

*A higiene bucal é um cuidado corporal indispensável para manter a estrutura da boca limpa e livre de colonização bacteriana desequilibrada. O paciente crítico intubado, internado na unidade de terapia intensiva (UTI), apresenta maior risco de adquirir proliferação de microorganismos, pois a boca permanece aberta, possibilitando maior adesão de saburra lingual. Outra condição debilitante deste tipo de paciente é higienização bucal precária devido a deficiência de autocuidado e o uso da ventilação mecânica que propicia a migração dos microorganismos da cavidade bucal para outras regiões do corpo. Uma das áreas bucais ainda pouco estudada, nesse sentido, é a língua, e o quanto esta pode interferir no estado de saúde destes pacientes dependentes de cuidados.*

**Adaptado do original de dissertação de mestrado profissionalizante:**  
Proposta de aplicação de um instrumento de higienização de língua (IHL)  
nos cuidados da Equipe de Enfermagem.

**Autora:**  
Elaine de Oliveira Souza Fonseca  
Brasília/DF - 2014



## 1 - INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser conceituada como um local provido de todo recurso material e humano necessário para atender o paciente crítico. É nesse setor que o paciente apresenta-se totalmente, ou parcialmente, dependente da equipe que o assiste. A dependência se configura com prejuízo das funções normais do indivíduo, causando uma diminuição na habilidade de exercer as atividades de autocuidado. A condição clínica debilitante vivenciada pelo paciente crítico o torna dependente de cuidados pela equipe multiprofissional que o atende.

**O paciente intubado internado na UTI permanece com a boca aberta, o que favorece a entrada de microorganismos na cavidade bucal.** Dessa forma, o biofilme bucal ou dentário tem merecido especial atenção nos pacientes sob ventilação mecânica (VM). Os profissionais de saúde relatam obter maior dificuldade para um controle adequado de higiene bucal em pacientes que apresentam o uso de VM, devido à presença do tubo orotraqueal, **o qual impede o fechamento da boca, propiciando maior contato com o ambiente** (SILVA et al., 2012).

Sobre a higiene de língua, que é o alvo maior desse estudo, observa-se pouca ênfase nos estudos sobre a higiene bucal, tema pouco discutido no âmbito da enfermagem. Santos et al. (2013) relatam que uma das áreas bucais ainda pouco estudada é a língua, bem como sua respectiva colonização no universo da microbiota bucal, e o quanto esta pode interferir no estado de saúde geral de indivíduos dependentes de cuidados. Reforçam ainda que a higienização da língua deve ser realizada não somente com a escovação, mas também com uso de outros dispositivos, destacando o limpador de língua.

Outrossim, a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) apresenta atualmente inquietações e discussões, tendo etiologia pautada nas aspirações de secreções advindas da orofaringe pela colonização da cavidade bucal. Esta é uma das infecções hospitalares mais prevalentes na UTI, com taxas que variam de 9% a 40% das infecções adquiridas nesta unidade, e está associada a um aumento no período de hospitalização e índices de morbimortalidade, repercutindo de maneira significativa nos custos hospitalares, além de ser apontada como uma das principais causas de morte no mundo (BERALDO; ANDRADE, 2008).

O cuidado com a higiene corporal é uma prática antiga da enfermagem e nessa assistência está incluída a higiene bucal. Percebe-se que, na prática da enfermagem, a assistência de higiene do corpo através do banho é bastante observada com muitas discussões e trabalhos, mas em alguns momentos não se destaca a higiene oral, incluindo a higiene dos dentes e da língua.

## **2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor hospitalar destinado à assistência ininterrupta de pacientes em estado crítico, que necessitam de monitoração constante e acompanhamento da equipe multidisciplinar que o assiste. Araújo et al. (2009, p. 38) corroboram ao afirmarem:

*As unidades de terapia intensiva (UTI's) foram criadas a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros e da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, centralizando os pacientes em um núcleo especializado.*

O foco do atendimento é o paciente, suas necessidades e a recuperação do estado de saúde. As Unidades de Terapia Intensiva são compostas de todo aparato material e humano necessário para o atendimento ao paciente em estado crítico que, em sua maioria, é totalmente ou parcialmente dependente da equipe que o assiste. Essa dependência apresenta-se devido ao prejuízo da função motora ou cognitiva, o que causa uma diminuição na capacidade de desempenhar atividades de autocuidado (BRITO; VARGA; LEAL, 2007).

Nessa abordagem destaca-se a atuação da equipe de enfermagem, presente na Unidade de Terapia Intensiva, como promotora do cuidado ao paciente crítico, sendo de sua responsabilidade propiciar segurança, proteção e monitoração rígida, além de oferecer cuidados para a higiene corporal do paciente. É importante frisar que, na assistência de pacientes internados na UTI, a equipe estabeleça prioridades para alcance de melhores condições de saúde, no entanto, sem excluir cuidados básicos que podem influenciar no quadro clínico do paciente, ressaltando a prevenção de infecções oportunistas (CALDEIRA; COBUCCI, 2011).

## 2.2 - ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA HIGIENE ORAL

A enfermagem se caracteriza como profissão com diversas vertentes dentro do âmbito da assistência. Apresentar uma visão holística do paciente para o desenvolvimento das ações de enfermagem é fundamental para promover uma boa recuperação do paciente. Uma atividade realizada no cotidiano da assistência de enfermagem é o cuidado com a higiene corporal.

*O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. A essência da multidisciplinaridade, profissionais de diferentes áreas atuando sobre um mesmo paciente, em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas, psicológicas do pacientes e novas terapias (ARAÚJO et al., 2009, pág 38).*

Os cursos de graduação em enfermagem contam nos seus componentes curriculares com disciplinas básicas que incorporam conhecimentos e técnicas de cuidado com a cavidade bucal. **Araújo et al. (2009) sugerem que os currículos de enfermagem sejam revistos e que os conhecimentos em odontologia preventiva sejam mais bem difundidos nessa classe de profissionais e reafirmam a necessidade de multidisciplinaridade, pois profissionais de diferentes áreas atuando sobre um mesmo paciente são importantes para o processo de tomada de decisões.** No entanto, parecem existir fatores que interferem diretamente na execução da prática da higiene oral. Em estudos anteriores com profissionais da área da saúde, Araújo et al. (2009) inferem que a falta de conhecimento sobre patologias odontológicas foi considerada ampla, abrangendo inúmeros aspectos como o exame da cavidade oral.

