
**Cuidados bucais e práticas realizadas pela equipe da
unidade de terapia intensiva da cidade de Ilhéus-BA**
**Oral health and practices performed by staff intensive care
unit of Ilheus-BA**

PAULA ANDRADE CORTIZO¹
MARIA CONCEIÇÃO DE ANDRADE FREITAS²
DAVID COSTA MOREIRA²
FLÁVIA CALÓ AQUINO XAVIER³
PAULO SÉRGIO DA SILVA SANTOS⁴
DENISE TOSTES OLIVEIRA⁵

RESUMO: Objetivo: A higiene bucal adequada pode, efetivamente, minimizar as complicações locais e sistêmicas dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento da saúde bucal e as técnicas de higienização bucal adotadas pelas equipes de saúde de UTI, bem como o grau de motivação e a prioridade de inserção do cirurgião-dentista nesta equipe. Métodos: Estudo transversal realizado com a aplicação de um questionário em 64 profissionais de saúde inseridos nas UTIs da cidade de Ilhéus-BA no período de março a julho de 2011. Resultados: Verificou-se, principalmente, que 93% dos entrevistados não receberam orientação de um cirurgião-dentista sobre como realizar a higienização oral nos pacientes internados em UTIs e que 84% admitiram ser necessária a presença deste profissional na equipe intensivista. Conclusão: As equipes de terapia intensiva necessitam de uma melhor capacitação sobre higiene bucal. É imprescindível a integração entre o cirurgião dentista e a equipe multiprofissional da UTI, a fim de promover avanços qualitativos na reabilitação do paciente.

Palavras-chave: Gestão de UTI; Cuidados bucais; Infecção.

¹Acadêmica, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

²Professoras Assistentes, Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil

³Professor a Adjunta, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

⁴Professor Doutor, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil

⁵Professores e Doutores, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil

ABSTRACT: Purpose: A proper oral hygiene can effectively minimize local and systemic complications of patients admitted to the intensive care unit (ICU). The aim of this study was to evaluate the knowledge of oral health and oral hygiene techniques adopted by health staff in the ICU, and the degree of motivation and priority insertion of dentists in this team. Methods: Cross-sectional study was conducted through a questionnaire applied in 64 health professionals inserted in the ICU city of Ilheus, Bahia in the period March-July 2011. Results: It was mainly that 93 % of respondents had not received instructions by a dentist on how to perform oral hygiene in ICU patients and 84 % admitted that the presence of this person in the intensive care staff be required. Conclusion: The intensive care staff need better training on oral hygiene. It is essential to the integration between the dentist and the multidisciplinary ICU team, to promote qualitative advances in patient rehabilitation.

Key-words: ICU management, Oral health, Infection.

INTRODUÇÃO

A prevenção de agravos e a promoção da qualidade de sobrevivência dos pacientes internados em UTIs são temas relevantes nas pesquisas científicas. A partir de uma concepção geral, se faz necessária a prevenção das infecções bucais para não potencializar possíveis complicações sistêmicas (MORAIS et al., 2006). A eficácia dos cuidados bucais nestes indivíduos depende da conscientização, estimulação e treinamento contínuo dos profissionais diretamente envolvidos, uma vez que são dependentes de cuidados (BRITO; VARGAS; LEAL, 2007). A compreensão deste paradigma pela equipe da UTI é fundamental para a reabilitação do paciente.

Estudos com enfermeiras e diretores de hospitais constataram conceitos incorretos sobre técnicas de higienização bucal. A falta de conhecimento desses profissionais, desde o exame da cavidade bucal a patologias orofaciais foi considerada significativa (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009). A literatura relata de forma precisa que a higiene bucal deficiente e a doença periodontal em pacientes críticos constituem fatores contribuintes ao desenvolvimento de pneumonia nosocomial, que é a segunda infecção secundária mais incidente em UTIs, acarretando aumento nos custos e no tempo de internação. Por isso, a interdisciplinaridade deve contemplar a presença de cirurgiões-dentistas integrados aos princípios das equipes das UTIs (MORAIS et al., 2006).

