



## Protocolo de Atenção à Saúde

# PRÓTESE DENTÁRIA

### Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº 342 de 28 de junho de 2017, publicada no DODF Nº 124 de 30 de junho de 2017.

## 1- Metodologia de Busca da Literatura

### 1.1 Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolos da SES/DF

### 1.2 Palavra(s) chaves(s)

Prótese total, prótese dentária, desdentados, prótese parcial removível, placa miorelaxante, função mastigatória, dimensão vertical, coroa metálica, estética.

### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 1982 a 2015, totalizando 11 textos.

## 2- Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente - tem promovido a reorganização das práticas e da rede de Atenção à Saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal. A implementação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) tem por objetivo suprir a grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral. Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado este tipo de atendimento, porém, com a criação do Brasil Sorridente, a

reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>2</sup>.

As Portarias nº 2373/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, e nº 211/SAS/MS de 13 de maio de 2011 do Ministério da Saúde autorizam os municípios, com qualquer base populacional, a cadastrar Laboratórios Regionais de Prótese Dentária e não há restrição quanto à natureza jurídica desses laboratórios, ou seja, o gestor municipal/distrital/estadual pode contratar a prestação do serviço<sup>2</sup>.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil 2010) analisou a situação da população brasileira com relação às necessidades de prótese e verificou que 23,9% dos idosos entre 65 e 74 anos tem necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares<sup>2</sup>.

A prótese dentária é a especialidade da Odontologia que tem como interesse a reabilitação oral de zonas desdentadas por meio de aparelhos artificiais<sup>9</sup>. As próteses dentárias podem ser fixas na cavidade bucal ou removíveis – prótese parcial removível (PPR)<sup>10</sup>.

A confecção de próteses totais ainda faz parte da rotina do cirurgião-dentista clínico geral ou protesista, uma vez que a demanda para este tipo de tratamento é grande no Brasil, principalmente entre a população de idade mais avançada e de menor renda<sup>4</sup>.

Ainda que esteja prevista na Atenção Primária, a confecção de próteses pode ser executada no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência pela facilidade de sua operacionalização. Desta forma, o encaminhamento para este serviço varia de acordo com as condições de cada regional podendo a referência para prótese ser um cirurgião-dentista (CD) lotado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou CEO<sup>2</sup>.

Outro acometimento comum na população refere-se às disfunções temporomandibulares (DTM). O termo DTM é utilizado para reunir um grupo de doenças que acometem os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes.

Normalmente essa disfunção afeta tão enfaticamente a população que num estudo recente, os autores concluíram que a dor da DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente, prejudicando as atividades do trabalho (59,09%), da escola (59,09%), o sono (68,18%) e o apetite/alimentação (63,64%) nos sujeitos pesquisados. Os sintomas auditivos referidos por pacientes com DTM são: dores de ouvido (otalgia), sensação de plenitude auricular, sensação de diminuição de acuidade auditiva, zumbidos, tonturas e vertigens. Outros sintomas são: limitação dos movimentos mandibulares, oclusão estática e dinâmicas anormais e também pode haver a presença de ruídos articulares (como estalido e/ou crepitação)<sup>7</sup>.

Para uma correta e ideal indicação terapêutica, a avaliação de todos os possíveis sintomas juntamente com o trabalho em equipe é fundamental, entre eles: cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, além de psicólogos, otorrinolaringologistas, neurologistas e devem conjuntamente e preferencialmente avaliar os possíveis fatores causais e, cada qual em sua área de atuação, intervir<sup>7</sup>.

### **3- Justificativa**

Construir um protocolo de atendimento em Prótese Dentária tem como objetivo principal padronizar a ação dos profissionais de saúde para o atendimento dos usuários. Orientar também esses profissionais acerca da conduta profissional e tratamentos odontológicos mais adequados a serem realizados na rede.

### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

K08.1 Perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas

K08.2 Atrofia do rebordo alveolar sem dentes

K06.1 Hiperplasia gengival/ Fibromatose gengival

K06.2 Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos, Hiperplasia irritativa do rebordo alveolar (hiperplasia devida a dentadura)

K06.8 Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes: Epúlido de células gigantes, fibroso, Granuloma (gengival piogênico, periférico de células gigantes, rebordo gengival flutuante)

K06.9 Transtorno da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes sem outra especificação

K07 Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)

K08.2 Atrofia do rebordo alveolar sem dentes

K08.3 Raiz dentária retida

K08.8 Outros transtornos especificados dos dentes e das estruturas de sustentação

K10.0 Transtornos do desenvolvimento dos maxilares (torus mandibular e palatino)

Z46.3 Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária.

### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

O diagnóstico é realizado pelo cirurgião dentista e é eminentemente clínico por meio de exame físico intra e extra-oral. Quando existe a necessidade de exame radiográfico, o

usuário deve comparecer as unidades radiológicas da rede portando ficha solicitação de exame (anexo I) para marcação de consulta e exame.

- Desdentado Parcial – paciente apresenta algumas ausências dentárias.
- Desdentado Total – paciente apresenta ausência dentária total.
- Restos Radiculares – presença de raíz na maxila ou mandíbula
- Torus Mandibular e Maxilar – crescimento ósseo na mandíbula ou maxila que atrapalha a instalação de próteses total e removíveis.
- Hiperplasia Fibrosa Inflamatória– aumento exagerado de tecido gengival que cresce devido a um fator irritante local (próteses mal adaptadas).
- Lesão por câmara de sucção – aumento de volume região do palato duro, geralmente de forma triangular, em função de profileração de tecido gengival nesta área.
- Crescimento ósseo anormal dos rebordos alveolares – crescimento exagerado de tecido ósseo que impossibilita a confecção da prótese total/removível.
- Atrofia do rebordo alveolar – reabsorção do rebordo alveolar que ocorre geralmente após a perda dentária.
- Disfunção Temporomandibular – anormalidades que atingem a (ATM) e/ou os músculos da mastigação.

## **6- Critérios de Inclusão**

- Paciente em tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) que apresente dente com necessidade de tratamento protético deve ser encaminhado pela UBS com a guia de consulta nº 6600 (anexo II) em 02 vias devidamente preenchidas (nome completo, endereço completo com cep, cartão do sus) nos padrões deste protocolo.
- Paciente deve ser encaminhado com rx panorâmico, quando possível.
- Pacientes com Disfunção Temporo-Mandibular (DTM)

### Prótese Total<sup>1</sup>:

- o Ausência total de elementos dentários em uma ou ambas a arcadas, rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese.
- o Ausência de leões ósseas, da mucosa, gengiva ou dos anexos orais<sup>1</sup>.
- o Necessidades básicas de tratamento odontológico totalmente sanadas<sup>1</sup>.
- o Comprometimento do usuário em comparecer às consultas de manutenção<sup>1</sup>

### Prótese Removível<sup>1</sup>:

- o Presença de elementos dentários compatíveis com a confecção de prótese parcial removível.

- o Comprometimento do usuário em comparecer às consultas de manutenção<sup>1</sup>.
- o Presença de dentes-suporte em boas condições dentária, sem dor, sem cárie.
- o Pacientes com todo tratamento clínico dos dentes remanescentes concluídos: dentística, endodontia, periodontia, cirurgia.
- o Extrações dentárias devem ser realizadas 90 dias antes da 1º consulta de prótese.

## **7- Critérios de Exclusão**

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite tomada de impressão e a consequente confecção e uso da prótese<sup>1</sup>.
- Presença de elementos dentários que possam ser devidamente restaurados, ou tratados de forma convencional e que garantam uma condição estética e/ou funcional do usuário<sup>1</sup>.
- Presença de elementos dentários, cujo número ou forma impossibilite a confecção da prótese parcial removível<sup>1</sup>.

