidas profiláticas de uma criança com doença crônica torna-se imprescindível o papel dos pais, uma vez que, o entendimento do papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, neste caso está representado na figura dos pais ^[52].

A forma como é visto o papel do paciente no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, variando entre a tentativa de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não-adesão como comportamento desviante e irracional. Neste último caso, a responsabilidade pela não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, a pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento

típico de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência de "ordens médicas".

Outra questão a ser abordada entre os diversos fatores já citados na literatura é a dificuldade de acesso ao medicamento. O mercado farmacêutico está concentrado nos países economicamente mais ricos e voltado às classes sociais mais abastadas. Sabe-se que os maiores investimentos estão no desenvolvimento de tratamentos para problemas que atingem essas populações, em detrimento dos medicamentos demandados pelas necessidades mais comuns nos países mais pobres ^[53].

O maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico também estão associados à não-adesão mesmo quando o medicamento é fornecido. Esse é um dos principais fatores relacionados ao medicamento que interferem na adesão aos anti-retrovirais, pois os esquemas terapêuticos normalmente são complicados e exigem um grande empenho por parte do paciente, que precisa adaptar sua alimentação, horários e ritmo diário para cumprir o tratamento. Outro fator citado na literatura é a própria doença. Vários estudos relatam que o tipo de enfermidade tratada parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser lido como a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não-adesão.

Certas publicações trazem como questão central a importância do profissional de saúde para a adesão; algumas tratam a questão com importância extrema, como se a adesão ao tratamento fosse determinada exclusivamente pelo poder do médico de fazer seu paciente obedecer a sua

prescrição e dos meios que utiliza para tal. De qualquer forma, fica evidente, pelos resultados de diversos estudos, que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente [52, 54, 55].

Certas atitudes do prescritor, como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia são fatores citados na literatura.

Alguns estudos, entretanto, focalizam no paciente (ou usuário de medicamentos) a questão da adesão. Dowell e Hudson (1997), estudando o tema a partir da perspectiva do usuário, descrevem um "modelo de decisão terapêutica". Segundo o modelo, há na população de usuários de medicamentos três tipos: os que aceitam e procuram cumprir a prescrição médica, os que aceitam as prescrições, porém não sem testar variações da prescrição e então optar pelo seguimento ou não, e os céticos, que não aceitam as prescrições médicas. De acordo com os autores, a aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores^[54].

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a baixa aderência aos medicamentos compõe hoje um grande desafio para a melhora das condições de saúde em âmbito mundial. Essas conclusões demonstram uma necessidade de maior esclarecimento sobre utilização das drogas por parte da equipe de saúde. Para verificarmos as dificuldades na aderência à terapêutica preconizada deve-se considerar aspectos socioeconômicos, como idade, escolaridade, custos para transporte e medicações; aspectos

fisiológicos, como interação entre medicações, uso de múltiplas medicações, dieta com restrições, presença de doenças associadas e limitação física para deslocamento; além de aspectos emocionais, como negação da doença, histórico de depressão, problemas de ordem pessoal e nível cognitivo, que é a capacidade do indivíduo em compreender, aplicar, analisar ou sintetizar sua condição de saúde^[51].

6 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A consciência da necessidade de um desenvolvimento da interação comunicativa entre médico e paciente foi se ampliando nos anos 60 através dos estudos de psicologia médica. Anteriormente a esta época a questão da comunicação entre médico e paciente estava restrita a estudos dentro da psicanálise. A importância desta relação foi discutida pelos anos subsequentes dentro das teorias da comunicação, na sua maioria desenvolvida por psicólogos e psicanalistas, e estendendo-se para área da sociologia considerando os fatores sócio-políticos determinantes do processo saúde-doença ^[56].

Para alguns autores a relação doente-médico é considerada como produtora de ansiedade, principalmente nas classes populares, por possuírem, na maioria das vezes um padrão de comunicação e entendimento deficiente. Alguns estudos publicados por antropólogos na década de 90 analisam a relação médico-paciente sob o ponto de vista da antropologia, tentando analisar não somente o componente cultural da doença, mas também a experiência e o ponto de vista do doente e dos familiares, as interpretações e as práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação ^[56].

A relação médico-paciente deve ser lembrada como a busca da perfeita comunicação entre as partes, incluindo os familiares. O modo com

que os médicos se comunicam com seus pacientes e o grau de percepção destes quanto ao cuidado recebido de seus médicos são fatores importantes para estabelecer boa ou má relação médico-paciente^[49]. Outra questão importante apontada em alguns estudos sobre o assunto é o fato de os pacientes terem preferência pelos serviços de saúde nos quais eles possam ser atendidos sempre, ou na maioria da vezes, pelo mesmo profissional, incluindo dentro deste contexto a dimensão relacional que o paciente mantém com seu médico^[57].

Ao abordar este tema, se faz necessário a referência aos profissionais de saúde que estiveram no lado inverso desta relação, ou seja, de médicos passaram a pacientes, e que tiveram a iniciativa de refletir e relatar a experiência da sua própria doença. A sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente, as próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muitos dos seus direitos, não se é mais livre o s^[56].

Para o médico estabelecer um bom relacionamento com seus pacientes baseados na confiança mútuas, se faz necessário uma maior sensibilidade frente ao sofrimento do paciente, isto não significa que os profissionais de saúde tenham que se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que além do suporte técnico-diagnóstico é imprescindível ter sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com o paciente, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença. Partindo-se do pressuposto de que a relação do paciente com a equipe de saúde deve representar a efetiva

promoção da saúde, é importante considerar o doente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente sob o ponto de vista biológico e da doença ^[58-60].

7 JUSTIFICATIVA

Endocardite infecciosa é uma doença grave que, se não tratada, leva a óbito. O tratamento é prolongado, dispendioso e exige internação hospitalar. Várias medidas profiláticas podem ser efetivas para evitar o seu aparecimento.

As diretrizes para profilaxia de EI mudaram e as indicações para uso de antibiótico antes de determinados procedimentos foram reduzidas, bem como os tipos de procedimentos considerados de risco. O uso de antibiótico profilático tem sido motivo de muitas controvérsias, mas os cuidados com a higiene oral e a manutenção de uma saúde bucal adequada permanecem como unanimidades na literatura, sendo consideradas a melhor estratégia para evitar a doença. Alguns autores defendem atualmente que o modelo de profilaxia a ser adotado deve ser individualizado e até discutido com o paciente, de forma que o mesmo participe das decisões a respeito do uso de antibiótico profilático ^[32, 61].

Os pacientes portadores de cardiopatias congênitas representam parcela significativa da população considerada de risco para desenvolver EI. Muitos pacientes que tiveram os defeitos corrigidos cirurgicamente apresentam sequelas ou resíduos, permanecendo mais suscetíveis ao aparecimento da doença, especialmente quando o defeito residual é adjacente a material protético.

No momento em que tantos conceitos estão sendo revisados, é importante também que procedimentos mais simples sejam reavaliados. Os responsáveis pelas crianças cardiopatas estão sendo orientados sobre EI e sua profilaxia? As orientações fornecidas estão sendo compreendidas e

adotadas?