A promoção da saúde bucal pela equipe multiprofissional das UTIs tem uma repercussão direta na saúde geral do paciente.(MORAIS et al., 2006). A inclusão de um profissional de Odontologia nas equipes de UTI vislumbra um caráter ímpar na capacitação dos profissionais de saúde de outras áreas com o propósito de prevenir a instalação de complicações orais e o desenvolvimento de infecções secundárias (JONESA; MUNROB; GRAPB, 2010), como por exemplo a pneumonia nosocomial Soh et al. (2011); Rello et al. (2012); Oliveira et al. (2007) a endocardite Toledo e Cruz 2009) e, ainda a septicemia (BRITO; VARGAS; LEAL, 2007; BERRY; DAVIDSON, 2006; SANTOS et al., 2008; BERRY et al., 2011). Com base nestes pressupostos, este trabalho analisou, por meio de um questionário aplicado, o conhecimento e as práticas de higiene bucal dos profissionais de saúde das UTIs de Ilhéus-BA no período de março a julho de 2011.

MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (nº055/2011), foi desenvolvida uma pesquisa transversal envolvendo como população alvo os profissionais que estavam atuantes profissionalmente nas UTIs dos hospitais públicos e particulares da cidade de Ilhéus-BA, durante o período de março a julho de 2011.

O município de Ilhéus, localizado na região sul da Bahia, possui três hospitais, sendo que apenas dois possuem UTIs. No total, contabiliza 25 leitos com uma média de 40 profissionais por equipe. A população de estudo foi constituída por funcionários com formação em medicina, fisioterapia, psicologia, enfermagem, técnico e auxiliar de enfermagem, que prestam assistência contínua e específica aos pacientes em estado crítico. Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram orientados da não obrigatoriedade de participação, bem como o sigilo absoluto da sua identidade e local de trabalho.

Coleta de dados e amostras

A coleta de dados foi obtida através da aplicação, por um único entrevistador, de um questionário de múltipla escolha composto por 22 perguntas. O critério de inclusão englobou todos os profissionais que compõem o ambiente intensivista, partindo do pressuposto que o paciente deve receber assistência multidisciplinar e integral. O critério de exclusão foi aplicado aos profissionais de saúde que trabalhavam nas duas UTIS.

Eles responderam apenas uma vez ao questionário. Previamente à aplicação do questionário, os diretores dos hospitais receberam uma carta elaborada pelo orientador do projeto de pesquisa, esclarecendo o objetivo do trabalho. Após divulgação do parecer positivo e, portanto, autorização para a coleta de dados, os questionários eram entregues individualmente aos membros da equipe intensivista, e sozinhos, decidiram as opções de respostas. Para aplicação do questionário, o entrevistador se orientou pelas escalas de trabalho estabelecidas por cada hospital, retornando às instituições quando o quadro de funcionários daquele turno não estava completo, objetivando-se abordar toda a equipe.

As questões de 01 a 03 tiveram como objetivo, avaliar o perfil da equipe multidisciplinar que trabalham nas UTIs quanto à categoria profissional, faixa etária e gênero. As questões de 4 a 9 fazem referência à participação desta equipe em contato ou não com um cirurgião-dentista e o seu conhecimento no que diz respeito à Odontologia e sua relação com a saúde geral do indivíduo. A partir da questão 10 até a questão 20, foram avaliados os conhecimentos e os cuidados que são realizados rotineiramente no ambiente das UTIs e as orientações dadas aos pacientes, durante sua permanência no hospital. As demais questões, o grau de interesse da equipe da UTI em receber orientações sobre saúde bucal e aplicá-las clinicamente.

