

Importância da profilaxia antibiótica na prevenção da endocardite infecciosa em procedimentos odontológicos: Uma revisão narrativa

Current indications for antibiotic prophylaxis for the prevention of infective endocarditis in dentistry: A narrative review

Importancia de la profilaxis antibiótica en la prevención de la endocarditis infecciosa en procedimientos dentales: Una revisión narrativa

Recebido: 27/03/2026 | Aceito: 10/04/2026 | Publicado: 11/04/2026

Otávio Oliveira de Castro

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0842-6973>
Centro Universitário de Viçosa, Brasil
E-mail: zissimodecastro@gmail.com

Renata Maria Colodette

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2976-881X>
Centro Universitário de Viçosa, Brasil
E-mail: renatacolodette@univicosacom.br

Resumo

A endocardite infecciosa (EI) consiste em uma infecção de elevada relevância clínica que acomete, principalmente, o endocárdio e as valvas cardíacas, podendo evoluir com complicações graves e importante impacto sobre a morbidade e a mortalidade. No contexto odontológico, a cavidade bucal merece atenção especial por abrigar ampla microbiota e por poder favorecer episódios transitórios de bacteremia, sobretudo durante procedimentos invasivos ou diante de condições inflamatórias bucais persistentes. Em indivíduos com alterações cardíacas predisponentes, tais episódios podem contribuir para a instalação da infecção cardíaca. Ao longo dos anos, a profilaxia antibiótica foi amplamente utilizada na prática odontológica; entretanto, recomendações mais recentes da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC) passaram a restringir sua indicação a pacientes considerados de maior risco, como portadores de próteses valvares, indivíduos com histórico prévio de EI e alguns casos de cardiopatias congênitas. O presente estudo teve como objetivo discutir, por meio de revisão narrativa da literatura, a importância da profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos e sua relação com a prevenção da endocardite infecciosa. As evidências reunidas indicam que a antibioticoprofilaxia tende a apresentar maior benefício em pacientes de alto risco, enquanto a manutenção da saúde bucal, o controle de focos infecciosos e a adoção de medidas preventivas não farmacológicas também desempenham papel central na redução da ocorrência de bacteremia.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa; Profilaxia antibiótica; Odontologia; Bacteremia.

Abstract

Infective endocarditis (IE) is a clinically significant infection that primarily affects the endocardium and heart valves and may progress to severe complications with substantial morbidity and mortality. In dentistry, the oral cavity deserves particular attention because it harbors a diverse microbiota and may contribute to transient bacteremia, especially during invasive procedures or in the presence of persistent oral inflammatory conditions. In individuals with predisposing heart abnormalities, such episodes may contribute to the development of cardiac infection. Over time, antibiotic prophylaxis was widely adopted in dental practice; however, more recent recommendations from the American Heart Association (AHA) and the European Society of Cardiology (ESC) have restricted its indication to patients considered at highest risk, such as those with prosthetic heart valves, previous history of IE, and some cases of congenital heart disease. The present study aimed to discuss, through a narrative literature review, the importance of antibiotic prophylaxis in dental procedures and its relationship with the prevention of infective endocarditis. The gathered evidence suggests that antibiotic prophylaxis tends to provide greater benefit in high-risk patients, whereas oral health maintenance, control of infectious foci, and non-pharmacological preventive measures also play a central role in reducing the occurrence of bacteremia.

Keywords: Infective endocarditis; Antibiotic prophylaxis; Dentistry; Bacteremia.