A avaliação dessas questões deve contribuir de forma importante para que as medidas adotadas no sentido de prevenir EI sejam efetivas e consequentes.

8 OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento dos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes portadores de cardiopatias, atendidos no ambulatório de cardiologia pediátrica do IC-FUC sobre EI, bem como a sua profilaxia.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o conhecimento dos pais a cerca da doença cardíaca de seus filhos, bem como os riscos para desenvolver EI.

- Correlacionar nível de conhecimento dos pais sobre a condição cardíaca de seu filho com anos de estudo e tempo de atendimento no ambulatório de cardiologia pediátrica do IC-FUC.

- Comparar o nível de conhecimento dos pais crianças cianóticas e acianóticas.

- Comparar o nível de conhecimento dos pais das crianças que sofreram algum tipo de intervenção com as que não foram intervidas.

REFERÊNCIAS

- [1] Dajani AS, Taubert KA, eds. Infective Endocarditis. Moos and Adm's Hearts Disease in Infants. 5 ed. Philadelphia: Lippincot Willians and Wilkins 1995.
- [2] Mansur AJ, Grinberg M, Cardoso RH, da Luz PL, Bellotti G, Pileggi F. Determinants of prognosis in 300 episodes of infective endocarditis. Thorac Cardiovasc Surg. 1996 Feb;44(1):2-10.
- [3] Ashkenazi S, Levy O, Blieden L. Trends of childhood infective endocarditis in Israel with emphasis on children under 2 years of Age. Pediatr Cardiol. 1997 Nov-Dec;18(6):419-24.
- [4] Toste A, Ferreira L, Oliveira JA, Feliciano J, Conceicao J, Baquero L, et al. A new risk factor for infective endocarditis. Rev Port Cardiol. 2009 Oct;28(10):1167-75.
- [5] Horstkotte D, Follath F, Gutschik E, Lengyel M, Oto A, Pavie A, et al. [Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. Executive summary]. Rev Esp Cardiol. 2004 Oct;57(10):952-62.
- [6] Park M, ed. Pediatric Cardiology for Practioners. 4ed ed. St Louis: Mosby 2002.

[7] Grahn K, Wikstrom S, Nyman L, Rydberg A, Stecksén-Blicks C. Attitudes about dental care among parents whose children suffer from severe congenital heart disease: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*. 2006 Jul;16(4):231-8.

[8] Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *Jama*. 1997 Jun 11;277(22):1794-801.

[9] Ferrieri P, Gewitz MH, Gerber MA, Newburger JW, Dajani AS, Shulman ST, et al. Unique features of infective endocarditis in childhood. *Circulation*. 2002 Apr 30;105(17):2115-26.

[10] Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, Wilson W, Steckelberg J, Karchmer AW, et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circulation*. 1998 Dec 22-29;98(25):2936-48.

[11] Mansur AJ, Grinberg M, da Luz PL, Bellotti G. The complications of infective endocarditis. A reappraisal in the 1980s. *Arch Intern Med*. 1992 Dec;152(12):2428-32.

[12] Uzark K, Collins J, Meisenhelder K, Dick M, Rosenthal A. Primary preventive health care in children with heart disease. *Pediatr Cardiol*. 1983 Oct-Dec;4(4):259-63.

[13] Mansur AJ, Ramos AldO. Endocardite Infecçiosa. In: CV SJ, A T, E S, eds. *Tratado de Cardiologia SOCESP*. 2 ed. São Paulo: Editora Manoele Ltda 2009:1391-457.

[14] Pelletier L, Petersdorf R. Infective endocarditis: a review of 125 cases from the University of Washington Hospitals. *Medicine*. 1977;4(56(4)):287-313.

[15] Taubert K, Gewitz M. Infective Endocarditis. In: HD A, DJ D, RE S, TF F, eds. *Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents Including the Fetus and Young Adult*. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008:1299-312.

[16] Lockhart PB. Guidelines for prevention of infective endocarditis: an explanation of the changes. *J Am Dent Assoc*. 2008 Jan;139 Suppl:2S.

[17] Bayliss R, Clarke C, Oakley CM, Somerville W, Whitfield AG, Young SE. The microbiology and pathogenesis of infective endocarditis. *British heart journal*. 1983 Dec;50(6):513-9.

[18] Sohsten R, Kaye D. Endocardite Infecçiosa. In: R V, R F, eds. *Tratado de Infectologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu 2002:655-68.

[19] Issa VS, Fabri J, Jr., Pomerantzeff PM, Grinberg M, Pereira-Barreto AC, Mansur AJ. Duration of symptoms in patients with infective endocarditis.

International journal of cardiology. 2003 May;89(1):63-70.

[20] LM T, SJ M, MA P, eds. CURRENT Medical Diagnosis & Treatment. 46 ed. San Francisco: LANGE 2007.

[21] Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler VG, Jr., Bolger AF, Levison ME, et al. Infective endocarditis: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a statement for healthcare professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: endorsed by the Infectious Diseases Society of America. Circulation. 2005 Jun 14;111(23):e394-434.

[22] Pereira CA, Rocio SC, Ceolin MF, Lima AP, Borlot F, Pereira RS, et al. [Clinical and laboratory findings in a series of cases of infective endocarditis]. J Pediatr (Rio J). 2003 Sep-Oct;79(5):423-8.

[23] Kavey RE, Frank DM, Byrum CJ, Blackman MS, Sondheimer HM, Bove EL. Two-dimensional echocardiographic assessment of infective endocarditis in children. American journal of diseases of children (1960). 1983 Sep;137(9):851-6.

[24] Armstrong ML, DeBoer S, Cetta F. Infective endocarditis after body art: a review of the literature and concerns. J Adolesc Health. 2008

Sep;43(3):217-25.

[25] Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O'Gara PT, et al. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 2008 Aug 19;118(8):887-96.

[26] Millar BC, Moore JE. Antibiotic prophylaxis, body piercing and infective endocarditis. *J Antimicrob Chemother*. 2004 Feb;53(2):123-6.

[27] Ferguson A, Jollands A, Kirkpatrick M. Infective endocarditis Presenting with Parinauds Dorsal Midbrain Syndrome. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2006;43(43):41-3.

[28] Ferguson AW, Jollands A, Kirkpatrick M, Pringle SD, George ND. Infective endocarditis presenting with Parinaud's dorsal midbrain syndrome. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2006 Jan-Feb;43(1):41-3.

[29] Akhondi H, Rahimi AR. Haemophilus aphrophilus endocarditis after tongue piercing. *Emerging infectious diseases*. 2002 Aug;8(8):850-1.

[30] Ramage IJ, Wilson N, Thomson RB. Fashion victim: infective endocarditis after nasal piercing. *Archives of disease in childhood*. 1997 Aug;77(2):187.

[31] Shebani SO, Miles HF, Simmons P, Stickley J, De Giovanni JV. Awareness of the risk of endocarditis associated with tattooing and body piercing among patients with congenital heart disease and paediatric cardiologists in the United Kingdom. *Arch Dis Child*. 2007 Nov;92(11):1013-4.

[32] Bach DS. Perspectives on the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for the prevention of infective endocarditis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009 May 19;53(20):1852-4.