Análise estatística

Os dados foram sumarizados através de planilha organizada pelo programa Microsoft Excel para Windows 2007 para o levantamento da frequência das respostas. Os resultados foram analisados por estatística descritiva buscando responder os objetivos propostos pela pesquisa

RESULTADOS

O questionário desta pesquisa foi oferecido aos 64 profissionais que atuavam nas equipes das UTIs dos dois hospitais do município de Ilhéus-BA, mas apenas 43 optaram por respondê-lo. A maioria dos intensivistas não demonstrou interesse em contribuir, principalmente a classe médica, justificando que não possuíam tempo livre disponível para responder o questionário. Dentre os entrevistados 1 era psicólogo, 7 fisioterapeutas, 2 médicos, 10 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem (Tabela 1).

Para os dados referentes ao conhecimento das equipes das UTIs sobre os cuidados bucais e sua relação com a saúde geral do indivíduo,

verificou-se que 100% dos entrevistados concordam que uma infecção bucal pode prejudicar o estado sistêmico do paciente. Embora 93% dos entrevistados afirmarem estar inseridos em equipes multi/interdisciplinares, nenhuma delas possui um cirurgião-dentista. Oitenta e quatro por cento dos profissionais admitem ser necessária a presença do mesmo na UTI (Figura 1).

Tabela 1. Quantidade de profissionais de cada área que participou da pesquisa.

Profissionais	Quantidade	%
Psicólogo	1	2
Fisioterapeutas	7	16
Médicos	2	5
Enfermeiros	10	23
Técnicos de enfermagem	21	49
Auxiliares de enfermagem	2	5
Total	43	100

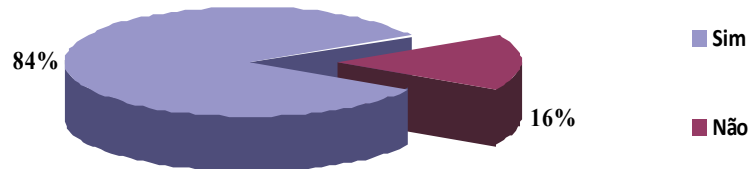


Figura 1. Proporção dos entrevistados que admitiram ser necessária ou não a presença de um cirurgião-dentista na equipe intensivista.

Quanto aos conhecimentos e cuidados bucais que são realizados rotineiramente no ambiente intensivista e as orientações dadas aos pacientes durante sua permanência no hospital, verificou-se que 93% não foram orientados por um cirurgião-dentista (Figura 2). Além disso, 86% não seguem um protocolo de cuidados bucais específicos para cada paciente. Observou-se que 54% realizam uma avaliação inicial da cavidade bucal quando o paciente é internado.



Figura 2. Proporção dos entrevistados que foram orientados por um profissional da odontologia sobre como realizar a higiene oral.

Dos 43 entrevistados, apenas 11,6% não costumam utilizar solução bucal durante a higienização e 55,8% acreditam possuir conhecimento sobre alguma técnica de escovação dentária. Em relação à periodicidade com que é realizada a higienização bucal do paciente, 35% realizam uma vez ao dia, 30% duas vezes ao dia e, apenas 21% três vezes ao dia, 14% não opinaram. Também foi verificado que esta higienização era realizada com escova dental (28%), gaze (26%), solução enzimática (25%), sucção bucal (18%), enxague com água oxigenada (2%) e hidratante (1%).

Observou-se que 86% dos profissionais acreditavam saber reconhecer o aspecto normal da cavidade bucal, no entanto 100% não souberam indicar quais são as doenças bucais mais comuns. No que diz respeito ao conhecimento da higienização da mucosa bucal e sobre a limpeza da língua, 95% orientavam adequadamente o paciente. Sobre a limpeza de próteses dentárias, apenas 30% realizavam a higienização correta das mesmas. De acordo com os entrevistados, apenas 37% receberam treinamentos específicos sobre saúde bucal durante a graduação, sendo que 62,5% classificam este treinamento como suficiente.

Na análise dos dados referente ao grau de interesse da equipe da UTI em receber orientações sobre higiene bucal e aplicá-las clinicamente, 51% classificam como alto seu interesse e 77% consideram a promoção de saúde bucal muito importante nos pacientes internados em UTI.

