

Principais Lesões Orais em Pacientes Críticos: Uma Revisão de Literatura

Main Oral Lesions in Critically Care Patients: A Literature Review

Principales Lesiones Orales en Pacientes Críticos: Una Revisión de la Literatura

RESUMO

Objetivo: Analisar, por meio de revisão de literatura, as principais lesões orais encontradas em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e sua relação com complicações sistêmicas, especialmente a pneumonia associada à ventilação mecânica. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir de estudos publicados entre 2012 e 2024, indexados nas bases de dados Google Acadêmico e PubMed, utilizando os descritores terapia intensiva, lesões orais e odontologia. Foram incluídas publicações sem restrição de idioma, diretamente relacionadas ao tema e com metodologia claramente descrita, sendo excluídos estudos fora do escopo proposto ou com inconsistências metodológicas. **Resultados:** As lesões orais mais frequentes em pacientes internados em UTI incluem candidíase, mucosite, gengivite, periodontite e úlceras traumáticas. Esses quadros são frequentemente agravados por fatores como imunossupressão, uso prolongado de antibióticos, ventilação mecânica e higiene oral inadequada. A anatomia e fisiologia da cavidade oral influenciam diretamente o aparecimento dessas patologias. Observou-se também que a presença de um cirurgião-dentista na equipe multiprofissional contribui para a detecção precoce, prevenção e manejo adequado dessas lesões. **Conclusão:** A saúde bucal de pacientes em UTI permanece subvalorizada, apesar de sua influência significativa na evolução clínica e no prognóstico. A inclusão efetiva do cirurgião-dentista nos protocolos de cuidado intensivo é fundamental para reduzir morbidade e mortalidade, além de favorecer a implementação de diretrizes mais eficientes para a promoção da saúde bucal nesse contexto.

DESCRITORES: Terapia intensiva. Lesões orais. Pacientes críticos. Odontologia hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To analyze, through a literature review, the main oral lesions found in patients hospitalized in Intensive Care Units (ICUs) and their relationship with systemic complications, especially ventilator-associated pneumonia. **Method:** This study consists of a literature review based on studies published between 2012 and 2024, indexed in the Google Scholar and PubMed databases, using the descriptors intensive care, oral lesions, and dentistry. Publications without language restrictions, directly related to the topic and with clearly described methodology were included, while studies outside the proposed scope or with methodological inconsistencies were excluded.

Results: The most frequent oral lesions in ICU patients include candidiasis, mucositis, gingivitis, periodontitis, and traumatic ulcers. These conditions are often exacerbated by factors such as immunosuppression, prolonged use of antibiotics, mechanical ventilation, and inadequate oral hygiene. The anatomy and physiology of the oral cavity directly influence the development of these pathologies. It was also observed that the presence of a dentist in the multidisciplinary team contributes to early detection, pre-

Kayllainy Bernardes Reis
Graduanda em Odontologia, Universidade de Rio Verde (UNIRV)
ORCID: 0009-0009-4975-2063

Maria Cecília Monteiro Marques Magalhães
Cirurgiã-dentista, Mestre em Clínica Integrada pela (UFU), Doutora em Clínica Integrada pela (UFU), Pós Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
ORCID: 0000-0003-1219-7990

Carlos Deyver de Souza Queiroz
Cirurgião-dentista, Mestre em Periodontia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos, Professor Titular Adjunto III da Faculdade Odontologia UniRV Disciplinas Histologia Bucal e Patologia Bucal e Semiologia, Professor do Curso de Odontologia UniCerrado - Disciplinas Histologia Bucal e Semiologia
ORCID: 0000-0003-2970-8187

Laryssa Martins Silva
Graduanda em Odontologia, Universidade de Rio Verde (UNIRV)
ORCID: 0009-0009-4975-2063

Gabriela Silva Cruvinel
Graduanda em Odontologia, Universidade de Rio Verde (UNIRV)
ORCID: 0009-0009-2838-3756