Destacam-se os empecilhos vivenciados pela categoria de enfermagem, enfrentados no processo de cuidar, tendo por base a visão holística e integral preconizada, que cada dia mais parece distanciar-se da realidade presenciada. Brito, Vargas e Leal (2007) acrescentam que olhar o paciente como um todo parece ser a meta de muitos enfermeiros. Nesse sentido, protocolos de enfermagem considerando a saúde bucal e a implementação de cuidados nesta área têm sido estudados e discutidos em muitos países, visando prevenir o aparecimento de infecção na cavidade bucal, pois esta faz parte do aparelho digestório e também do respiratório (SCHNEID et al., 2007).

Só a existência de protocolos não basta, é necessário o registro das ações referentes aos cuidados despendidos aos pacientes internados e as necessidades por eles apresentadas, principalmente no que cerne a cavidade bucal. Martins, Santos e Gomes (2009) corroboram que, além de realizar os procedimentos, os profissionais de enfermagem devem estar atentos para a sua adequada anotação no prontuário. **A equipe de enfermagem necessita avaliar a cavidade bucal e realizar anotações para que possa estabelecer as metas, planejar a sua assistência e manter a comunicação para a continuação do cuidado (CALDEIRA; COBUCCI, 2011).**

**Araújo et al. (2009) apontam em seu estudo que em 24 horas sem higienização da cavidade bucal é possível observar a formação de placa bacteriana, afirmando ainda que manter a cavidade bucal saudável, ou seja, limpa, é um cuidado imprescindível da equipe de enfermagem, principalmente em pacientes internados na UTI, em ventilação endotraqueal, no qual o desenvolvimento de pneumonia se instala rapidamente, quando não ocorre limpeza satisfatória da cavidade oral.**

### **2.3 - MICROBIOTA DA CAVIDADE BUCAL**

De acordo com Silveira et al. (2010), a cavidade bucal é composta por mais de 300 espécies de bactérias que, em condições normais, mantêm-se equilibradas, servindo como um reservatório persistente de bactérias orais e respiratórias. Estas podem sofrer interferências físico-químicas entre enzimas e microorganismos. Pacientes críticos apresentam o nível de protease elevado que remove das superfícies dentárias a fibronectina, substância protetora que inibe a aderência de bacilos gram-negativos. Uma vez perdida essa substância protetora, o organismo torna-se vulnerável à fixação das bactérias gram-negativas, tendo alterada a sua microbiota normal (SILVEIRA et al., 2010).

Segundo Silveira et al. (2010), a placa dental é composta por bactérias anaeróbias e filamentos que aderem às superfícies que compõe a cavidade bucal: dentes, gengivas, língua, interior da própria cavidade bucal e próteses dentárias. Lorenzo (2004) *apud* Neumann (2011) apontam diversos microorganismos que colonizam a cavidade bucal conforme o gênero.

A flora bucal de indivíduos sadios é composta predominantemente de microorganismos gram-positivos, porém pacientes em estado crítico tendem a apresentar mudanças na composição da mesma, havendo predomínio de microorganismos anaeróbios gram-negativos, incluindo patógenos comumente responsáveis pela Pneumonia Nosocomial (AMARAL, 2001). Oliveira et al. (2007) avaliaram os biofilmes formados no tubo do umidificador em pacientes intubados e compararam com biofilmes dentais e de língua, encontrando maior frequência de colonização por *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*, chegando a 63% presentes exclusivamente no biofilme lingual (BL), com resultados que evidenciaram a necessidade de ações de remoção desse biofilme.

Diversos são os fatores que podem propiciar uma condição de desarranjo na microbiota normal da cavidade bucal, condicionando o paciente à vulnerabilidade e maior susceptibilidade patogênica. Pace et al. (2008) apontam como preocupação a seleção do antimicrobiano, uma vez que estudos anteriores demonstram que já existem microorganismos resistentes a antimicrobianos usados frequentemente.

Exemplificando, os autores citam o *Staphylococcus aureus* que apresenta resistência a Meticilina e a Vancomicina. Vale ressaltar que a presença maior de cepas *S. aureus* resistente a Meticilina apresenta-se após 72 horas de intubação (AMARAL, CORTÊS, PIRES, 2009).

A pesquisa de Pace et al. (2008) apresenta uma taxa de positividade para *Staphylococcus sp* de 73,7% nos pacientes dentados e 75% nos pacientes edentados na primeira coleta, realizada em até 48 horas da intubação. Já na segunda coleta, feita após 72 horas da primeira coleta, a positividade foi de 86,7% nos pacientes dentados e 62,5% para os pacientes edentados. Nesta pesquisa foi possível visualizar também a resistência de cepas de *Staphylococcus spp.* aos antimicrobianos.

Silveira et al. (2010) apresentam como fatores de risco para a alteração da colonização da cavidade bucal, além dos antibióticos, condições clínicas como: acidose, uremia, diabetes descompensada, hipotensão, leucocitose, leucopenia e etilismo. Fatores externos, segundo o mesmo autor, como uso de equipamentos contaminados, dietas enterais, precária higienização da cavidade bucal e das mãos dos profissionais favorecem a transmissão cruzada de microorganismos, bem como pacientes críticos intubados têm maior chance de adquirir patologias relacionadas à aspiração de microorganismos orotraqueais através do tubo utilizado para ventilação mecânica.

## **2.4 - RELAÇÃO ENTRE AS DOENÇAS BUCAIS E AS DOENÇAS SISTÊMICAS**

A internação hospitalar configura-se como evento que pode acometer pessoas de diferentes faixas etárias, raças e condições psicológicas, sociais e econômicas diversas. Este evento pode se apresentar como experiência traumática ou no mínimo desconfortável ao indivíduo, desestimulando os cuidados pessoais, principalmente o hábito da higiene bucal, seja por negligência do cuidado ou devido à impossibilidade mental ou física. Como consequência, surgem agravamentos do quadro de saúde, com o aparecimento de patologias bucais como cárie e a doença periodontal (LIMA, 2007).