## **8- Conduta**

- Desdentado Parcial – indicação para prótese removível
- Desdentado Total – indicação para prótese total
- DTM – confecção de placa miorreaxante
- Hiperplasia fibrosa inflamatória e câmara de sucção - Cirurgia de remoção cirúrgica
- Cirurgias pré-protéticas - (torus mandibular e maxilar, aprofundamento de sulco, desinsersão de bridas, aumento de fundo de saco vestibular). Conduta cirúrgica. Nos casos de torus onde existe grande formação óssea, a remoção cirúrgica é indicada.

### **8.1 Conduta Preventiva**

- Instrução de higiene oral para próteses, manter a prótese delimitada nas áreas chapeáveis.
- Instrução de higiene oral das mucosas e cavidade oral.
- Instalação de programas educativos em saúde com instrução de higiene oral, palestras, aplicação tópica de flúor (para aqueles pacientes parcialmente dentados), por exemplo, é importante para orientar as pessoas sobre as doenças bucais e como evitá-las de modo que o usuário se conscientize que o mesmo procure o serviço odontológico antes que a doença se instale e se agrave.

## **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

Confecção de próteses totais e removíveis.

## **8.3 Tratamento Farmacológico**

Não se aplica.

### **8.3.1 Fármaco(s)**

Não se aplica.

### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica.

### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

O número de sessões para tratamento protético será determinada pelo cirurgião-dentista de acordo com o quadro clínico e gravidade do caso, totalizando em média 06 sessões por paciente.

## **9- Benefícios Esperados**

Reabilitar e recuperar o equilíbrio neuromuscular do sistema estomatognático, possibilitando o desempenho e manutenção de suas funções (função mastigatória, fonética, estética), promovendo, assim, o bem-estar físico, mental e social do usuário<sup>8</sup>.

## **10- Monitorização**

Como grande parte dos pacientes portadores de próteses totais são pacientes idosos, a necessidade de retornos periódicos ao consultório faz-se necessária. Este acompanhamento é imprescindível não só para exame regular da condição de saúde dos tecidos remanescentes, mas também para verificar as condições das próteses em diversos aspectos (adaptação, oclusão, estética)<sup>5</sup>.

A monitorização é realizada através de uma consulta após a instalação da prótese total ou removível (6<sup>a</sup> sessão).

## **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

Acompanhamento pós-tratamento será realizada na UBS de referência.

## 12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – PRÓTESE DENTÁRIA

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pela equipe odontológica sobre os procedimentos que vou me submeter para confecção de prótese \_\_\_\_\_ (total ou removível), quanto à retenção, estabilidade (ficar soltando da boca), e tempo de execução da mesma.

Estou ciente que deverei retornar ao consultório nos dias determinados pelo dentista, bem como informá-lo imediatamente sobre as possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir. Fui informado que os ajustes necessários na (s) próteses (s) só poderão ser feitas pelo dentista que as confeccionou. Estou ciente que as faltas sem justificativas às consultas podem caracterizar abandono do tratamento.

Declaro que as informações deste prontuário por mim prestadas são verdadeiras. Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Cirurgião-dentista

## 13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor


A regulação, controle e avaliação serão realizadas através dos dados coletados em cada unidade de saúde da SES-DF, de forma mensal.

#### 14- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17), ISBN 85-334-1228-2.
2. Política de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2004
4. Pereira, A.C., Silva, F.R.B., Meneghim, M.C. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba. ROBRAC, v.8, n.26, p.17-21, 1999.
5. Drummond, J. R. et al. Color atlas and textbook of dental care of the elderly. London: Mosby-Wolfe, 1995, 224 p.
6. Tadashi Tamaki, Dentaduras Completas. 4ª ed. Savier, São Paulo, 1988.
7. Donnarumma, M.D.C., Muzilli, C.A., Ferreira, C., Nemr, K. Rev. CEFAC. 2010 Set-Out; 12(5):788-794.
8. Carli, João Paulo de et al. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. Salusvita, Bauru, v.32, n.1, p. 103-115, 2013.
9. Desplats, E., Keogh, I. Protesis parcial removable. 1ª ed. Madrid: Harcourt, 1998.
10. Phoenix, R. Clinical removable partial prosthodontics. 3ª ed. Hannover Park, Quintessence Publishing, 2003.
11. Strini, P.; J.; S.; A., Machado, N.;A.;G.; Strini, P.; J.; S.; Gavião, M.; B.; D.; Fernandes-Neto, A.; J.; Avaliação da performance mastigatória em pacientes com dentes naturais e após a reabilitação com próteses removíveis totais imediatas superior, inferior e bimaxilares – relato de casos clínicos. RFO, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 200-205, maio/ago. 2011.