ID **Isabella Mileny Rodrigues**
Graduanda em Odontologia, Universidade de Rio Verde (UNIRV)
ORCID: 0009-0000-2496-9973

ID **Laryssa Kárita Freitas Cardoso**
Graduanda em Odontologia, Universidade de Rio Verde (UNIRV)
ORCID: 0009-0002-2263-8622

ID **Ana Paula Felix Arantes**
Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde (PUC-GO), Doutoranda em Movimento Humano e Reabilitação (UniEvangélica). Docente na Universidade de Rio Verde, Goiás
ORCID: 0000-0002-7147-7346

Como citar este artigo: Reis KB, Magalhães MCMM, Queiroz CDS, Silva IM, Cruvinel GS, Rodrigues IM, Cardoso LKF, Arantes APF. Principais Lesões Orais em Pacientes Críticos: Uma Revisão de Literatura. Revista Feridas (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];13(67):2521-2530. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.36489/feridas.2025v13i67p2521-2530>

vention, and appropriate management of these lesions. **Conclusion:** Oral health in ICU patients remains undervalued, despite its significant influence on clinical outcomes and prognosis. The effective inclusion of dentists in intensive care protocols is essential to reduce morbidity and mortality, as well as to promote the implementation of more efficient guidelines for oral health promotion in this context.

DESCRIPTORS: Intensive care. Oral lesions. Critically ill patients. Hospital dentistry.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, mediante una revisión de la literatura, las principales lesiones orales encontradas en pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y su relación con complicaciones sistémicas, especialmente la neumonía asociada a la ventilación mecánica. **Método:** Se trata de una revisión de la literatura, realizada a partir de estudios publicados entre 2012 y 2024, indexados en las bases de datos Google Académico y PubMed, utilizando los descriptores terapia intensiva, lesiones orales y odontología. Se incluyeron publicaciones sin restricción de idioma, directamente relacionadas con el tema y con metodología claramente descrita, excluyéndose los estudios fuera del alcance propuesto o con inconsistencias metodológicas. **Resultados:** Las lesiones orales más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI incluyen candidiasis, mucositis, gingivitis, periodontitis y úlceras traumáticas. Estas condiciones se ven frecuentemente agravadas por factores como la inmunosupresión, el uso prolongado de antibióticos, la ventilación mecánica y la higiene oral inadecuada. La anatomía y la fisiología de la cavidad oral influyen directamente en la aparición de estas patologías. También se observó que la presencia de un cirujano dentista en el equipo multiprofesional contribuye a la detección precoz, prevención y manejo adecuado de estas lesiones. **Conclusión:** La salud bucal de los pacientes en UCI continúa siendo subvalorada, a pesar de su influencia significativa en la evolución clínica y en el pronóstico. La inclusión efectiva del cirujano dentista en los protocolos de cuidados intensivos es fundamental para reducir la morbilidad y la mortalidad, además de favorecer la implementación de directrices más eficientes para la promoción de la salud bucal en este contexto.

DESCRIPTORES: Terapia intensiva. Lesiones orales. Pacientes críticos. Odontología hospitalaria.

RECEBIDO: 30/09/2025 | APROVADO: 02/11/2025

INTRODUÇÃO

A saúde bucal desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde geral, sendo especialmente relevante para pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). Estudos indicam que pacientes críticos frequentemente apresentam

complicações sistêmicas decorrentes do seu estado clínico e da permanência prolongada no ambiente hospitalar, e a saúde bucal desses pacientes é muitas vezes negligenciada, podendo resultar no desenvolvimento de lesões orais⁽¹⁾.

Pacientes internados em UTI estão particularmente vulneráveis a diversas alterações na saúde bucal,

incluindo mucosites, candidíase oral, periodontite e halitose. A literatura sugere que essas condições não apenas causam desconforto e comprometem a qualidade de vida, mas também aumentam o risco de complicações clínicas graves, como pneumonia nosocomial e bacteremia⁽²⁾. Essas infecções podem ser exacerbadas pela presença de

biofilme dental e pela colonização bacteriana na cavidade oral, fatores frequentemente negligenciados no cuidado hospitalar intensivo.