DISCUSSÃO

É consenso entre os autores revisados, que o cirurgião-dentista não faz parte das equipes intensivistas, mas se faz necessária a sua integração em benefício do paciente crítico (MORAIS et al., 2006; (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009; ARAÚJO et al., 2009). Neste estudo, 93% dos entrevistados estavam inseridos nas equipes multi/interdisciplinares em UTI, mas nenhuma destas equipes possuía um cirurgião dentista. Verificou-se que 85% consideram necessária a presença deste profissional na UTI. Autores sugerem uma redução significativa na incidência de pneumonias no grupo de pacientes idosos submetidos à atenção odontológica por um cirurgião-dentista. (MORAIS et al., 2006; ADACHI et al., 2007).

No presente trabalho, observou-se que 100% dos entrevistados concordam que uma infecção bucal pode prejudicar a saúde geral do paciente. Estes achados corroboram com os de outros autores que obtiveram concordância de 99% e 80% respectivamente. (ARAÚJO et al., 2009; CHAN; NG, 2011). Divergindo de outra pesquisa, na qual 100% dos profissionais relacionaram higiene bucal apenas com possíveis complicações na cavidade bucal. (BRITO; VARGAS; LEAL, 2007). Acrescenta-se ainda que os cuidados orais podem ser importantes na redução da pneumonia nosocomial Soh et al. (2011); Rello et al. (2012); BERRY et al. (2011), entretanto deve-se ter cautela nesta correlação. A aspiração subglótica é uma estratégia importante na redução do risco da pneumonia nosocomial (BERRY et al., 2011).

Na maioria das vezes, a higienização bucal na UTI não é feita de maneira correta, possivelmente pelo desconhecimento de técnicas adequadas pelas equipes Chan e Ng (2011), e pela ausência do relacionamento interprofissional odontologia/enfermagem (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009; SOH et al., 2011). Os cuidados bucais são geralmente de responsabilidade dos profissionais de enfermagem (SOH et al., 2011; BERRY et al., 2011; GOMES et al., 2010) No entanto, alguns autores alertam para a limitação de conhecimentos desses intensivistas em nível da saúde bucal, pois não possuem formação direcionada à esse conteúdo (CHAN; NG, 2011; GOMES et al., 2010; RANDA, 2007).

Pode-se notar, neste trabalho que 56% dos entrevistados realizavam uma avaliação inicial da cavidade bucal, mas não houve distinção de protocolos por parte dos mesmos, em pacientes com diferentes condições bucais. Em estudo semelhante, 63% admitem realizar exame bucal e/ou orientação inicial, no momento em que o paciente é internado (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009). Em pesquisa realizada nos hospitais do Rio de Janeiro, apenas 15% das instituições hospitalares possuem um protocolo regular para o controle de placa nos pacientes internados (KAHN et al., 2008) A avaliação clínica sistemática da cavidade bucal utilizando métodos padronizados é importante para o planejamento e avaliação dos cuidados bucais no paciente crítico (BERRY et al., 2011).

Até o momento, não há nenhuma prova definitiva para determinar o método mais adequado de higiene bucal, nem mesmo quanto ao uso de soluções bucais (BERRY; DAVIDSON, 2006; BERRY et al., 2011). Nessa pesquisa, constatou-se que 86% não seguem um protocolo de cuidados bucais específico para cada paciente e 55,8% possuem conhecimento sobre alguma técnica de escovação dentária. Outro estudo

demonstrou que apenas 30% têm conhecimento sobre técnicas de escovação dentária (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009). E, 63% dos entrevistados orientam os pacientes a respeito da higienização bucal. Com base em um número de estudos, o uso de uma escova dental de cerdas macias remove detritos e desorganiza o biofilme bucal, reduzindo a colonização bacteriana (CHAN; NG, 2011).

A prática mais comum para a prestação de cuidados bucais, foi o uso de soluções bucais (RELLO et al., 2007). Realizados, principalmente com clorexidina, sendo um agente eficaz se utilizado pelo menos uma vez por dia (BERRY et al., 2011). Apenas 11,6% não costumavam utilizar solução bucal durante a higienização da cavidade bucal.