O surgimento destas doenças ocorre devido ao acúmulo de biofilme dentário, também conhecido como placa dentária, que é definido como uma “comunidade de microorganismos aderidos a uma superfície” (LIMA 2007, p. 19). De acordo com o mesmo autor, a permanência destas comunidades de microorganismos associadas aos nutrientes disponíveis e ao local do acúmulo provocam maturação e levam ao aparecimento das doenças bucais já mencionadas. Dessa forma:

*quando os microorganismos do biofilme estão associados à doença periodontal, pode ocorrer o comprometimento dos tecidos responsáveis pelo suporte e proteção do elemento dentário, denominados de periodonto. Neste caso, as patologias mais observadas são a gengivite e a periodontite (LIMA, 2007, p. 20).*

A gengivite, de acordo com Almeida et al. (2006, p. 380), é definida como inflamação superficial da gengiva onde, apesar das alterações patológicas, o epitélio de união se mantém unido ao dente, não havendo perda de inserção.

O surgimento da gengivite pode avançar, sem cuidados apropriados, para uma periodontite. Almeida et al. (2006) informam que a doença periodontal tem sido largamente associada às mais diversas doenças sistêmicas. **A mais significativa consequência do acúmulo de biofilme sobre os dentes é a produção de uma significativa porta de entrada de bactérias orais para a circulação sistêmica, disseminando tais microorganismos para locais distantes como, por exemplo, artérias e coração (LIMA, 2007).**

Deste modo, **"a cavidade bucal pode se apresentar como um reservatório microbiano e que este pode infectar outras áreas do organismo"** (LIMA 2007, p. 21). **Este mesmo autor cita algumas enfermidades que poderiam ser identificadas como provenientes dos microorganismos da cavidade bucal como artrite, nefrite, abscessos hepáticos e cerebrais, mediastinite, endocardite bacteriana, meningite, entre outras.**

Pacientes em UTI podem ter alteração na resposta imune do organismo, aumentando o risco de infecção bucal. Esta condição pode se agravar, contribuindo para a formação das infecções oportunistas como candidíase bucal, herpes oral e herpes zoster. O sangramento bucal também pode acontecer, pois estes pacientes podem apresentar coagulopatias que podem levar a sangramentos. As úlceras traumáticas podem estar presentes devido a diversos fatores como mordedura involuntária e atrito constante do tubo endotraqueal (SCHLESENER et al., 2012).

#### **2.4.1 - Diabetes Mellitus**

Outro destaque é atribuído a pacientes diabéticos, pois estudos demonstram maior susceptibilidade à infecções, em especial às periodontais, numa relação duas vezes maior do que numa pessoa não portadora de diabetes com mesma idade e gênero, evidenciando a importância de maior cuidado com a higiene bucal em pacientes diabéticos (LIMA, 2007).

Os estudos realizados por Almeida et al. (2006) revelam que as doenças periodontais estão presentes em maior número de casos em pacientes portadores de diabetes tipo I e tipo II, se comparados aos não portadores desta patologia, e que a resposta ao tratamento periodontal mostra-se com pior resposta nos diabéticos do que na população não diabética. O paciente diabético necessita de uma atenção especial, tanto do ponto de vista preventivo, para evitar complicações locais, como com os cuidados com prescrições de medicamentos. Quando descompensado o risco é maior, podendo ocorrer o desenvolvimento de complicações graves que podem ser letais (GLÓRIA, 2011). Portanto, é indispensável um olhar diferenciado para a suscetibilidade aumentada nos pacientes portadores de Diabetes em relação às infecções, ocasionada pela diminuição da capacidade imunológica.

#### **2.4.2 - Pneumonias**

De acordo com Amaral, Cortês e Pires (2009), a pneumonia é uma infecção aguda dos pulmões que pode manifestar sinais e sintomas como tosse, respiração curta e rápida, secreções e dores no peito, além de fadiga, falta de apetite, dores musculares e febre. As diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital (2007) revelam que as pneumonias constituem-se como a principal causa de morbidade e mortalidade, destacando-se a pneumonia adquirida no

hospital e a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Ressaltam ainda que a PAVM é aquela que surge 48-72h após a intubação endotraqueal e instituição da VM invasiva. Considera-se precoce quando ocorre até o quarto dia de intubação e tardia quando se inicia após o quinto dia de intubação.

Segundo Assis (2012), as pneumonias associadas à respiração artificial acometem de 20 a 25% dos pacientes e apresentam taxa de mortalidade de 50 a 80%. As doenças advindas da proliferação dos microorganismos da cavidade bucal foram relacionadas às doenças do sistema respiratório. **As pneumonias bacterianas são causadas pela colonização da cavidade oral ou nasal, progredindo para as vias aéreas inferiores onde, após aspiração e em decorrência da falha no mecanismo de defesa dessas vias aéreas, progridem para a infecção das vias aéreas baixas** (LIMA, 2007).

Meinberg et al. (2012) ressaltam que para a entrada dos patógenos no sistema respiratório é necessário que os mesmos ultrapassem três tipos de defesas: mecânica, representada pelo reflexo de tosse, reflexo glótico e sistema mucociliar; humorais, composto por anticorpos e sistema complemento; e celulares, formado por leucócitos polimorfonucleares, macrófagos e linfócitos. De acordo com os autores, os principais fatores de risco para a ocorrência de pneumonia nosocomial são a intubação endotraqueal e a ventilação mecânica, com aumento das chances de desenvolver essa patologia em 3 a 21 vezes na presença destes dois fatores.

**Silveira et al. (2010) informam que as vias respiratórias inferiores podem ser colonizadas por aspiração de secreções advindas da orofaringe ou por inalação de aerossóis ou microorganismos.** Neste sentido, ocorre com destaque a broncoaspiração, fator predisponentes para o aparecimento da pneumonia. Em concordância, Kahn et al. (2008) afirmam que a placa dental pode ser um importante reservatório de patógenos respiratórios e que a melhoria da higiene oral em pacientes internados pode reduzir a quantidade de placa e possibilitar a redução da colonização orofaríngea, resultando em um importante método no combate da patologia.

**Como anteriormente mencionado, a principal via de entrada de microorganismos no sistema respiratório inferior ocorre através da aspiração de secreção da orofaringe. Em pacientes intubados, pode-se originar das secreções acumuladas acima do balonete do tubo.** Além deste, outros potenciais reservatórios são: as cavidades sinusais, a presença de um biofilme contaminado por bactérias dentro do tubo traqueal, inalação de aerossóis contaminados ou translocação bacteriana a partir do trato gastrointestinal (DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NO HOSPITAL E DAS ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA – 2007).