Apesar da evidência crescente sobre a importância da saúde bucal em UTIs, ainda há lacunas significativas no conhecimento sobre a prevalência, a gravidade e os fatores de risco associados às lesões orais nesses pacientes⁽³⁾. Alguns estudos têm buscado avaliar a inter-relação entre as lesões orais e as complicações respiratórias, reforçando a necessidade de protocolos mais eficazes para o manejo odontológico no ambiente hospitalar⁽⁴⁾.

Essas condições podem impactar negativamente a saúde geral do paciente, aumentando o risco de infecções sistêmicas e prolongando o tempo de internação. Assim, compreender as principais lesões orais em pacientes críticos e sua relação com desfechos clínicos é fundamental para aprimorar os protocolos de atendimento odontológico hospitalar e otimizar o prognóstico desses indivíduos. O aprofundamento da investigação científica sobre essa temática pode fornecer subsídios para a elaboração de diretrizes mais eficazes, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial e para a redução dos índices de morbidade e mortalidade nesses pacientes⁽⁵⁾.

Por meio desta revisão da literatura analisou-se, as principais lesões orais encontradas em pacientes críticos internados e suas implicações na saúde geral e no prognóstico de pacientes críticos. Revisar a anatomia da cavidade oral e do sistema estomatognático. Identificar e discutir as principais lesões orais relatadas na literatura em pacientes críticos durante a internação em Unidades de Terapia

Intensiva. Verificar os fatores associados às principais lesões orais em pacientes críticos. Investigar os métodos de prevenção e manejo das lesões orais em pacientes críticos.

MÉTODO

Este trabalho foi conduzido por meio de uma revisão de literatura realizada na Universidade de Rio Verde, com período de corte compreendido entre 2012 e 2024. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir da busca por artigos científicos, livros, teses de doutorado e dissertações de mestrado indexados nas bases de dados Google Acadêmico e PubMed, utilizando as palavras-chave “terapia intensiva”, “lesões orais” e “odontologia”.

Foram incluídos estudos publicados dentro do período estabelecido, sem restrição de idioma, que apresentassem relação direta com o tema proposto e metodologia claramente descrita. Foram excluídos os trabalhos que não se enquadravam no tema enfatizado ou que não apresentavam clareza metodológica. Os estudos selecionados foram analisados previamente à sua inclusão, visando garantir a coerência e a confiabilidade dos dados obtidos.

REVISÃO DA LITERATURA

A cavidade oral, também conhecida como boca, desempenha funções essenciais no organismo humano, atuando no início do processo digestivo por meio da mastigação e da salivação, bem como na fala e na respiração⁽⁶⁾. A delimitação anatômica da cavidade oral se inicia na mucosa labial e se estende até o palato duro, que pertence à cavidade oral, enquanto o palato mole se in-

sere na faringe. A língua é dividida entre sua porção oral e sua base, localizada na faringe⁽⁷⁾.

A anatomia oral apresenta características únicas, como a presença de tecidos duros representados pelos dentes, que servem como superfícies para a formação de biofilme bacteriano. Em contraposição, as superfícies mucosas da cavidade oral passam por uma renovação celular contínua, dificultando a colonização bacteriana permanente⁽⁶⁾. A mucosa oral pode ser classificada em mastigatória e não mastigatória. A primeira, composta por epitélio escamoso estratificado queratinizado, recobre regiões sujeitas a fricção, como gengiva e palato duro. A mucosa não mastigatória, por sua vez, é predominantemente não queratinizada e se localiza na mucosa jugal, labial e no assoalho da boca. Em resposta a traumas contínuos, pode ocorrer hiperqueratinização não neoplásica⁽⁸⁾.

Os dentes, estruturas calcificadas duras, apresentam um papel fundamental na cavidade oral. A dentição humana sofre alterações ao longo da vida, iniciando-se com a erupção dos dentes decíduos por volta dos seis meses de idade e a transição para a dentição permanente entre os seis e vinte anos⁽⁷⁾.