Resumen

La endocarditis infecciosa (EI) corresponde a una infección de gran relevancia clínica que afecta principalmente al endocardio y a las válvulas cardíacas, pudiendo evolucionar con complicaciones graves y un importante impacto en la

morbilidad y mortalidad. En el contexto odontológico, la cavidad oral merece especial atención por albergar una microbiota diversa y por favorecer episodios transitorios de bacteriemia, especialmente durante procedimientos invasivos o en presencia de condiciones inflamatorias bucales persistentes. En individuos con alteraciones cardíacas predisponentes, estos episodios pueden contribuir al establecimiento de la infección cardíaca. A lo largo de los años, la profilaxis antibiótica fue ampliamente utilizada en la práctica odontológica; sin embargo, recomendaciones más recientes de la American Heart Association (AHA) y de la European Society of Cardiology (ESC) restringieron su indicación a pacientes considerados de mayor riesgo, como portadores de prótesis valvulares, individuos con antecedente previo de EI y algunos casos de cardiopatías congénitas. El presente estudio tuvo como objetivo discutir, mediante una revisión narrativa de la literatura, la importancia de la profilaxis antibiótica en procedimientos odontológicos y su relación con la prevención de la endocarditis infecciosa. La evidencia reunida sugiere que la profilaxis antibiótica tiende a ofrecer mayor beneficio en pacientes de alto riesgo, mientras que el mantenimiento de la salud bucal, el control de focos infecciosos y las medidas preventivas no farmacológicas también desempeñan un papel central en la reducción de la bacteriemia.

Palabras clave: Endocarditis infecciosa; Profilaxis antibiótica; Odontología; Bacteriemia.

1. Introdução

A Endocardite Infecciosa (EI) pode ser compreendida como uma infecção de origem microbiana que acomete o revestimento interno do coração, sobretudo o endocárdio e as valvas cardíacas. Embora apresente etiologia predominantemente bacteriana, agentes fúngicos também podem estar envolvidos em menor proporção. Sua apresentação clínica é variável, podendo ocorrer em formas agudas ou subagudas, e sua relevância permanece elevada mesmo diante dos avanços observados nos métodos diagnósticos e no tratamento antimicrobiano (Habib et al., 2015; Baddour et al., 2015).

Na prática odontológica, a discussão sobre EI ganha destaque porque determinados procedimentos podem favorecer episódios transitórios de bacteremia. Intervenções que envolvem manipulação de tecido gengival, região periapical ou perfuração da mucosa oral podem permitir que microrganismos alcancem a circulação sistêmica. Em pacientes com condições cardíacas predisponentes, tais microrganismos podem aderir a áreas previamente lesionadas do endotélio cardíaco ou a materiais protéticos, contribuindo para o desenvolvimento do processo infeccioso (Wilson et al., 2007).

Entre os microrganismos mais frequentemente relacionados a esses episódios, destacam-se espécies do grupo *Streptococcus viridans*, amplamente presentes na microbiota oral, além de outros gêneros, como *Staphylococcus* e *Enterococcus*. A literatura também tem reconhecido a associação entre condições bucais desfavoráveis e maior risco de bacteremia, de modo que o controle da saúde bucal vem sendo compreendido como componente importante na prevenção da EI (Thornhill, 2024).

Sob essa perspectiva, infecções odontogênicas não tratadas e doenças inflamatórias bucais crônicas assumem relevância não apenas local, mas também sistêmica. Assim, o manejo adequado de processos infecciosos da cavidade oral não deve ser visto exclusivamente como medida de conforto ou preservação dentária, mas também como estratégia de proteção à saúde geral, especialmente em pacientes sistemicamente vulneráveis (Almeida et al., 2021).

Durante décadas, a profilaxia antibiótica antes de procedimentos odontológicos foi adotada de forma bastante abrangente para diferentes grupos de pacientes cardiopatas. Entretanto, o acúmulo de novas evidências levou à revisão dessa conduta. Recomendações mais recentes de entidades como a American Heart Association (AHA) e a European Society of Cardiology (ESC) passaram a restringir a antibioticoprofilaxia a pacientes classificados como de maior risco, incluindo portadores de próteses valvares, indivíduos com histórico prévio de endocardite infecciosa e alguns casos específicos de cardiopatias congênitas (Habib et al., 2015; Wilson et al., 2007).