## ANEXO I

 <p style="font-size: small;">GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE UNIDADE DE RADIOLOGIA</p>	<h3 style="margin: 0;">REQUISIÇÃO DE EXAME</h3>																																																						
<p>NOME: _____ REGISTRO: _____</p> <p>IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ NATURALIDADE: _____</p> <p>PROCEDÊNCIA: _____ AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> INTERNADO <input type="checkbox"/></p>																																																							
<p>MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME: _____</p> <p>EXAME SOLICITADO: _____</p>																																																							
<p>INDICAÇÕES CLÍNICAS: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CONTRASTE ml</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">FILMES</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">CUSTOS</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">IODADO</th> <th style="width: 15%;">BARITADO</th> <th style="width: 15%;">ÚTEIS</th> <th style="width: 15%;">PERDIDOS</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>14x17</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>16x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>20x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C.R.M.</td> <td style="text-align: center;">MATRÍCULA</td> <td>24x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>30x40</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>35x35</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>TOTA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CONTRASTE ml		FILMES		CUSTOS		IODADO	BARITADO	ÚTEIS	PERDIDOS					14x17						16x30						20x30				C.R.M.	MATRÍCULA	24x30						30x40						35x35						TOTA			
CONTRASTE ml		FILMES		CUSTOS																																																			
IODADO	BARITADO	ÚTEIS	PERDIDOS																																																				
		14x17																																																					
		16x30																																																					
		20x30																																																					
C.R.M.	MATRÍCULA	24x30																																																					
		30x40																																																					
		35x35																																																					
		TOTA																																																					
<p>_____/_____/_____</p> <p style="font-size: x-small;">DATA</p>	<p>_____</p> <p style="font-size: x-small;">ASSINATURA DO MÉDICO</p>	<p style="font-size: x-small;">EXAME MARCADO</p> <p>DATA: ____/____/____</p> <p>HORAS: _____</p>																																																					

M03 45.05 - CDD - COMPUTADOR 40209 - FORMATO 170 x 175 mm

## ANEXO II

 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE <b>DIRETORIA DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE</b>	<b>REGISTRO CLÍNICO Nº:</b> _____  Nome: _____ Filiação: _____  Natural: _____ End.: _____ Fone: _____	Iniciais do Nome	D C	DATA DE NASC:			Sexo
				Dia	Mês	Ano	M/F
Do C.S. Nº: _____							
Para: _____							
<b>GUIA DE CONSULTA</b>							

CENTRO DE SAÚDE	
ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência	
Queixa Principal: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Impressão Diagnóstica (CID): _____	
Referência: _____ _____	
____/____/____ Data	_____ Carimbo e Assinatura do Médico do C.S.

HOSPITAL REGIONAL	
INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO	
_____ _____ _____ _____	
ORIENTAÇÃO DE SEGMENTO Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CONDUTA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Primário
Terapêutica: _____ _____ _____ _____	
Contra Referência: _____ _____	
OBSERVAÇÃO: A nível primário, orientar a conduta de seguimento.	
_____ _____ _____ _____	
____/____/____ Data	_____ Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S.

Mod. 56.00

M.P. Gráfica

Med. 20 x 28,5 cm

CC. 51361

## FLUXOGRAMA DE PRÓTESE