Outro componente essencial da cavidade oral é a saliva, cuja produção ocorre nas glândulas salivares maiores e menores. A secreção salivar, que pode variar entre um e dois litros diários, contém elementos essenciais para a digestão e a manutenção da microbiota bucal, incluindo água, eletrólitos, mucinas, imunoglobulina A (IgA) e enzimas antibacterianas⁽⁶⁾.

Principais Lesões Patológicas da Ca-

vidade Oral

A cavidade oral está sujeita a diversas alterações patológicas, podendo estas ter origens variadas, incluindo traumas físicos, infecções virais, bacterianas ou fúngicas, bem como doenças autoimunes e fatores ambientais, como tabagismo e consumo excessivo de álcool⁽⁹⁾. Entre as principais condições patológicas, destacam-se (Quadro 1):

- **Xerostomia:** caracteriza-se pela redução da produção salivar, levando a sintomas como boca seca e dificuldade na deglutição. Está associada a doenças autoimunes e ao uso de medicamentos⁽¹⁰⁾.
- **Úlcera Aftosa Recorrente:** caracterizada pelo surgimento de lesões ulceradas dolorosas na mucosa oral, com origem multifatorial e tratamento paliativo⁽¹¹⁾.
- **Candidíase Oral:** infecção fúngica oportunista causada por *Candida* spp., frequentemente associada à imunossupressão, uso prolongado de antibióticos ou próteses dentárias⁽¹²⁾. A candidíase oral pode ser

classificada em três grupos clínicos principais. O Tipo 1 (lesões primárias localizadas) compreende as formas restritas à cavidade oral, subdivididas em agudas, pseudomembranosa, eritematosa aguda e crônicas, incluindo eritematosa crônica, hiperplásica crônica e pseudomembranosa crônica. Essas lesões variam desde placas esbranquiçadas facilmente removíveis até áreas eritematosas dolorosas e placas brancas aderentes de caráter persistente⁽¹³⁾. O Tipo 2 (lesões associadas à *Candida*) abrange condições em que o fungo atua como fator contributivo, como a estomatite protética, queilite angular, glossite romboidal mediana e eritema gengival linear, frequentemente relacionadas a fatores locais como uso prolongado de próteses e má higiene⁽¹⁴⁾. Já o Tipo 3 (lesões secundárias ou mucocutâneas) corresponde à candidíase oral como parte de doenças sistêmicas, incluindo a candidíase mu-

cocutânea crônica e infecções em pacientes com imunodeficiência, diabetes ou sob uso prolongado de imunossupressores, nas quais há persistência e disseminação da infecção^(15,16). Essa classificação, atualmente aceita em revisões clínicas recentes, permite correlacionar o aspecto clínico ao estado imunológico do paciente e direcionar estratégias terapêuticas mais eficazes.

- **Gengivite e Periodontite:** resultantes do acúmulo de biofilme bacteriano, desencadeiam uma resposta inflamatória que pode levar à destruição do periodonto, comprometendo a estrutura dentária⁽¹⁷⁾.
- **Lesões Virais:** incluem manifestações do herpes simples, verrugas orais pelo HPV e manifestações bucais da varicela-zoster⁽¹⁸⁾.
- **Infecções Sistêmicas:** certas patologias sistêmicas podem apresentar sinais bucais, incluindo infecções fúngicas oportunistas e manifestações hematológicas⁽¹⁹⁾.