Além disso, estudos epidemiológicos realizados em diferentes países sugeriram que a redução da prescrição rotineira de antibióticos profiláticos não foi acompanhada, de forma uniforme, por aumento expressivo da incidência de endocardite infecciosa. Esses achados fortaleceram a discussão sobre a real magnitude do benefício da profilaxia em populações de baixo e moderado risco, ao mesmo tempo em que ampliaram o debate acerca da resistência bacteriana e dos possíveis efeitos adversos

associados ao uso indiscriminado de antimicrobianos (Dayer et al., 2015; Khan et al., 2016). Ainda assim, divergências persistem entre recomendações científicas e práticas clínicas cotidianas, especialmente em contextos onde o acesso ao cuidado em saúde e as condições de higiene bucal são heterogêneos (Thornhill, 2024).

No cenário odontológico contemporâneo, a prevenção da EI tem sido cada vez mais relacionada a uma abordagem integrada, e não apenas à administração medicamentosa. Isso inclui diagnóstico precoce de infecções bucais, controle periodontal, tratamento oportuno de focos infecciosos, educação em saúde e acompanhamento periódico. Além disso, a tomada de decisão clínica tende a ser mais segura quando há comunicação entre cirurgião-dentista e médico assistente, sobretudo em situações que envolvem pacientes com cardiopatias complexas ou dúvidas sobre a real necessidade de profilaxia (Baddour et al., 2015).

A relevância desse tema para a Odontologia está relacionada ao fato de que a cavidade oral pode atuar como reservatório de microrganismos com potencial de disseminação sistêmica. Embora a EI seja relativamente incomum, sua gravidade clínica exige que o cirurgião-dentista esteja atualizado quanto às diretrizes, aos fatores de risco e às medidas preventivas disponíveis, a fim de reduzir complicações e conduzir o atendimento de forma segura.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo discutir, com base em revisão narrativa da literatura, a importância da profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos e sua relação com a prevenção da endocardite infecciosa.

2. Metodologia

O presente estudo foi desenvolvido na modalidade de revisão narrativa da literatura, com caráter descritivo e abordagem qualitativa, sendo estruturado com a finalidade de reunir e discutir evidências científicas e recomendações clínicas relacionadas à profilaxia antibiótica em odontologia e à prevenção da endocardite infecciosa (Fernandes, Vieira & Castelhamo, 2023; Rother, 2007). Diferentemente de revisões sistemáticas, esse tipo de revisão permite uma análise mais interpretativa e integrativa do conhecimento disponível, ainda que com menor rigidez metodológica (Risemberg et al., 2026; Pereira et al., 2018).

Para organização do processo de elaboração, a revisão foi conduzida em três momentos principais. Inicialmente, realizou-se uma busca bibliográfica em bases de dados e fontes científicas reconhecidas, incluindo MDPI, PubMed, bases de periódicos brasileiros, como Capes e Elsevier Brasil, além de diretrizes oficiais de sociedades médicas e documentos técnicos vinculados à AHA, ESC e NICE, bem como Cochrane Library e Scopus. Para essa etapa, foram empregados descritores em português e inglês relacionados à endocardite infecciosa, profilaxia antibiótica, odontologia, bacteremia e prevenção, combinados por operadores booleanos (AND/OR).

Em um segundo momento, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos materiais localizados, com o objetivo de verificar a pertinência temática em relação à proposta do estudo. Na etapa subsequente, procedeu-se à leitura integral dos textos previamente selecionados, buscando identificar aqueles que apresentavam contribuição efetiva para a discussão proposta.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2000 a 2024, que abordassem a relação entre procedimentos odontológicos, bacteremia, saúde bucal, antibioticoprofilaxia e endocardite infecciosa. Foram desconsiderados materiais repetidos, publicações sem acesso ao texto completo e estudos que não apresentavam relação direta com o objetivo desta revisão.