[33] Shanson D. New British and American guidelines for the antibiotic prophylaxis of infective endocarditis: do the changes make sense? A critical review. *Curr Opin Infect Dis*. 2008 Apr;21(2):191-9.

[34] Estlow MM. Prevention of infective endocarditis in the pediatric congenital heart population. *Pediatr Nurs*. 1998 May-Jun;24(3):205-12, 25.

[35] Lockhart PB, Brennan MT, Sasser HC, Fox PC, Paster BJ, Bahrani-Mougeot FK. Bacteremia associated with toothbrushing and dental extraction. *Circulation*. 2008 Jun 17;117(24):3118-25.

[36] Coutinho AC, Castro GF, Maia LC. Knowledge and practices of dentists in preventing infective endocarditis in children. *Spec Care Dentist*. 2009 Jul-Aug;29(4):175-8.

[37] Termine N, Panzarella V, Ciavarella D, Lo Muzio L, D'Angelo M, Sardella A, et al. Antibiotic prophylaxis in dentistry and oral surgery: use and misuse. *Int Dent J*. 2009 Oct;59(5):263-70.

[38] Taubert KA. Endocarditis prophylaxis: an evolution of change. *Am Fam Physician*. 2008 Feb 15;77(4):421-2.

[39] Khan IA, Ijaz N. Prophylaxis of infective endocarditis: Current perspectives. *Int J Cardiol*. 2009 May 29;134(3):e105-6.

[40] Maron BJ, Lever H. In defense of antimicrobial prophylaxis for prevention of infective endocarditis in patients with hypertrophic cardiomyopathy. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009 Dec 8;54(24):2339-40; author reply 40.

[41] Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the

Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007 Oct 9;116(15):1736-54.

[42] Duval X, Leport C. Prophylaxis of infective endocarditis: current tendencies, continuing controversies. *Lancet Infect Dis*. 2008 Apr;8(4):225-32.

[43] Cetta F, Warnes CA. Adults with congenital heart disease: patient knowledge of endocarditis prophylaxis. *Mayo Clin Proc*. 1995 Jan;70(1):50-4.

[44] Cetta F, Podlecki DC, Bell TJ. Adolescent knowledge of bacterial endocarditis prophylaxis. *J Adolesc Health*. 1993 Nov;14(7):540-2.

[45] Reid GJ, Webb GD, McCrindle BW, Irvine MJ, Siu SC. Health behaviors among adolescents and young adults with congenital heart disease. *Congenit Heart Dis*. 2008 Jan;3(1):16-25.

[46] Cheuk DK, Wong SM, Choi YP, Chau AK, Cheung YF. Parents' understanding of their child's congenital heart disease. *Heart (British Cardiac Society)*. 2004 Apr;90(4):435-9.

[47] Damas B, Ramos C, Rezende M. Need of information for parents with children suffering from congenital heart defects. *Rev bras crescimento desenvolv hum* 2009 abr 209;19(1).

[48] Kantoch MJ, Collins-Nakai RL, Medwid S, Ungstad E, Taylor DA. Adult patients' knowledge about their congenital heart disease. *Can J Cardiol*. 1997 Jul;13(7):641-5.

[49] Rassi A, Mandil A, Pedra C, Castelo H, Marin J, Brito J, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Qualidade Profissional e Institucional, Centro de Treinamento e Certificação Profissional em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. In: Chaves ÁJ, ed. *Rev Bras Cardiol Invas*. 2 ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Invasiva 2008:1-30.

[50] Henn C, Rabelo E, Boaz M, Souza E. Conhecimento dos pacientes sobre anticoagulação oral crônica acompanhados em ambulatório especializado. *Rev Gaúcha Enfem*. 2008;29(2):207-13.

[51] Winnick S, Lucas DO, Hartman AL, Toll D. How do you improve compliance? *Pediatrics*. 2005 Jun;115(6):e718-24.

[52] Leite S, Vasconcellos M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(3).

[53] Vieira F. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2007 Jan/Mar 2007;12(1).

- [54] Al-Shammari SA, Khoja T, Al-Yamani MJ. Compliance with short-term antibiotic therapy among patients attending primary health centres in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of the Royal Society of Health*. 1995 Aug;115(4):231-4.
- [55] Melchior R, Nemes M, Basso C, Castanheira E, Britto M, Buchalla A, et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006 Jan./Feb. 2006;40(1).
- [56] Caprara A, Franco AL. [The patient-physician relationship: towards humanization of medical practice]. *Cad Saude Publica*. 1999 Jul-Sep;15(3):647-54.
- [57] Lawoko S. Factors influencing satisfaction and well-being among parents of congenital heart disease children: development of a conceptual model based on the literature review. *Scand J Caring Sci*. 2007 Mar;21(1):106-17.
- [58] Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *Jama*. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6.
- [59] Clark NM, Gong M, Schork MA, Evans D, Roloff D, Hurwitz M, et al. Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics*. 1998 May;101(5):831-6.

[60] Cabana MD, Slish KK, Evans D, Mellins RB, Brown RW, Lin X, et al. Impact of physician asthma care education on patient outcomes. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):2149-57.

[61] Weaver WD, Nishimura RA, Warnes CA. President's page: antimicrobial prophylaxis to prevent infective endocarditis: why did the recommendations change? *Journal of the American College of Cardiology*. 2008 Aug 5;52(6):495-7.

ARTIGO

**Profilaxia da Endocardite Infecciosa em Crianças Cardiopatas:
Avaliação do Conhecimento dos Pais Sobre o Assunto**

Artigo

Profilaxia da Endocardite Infecçiosa em Crianças Cardiopatas:

Avaliação do Conhecimento dos Pais Sobre o Assunto

Fabiana Haag¹, Fernanda Hamnef Varela², Cora Firpo³.

* Dissertação submetida como requisito para a obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul-Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC), Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor para correspondência:

Fabiana Haag

Unidade de Pesquisa do IC/FUC: Av. Princesa Isabel, 370 Porto Alegre, RS
CEP: 90620-001.

editoracao-pc@cardiologia.org.br

Porto alegre, 2009

¹ Enfermeira Professora da disciplina de enfermagem cirúrgica na Faculdade de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha – Bagé/RS

² Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS, bolsista do CNPQ

³ Doutora em Cardiologia pela UFRGS/University of California San Francisco; Mestre em Ciências Médicas: Pediatria/UFRGS; Médica do IC-FUC: Cardiologia Pediátrica.

RESUMO

Profilaxia da Endocardite Infecçiosa em Crianças Cardiopatas: Avaliação do Conhecimento dos Pais Sobre o Assunto

INTRODUÇÃO: As diretrizes para profilaxia de endocardite infecciosa mudaram, mas muitas cardiopatias congênitas seguem sendo consideradas de alto risco para o desenvolvimento da doença.

OBJETIVO: Avaliar o conhecimento dos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes portadores de cardiopatias atendidos em um serviço de referência no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sobre endocardite infecciosa e sua profilaxia.

MÉTODOS: Estudo transversal com 90 pacientes portadores de cardiopatias congênitas em acompanhamento ambulatorial regular. O conhecimento dos pais foi avaliado através de questionário específico e os demais dados foram obtidos através da revisão de prontuários.