## **2.5 - MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE BUCAL EM PACIENTES INTUBADOS NA UTI**

**A higienização da cavidade bucal dos pacientes internados na UTI é precária e, segundo Santos et al. (2008), esta situação se deve à ausência de conhecimento da técnica adequada, como também devido à inter-relação profissional inexistente entre as equipes de enfermagem e odontologia.** O principal prejudicado é o paciente, pois a inadequada higiene da boca provoca mais danos ao seu quadro clínico, podendo surgir as gengivites, periodontites, otites, rinofaringites e xerostomia, que potencializam o surgimento de infecções, como a pneumonia.

De acordo com Santos et al. (2008), essa condição ocorre devido ao estado crítico do paciente, principalmente quando este encontra-se debilitado, entregue aos cuidados da equipe que o atende. A principal situação encontrada nas Unidades de Terapia Intensiva são pacientes com intubação orotraqueal. Dessa forma, a boca do paciente permanece aberta, diminuindo o fluxo salivar, elevando a saburra ou biofilme lingual, favorecendo a produção de componentes voláteis de enxofre, que têm odor desagradável, e colonização bacteriana.

Desse modo, pode-se prever que a correta técnica de higienização da cavidade bucal pode reduzir os riscos potenciais que podem levar ao agravamento do quadro do paciente, portanto, **a higienização da boca deve ser realizada de modo a remover restos alimentares e placas bacterianas, englobando um conjunto de movimentos e instrumentos que percorram todas as áreas da cavidade bucal: dentes, gengiva, bochecha, palato, língua e lábios.** O método de escovação preconizado, segundo apresentado por Brito, Vargas e Leal (2007), deve ocorrer utilizando escova e creme dental, no entanto, para pacientes inconscientes e intubados, a técnica utilizada consiste na lateralização da cabeça, conectando a sonda de aspiração ou de sucção à extremidade do instrumento de vácuo, fazendo uso da escova e creme dental, rebaixando a língua e procedendo à higienização, enxaguando e aspirando a secreção oral.

Estudos recentes demonstram especificações na realização do procedimento em pacientes intubados, além dos quesitos básicos da técnica de higiene oral que compreende a lavagem básica das mãos, a explicação do procedimento ao paciente, reunir o material na mesa de cabeceira, paramentação com equipamentos de proteção individual (luvas, avental, máscara e óculos), posicionamento do paciente em decúbito lateral e colocação de toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente. Silva et al. (2012, p.386) descrevem como parte da técnica o fechamento da sonda nasogástrica, como forma de evitar náuseas e refluxo do conteúdo gástrico.

*testar a pressão do balonete do tubo orotraqueal (cuff) e garantir a fixação do tubo no centro da boca; introduzir cânula orofaríngea; conectar a sonda de aspiração ao aspirador e manter aspiração durante todo procedimento; injetar, com seringa, água e solução antisséptica pelo orifício da cânula orofaríngea e pelas laterais, continuando o procedimento de aspiração, através da cânula orofaríngea e laterais; retirar a cânula orofaríngea e continuar a aspiração. Fazer a limpeza dos dentes, gengivas, língua e palato, com escova de dentes e após com espátula envolta com gaze e solução antisséptica.*

Munro et al. (2009) apud Schlesener, Rosa e Raupp (2012), confirmaram que o uso de Clorexidina 0,12% duas vezes ao dia é eficaz na redução da PAVM em pacientes internados em UTI, porém a escovação mecânica três vezes ao dia não diminui a incidência da pneumonia. Os autores acreditam que a escovação pode provocar a translocação dos microorganismos da placa dental para a área subglótica ou pulmonar podendo ser um potencial de risco para o desenvolvimento de pneumonia. **Estudos mais recentes ressaltam a importância da utilização da escova dental, destacando a importância de realizar a sucção para não promover translocação bacteriana, chamando atenção para a aspiração subglótica.**



Kusahara (2006), em sua dissertação de mestrado, afirma que as escovas de dente são mais eficazes, interferindo no processo de adesão das bactérias à superfície dos dentes, o que dificulta a consolidação do biofilme em formação. **Meinberg et al. (2012) referem como medida preventiva a elevação do leito para realização da higiene oral e apontam estudos demonstrando que a eficácia da prática de higiene oral depende de um conjunto de medidas que englobam: uso de escovas dentais com sucção e uso de Clorexidina a 0,12%, lavagem básica das mãos dos profissionais intensificada, interrupção diária da sedação, avaliação para extubação com frequência diária e elevação do leito.**

De acordo com os estudos apresentados por Chiarelli (1998), um dos agentes antimicrobianos é a Clorexidina. Ela tem apresentado ótimos efeitos antiplaca, agindo no desenvolvimento da placa bacteriana. Martins, Santos e Gomes (2009) realizaram um estudo de observação da técnica de higienização da cavidade oral e perceberam que esse procedimento só acontecia uma vez ao dia, sem ocorrer explicação do procedimento e sem lavagem básica das mãos previamente. Notaram também elevação do leito, no entanto, sem a devida lateralização da cabeça do paciente, aumentando os riscos de aspiração como já mencionado anteriormente.

Santos et al. (2013) apresentam em seu estudo que tão importante quanto a realização da higienização dos dentes é a limpeza da língua. Na língua pode-se encontrar restos alimentares, células descamadas, fungos, bactérias e enzimas que participam da digestão e para a remoção destas partículas o instrumento de higienização de língua é o meio mais eficaz, removendo 1,3 g, enquanto que a escova dental remove apenas 0,6 g.

A higiene oral ineficaz ocorre possivelmente devido ao desconhecimento da técnica mais adequada e pela ausência de relacionamento entre as equipes de enfermagem e odontologia na UTI. Portanto, há necessidade de maiores informações e apresentação de detalhado cuidado na execução da técnica, bem como sua relevância na prevenção de infecções que acometem não só a cavidade bucal, mas outras regiões do corpo, gerando complicações no estado saúde-doença do paciente internado na UTI.

Meinberg et al. (2012) apresentam que diversas técnicas de higiene oral foram utilizadas em pacientes críticos intubados, a saber: gazes umedecidas, cotonetes, escovas mecânicas, escovas elétricas com sucção, e ressaltam que faltam estudos que comprovem qual a melhor técnica a ser usada, sendo necessários mais estudos na área. Orlandini e Lazzari (2012, p. 37) afirmam que “as atualizações profissionais são reconhecidas como oportunidades de aprendizagem e aprimoramento técnico, visando a melhoria do atendimento e qualidade da assistência prestada”. Embora em sua pesquisa tenha constatado que a maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem tenha dito ter participado de cursos de atualização recentemente, afirmaram ainda que nestes cursos não foram abordadas questões específicas sobre cuidados de higiene bucal.