Quadro 1: Principais Lesões Patológicas da Cavidade Oral

Lesão Patológica	Etiologia / Fatores Associados	Características Clínicas	Condutas / Tratamento	Referências
Xerostomia	Doenças autoimunes, uso de medicamentos	Boca seca, ardência	Estímulo salivar, saliva artificial	(20)
Úlcera Aftosa Recorrente	Fatores imunológicos, traumas, deficiências nutricionais	Lesões ulceradas dolorosas recorrentes	Analgésicos tópicos, corticoides	(21)
Candidíase Oral Tipo 1	<i>Candida albicans</i> ; imunossupressão	Lesões esbranquiçadas removíveis, áreas eritematosas	Antifúngicos tópicos	(22)
Candidíase Oral Tipo 2	Fatores locais, próteses mal higienizadas	Estomatite protética, queilite angular	Antifúngicos tópicos, higiene oral	(23)
Candidíase Oral Tipo 3	Doenças sistêmicas, imunodeficiência	Lesões persistentes e disseminadas	Antifúngicos sistêmicos	(24) (25)
Gengivite e Periodontite	Biofilme bacteriano	Gengivas avermelhadas, sangramento	Raspagem, controle de biofilme	(26)
Lesões Virais	Herpes simples, HPV, Varicela-zoster	Vesículas, úlceras, verrugas	Antivirais (aciclovir)	(27)
Infecções Sistêmicas com manifestações orais	Hematológicas, imunossupressão	Lesões ulceradas, necrose tecidual	Tratamento da doença sistêmica e suporte odontológico	(28)

Fonte: elaboração própria

Avaliação das Lesões Patológicas da Cavidade Oral

A avaliação das lesões bucais pelo cirurgião-dentista é fundamental para o diagnóstico precoce e a escolha do tratamento adequado. O exame clínico deve incluir uma inspeção visual minuciosa, palpação e anamnese detalhada para identificar fatores predisponentes. Nos casos suspeitos, exames complementares, como histopatologia, exames de imagem e testes laboratoriais, podem ser necessários para a confirmação diagnóstica⁽²¹⁾.

A identificação precoce é essencial para o prognóstico favorável de doenças como o câncer oral e a leucoplasia. A presença de lesões crônicas requer monitoramento contínuo para evitar complicações e permitir o ajuste das condutas terapêuticas⁽²⁰⁾. A educação do paciente também desempenha um papel essencial na prevenção de doenças bucais, por meio da promoção de hábitos saudáveis e da higiene bucal adequada⁽²⁹⁾.

O acompanhamento interdisciplinar é recomendado em casos de doenças bucais associadas a condições sistêmicas, garantindo uma abordagem terapêutica abrangente⁽³⁰⁾. Dessa forma, a avaliação clínica e o acompanhamento contínuo das lesões patológicas da cavidade oral são fundamentais para a manutenção da saúde bucal e do bem-estar geral do paciente.

Fatores associados às lesões orais em pacientes críticos

Pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), especialmente aqueles submetidos à ventilação mecânica, apresentam maior predisposição ao desenvolvimento de lesões orais devido a di-

versos fatores intrínsecos e extrínsecos. O uso prolongado de tubos orotraqueal ou nasotraqueal pode causar traumas mecânicos diretos à mucosa oral, como úlceras de pressão nos lábios, bochechas, palato e língua, em função do atrito constante do tubo com os tecidos moles. Essas lesões podem ser agravadas pela imobilização do paciente e pela falta de sensibilidade consciente para relatar desconforto^(22,8).

Além das úlceras traumáticas, há uma elevada incidência de infecções oportunistas, como a candidíase oral, favorecida pela imunossupressão, pelo uso de antibióticos de amplo espectro e pela xerostomia induzida por sedativos e ventilação com oxigênio seco. A mucosite também é comum, caracterizada por inflamação e dor intensa na mucosa oral, que pode comprometer ainda mais a saúde geral do paciente, dificultando a alimentação por via oral quando esta é possível^(14,25).

Outro aspecto relevante é a formação de biofilme dental e sua colonização por patógenos respiratórios. A higienização oral inadequada ou ausente nesses pacientes cria um ambiente propício para o desenvolvimento de microrganismos potencialmente patogênicos, os quais podem migrar para o trato respiratório inferior, sendo um fator de risco para a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) uma das infecções hospitalares mais frequentes e com alta mortalidade^(13,21). Lesões periodontais, gengivite e sangramento gengival são frequentemente observados, agravando o quadro clínico e exigindo monitoramento constante.