RESULTADOS: A idade média dos pacientes foi de $6,5 \pm 4,5$ anos (3 meses – 14 anos), sendo 57,7% do sexo masculino. A mediana de tempo de acompanhamento no serviço foi de 3,49 anos (1,20-7,38). Os anos de estudo formal dos pais apresentou média de $7,67 \pm 3,25$ anos.

De acordo com o escore previamente estabelecido, o conhecimento dos pais entrevistados foi considerado satisfatório em 37,7%, regular em 33,3% e insatisfatório em 28,8%. Houve correlação significativa entre o índice de conhecimento dos pais e tempo de acompanhamento das crianças no serviço ($r = 0,584$; $p < 0,001$). Não houve correlação entre a escolaridade dos pais e o conhecimento dos mesmos ($r = 0,028$; $p = 0,796$).

CONCLUSÃO: O conhecimento dos pais sobre endocardite e sua profilaxia mostrou-se inadequado, requerendo maior atenção nas orientações transmitidas nas consultas.

Palavras-chave: prevenção e controle, endocardite, conhecimento.

ABSTRACT

Prophylaxis of Infectious Endocarditis in Cardiopathic Children: Parents Knowledge Estimation on the Subject

INTRODUCTION: The guidelines to prophylaxis of infectious endocarditis, changed, but many congenital heart diseases continue to be considered in high risk for the development of the disease.

OBJECTIVE: The estimation of knowledge of parents or caretaker's on children and teenagers with congenital heart disease, assisted in reference service in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, about infectious endocarditis and it's prophylaxis.

METHODS: Cross-sectional study with 90 patients carriers of congenital heart disease in regular ambulatory monitoring. The parents knowledge was estimated through a specific questionnaire and other data was obtained through review charts.

RESULTS: The average age of patients was 6,5 to 4,5 years (3 months -14 years), being 57,7% males. The average follow-up time was of 3,49 years(1,20-7,38). The years of formal study of the parents, presented an average of 7,67 to 3,25 years.

According to the score previously established, the knowledge of the interviewed parents was considered satisfactory in 37,7%, regular in 33,3% and unsatisfying in 28,8%. There was significant correlation beetween the index of parents knowledge and monotoring of children at service ($r=0,584$; $p=0,796$). There was no correlation between parents education and knowledge of them ($r=0,028$; $p=0,796$).

CONCLUSION: The knowledge of parents on endocarditis and it's prophylaxis showed it'self inadequate, requiring greater attention on the orientations transmited in consultations.

Key words: endocarditis, prevention and control, knowledge

INTRODUÇÃO

As diretrizes para prevenção de endocardite infecciosa (EI) mudaram nos últimos anos, apresentando diferenças significativas entre as recomendações adotadas pelos comitês credenciados de diversos países^[1-3]. Tem sido recomendando uso mais restrito de antibióticos e as justificativas para revisar as recomendações anteriores e reduzir as situações de profilaxia indicam que a EI (endocardite infecciosa) resulta, mais frequentemente, de bacteremias associadas a atividades cotidianas, como a escovação regular dos dentes e alertam para os efeitos adversos do uso de antibióticos, que poderiam exceder os benefícios. A eficácia da profilaxia nunca foi comprovada através de estudos randomizados. O tema tem despertado muitas discussões e continua controverso^[3-7].

Atualmente, a *American Heart Association (AHA)* recomenda profilaxia antibiótica apenas para pacientes considerados de alto risco para EI. Estão incluídos nesse grupo pacientes portadores de cardiopatias congênitas cianóticas não corrigidas ou com correções paliativas, e pacientes que se submeteram a correção cirúrgica da cardiopatia, mas que persistem com lesões residuais adjacentes a material prostético. Esses critérios incluem grande parte da população pediátrica portadora de cardiopatias.

Medidas profiláticas adicionais incluem educação dos pacientes de alto risco e de seus cuidadores sobre a necessidade de higiene oral e cutânea meticulosa, visitas freqüentes ao dentista, bem como evitar procedimentos invasivos desnecessários. A manutenção de um perfeito estado de saúde bucal seria uma estratégia muito mais importante do que o uso de antibiótico profilático antes de determinados procedimentos.

Vários estudos indicam que o conhecimento dos pais sobre a cardiopatia de seus filhos e sobre os cuidados necessários para prevenir EI é inadequado [8-12].

A Sociedade Brasileira de Cardiologia não tem diretrizes para profilaxia de EI e os diversos serviços de cardiologia pediátrica adotavam, até 2007, as recomendações da *AHA*. No momento em que muitos cardiologistas pediátricos se interrogam sobre as várias e controversas recomendações a serem seguidas, seria interessante avaliar a aderência por parte dos pacientes/pais às diretrizes adotadas até recentemente, com a finalidade de planejar novas estratégias e adotar condutas efetivas.

Não temos conhecimento de estudos na população brasileira que avaliem o conhecimento dos cuidadores de crianças portadoras de cardiopatias sobre prevenção de EI.

O objetivo de presente estudo foi avaliar o conhecimento dos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes portadores de cardiopatias atendidos em ambulatório especializado de cardiologia pediátrica sobre EI, bem como a sua profilaxia.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal no período de 05 de novembro a 15 de dezembro de 2007 com pais de pacientes em acompanhamento regular no ambulatório de cardiologia pediátrica do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

Todos os pacientes incluídos tinham indicação formal de profilaxia de EI (PEI) de acordo com as diretrizes da AHA de 1997^[13], que eram adotadas pelo serviço. A coleta de dados foi feita na primeira consulta após a publicação das diretrizes de 2007^[1], portanto os pacientes não haviam recebido as novas orientações. Foram excluídos pacientes maiores de 15 anos, pacientes não acompanhados por pais ou responsáveis, aqueles que estavam consultando pela primeira vez ou cujos pais que não concordaram em participar do estudo.

Foram selecionados por conveniência dos pesquisadores alguns dias durante o período de coleta de dados. Nos dias selecionados os pacientes foram incluídos de forma sequencial e não intencional.

Foi elaborado um questionário específico com perguntas referentes à cardiopatia do paciente, EI e PEI (Tabela 1). Foi aplicado inicialmente a 20 pais um questionário piloto que possibilitou alguns ajustes no instrumento de coleta de dados. O questionário foi aplicado sempre pelo mesmo pesquisador nos momentos que antecederiam a uma consulta de rotina.

Através de revisão dos prontuários foram obtidos os seguintes dados: idade dos pacientes, tempo de acompanhamento no serviço, diagnóstico das cardiopatias e medicações prescritas.

Foi considerado que os pais sabiam o nome da doença quando forneciam o diagnóstico correto da cardiopatia ou quando demonstravam conhecimento do problema e da fisiologia da doença utilizando expressões como “canalzinho que não fechou”, “furinho que comunica os dois lados do coração”. Foi considerado que os pais sabiam as medicações usadas regularmente quando respondiam corretamente ou mostravam a receita médica. O conhecimento sobre EI foi considerado adequado quando mencionavam “infecção no coração” ou “infecção na valva”. Considerou-se que conheciam os procedimentos de risco quando mencionavam pelo menos os procedimentos dentários.