Em relação à periodicidade com que é realizada a higiene bucal, 35% realizavam uma vez ao dia, 30% duas vezes e, apenas 21% três vezes. Em pesquisa semelhante 75% relatam que prestam cuidados bucais 2 ou 3 vezes ao dia para pacientes não entubados Mary et al. (2003), já outra descreve que as práticas em higiene bucal são realizadas mais frequentemente três vezes ao dia (RELLO et al., 2007). No momento, não há suporte científico para uma frequência ideal de higienização bucal, no entanto, o mínimo recomendado são duas vezes ao dia (BERRY et al., 2011; GOMES et al., 2010). Em se tratando da limpeza da língua, 95% sabem orientar o paciente a respeito desse assunto. Já em outro estudo, aproximadamente 40% dominam bem o assunto (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009).

Dentre os entrevistados, 86% reconhecem o aspecto normal da cavidade bucal, no entanto, nenhum intensivista soube indicar quais são as doenças bucais mais comuns. Em pesquisa similar, 76% reconhecem os aspectos normais da cavidade bucal e quando o assunto abordado são doenças recorrentes da cavidade bucal, como cárie dental, gengivite, periodontite e candidíase, 29% desconhecem suas manifestações (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009).

Na análise dos dados referentes ao nível de interesse pelo corpo da UTI em receber orientações sobre saúde bucal e aplicá-las clinicamente, 51% classifica como alto seu nível de interesse e 77% considera a promoção da saúde bucal muito importante em um ambiente como a UTI. Até então, o obstáculo frequentemente enfrentado pelo cirurgião-dentista para integrar equipes multidisciplinares em UTI, estava relacionada com baixa prioridade do procedimento odontológico (MARY et al., 2003) Observou-se, também, em estudos análogos que os entrevistados manifestaram desejo de aprender, e se preocupam mais em promover cuidados bucais nos pacientes mecanicamente ventilados.

(SOH et al., 2011; CHAN; NG, 2011; OLIVEIRA et al., 2007; RELLO et al., 2007; BERRY; DAVIDSON, 2006; GOSS; COTY; MYERS, 2011).

De acordo com os entrevistados, apenas 37% receberam treinamentos específicos sobre saúde bucal durante a graduação, sendo que 62,5% classificam este treinamento como suficiente. Evidenciou-se uma correlação significativa entre estudos variados, em que a maioria dos profissionais de saúde relatam ter recebido formação adequada sobre prestação de cuidados bucais em pacientes internados em UTI (RELLO et al., 2007). Quase 67% acreditam ter recebido treinamento adequado em higiene bucal Chan e Ng (2011) e 70% obtiveram treinamento adequado e tempo livre para fornecer cuidados bucais ao menos uma vez ao dia (SOH et al., 2011).

Os cuidados bucais prestados a doentes internados nas UTIs podem ser melhorados providenciando pessoal com disponibilidade adequada Toledo e Cruz (2009), e fazendo do cuidado à cavidade bucal, prioridade (GOMES et al., 2010). A presença do cirurgião-dentista, a difusão dos conhecimentos de Odontologia preventiva e o uso de recursos específicos de higiene bucal, são medidas sugeridas como tentativas de solucionar as dificuldades apresentadas na manutenção da saúde bucal e no tratamento das doenças bucais que afetam a saúde geral dos pacientes hospitalizados (ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009).