Por tratar-se de estudo baseado exclusivamente em fontes secundárias e de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, o trabalho foi desenvolvido em conformidade com os princípios

éticos aplicáveis à produção científica e ao uso responsável de informações acadêmicas, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados e Discussão

A busca bibliográfica realizada possibilitou a identificação de um conjunto amplo de publicações relacionadas à endocardite infecciosa, à profilaxia antibiótica e ao papel da Odontologia na prevenção de complicações sistêmicas. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados estudos clínicos, revisões sistemáticas, revisões narrativas e diretrizes internacionais considerados relevantes para a construção desta discussão.

A infecciosa, a efetividade da profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos e a relevância das medidas preventivas não análise dos estudos permitiu organizar a discussão em três eixos centrais: a relação entre saúde bucal e endocardite farmacológicas na redução do risco de bacteremia e, conseqüentemente, de complicações sistêmicas.

3.1 Relação entre saúde bucal e ocorrência de endocardite infecciosa

As evidências reunidas indicam que a cavidade oral pode atuar como importante fonte de disseminação bacteriana para a corrente sanguínea. Isso ocorre porque a microbiota oral abriga microrganismos que, em determinadas circunstâncias, podem transpor as barreiras locais e alcançar o sistema circulatório, sobretudo quando há inflamação gengival, trauma tecidual ou intervenções clínicas com manipulação de tecidos orais (Bumm & Folwaczny, 2021).

A literatura demonstra que episódios de bacteremia transitória não estão restritos aos procedimentos odontológicos invasivos. Atividades rotineiras, como escovação dentária, uso do fio dental e mastigação, também podem favorecer a entrada temporária de bactérias na circulação, especialmente em indivíduos com condição bucal comprometida. Em pessoas saudáveis, esses episódios tendem a ser rapidamente controlados pelos mecanismos de defesa do organismo. Contudo, em pacientes com alterações estruturais cardíacas ou dispositivos protéticos, a possibilidade de adesão bacteriana ao endotélio lesionado torna-se clinicamente mais relevante (Thoresen et al., 2022).

Além disso, pacientes com doença periodontal ativa, gengivite persistente ou outros quadros inflamatórios bucais apresentam maior suscetibilidade a episódios repetidos de bacteremia espontânea. Sob essa perspectiva, a presença contínua de inflamação local pode contribuir para maior exposição sistêmica a microrganismos orais, o que reforça a importância da manutenção de condições bucais adequadas como parte das estratégias preventivas em saúde (Pereira et al., 2024).

No mesmo sentido, infecções endodônticas crônicas também merecem atenção, pois podem funcionar como reservatórios bacterianos persistentes. A microbiota presente nesses focos infecciosos inclui microrganismos adaptados a ambientes anaeróbios e capazes de participar de episódios de disseminação bacteriana sistêmica, sobretudo quando não há diagnóstico e tratamento oportunos (Lopes & Siqueira Júnior, 2020).

Dessa forma, a prevenção da endocardite infecciosa, sob o olhar odontológico, não deve ser reduzida apenas à discussão sobre uso de antibióticos. O controle da inflamação bucal, a eliminação de focos infecciosos e o acompanhamento odontológico periódico assumem papel relevante na diminuição do risco biológico associado à bacteremia. Nessa lógica, a cavidade oral deve ser compreendida não apenas como local de manifestação de doenças bucais, mas também como potencial ponto de partida para repercussões sistêmicas importantes (Boraks, 2011).

3.2 Eficácia da profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos

A antibioticoprofilaxia antes de procedimentos odontológicos permanece como tema amplamente discutido na literatura científica. Durante muitos anos, essa conduta foi adotada de forma ampliada para diferentes grupos de pacientes

cardiopatas, com base na premissa de que a prevenção da bacteremia reduziria, por consequência, o risco de endocardite infecciosa. Entretanto, com o avanço das evidências, essa interpretação passou a ser revisada de maneira mais crítica.