O conhecimento foi categorizado como satisfatório (4-6 acertos), regular (2-3 acertos) e insatisfatório (0-1 acertos). O grau de instrução foi quantificado em anos de estudo formal.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS versão 17.0. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequência absoluta e relativa, enquanto que, as variáveis quantitativas foram descritas através de médias e desvio-padrão ou medianas e intervalo interquartil. A variável dependente neste estudo foi o índice de conhecimento dos pais sobre EI.

Para a correlação entre anos de estudo dos pais e grau de conhecimento dos mesmos, e para correlação entre tempo de acompanhamento da criança no serviço e grau de conhecimento dos pais foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Para a comparação entre a média do índice de conhecimento dos pais em relação à presença ou ausência de intervenção e tipo de cardiopatia (cianótica e acianótica) foi utilizado o teste t de Student.

O valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Tabela 1 - Questionário aplicado aos pais

1. Qual o nome da doença cardíaca de seu filho?
 2. Quais as medicações que seu filho usa rotineiramente em casa?
 3. Você sabe o que é endocardite infecciosa?
 4. Você sabe quais são os procedimentos de risco para o desenvolvimento de endocardite infecciosa?
 5. Você foi informado sobre a importância dos cuidados que seu filho deve ter com a higiene da boca?
 6. Você é conhecedor dos remédios que seu filho deve tomar antes de alguns procedimentos feitos pelo dentista?
-

RESULTADOS

Dos 90 pacientes, 52 (57,7%) eram do sexo masculino. A idade das crianças variou de 3 meses a 14 anos e 7 meses, com média de $6,5 \pm 4,5$ anos e mediana de 5,6 anos (2,2 - 11,0 anos). A mediana do tempo de acompanhamento no serviço foi de 3,49 anos (1,20-7,38).

Os diagnósticos mais freqüentes foram tetralogia de Fallot (TF) em 23 pacientes (25,56%), comunicação interventricular (CIV) em 18 (20,0%), cardiopatia congênita cianótica complexa (CCCC) em 9 (10,0%), defeito do septo atrioventricular (DSAV) em 8 (8,9%), persistência do canal arterial (PCA) em 4 (4,4%) e estenose aórtica em 3 (3,3%) (Tab. 2, Fig. 1). Havia se submetido a pelo menos um procedimento terapêutico (cirúrgico ou por cateterismo) 61 pacientes (67,7%) (Fig. 2). Quanto à classificação do tipo de cardiopatia, 35 pacientes (38,90%) apresentavam cardiopatia cianótica (Fig. 3).

O grau de escolaridade dos pais entrevistados mostrou média de 7,67 $\pm 3,25$ anos de estudo formal.

Trinta e cinco pais (38,9 %) sabiam o nome da cardiopatia ou explicaram adequadamente o diagnóstico. Os demais 55 (61,1%) apenas sabiam que seus filhos sofriam de um problema no coração, mas não conseguiram especificar tal problema.

Setenta e nove pais (87,8%) pais informaram corretamente os nomes e as doses diárias dos medicamentos em uso ou apresentaram a receita que utilizavam para controlar a medicação de seus filhos e 11 (12,2%) não conseguiram informar.

Quinze pais entrevistados (16,7%) responderam de forma considerada adequada sobre “o que é endocardite” e 75 (83,3%) não conseguiram fornecer a resposta correta.

Em relação aos procedimentos de risco para o desenvolvimento EI, 39 pais (43,3%) informaram, pelo menos, sobre os procedimentos de risco odontológicos e 50 (55,6%) não souberam informar nada.

Quanto aos cuidados com a higiene oral, 50 pais (55,60%) responderam que receberam informações e 40 (44,4%) informaram não ter recebido nenhum tipo de informação referente a cuidados com os dentes.

Sobre as medicações indicadas antes de alguns tipos de procedimentos odontológicos, 37 pais (41,1%) sabiam informar o nome da medicação e 53 (58,9%) não sabiam.

Os resultados sobre questões do questionário estão apresentados na tabela 3 e representados nas figuras 4 e 5.

De acordo com o escore previamente estabelecido, o conhecimento dos entrevistados foi considerado satisfatório em 34 (37,7%), regular em 30 (33,3%) e insatisfatório em 26 (28,8%) (Fig. 6).

Verificou-se haver correlação significativa, direta e moderada, entre índice de conhecimento dos pais e tempo de acompanhamento das crianças no serviço ($r = 0,548$; $p < 0,001$).

Não houve correlação significativa entre o índice de conhecimento dos pais e anos de estudo dos mesmos ($r = 0,028$; $p = 0,796$).

Os pais das crianças com cardiopatia cianótica apresentaram um índice médio de conhecimento de $3,23 \pm 1,73$, enquanto o índice dos pais das crianças acianóticas foi de $2,60 \pm 1,62$. Essa diferença não foi estatisticamente

significativa ($p= 0,084$).

Não houve diferença significativa no grau de conhecimento dos pais das crianças que se submeteram a algum tipo de intervenção (cirúrgica ou por cateterismo) quando comparados com os pais das crianças sem intervenção ($p=0,550$).

DISCUSSÃO

Muitos estudos realizados em diversos serviços têm mostrado que o conhecimento dos pais a respeito dos cuidados necessários para prevenir EI em crianças cardiopatas está aquém do esperado [8-10, 12, 14, 15].

No presente estudo apenas 34% dos pais/cuidadores mostraram conhecimento considerado satisfatório, sendo que somente 15 entrevistados mostraram saber o que era EI.

Cheuk e colaboradores^[10] observaram que o maior conhecimento dos pais estava relacionado com o nível educacional dos mesmos mas isso não se repetiu no presente estudo, pois não houve correlação entre o tempo de estudo formal dos pais e o escore obtido no questionário.

Pesquisa realizada na Inglaterra comparou a atitude, o conhecimento e as práticas de saúde bucal dos pais de crianças cardiopatas com pais de crianças saudáveis e verificou que o grupo com cardiopatia recebia menos cuidados com a saúde oral do que o grupo sem cardiopatia [11]. Os autores sugerem que os pais negligenciaram os cuidados dentários em função da maior preocupação com o coração e com outras doenças como infecções respiratórias, mas esses achados também mostram que a estratégia da equipe de saúde falhou quanto a esclarecimentos, recomendações e estabelecimentos de prioridades.

Observamos na comparação entre cianóticos e acianóticos que houve uma tendência a um maior conhecimento entre os pais de crianças portadoras de cardiopatias cianóticas. As cardiopatias cianóticas são, em geral, mais graves do que as acianóticas e os sintomas podem ser mais facilmente identificados e reconhecidos pelos pais. É possível que, em função

desses fatos, os pais possuem maior envolvimento com a doença de seus filhos e conseqüentemente melhor conhecimento.

Com os avanços da cardiologia pediátrica nas últimas décadas, o número de pacientes com cardiopatia congênita que atinge a idade adulta é crescente, mudando o perfil dessa população. Os desfechos objetivados no tratamento desses pacientes não são mais de sobrevivência, mas buscam oferecer uma vida quase normal em termos de longevidade e qualidade. A motivação desses adolescentes e jovens adultos para os adequados cuidados com seu estado geral de saúde, prevenindo e retardando complicações, deve iniciar ainda na infância ^[14-16].