**Tão importante quanto executar a técnica adequada é dispor dos materiais apropriados.** Santos et al. (2008) ressaltam sobre a escolha do produto enzimático utilizado durante a técnica de higiene bucal. O uso de solução antisséptica é fundamental para prevenir infecções do aparelho respiratório causado por microaspiração que, segundo Brito, Vargas e Leal (2007), minimizam a colonização da orofaringe por organismos patogênicos causadores da pneumonia nosocomial, principalmente a PAVM em pacientes internados em UTI. Os mesmos autores reforçam

a utilização da solução de Gluconato de Clorexidina 0,12%, que impede a formação da placa bacteriana, auxiliando na obtenção de melhores condições de higiene oral em indivíduos acamados.

Silveira et al. (2010) relatam que o uso de antissépticos tem sido favorável para promover a descontaminação da orofaringe em pacientes críticos com risco elevado para a pneumonia associada à ventilação mecânica. Meinberg et al. (2012) referem em seu estudo que o uso de Clorexidina oral 0,12% diminui o aparecimento de pneumonia nosocomial. A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) recomenda a Clorexidina ou Clorexidina associada a Colistina na prevenção de PAVM e para descontaminação da cavidade bucal em pacientes sob ventilação mecânica (BERALDO; ANDRADE, 2008). Os mesmos autores relatam que embora a recomendação não seja comprovada com fortes evidências, essa é uma prática já em vigor em muitas unidades de saúde.

Conforme as associações *Centers for Disease Control & Prevention* (CDC, 2004), *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC, 2004), *Association of Critical-Care Nurses* (AACN, 2005), citadas no trabalho de Pear; Stoessel; Shoemake (2007), para a realização de protocolo de higiene bucal as orientações gerais são: lavagem básica das mãos, explicar o procedimento ao paciente, elevar a cabeceira a 30-45°, avaliação do *cuff*, escovação com escova e creme dental com aspiração contínua, aspiração subglótica, antisséptico bucal e por fim a hidratação dos lábios.

### **3 - METODOLOGIA**

## **4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 - PERFIL DE PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

A amostra final do estudo constituiu-se de dez profissionais de enfermagem, com prevalência do gênero feminino (70%), com tempo de atuação na UTI de 8 a 10 anos (40%) e em sua maioria técnicos de enfermagem (80%). Historicamente a enfermagem é uma profissão feminina, como afirmado por Lopes e Leal 2005, p. 109:

*“Retomando aspectos sociohistóricos, podemos dizer que a enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher.”*

A equipe de enfermagem apresentou uma experiência importante na profissão, pois tem um longo período de atuação na terapia intensiva. Dos entrevistados, 40% tinham de 8 a 10 anos de Terapia Intensiva, 40% até 4 anos e apenas 2 profissionais tinham até 2 anos de experiência. Em relação à prática de higiene corporal dos pacientes, esta é uma atividade realizada rotineiramente na assistência da enfermagem. Observa-se que a higiene bucal é uma prática bem vivenciada, pois segundo a maioria dos pesquisados (90%) é realizada cerca de três a quatro vezes ao

dia, o que demonstra conhecimento na execução desta técnica. **Araújo et al. (2009, p. 39) afirmam que a higiene oral é um procedimento básico “indispensável de enfermagem cujo objetivo é manter a cavidade bucal do pacientes saudável”.** Geralmente a equipe de enfermagem apresenta considerável papel no controle e prevenção da Pneumonia associada à VM pois ela realiza a maioria dos cuidados relativos ao uso de ventilação mecânica e os cuidados de higiene bucal. **Ressalta-se, portanto, o destaque da enfermagem no controle de infecções nosocomiais e, como a prática da higiene bucal é uma técnica bastante corriqueira nessa profissão, deve ser amplamente discutida.**

#### **4.2 - REFLEXÕES SOBRE A TÉCNICA DE HIGIENE ORAL EM PACIENTES INTUBADOS**

Em relação a frequência da prática de higiene bucal nos pacientes da UTI, foi predominante (70 %) a realização 4 vezes por dia e o instrumento utilizado em unânime para a higienização foi o abaixador de língua com gaze.

Alguns métodos são utilizados para higienização bucal, entre eles os procedimentos mecânicos e agentes químicos, que podem estar associados ou não. O método mecânico envolve o uso de escova, fio dental e limpador de língua. Quando utilizado o método químico, o antisséptico de eleição é a Clorexidina a 0,12%, devido ao seu amplo espectro de ação (Frasnelli et al., 2011).

Destaca-se que, para a eficiência da higiene oral, deve existir um conjunto de medidas. Neumann (2011), em sua dissertação de mestrado, realizou revisão integrativa sobre as soluções utilizadas na higiene oral de pacientes da terapia intensiva e observou o uso de diversas soluções, em destaque a Clorexidina, também recomendada pela ANVISA (2007) na prevenção de pneumonia nosocomial.

**Todos os participantes da pesquisa afirmaram que uma infecção bucal pode comprometer a saúde de todo corpo.** Essa é uma resposta positiva, pois demonstra a importância dentro do âmbito hospitalar deste cuidado para pacientes críticos. Conforme Gomes e Esteves (2012), o risco de desenvolvimento de pneumonia nosocomial é de 10 a 20 vezes maior na UTI, principalmente nos pacientes em ventilação mecânica, afirmando que se o paciente intubado não receber higiene bucal eficaz, dentro de 72 horas pode desenvolver gengivite e infecções subsequentes.

**Os profissionais da terapia intensiva, em sua totalidade, informaram ser necessário receber orientações atuais e frequentes sobre saúde bucal e 30% não receberam atualização sobre esse cuidado. Esta é uma problemática que pode ser facilmente sanada com emprego de educação continuada, através de reflexões e ensinamentos sobre essa prática básica, sendo esta uma sugestão para melhorias na assistência.** Brito, Vargas e Leal (2007) citam em seu estudo uma pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre a avaliação da higiene oral, no qual foi identificado que 92% dos enfermeiros pesquisados relatam compreender que a higiene bucal é prioridade para pacientes das UTIs. No entanto, a maioria destes profissionais indicou a falta de pesquisa e conhecimentos sobre o assunto e manifestaram o desejo de aprender mais sobre essa prática.