O projeto de lei (PL nº 2776/08) que institui a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia nas unidades de terapia intensiva tem como objetivo, garantir que infecções bucais não atinjam órgãos vitais, como o coração e os pulmões (BRASIL. Projeto de Lei nº 2776/2008). A presença de um cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais das unidades de terapia intensiva, melhora a qualidade de sobrevivência dos pacientes, reduz o risco de infecções, o tempo de internação, os custos hospitalares e o uso de medicamentos (TOLEDO; CRUZ, 2009).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem, que para o paciente receber cuidados orais em níveis satisfatórios, serão necessárias modificações no escopo de profissionais que compõem as atuais equipes de UTI. Deve-se fazer cumprir a obrigatoriedade da presença de cirurgiões-dentistas, já que foi comprovada a inadequação dos cuidados e conhecimentos dos integrantes das equipes de UTI. Além disso, novos estudos são necessários para que se unifique e determine um protocolo específico de cuidados para cada tipo de paciente.

REFERÊNCIAS

- ADACHI, M. et al. Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. **International Journal Dental Hygiene** v.5, p. 69-74. 2007.
- ARAÚJO, R.J.G.; VINAGRE, N.P.L.; SAMPAIO, J.M.S. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Acta Scientiarum Health Science**, v.3, n. 2, p.153-7, ago. 2009.
- ARAÚJO, R.J.G. et al. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.21, n. 1, p. 38-4, 2009.
- BERRY, A.M.; DAVIDSON, P.M. Beyond comfort: Oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 22, n. 6, p. 318-28, dez. 2006.
- BERRY, A.M. et al. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 27, p.180—85, 2011.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 2776/2008. **Obrigatoriedade da presença do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar das UTIs**. Poder executivo, Brasília, DF, 2008.
- BRITO, L.F.S.; VARGAS, M.A.O.; LEAL, S.M.C. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.3, p. 359-67, jan. 2007.
- CHAN, E.Y; NG, I.H.L. Oral care practices among critical care nurses in Singapore: a questionnaire survey. **Applied Nursing Research**, v. 10,. p. 01-08. Disponível em www.sciencedirect.com. Acesso em: 12 jan. 2011.
- GOMES, E.A.O. et al. Higiene da cavidade oral - implicações e procedimentos. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 3, n.2, p.454-463, mar. 2010.
- GOSS, L.K.; COTY, M.B.; MYERS, J.A. A Review of Documented Oral Care Practices in an Intensive Care Unit. **Clinical Nursing Research**, v. 20, n. 2, p. 181-196, abril, 2011. Disponível em: <http://cnr.sagepub.com/content/20/2/181> Acesso em: 06 dezembro 2011.
- JONESA, J.D.; MUNROB, L.C.; GRAPB, J.M. Natural history of dental plaque accumulation in mechanically ventilated adults: A descriptive correlational study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 9, n. 27,p. 299—304, ago. 2011. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 25 de maio 2010.
- KAHN, S. et al. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**

da **Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p.1825-183, dez.2008.

MARY, J.G. et al. Oral Care Interventions in Critical Care: Frequency and Documentation. **American Journal Critical Care**, v. 12, p. 113-18. 2003.

MORAIS, T.M.N. et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: [revisão]. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n.4, p. 412-417, 2006.

OLIVEIRA, S.B.C.L. et al. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 428-433, out. 2007.

RANDA, F.A. Oral Care in the Intensive Care Unit: A Review. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 8, n.1, p. 076-082, jan. 2007.

RELLO, J. et al. Oral care practices in intensive care units: a survey of 59 European ICUs. **Intensive Care Medicine**, v. 33, p.1066–1070, marc. 2007.

RELLO, J. et al. A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia. **Clinical Microbiology and Infection**, [Internet]. [cited 2012 Fev 4]; 10.1111/j.1469-0691.2012.03808.x. 2012.

SANTOS, P.S.S. et al. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 2, p. 154-159, mar. 2008.

SOH, K.L. et al. A cross-sectional study on nurses oral care practice for mechanically ventilated patients in Malaysia. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, p. 733–42, 2011.

TOLEDO, G.B.; CRUZ, I. A importância da higiene oral em Unidade de Terapia Intensiva como meio de prevenção de infecção nosocomial - Revisão Sistematizada da Literatura. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 2, n. 1, p. 27-32, abr. 2009.

Enviado em: fevereiro de 2014.

Revisado e Aceito: março de 2014.