A correlação entre o conhecimento dos pais e o tempo de acompanhamento dessas crianças no serviço sugerem que a medida que se reforça o vínculo entre a equipe de saúde e a família do paciente, a aderência ao tratamento aumenta, de acordo com relatos prévios ^[17].

Tem sido amplamente discutido na literatura mundial que a baixa aderência ao tratamento com antibióticos para PEI se deve, em parte à ambigüidade das sucessivas diretrizes publicadas desde 1955^[4]. As novas diretrizes do AHA suscitaram muitas controvérsias e estão longe de ser uma unanimidade entre os cardiologistas, sendo que especialistas com grande experiência em doenças específicas e raras defendem a manutenção das indicações anteriores para PEI ^[18, 19]. As diretrizes de 2007^[1] reduziram muito as situações consideradas de risco mas persistem aspectos duvidosos que não foram suficientemente discutidos, especialmente no que se refere a pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico e que apresentam resíduos da cardiopatia inicial ou seqüelas secundárias à cirurgia. Situações

particulares reforçam o argumento de que o regime de PEI deve ser individualizado.

Alguns autores defendem que a decisão sobre adotar ou não as novas diretrizes deve ser compartilhada entre o médico e o paciente ou entre o médico e os responsáveis pelo paciente, caracterizando uma tomada de decisão informada^[18]. Essa alternativa não pode ser generalizada, considerando que o conhecimento dos pacientes e dos pais sobre o assunto tem sido desapontador nos diversos serviços onde foi avaliada. Estudos realizados nas últimas décadas indicam a necessidade de educação continuada dos pais e dos pacientes, com participação ativa dos médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, psicólogos e demais profissionais envolvidos na promoção de saúde. Além de programas educacionais que tenham os pacientes como alvo, também são necessários programas de educação continuada orientados para os profissionais da saúde. O acesso da população infantil ao dentista é deficiente em nosso meio e, além disso, algumas vezes encontramos profissionais que se recusam a atender crianças com cardiopatia por não saberem como proceder^[20].

Existem lacunas entre o que é orientado aos pacientes e o que eles realmente absorvem de informações^[21, 22]. Muitas dificuldades envolvidas no conhecimento dos pais sobre os riscos que seus filhos doentes correm estão nas dúvidas sem oportunidades de esclarecimento e nas dificuldades de assimilar explicações através de palavras técnicas de difícil entendimento. São entre outras, condições comuns que necessitam ser reconhecidas e superadas pela equipe de saúde.

Seja qual for o regime adotado para PEI, todos os esforços devem ser feitos para esclarecer os pais dessas crianças que devem ser orientados a educar seus filhos seguindo rigorosos cuidados com a saúde bucal. A manutenção da saúde bucal é a grande prevenção da EI.

REFERÊNCIAS

- [1] Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007 Oct 9;116(15):1736-54.
- [2] Excellence NIHaC. Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. NICE clinical guideline. 2008;64:1-107.
- [3] Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O'Gara PT, et al. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 2008 Aug 19;118(8):887-96.
- [4] Harrison JL, Hoen B, Prendergast BD. Antibiotic prophylaxis for infective endocarditis. *Lancet*. 2008 Apr 19;371(9621):1317-9.

- [5] Duval X, Leport C. Prophylaxis of infective endocarditis: current tendencies, continuing controversies. *Lancet Infect Dis*. 2008 Apr;8(4):225-32.
- [6] Weaver WD, Nishimura RA, Warnes CA. President's page: antimicrobial prophylaxis to prevent infective endocarditis: why did the recommendations change? *Journal of the American College of Cardiology*. 2008 Aug 5;52(6):495-7.
- [7] Lockhart PB, Brennan MT, Sasser HC, Fox PC, Paster BJ, Bahrani-Mougeot FK. Bacteremia associated with toothbrushing and dental extraction. *Circulation*. 2008 Jun 17;117(24):3118-25.
- [8] Cetta F, Bell TJ, Podlecki DD, Ros SP. Parental knowledge of bacterial endocarditis prophylaxis. *Pediatr Cardiol*. 1993 Oct;14(4):220-2.
- [9] Knirsch W, Hassberg D, Beyer A, Teufel T, Pees C, Uhlemann F, et al. Knowledge, compliance and practice of antibiotic endocarditis prophylaxis of patients with congenital heart disease. *Pediatr Cardiol*. 2003 Jul-Aug;24(4):344-9.
- [10] Cheuk DK, Wong SM, Choi YP, Chau AK, Cheung YF. Parents' understanding of their child's congenital heart disease. *Heart (British Cardiac Society)*. 2004 Apr;90(4):435-9.

[11] Saunders CP, Roberts GJ. Dental attitudes, knowledge, and health practices of parents of children with congenital heart disease. *Arch Dis Child*. 1997 Jun;76(6):539-40.

[12] Bulat DC, Kantoch MJ. How much do parents know about their children's heart condition and prophylaxis against endocarditis? *Can J Cardiol*. 2003 Apr;19(5):501-6.

[13] Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *Jama*. 1997 Jun 11;277(22):1794-801.

[14] Cetta F, Podlecki DC, Bell TJ. Adolescent knowledge of bacterial endocarditis prophylaxis. *J Adolesc Health*. 1993 Nov;14(7):540-2.

[15] Cetta F, Warnes CA. Adults with congenital heart disease: patient knowledge of endocarditis prophylaxis. *Mayo Clin Proc*. 1995 Jan;70(1):50-4.

[16] Reid GJ, Webb GD, McCrindle BW, Irvine MJ, Siu SC. Health behaviors among adolescents and young adults with congenital heart disease. *Congenit Heart Dis*. 2008 Jan;3(1):16-25.

[17] Winnick S, Lucas DO, Hartman AL, Toll D. How do you improve compliance? *Pediatrics*. 2005 Jun;115(6):e718-24.

[18] Bach DS. Perspectives on the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for the prevention of infective endocarditis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009 May 19;53(20):1852-4.

[19] Cheng TO. Endocarditis prophylaxis in patients with mitral valve prolapse remains a controversial issue despite the new American Heart Association guidelines. *International journal of cardiology*. 2008 Jul 4;127(2):149-50.

[20] Coutinho AC, Castro GF, Maia LC. Knowledge and practices of dentists in preventing infective endocarditis in children. *Spec Care Dentist*. 2009 Jul-Aug;29(4):175-8.

[21] Esmerio F, Souza E, Leiria T, Lunelli R, Moraes M. Uso Crônico de Anticoagulante Oral: Implicações para o Controle de níveis Adequados. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(5):549-54.

[22] Elliott V, Morgan S, Day S, Mollerup LS, Wang W. Parental health beliefs and compliance with prophylactic penicillin administration in children with sickle cell disease. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2001 Feb;23(2):112-6.

Tabela 2 - Características Clínicas e Demográficas dos Pacientes (n = 90)

Variáveis	
Idade (anos)	6,5 ± 4,5
Escolaridade dos pais (anos de estudo)	7,67 ± 3,25
Sexo Masculino	52 (57,7%)
Tipos de Cardiopatias:	
TF	23 (25,5%)
CIV	18 (20,0%)
CCCC	9 (10,0%)
DSAV	8 (8,9%)
PCA	4 (4,4%)
Estenose aórtica	3 (3,3%)
Outras	25 (22,24%)

Variáveis expressas como média ± desvio padrão ou n (%). TF (tetralogia de Follot), CIV (comunicação interventricular), CCCC(cardiopatía congênita cianótica complexa), DSAV (defeito de septo atrioventricular), PCA (persistência do canal arterial).