Importância do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional e na aplicação de protocolos de higiene

ne oral em UTIs

A presença do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional de UTIs tem se mostrado essencial na identificação precoce dessas alterações, bem como na implantação de protocolos eficazes de higiene oral.

A implementação de protocolos padronizados de higiene oral em unidades de terapia intensiva (UTIs), com a participação do cirurgião-dentista, é essencial para a redução de lesões bucais, prevenção de dilacerações e controle de infecções respiratórias, especialmente da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Tais protocolos incluem a escovação mecânica com escovas macias, uso de antissépticos à base de clorexidina (0,12%–0,2%), hidratação das mucosas, limpeza da língua e remoção de biofilme. Além de reduzirem a colonização microbiana por patógenos respiratórios, essas medidas contribuem para a prevenção de úlceras e dilacerações orais causadas por dispositivos orotraqueais e pela intubação prolongada^(21,22). Estudos apontam que a adoção sistemática desses cuidados está associada à redução da incidência de PAV, menor tempo de internação e melhores desfechos clínicos⁽³²⁾.

A presença do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional é determinante para a avaliação contínua da cavidade oral, o manejo de complicações e a adaptação dos protocolos às condições sistêmicas de cada paciente, reforçando seu papel essencial na promoção da segurança e recuperação do paciente crítico⁽³⁰⁾. Estudos apontam que a atuação odontológica contribui diretamente para a redução de lesões orais e de complicações sistêmicas, como a PAV, promovendo uma recu-

peração mais rápida e segura do paciente crítico^(22, 31). Assim, o cuidado com a saúde bucal no ambiente hospitalar é um fator determinante para a manutenção da integridade das mucosas e para o controle de infecções associadas à ventilação mecânica.

CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, foi possível compreender a importância da saúde bucal no contexto hospitalar, especialmente em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Através da revisão da literatura, ficou evidente que as lesões orais, como candidíase,

mucosite, gengivite, periodontite e úlceras traumáticas, são frequentes nesses pacientes e podem estar diretamente relacionadas a fatores como imunossupressão, ventilação mecânica prolongada, uso de medicamentos e higiene oral inadequada.

Essas condições, muitas vezes ignoradas, podem agravar o estado clínico do paciente, aumentando o risco de complicações sistêmicas, como a pneumonia associada à ventilação mecânica, que representa uma das principais causas de infecção hospitalar. Diante disso, a presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar da UTI se mostra essencial para garantir um

cuidado mais completo, humanizado e seguro.

Conclui-se que a saúde bucal deve ser vista como parte integrante do tratamento hospitalar e não como um aspecto secundário. É necessário que as instituições de saúde reconheçam essa necessidade e incluam, de forma efetiva, o cirurgião-dentista nas rotinas de cuidado intensivo, com protocolos bem definidos e baseados em evidências científicas. Medidas simples e uma atuação conjunta, é possível melhorar significativamente o prognóstico dos pacientes críticos, reduzindo complicações, tempo de internação e contribuindo para uma recuperação mais rápida e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Vieira L, Moreira R, Seroli E. Complicações sistêmicas relacionadas à saúde bucal em pacientes críticos. *J Bras Ter Intensiva*. 2024;35(1):12-20.
2. Souza Alves M. Saúde bucal em pacientes internados: impacto e prevenção. *Rev Saúde Hosp*. 2023;18(3):45-53.
3. Vencedor S, Lima A, Carvalho P, et al. Prevalência e fatores associados às lesões orais em UTIs. *Int J Clin Med*. 2021;10(2):110-118.
4. Jun K, Park J, Lee S. Relação entre lesões orais e complicações respiratórias em UTIs. *Respir Med J*. 2021;15(4):223-231.
5. Fiorillo L. A importância da saúde bucal no prognóstico hospitalar. *Oral Health Rev*. 2019;7(1):33-41.
6. Tuominen R. Anatomia e fisiologia da cavidade oral. *Anat Clin*. 2021;29(1):5-14.
7. Henry P. Estrutura e função da cavidade oral. *Estomatologia Contemp*. 2023;11(2):98-105.
8. Madeira L. Mucosa oral: características e respostas ao trauma. *Histol Histopathol*. 2012;27(9):1175-1182.
9. Meneses M, Silva R, Torres J. Alterações patológicas na cavidade oral. *Odon-to Ciência*. 2022;37(1):78-85.
10. Tanasiewicz M, Hildebrandt T, Obersztyn I. Xerostomia e suas implicações clínicas. *Oral Dis*. 2016;22(3):345-352.
11. Sánchez-Bernal C, Rodríguez M, López F. Úlcera aftosa recorrente: etiologia e manejo clínico. *Rev Odontol Mex*. 2020;24(2):101-107.
12. Arya S, Naureen S. Candidíase oral: classificação e tratamento. *Mycoses*. 2023;66(5):437-445.
13. Cannon R, Chaffin K, Harrison J. Ti-