Os estudos disponíveis indicam que procedimentos odontológicos invasivos podem, de fato, desencadear episódios transitórios de bacteremia. No entanto, a intensidade e a duração desses episódios variam conforme o tipo de procedimento, a condição inflamatória prévia da cavidade oral e a resposta individual do paciente (Lafaurie et al., 2019). Assim, embora exista plausibilidade biológica para a utilização da profilaxia, a relação causal direta entre cada procedimento odontológico e a ocorrência de endocardite infecciosa nem sempre é facilmente demonstrável.

Nesse contexto, diretrizes internacionais mais recentes passaram a restringir a indicação da profilaxia antibiótica a grupos de maior risco. Entre esses pacientes, incluem-se aqueles com próteses valvares cardíacas, histórico prévio de endocardite infecciosa e determinadas cardiopatias congênitas. Essa mudança de conduta foi fundamentada no entendimento de que a maior parte dos casos de EI não decorre, de forma isolada, de intervenções odontológicas pontuais, mas de uma interação multifatorial entre susceptibilidade do hospedeiro, bacteremias repetidas e condições sistêmicas associadas (Habib et al., 2015; Wilson et al., 2007).

Estudos epidemiológicos desenvolvidos após a redução das indicações profiláticas em diferentes países não demonstraram, de forma consistente, aumento expressivo da incidência de endocardite infecciosa em nível populacional. Esses achados contribuíram para a compreensão de que, em pacientes de risco baixo ou moderado, o benefício da profilaxia tende a ser menos evidente do que se supunha anteriormente (Dayer et al., 2015; Khan et al., 2016).

Por outro lado, a literatura também apresenta dados que sustentam benefícios relevantes em grupos selecionados. A meta-análise de Sperotto et al. (2024), por exemplo, apontou redução significativa do risco de endocardite infecciosa em pacientes de alto risco submetidos à profilaxia antibiótica antes de procedimentos odontológicos invasivos. Esses resultados reforçam a importância de uma seleção clínica criteriosa dos pacientes que realmente podem se beneficiar dessa intervenção.

Ainda assim, é necessário reconhecer as limitações metodológicas presentes em parte dos estudos disponíveis. A predominância de delineamentos observacionais, a raridade relativa da doença e a dificuldade de rastrear com precisão a origem de cada episódio infeccioso dificultam conclusões absolutas sobre a eficácia universal da profilaxia (Rutherford et al., 2022). Além disso, o uso desnecessário de antibióticos pode acarretar efeitos adversos, reações de hipersensibilidade e contribuir para o agravamento da resistência bacteriana, problema de grande relevância em saúde pública.

Dessa forma, a indicação da antibioticoprofilaxia deve permanecer fundamentada em avaliação individualizada do risco cardiovascular, nas características do procedimento odontológico e no alinhamento com as recomendações clínicas mais atuais. Nesse sentido, a conduta baseada em evidências e a prescrição racional assumem papel essencial no exercício seguro da prática odontológica (Lobo & Bastos, 2024).

3.3 Medidas preventivas não farmacológicas

A literatura revisada indica que a prevenção da endocardite infecciosa não deve ser centrada exclusivamente no uso de antibióticos. Pelo contrário, diferentes estudos sugerem que medidas preventivas voltadas à saúde bucal apresentam impacto relevante na redução da carga microbiana oral e, conseqüentemente, na diminuição da frequência de episódios de bacteremia.

A manutenção de hábitos adequados de higiene oral contribui para o controle do biofilme, para a redução da inflamação gengival e para o menor risco de infecções bucais persistentes. Sob essa ótica, escovação adequada, uso regular do fio dental, acompanhamento profissional periódico e tratamento precoce de lesões infecciosas representam estratégias importantes de prevenção, especialmente em indivíduos com condições sistêmicas predisponentes (Del Giudice et al., 2021).