Tabela 3 - Respostas corretas ao questionário (n=90)

Questões	Número de acertos (%)
Nome da doença cardíaca do filho	35 (38,9%)
Medicações de uso diário	79 (87,8%)
Definição de Endocardite	15 (16,7%)
Procedimentos de risco para EI	39 (43,3%)
Cuidados com a higiene oral	50 (55,6%)
Medicamentos para PEI	37 (41,1%)

EI: endocardite infecciosa; PEI: profilaxia de endocardite infecciosa.

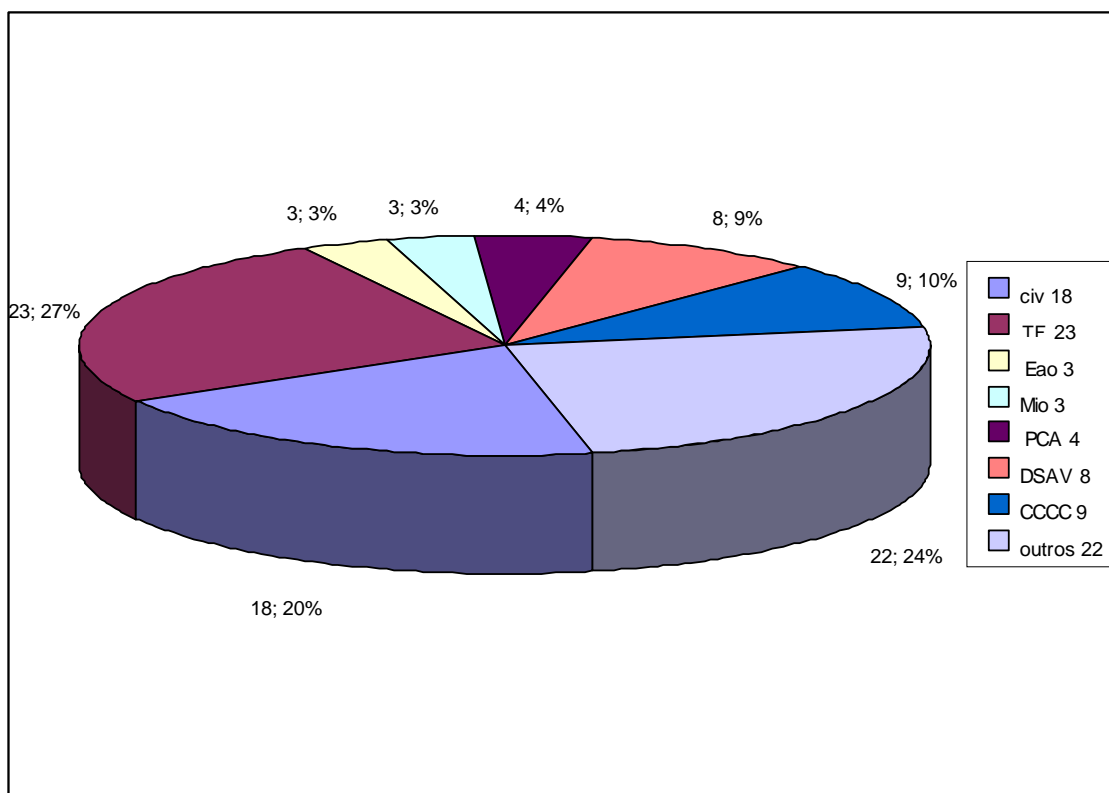


Figura 1 - Patologias mais freqüentes

TF (Tetralogia de Fallot), CIV (Comunicação Interventricular), CCCC (Cardiopatía Congênita Cianótica Complexa), DSAV (Defeito do Septo Atrioventricular), PCA (Persistência do Canal Arterial), EAo (Estenose Aórtica), Mio (Miocardiopatía) e outros.