Davim, Torres e Santos (1999) relatam que a equipe de enfermagem é composta pelo nível de formação que varia do elementar ao universitário, o que torna fundamental desenvolver programas educacionais que proporcionem melhor qualidade

da assistência de enfermagem, tornando imprescindível que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela educação contínua de sua equipe, contribuindo para melhorar o padrão dos cuidados prestados no âmbito hospitalar e na comunidade, gerando a valorização dos recursos humanos em saúde.

### 4.3 HIGIENE DA LÍNGUA

Sobre a higiene da língua, que é o alvo maior desse estudo, toda a equipe de enfermagem informou que realiza a higienização da língua e que utiliza o abaixador de língua com a gaze para essa prática. Apenas dois funcionários informaram que além desse instrumento utilizam a escova dental.

O indivíduo com saburra tem o dorso de sua língua esbranquiçado, carregado de um material branco e viscoso. A língua saburrosa, alteração relativamente comum, é formada basicamente por restos alimentares, células descamadas, fungos, bactérias e enzimas ativas que participam do processo da digestão (SANTOS, 2013). Dessa forma, o biofilme bucal ou dentário tem merecido especial atenção nos pacientes sob VM. Os profissionais de saúde relatam obter maior dificuldade para um controle adequado de higiene bucal em pacientes que apresentam o uso de VM, devido à presença do tubo orotraqueal, que também impede o fechamento da boca, propiciando maior contato com o ambiente (SILVA et al., 2012). O mesmo autor ressalta que o tubo orotraqueal causa a diminuição do fluxo salivar e facilita o acúmulo de bactérias gram-negativas que compõem o biofilme bacteriano.

Observa-se pouca ênfase na higienização de língua e orientações para esse cuidado. SANTOS et al. (2013) relatam que uma das áreas bucais ainda pouco estudada é a língua, bem como sua respectiva colonização no universo da microbiota bucal e o quanto esta pode interferir no estado de saúde geral de indivíduos dependentes de cuidados. Desta forma, este estudo sugere discussões entre os profissionais de enfermagem para o protocolo de higiene bucal no setor da UTI, promovendo melhorias no serviço com ações específicas na higiene da língua utilizando um limpador de língua.

Santos et al. (2013) realizaram um estudo com grupo experimental (usando limpador lingual) e grupo controle (sem higienização da língua), em pacientes sob ventilação mecânica. Foi realizada cultura de secreção oral e traqueal do grupo experimental (inicialmente e após 5 dias) e do grupo controle (em momento único) para avaliar as modificações na flora bacteriana. Eles concluíram que o uso do limpador de língua é um mecanismo efetivo na redução do biofilme lingual em pacientes sob ventilação mecânica, além de facilitar a ação dos cuidadores para ações de higiene bucal.

*A limpeza mecânica dos nichos microbianos pode contribuir para a redução do número de bactérias da cavidade bucal e o mesmo ocorre com a limpeza da superfície dorsal da língua. Estudos mostram que o limpador plástico, com formato em 'V', comparado com a escova na remoção de detritos na língua, se mostrou mais eficaz (NAVAS et al., 2009, p.101).*

Pesquisas feitas por Mariano et al. (1999), comparando a remoção de saburra lingual realizada com a escova dental e com o limpador de língua, mostraram que enquanto a escova dental remove 0,6 g de saburra lingual, o limpador de língua remove 1,3 g, além de não causar nenhum desconforto durante essa remoção. Cerri e Silva (2002) compararam três métodos mecânicos (escova dental, gaze e limpador de língua) e também constataram que os limpadores de língua são mais eficientes.

Dessa forma, o uso deste dispositivo mecânico poderia ser mais difundido dentro do ambiente hospitalar, especialmente na UTI. Ressalta-se que, em pacientes sedados e com o uso de tubo orotraqueal, há uma dificuldade de higienização da língua devido à dificuldade de alcançar a sua região posterior para a retirada da saburra. Schlesener, Rosa e Raupp (2012) citam que esses pacientes ficam com a boca aberta, o que provoca secura da mesma e favorece o aumento da saburra lingual e do biofilme dos dentes.

Destaca-se que, referente ao protocolo de higiene bucal, os profissionais de saúde informaram que existe o protocolo de higiene bucal (70%). Esse dado demonstra que nem todos os profissionais conhecem o protocolo da unidade. O protocolo possibilita estabelecer a forma ideal de realização da higiene oral, promovendo uma prática padronizada de assistência. Os atos técnicos divergentes induzem a ação repetida em diversas vezes por profissionais distintos, não garantindo o mesmo resultado, pois as variáveis como conhecimento, talento e habilidade interferem na assistência. Portanto, é fundamental que a instituição conte com protocolos que ajudem a esclarecer dúvidas e oriente os profissionais sobre como realizar este cuidado.

A melhor forma de iniciar a padronização é através da compreensão de como ocorre todo o processo, portanto é necessária uma representação sistematizada de como o Procedimento Operacional Padrão (POP), que descreve cada passo crítico e sequencial, deverá ser dado pelo operador para garantir o resultado esperado da tarefa (NOGUEIRA, 2003; GUERRERO et al., 2008).

Quando indagado aos profissionais se a prática de higiene bucal é a ideal, 70% da equipe acredita ser a mais indicada. A ausência de um protocolo mostra como a higienização da cavidade bucal, especificamente a higienização da língua, reflete em uma assistência não padronizada. Dessa forma, se apresenta a prática determinada pela experiência única de cada indivíduo. E a sua prática individual, na sua higienização pessoal bucal, pode ser também um fator influenciador. Para essa discussão foi indagado aos profissionais de enfermagem se há o hábito de realizar a limpeza de sua língua em sua higiene pessoal. A amostra populacional pesquisada indicou uma unanimidade para os que realizam a higiene da língua e o instrumento utilizado por todos foi a escova dental. Dois profissionais informaram que, além da escova dental, utilizam também o limpador de língua. A frequência na higienização da língua na higiene da pessoa da equipe de enfermagem variou entre todas as higienizações (70%) e uma vez o dia (30%).

Discussões nesse sentido devem ser realizadas, pois os profissionais utilizam a escova dental na sua prática de limpeza de língua, mas não na assistência aos pacientes. Poucos profissionais referiram o uso de higienizador de língua em sua higiene pessoal, demonstrando que este é um dispositivo pouco utilizado pelos indivíduos. Conforme Navas et al. (2009), pode-se relacionar essa falta de utilização a uma questão cultural, pois a prática da higienização da língua com o limpador não constitui hábito da população em geral.