Outro ponto frequentemente destacado nos estudos refere-se à necessidade de integração entre as diferentes áreas da saúde. Em pacientes cardiopatas ou com histórico clínico complexo, a comunicação entre cirurgião-dentista e médico

assistente favorece decisões mais seguras e individualizadas quanto à necessidade de profilaxia antibiótica, ao momento mais oportuno para realização de procedimentos e ao manejo global do risco infeccioso.

Além disso, o domínio atualizado das diretrizes clínicas é indispensável para a prática profissional baseada em evidências. A literatura aponta que ainda existe heterogeneidade na interpretação e aplicação das recomendações científicas por parte de alguns profissionais, o que pode resultar tanto em prescrição excessiva quanto em omissão indevida da profilaxia quando ela realmente está indicada. Esse cenário reforça a necessidade de educação continuada e atualização constante dos profissionais envolvidos na assistência.

Assim, as medidas não farmacológicas devem ser compreendidas como parte estruturante da prevenção da EI. Mais do que complementar a profilaxia antibiótica, elas constituem um eixo preventivo próprio, sustentado por ações contínuas de promoção, prevenção e controle da saúde bucal.

3.4 Implicações para a prática odontológica

A partir da análise dos estudos incluídos, torna-se evidente que a atuação do cirurgião-dentista frente ao risco de endocardite infecciosa deve estar fundamentada em avaliação clínica individualizada. Isso implica considerar o histórico médico do paciente, a presença de cardiopatias predisponentes, a existência de dispositivos protéticos, o tipo de procedimento odontológico planejado e a condição inflamatória ou infecciosa da cavidade oral.

Nesse processo, a anamnese detalhada assume papel central, pois permite identificar fatores de risco que podem modificar a conduta clínica. Além disso, o conhecimento atualizado das recomendações internacionais é indispensável para que a tomada de decisão seja coerente com a melhor evidência disponível. Estudos recentes mostram que ainda há variações importantes na interpretação e na aplicação das diretrizes por parte de profissionais da Odontologia, o que evidencia a necessidade de maior uniformidade e atualização profissional (Mohd Yunus et al., 2023).

Outro aspecto importante é compreender que a antibioticoprofilaxia, quando indicada, não substitui o cuidado preventivo contínuo. Seu papel deve ser interpretado como complementar dentro de um conjunto mais amplo de estratégias clínicas, e não como recurso isolado capaz de eliminar o risco de EI. A promoção da saúde bucal, o controle de processos infecciosos, a redução da inflamação gengival e o acompanhamento odontológico regular continuam sendo medidas de grande relevância para a redução da exposição bacteriana sistêmica.

Dessa forma, a participação do cirurgião-dentista na prevenção da endocardite infecciosa envolve tanto a prescrição adequada de antibióticos, quando realmente necessária, quanto a implementação de práticas preventivas capazes de preservar a saúde oral e contribuir para a estabilidade sistêmica do paciente. Sob essa perspectiva, a prevenção da EI na clínica odontológica deve ser compreendida como processo abrangente, que integra avaliação de risco, controle de focos infecciosos, educação em saúde e prescrição racional de antimicrobianos. Esse cuidado é particularmente importante diante do crescimento da resistência bacteriana e da necessidade de evitar exposições medicamentosas desnecessárias (Thabit et al., 2024).

4. Conclusão

A endocardite infecciosa continua sendo uma condição de grande relevância clínica, especialmente em indivíduos com predisposição cardiovascular, em razão de sua gravidade potencial e de suas possíveis complicações sistêmicas. A análise da literatura permitiu compreender que sua ocorrência está associada a múltiplos fatores, incluindo alterações endoteliais, condições predisponentes do hospedeiro e episódios de bacteremia transitória.

No contexto odontológico, a cavidade bucal assume papel importante nessa discussão por abrigar microrganismos capazes de alcançar a corrente sanguínea em diferentes circunstâncias, não apenas durante procedimentos invasivos, mas

também diante de processos inflamatórios e infecciosos persistentes. Isso reforça a necessidade de que a prevenção da EI seja abordada de forma ampla, considerando tanto o manejo clínico quanto a manutenção da saúde bucal.