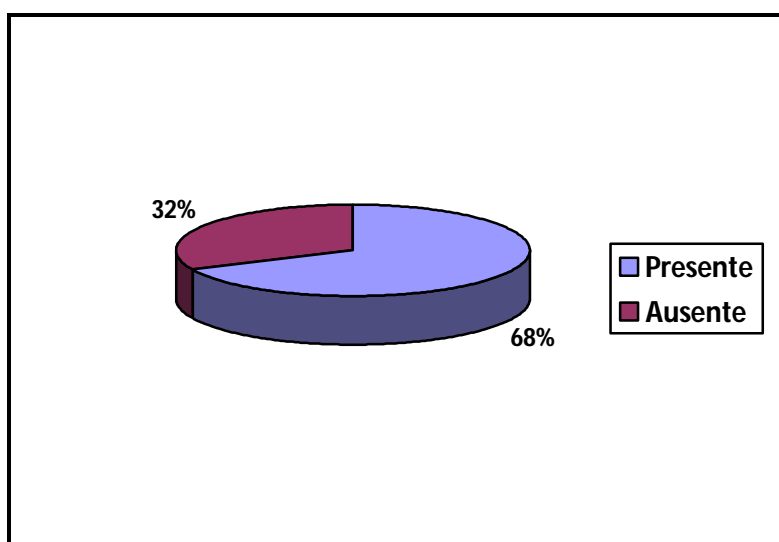


Figura 2 – Procedimentos Terapêuticos através de Cirurgia ou Cateterismo

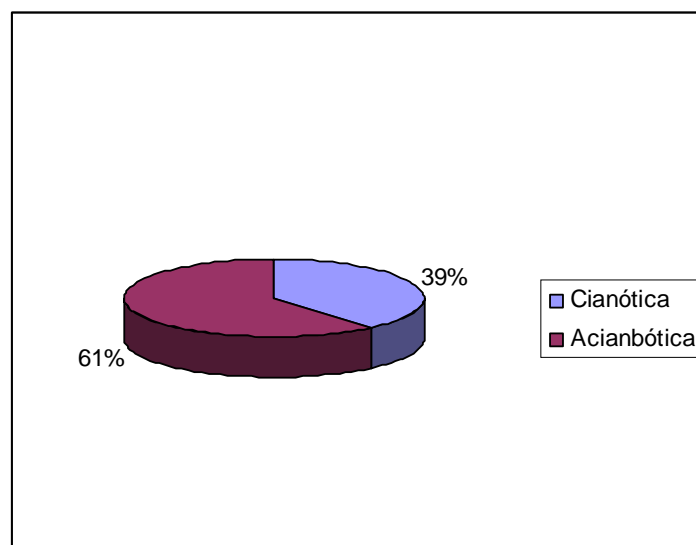


Figura 3 - Tipo de cardiopatia

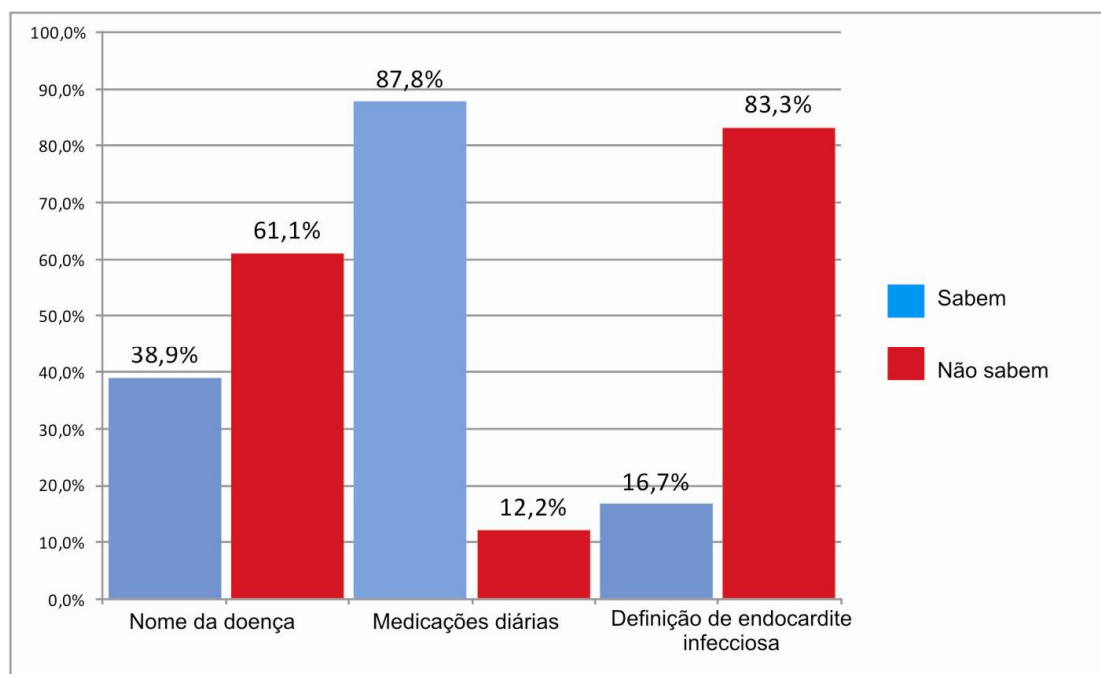


Figura 4 – Questões relativas ao conhecimento da doença

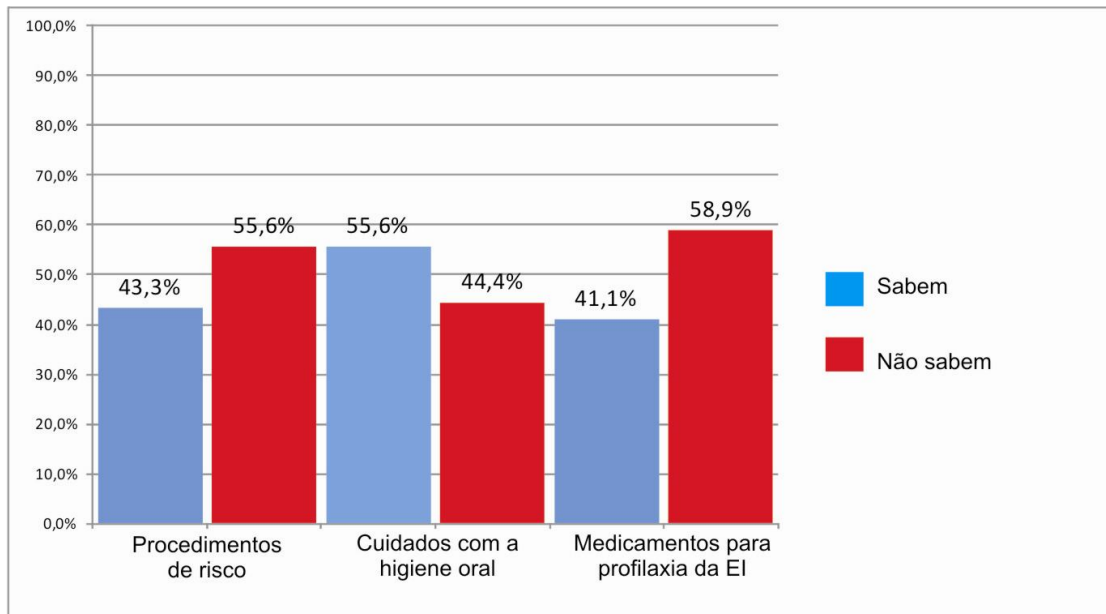


Figura 5 – Questões relativas à profilaxia da endocardite infecciosa (PIE)

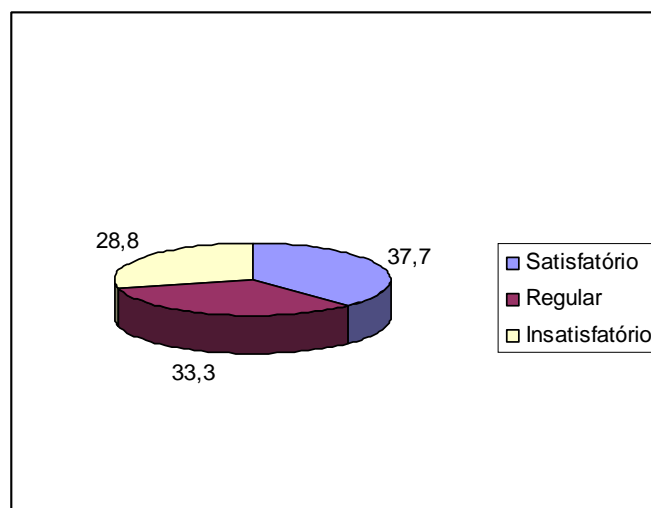


Figura 6 – Conhecimento dos pais

APÊNDICE

APÊNDICE

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estou realizando um estudo para avaliar todos os pacientes menores de 15 anos, em acompanhamento no ambulatório de pediatria do Instituto de Cardiologia. Sabemos através de outros trabalhos já realizados, que a endocardite infecciosa é uma doença grave e que pode ser de facilmente prevenida, uma vez que sejam tomadas medidas simples e passadas orientações corretas. Para executar este trabalho procurarei avaliar o conhecimento dos pais ou responsáveis sobre endocardite infecciosa, bem como o entendimento deles acerca da doença de seu filho, e as medidas profiláticas necessárias nas situações de risco para o desenvolvimento da EI.

Para que você possa participar desta pesquisa, necessitamos de sua autorização. Fica garantido que:

Os dados de pesquisa serão utilizados apenas pelos pesquisadores, mantendo-se confidenciais os achados e nomes dos participantes e os achados utilizados apenas em publicações científicas. Os participantes poderão decidir excluir-se do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo ao atendimento médico de seu filho.

Os participantes receberão esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Caso tenham novas perguntas sobre o estudo, poderão se comunicar com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo Enf^a Fabiana Haag Coelho e a médica Cora Firpo no telefone 32303600 ramal 3820.

Eu, _____, concordo em participar da avaliação acima referida.

Pesquisadora responsável: _____
Enf^a Fabiana Haag - COREN 86222

Porto Alegre, ____ / ____ / ____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)