Nesse estudo houve a proposta de utilização de um instrumento de higienização de língua, confeccionado pela autora a partir de tampas de galões de água mineral. Foi utilizado como base o estudo de Chaim (2001), no qual propôs um raspador de língua barato e eficaz feito a partir de tampas plásticas de latas de achocolatado. Este autor denominou o instrumento como “Raspador de Língua Simplificado” e seu trabalho demonstrou que o dispositivo criado foi eficiente, teve excelente aceitação, não apresentou ferimentos teciduais e menor disparo do reflexo de ânsia durante o uso, podendo ser indicado como alternativa para a higiene da língua.

Na língua, o biofilme é também conhecido como saburra. A saburra é formada basicamente por restos alimentares, células descamadas, fungos, bactérias e enzimas ativas que participam do processo da digestão (SANTOS et al., 2013). Se o indivíduo ficar um longo período sem realizar a limpeza da língua, essa saburra começa a se formar e se agrava quanto à sua consistência, localização e coloração, refletindo na saúde bucal e sistêmica.

A interrupção diária da sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação são orientações da ANVISA (2009) como medidas de prevenção da pneumonia, podendo ser inseridas em protocolos de higiene bucal. Apesar dos benefícios gerados pela interrupção diária da sedação, esta intervenção pode apresentar riscos. Este fator pode ser gerado por conta do aumento do nível de dor e ansiedade, na possibilidade de assincronia com a ventilação mecânica, o que pode gerar períodos de desaturação. Salienta-se que se deve reavaliar a sedação diária dos pacientes e implementar escalas de sedação, propondo reflexões relacionadas a esse cuidado.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Salienta-se que os cuidados com a higiene bucal são procedimentos de relevância e magnitude em pacientes críticos. Entretanto, são práticas que necessitam de muitas discussões nas UTI's, apesar de ser essencial para a saúde bucal e sistêmica do paciente. Indiscutivelmente as ações de higiene oral reduzem as taxas de morbidade e mortalidade, assim como o tempo de internação e custos hospitalares.

**Este estudo possibilitou enriquecer os conhecimentos sobre a prática de higiene bucal realizada no paciente intubado no setor crítico. A UTI foi criada para amparar aqueles que necessitam de cuidados intensivos, que precisam receber uma atenção diferenciada e especializada. Foi observado que a higiene bucal neste setor ocorre de maneira insatisfatória e isso se deve a falta de conhecimento por parte da equipe de enfermagem que revela, através de suas práticas, uma assistência precária, com uso inadequado de materiais.**

Dentre as vantagens de executar uma prática recomendada pode-se apontar a prevenção da pneumonia, como recomenda a ANVISA e outras renomadas instituições. A pneumonia é tema de grande discussão no meio científico, principalmente quando relacionada à internação de paciente com intubação endotraqueal, uma vez que essa condição predispõe ao risco aumentado de desenvolver a pneumonia nosocomial. O estudo evidenciou que outras complicações patológicas podem surgir através da migração de microorganismos da boca para outras regiões do corpo, agravando ainda mais o quadro clínico do paciente crítico.

Os resultados deste trabalho apontaram a necessidade de maiores pesquisas, estudos e discussões a cerca da higiene bucal na área da enfermagem, principalmente no que se refere à higiene de língua. Reflexões devem ser realizadas sobre esse cuidado bucal destacando a responsabilidade da equipe de enfermagem em executar essa assistência e oferecer um enfoque maior no que diz respeito ao uso do higienizador de língua.

As divergências na realização da higienização da cavidade bucal ficam a cargo da habilidade, talento e carga de conhecimento de cada profissional de enfermagem, características únicas que fazem a diferença para a saúde do paciente. Portanto, considera-se útil a criação de protocolos de higiene bucal para orientar e esclarecer aos profissionais como a técnica deve acontecer. Essa padronização implementaria melhorias no serviço e na prestação deste cuidado ao paciente. Os protocolos de higiene bucal devem reunir diversas técnicas, tanto mecânicas como químicas, e a utilização de limpadores de língua como método mecânico é uma medida destacada neste trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGENDA 21 - **Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**, 1992 - Rio de Janeiro. Brasília: Senado Federal, 1996.

ALMEIDA, R. F.; PINHO, M. M.; LIMA, C.; FARIA, I.; SANTOS, P.; BORDALO, C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**. v.22, p.379-90, 2006.

AMARAL, S. M.; CORTÊS, A. Q.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial; importância do microambiente oral. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 35 (11): 1116 -1124, 2009.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Infecções do trato respiratório: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Outubro, 2009.

ARAÚJO, R. J. G.; OLIVEIRA, L. C. G.; HANNA, L. M. C.; NAIR, H. V. C. ALVARES, C. F. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Rev. Bras. Intensiva**, 21 (1): 38-44, 2009.

ASSIS, C. Atendimento odontológico nas UTIs. **Rev. Bras. Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 72 – 5, jan./jun. 2012.

BERALDO, C. C.; ANDRADE, D. Higiene bucal com Clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. .v. 9. 707-714, 2008.

BRASIL. **Lei nº. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 21 set. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm)>. Acesso em: 03/05/2014, às 21:10 h.

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**, 28 (3): 359 – 67, 2007.

CALDEIRA, P. M.; COBUCCI, R. A. da S.. Higiene oral de pacientes em intubação orotraqueal internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste-MG. v.4, n.1, jul./ago., 2011.

CASSANDRE, M. P. QUEROL, M. A. P. Metodologias intervencionistas: Contribuição teórico-metodológica vigotskyanas para aprendizagem organizacional. **Revista Pensamento contemporâneo em Administração**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, jan./mar., p.17-34, 2014.

CERRI, A; SILVA, C.E.X.S.R. *Avaliação de métodos mecânicos no controle da halitose relacionada à língua saburrosa*. **J Bras Clin Odontol Int**, Curitiba, v. 6, n. 34, p. 312-316, 2002.

CHAIM,, L.A.F. Comparação entre o uso de um raspador de língua “simplificado” (RLS) e uma escova dental na higiene da língua. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**. p.242-246, 2001

CHIARELLI, M. **Avaliação da eficácia da técnica de escovação de base e da técnica de escovação de fones em relação à quantidade de microorganismos na saliva, índice de placa (IPL) e índice de sangramento gengival (ISG)**. Tese de mestrado apresentado a Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba-SP, 1998.