As evidências científicas atuais sustentam que a antibioticoprofilaxia não deve ser empregada de forma indiscriminada, mas sim reservada a situações clínicas específicas, especialmente em pacientes classificados como de alto risco. Nesse sentido, sua indicação deve estar baseada em avaliação criteriosa do histórico médico, da condição cardiovascular do paciente e das características do procedimento odontológico a ser realizado.

Paralelamente, medidas preventivas não farmacológicas, como controle de doenças periodontais, eliminação de focos infecciosos, educação em saúde e acompanhamento odontológico periódico, mostram-se fundamentais para a redução do risco de bacteremia e, conseqüentemente, para a prevenção de complicações sistêmicas relacionadas.

Dessa forma, conclui-se que a prevenção da endocardite infecciosa em Odontologia deve ser orientada por uma abordagem integrada, pautada em evidências científicas, no uso racional de antibióticos e na valorização da saúde bucal como componente essencial da saúde sistêmica. Além disso, destaca-se a importância da atualização contínua dos profissionais e da articulação interdisciplinar entre Odontologia e Medicina para a tomada de decisões clínicas mais seguras e individualizadas.

Referências

- Almeida Agra Omena, F. de, Almeida Agra Omena, A. de, Abeacy Azevedo de Andrade, J., Anny Azevedo de Andrade, J., Sobreira Bento, L., & Harllen Gonçalves Veríssimo, M. (2022). Endocardite bacteriana e o tratamento endodôntico: Etiologia e processo terapêutico. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 3(3), e321208. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i3.1208>
- Baddour, L. M., Wilson, W. R., Bayer, A. S., Fowler, V. G., Tleyjeh, I. M., Rybak, M. J., Barsic, B., Lockhart, P. B., Gewitz, M. H., Levison, M. E., Bolger, A. F., Steckelberg, J. M., Baltimore, R. S., Fink, A. M., O’Gara, P., Taubert, K. A., & American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease. (2015). Infective endocarditis in adults: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications. *Circulation*, 132(15), 1435–1486.
- Boraks, S. (2011). *Medicina bucal: Tratamento clínico-cirúrgico das doenças bucomaxilofaciais*. Artes Médicas.
- Bumm, C. V., & Folwaczny, M. (2021). Infective endocarditis and oral health: A narrative review. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 11(6), 1223–1235.
- Dayer, M. J., Jones, S., Prendergast, B., Baddour, L. M., Lockhart, P. B., & Thornhill, M. H. (2015). Incidence of infective endocarditis in England, 2000–13: A secular trend, interrupted time-series analysis. *The Lancet*, 385(9974), 1219–1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62007-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62007-9)
- Del Giudice, C., Cutone, A., Lepanto, M. S., Rosa, L., & Valenti, P. (2021). Infective endocarditis: A focus on oral microbiota. *Microorganisms*, 9(6), 1218. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9061218>
- Fernandes, J. M. B., Vieira, L. T., & Castelhana, M. V. C. (2023). Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: Reflexões técnico-formativas. *REDES – Revista Educacional da Sucesso*, 3(1), 1–7.
- Habib, G., Lancellotti, P., Antunes, M. J., Bongiorno, M. G., Casalta, J.-P., Del Zotti, F., Dulgheru, R., El Khoury, G., Erba, P. A., Iung, B., Miro, J. M., Mulder, B. J. M., Plonska-Gosciniak, E., Price, S., Roos-Hesselink, J., Snygg-Martin, U., Thuny, F., Tornos Mas, P., Vilacosta, I., & Zamorano, J. L. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. *European Heart Journal*, 36(44), 3075–3128. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv319>
- Khan, O., Shafi, A. M., Timmis, A., & Thornhill, M. (2016). International guideline changes and the incidence of infective endocarditis. *Open Heart*, 3(1), e000498. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2016-000498>
- Lafaurie, G. I., Noriega, L. A., Torres, C. C., Castillo, D. M., Moscoso, S. B., & Carmona, I. T. (2019). Impact of antibiotic prophylaxis on the incidence, nature, magnitude, and duration of bacteremia associated with dental procedures: A systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 150(11), 948–959.e4. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2019.06.017>
- Lobo, S., & Bastos, S. B. (2024). Protocolo para uso de antibioticoterapia profilática em condutas odontológicas: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 13(7), e5013746316. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i7.46316>
- Lopes, H. P., & Siqueira Júnior, J. F. (2020). *Endodontia: Biologia e técnica* (5ª ed.). Editora Guanabara Koogan.
- Mohd Yunus, S. S., Nabil, S., Rashdi, M. F., Nazimi, A. J., Nordin, R., Tan, H. L., Maskon, O., Hassan, H. H. C., Khaithir, T. M. N., Abdul Aziz, A. F., Ng, Y. G., Ismail, R. Y., & Ramli, R. (2023). Perception regarding the NICE guideline on antibiotic prophylaxis against infective endocarditis following dental procedures: A cross-sectional study. *Antibiotics*, 12(4), 696. <https://doi.org/10.3390/antibiotics12040696>
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Editora da UFSM.
- Pereira, J. S., Leutz, A. C. N., Gomes, B. P. F. A., Pelepenko, L. E., & Marciano, M. A. (2024). Does endodontic treatment influence human endocarditis? Systematic review. *Hearts*, 5(3), 308–328. <https://doi.org/10.3390/hearts5030023>