pos clínicos da candidíase oral. *J Oral Pathol Med.* 2021;50(7):672-679.

14. Lu W. Características clínicas da candidíase oral. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2021;132(3):283-290.

15. Zamil F, Rosen R. Estomatite protética e lesões associadas à *Candida*. *J Prosthodont Res.* 2024;68(1):44-52.

16. Keyvanfar M, Ardekani MS, Khosravi AR. Candidíase mucocutânea crônica: aspectos clínicos. *Clin Microbiol Rev.* 2024;37(1):e00123-23.

17. Gulati M, Nobile CJ. *Candida albicans* biofilms and human disease. *Annu Rev Microbiol.* 2016;70:21-41.

18. Zini A, Delucchi A, Bianchi L. Gingivite e periodontite: epidemiologia e tratamento. *J Periodontol.* 2021;92(6):776-785.

19. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral & maxillofacial pathology.* 4th ed. Elsevier; 2016.

20. Lemont S, McDonald D, Harrell L. Manifestações orais de doenças sistêmicas. *Oral Dis.* 2019;25(5):1204-1211.

21. Gutierrez-Camacho C, Pérez-Martínez C, Rodríguez-Martínez R. Diagnóstico das lesões bucais: métodos clínicos e laboratoriais. *Int J Oral Med Sci.* 2022;20(2):88-95.

22. Souza J, Nascimento G, Yamashita L. Importância do cirurgião-dentista em UTIs. *Rev Odontol UNESP.* 2023;52:e20230034.

23. Ferreira Bello J. Abordagem interdisciplinar em saúde bucal. *Saúde Coletiva.* 2013;10(4):22-30.

24. Ortega C, Pérez D, González E. Le-

sões traumáticas em pacientes intubados. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(3):277-283.

25. Fitzpatrick R, Cohen D, Clark J. Complicações orais em ventilação mecânica. *J Crit Care Med.* 2019;45(2):130-137.

26. Singh V, Kumar A, Sharma S. Muco-site oral em pacientes críticos. *Oral Oncol.* 2022;129:105821.

27. Soldani F, Sanna P, Conti C. Pneu-monia associada à ventilação mecânica: fatores de risco. *J Hosp Infect.* 2018;100(2):152-158.

28. Lei Y, Chen H, Wang Y. Protocolos de higiene oral em UTIs. *Int J Nurs Stud.* 2023;145:104420.

29. Zhou Y, Liu Y, Li F. Uso de clorexidina na prevenção de infecções respiratórias. *Crit Care Med.* 2020;48(7):e581-e588.

30. Pinto R, Almeida A, Costa L. Impacto da higiene oral na incidência de PAV. *J Hosp Infect.* 2021;109:56-62.

31. Aric Journal. Higiene oral e desfechos clínicos em UTIs. *Aric J.* 2023;12(1):15-22.

32. Gomes F, Esteves A. Papel do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional. *Rev Bras Odontol.* 2012;69(1):40-47.