DAVIM, R. M.B.; TORRES, G. V.; SANTOS, S. R. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escolar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49, dezembro 1999.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NO HOSPITAL E DAS ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA- 2007. **J Bras Pneumol**. 2007; 33(Suppl 1):S1-S30. Disponível em <<http://www.uneb.br/guanambi/dedc/sobre/>> Acesso em 20/01/2013, às 10:20.

FRASNELLI, S. C. T, OLIVEIRA, G. J. P. L., CANCIAN, D. C. J. O efeito da descontaminação oral na redução dos Índices de Infecções pulmonares nosocomiais - Revisão de Literatura. **Jornal Brasileiro de Periodontologia** . v. 21, n. 2, 2011

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GLÓRIA. V. F. V. **Relação entre condições bucais e a saúde geral**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG, 2011

GOMES, S. F. ESTEVES, C. L. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 67-70, jan/jun, 2012.



GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, novembro-dezembro, 16 (6), 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Dados gerais da cidade**. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291170>>, acesso em 15 de janeiro de 2013;

KAHN, S.; GARCIA, C. H.; GALAN, J.; NAMEN, F. M.; MACHADO, W. A. S.; SILVA, J. A. da.; SARDENBERG, E. M. S.; EGREJA, A. M. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6): 1825 - 1831, 2008.

KUSAHARA, D. M. **Estudo clínico do efeito da higiene oral com gluconato de Clorexidina a 0,12% na colonização orofaríngea de crianças em cuidados intensivos**. Dissertação de mestrado apresentado a Universidade Federal de São Paulo, 2006.

LIMA, L. S. **Fatores associados à condição de saúde bucal de pacientes internados em hospitais públicos do município de Natal-RN**. Dissertação de pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007 (81 fls).

LOPES, M. J. M. LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Caderno pagu** (24), p. 105-125. Jan./Jun., 2005

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARIANO, R. C.; VICENTIN, C.; KOLBE, A.C.; MARIANO, L de C. F. **Avaliação quantitativa da capacidade de remoção dos resíduos do dorso da língua através do uso de dois limpadores e sua contribuição para a redução da Halitose**. **Jornal de Assessoria ao Odontologista** . v.3, n.16, p. 13- 21, 1999.

MARTINS, G. A; LINTZ, A. **Guia para elaboração de monografia e trabalhos de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, G. C.; SANTOS, N. O. dos; GOMES, E. T. Higiene oral: atuação da equipe de enfermagem e paciente com déficit no autocuidado. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG. v.2; n.1; Jul./Ago. 2009.

MEINBERG, M. C. de A.; CHEADE, F. M.; MIRANDA, A. L. D.; FACHINI, M. M.; LOBO, S. M. Uso de Clorexidina 2% gel e escovação mecânica na higiene bucal de pacientes sob ventilação mecânica: efeitos na pneumonia associada a ventilador. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 24 (4): 369-374, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NAVAS, E. A. F. de A; INOCÊNCIO, A. C.; JORGE, A. O. C.; KOGA-ITO, C. Y. Avaliação da utilização de limpador de língua na redução dos níveis de leveduras na cavidade bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**. 38 (2): 99-103, 2009.

NEUMANN, I. **Soluções utilizadas para higiene oral em pacientes de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

OLIVEIRA, L. C. B. S.; CARNEIRO, P.P. M.; FISCHER, R. G.; TINOCO, E. M. B. Presença de Patógenos Respiratórios no Biofilme Bucal de Pacientes com Pneumonia Nosocomial. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v.19; n.4, Outubro-Dezembro, 2007.

ORLANDINI, G. M.; LAZZARI, C. M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. **Revista Gaúcha Enfermagem,** 33(3): 34 – 41. 2012.

PACE, Mariângela Aparecida. Dissertação de Mestrado. **Avaliação clínica e microbiológica da cavidade bucal de pacientes críticos com intubação orotraqueal de um hospital de emergência.** Ribeirão Preto: EERP-USP, 2007.

PACE, M. A.; WATANABE, E.; FACETTO, M. P.; ANDRADE, D. de. Staphylococcus spp. na saliva de pacientes com intubação orotraqueal. **Revista Panamericana de Infectologia,** 10 (2): 8-12, 2008.

PEAR, S.; STOESSEL, K.; SHOEMAKE, S. **O papel dos cuidados bucais na prevenção da pneumonia adquirida em hospital: guia de estudo** – credenciamento independente. Knowledge Net Work, Kimberly-Clarck Health Care Education, 2007.

PEREIRA, A. L. **Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos.** Universidade Federal de Minas Gerais. Dissertação de mestrado. Campos Gerais, 2010.

PIAVESAN, A.; TEMPORINI, E. R.; Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, p. 318-25, 1999.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. de S.; WANDERLEY, J. C. V.; CORREIA, L. M.; PERES, M. de H. de M. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, P. S. S.; MELLO, W. R. de.; WAKIM, R. C. S.; PASCHOAL, M. A. G. 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, abril/junho, 154 – 159, 2008.

SANTOS, L. M.; MATOS, M. O.; SANTOS, V. E. P.; SANTANA, R. C. B. de.; BARROS, A. G. de.; RODRIGUES, J. C. Higiene oral em crianças ventiladas mecanicamente na Unidade de Cuidados Intensivos: análise de uma prática. **R. pesq.: cuid. Fundam.** Online, jul./set. 3 (3): 2320 – 28, 2011.

SANTOS, P. S. da S.; MARIANO, M.; KALLAS, M. S.; VILELA, M. C. N. Impacto da remoção de biofilme lingual em pacientes sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva,** 25 (1): 44-48, 2013.

SCHLESENER, V. F.; ROSA, U. D.; RAUPP, S. M.. *O cuidado com a saúde bucal de pacientes em UTI*. **Cinergis**. v.3, n. 1, p. 73-77 Jan/Mar, 2012.

SCHNEID, J. L.; BERZOINI, L. P.; FLORES, O.; CORDON, J. A. P. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis – TO. **Com. Ciências Saúde**. 18(4): 297 – 306, 2007.

SILVA, L. D. da.; NEPOMUCENO, R. de M.; SILVA, E. F. da.; MOTTA, F. P. da.; SILVA, J. de A.; FERREIRA, V. G. Higiene oral ao paciente crítico intubado: revisão de literatura. **Revista Nursing**, 15 (170); 384-388, 2012.

SILVEIRA, I. R.; MAIA, F. de O. M.; GNATTA, J. R.; LACERDA, R. A. L. Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. **Acta Paul Enferm** 23(5): 697-700, 2010.