Risemberg, R. I. C., Wakin, M., & Shitsuka, R. (2026). A importância da metodologia científica no desenvolvimento de artigos científicos. *E-Acadêmica*, 7(1), e0171675. <https://doi.org/10.52076/eacad-v7i1.675>

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v–vi.

Rutherford, S. J., Glenny, A.-M., Roberts, G., Hoare, Z., Worthington, H. V., & Furness, S. (2022). Antibiotic prophylaxis for preventing bacterial endocarditis following dental procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD003813. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003813.pub5>

Sperotto, F., France, K., Gobbo, M., Bindakhil, M., Pimolbutr, K., Holmes, H., Monteiro, L., Graham, L., Hong, C. H. L., Sollecito, T. P., Lodi, G., Lockhart, P. B., Thornhill, M., Diz Dios, P., Turati, F., & Edefonti, V. (2024). Antibiotic prophylaxis and infective endocarditis incidence following invasive dental procedures: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Cardiology*, 9(7), 599–610. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2024.0873>

Thabit, A. K., Aljereb, N. M., Khojah, O. M., Shanab, H., & Badahdah, A. (2024). Towards wiser prescribing of antibiotics in dental practice: What pharmacists want dentists to know. *Dentistry Journal*, 12(11), 345. <https://doi.org/10.3390/dj12110345>

Thoresen, T., Jordal, S., Lie, S.-A., Wünsche, F., Jacobsen, M. R., & Lund, B. (2022). Infective endocarditis: Association between origin of causing bacteria and findings during oral infection screening. *BMC Oral Health*, 22, 491. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02509-3>

Thornhill, M. H. (2024). Endocarditis, invasive dental procedures, and antibiotic prophylaxis. *Oral Diseases*, 30(3), 1591–1605. <https://doi.org/10.1111/odi.14585>

Wilson, W., Taubert, K. A., Gewitz, M., Lockhart, P. B., Baddour, L. M., Levison, M., Bolger, A., Cabell, C. H., Takahashi, M., Baltimore, R. S., Newburger, J. W., Strom, B. L., Tani, L. Y., Gerber, M., Bonow, R. O., Pallasch, T., Shulman, S. T., Rowley, A. H., Burns, J. C., & Durack, D. T. (2007). Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. *Circulation*, 116(15), 1736–1754.