



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº XXX de data da portaria, publicada no DODF Nº XXX de data da publicação.

LISTA DE ABREVIATURAS

Sigla	Significado
APS	Atenção Primária à Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10 ^a Revisão
COASIS	Coordenação da Atenção Secundária e Integração de Serviços
CPPAS	Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde
DASIS	Diretoria de Atenção à Saúde Integral à Saúde
DF	Distrito Federal
DODF	Diário Oficial do Distrito Federal
DTM	Disfunção Temporomandibular
EP	Estomatite Protética
GEO	Gerência de Odontologia
INFOSAÚDE-DF	Portal de Informações e Transparência da Saúde do Distrito Federal
NMF	Núcleo Metálico Fundido
OS	Ordem de Serviço
PDSB-DF	Política Distrital de Saúde Bucal do Distrito Federal
PPF	Prótese Parcial Fixa
PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
REME	Relação de Medicamentos do Distrito Federal

Sigla	Significado
RS	Região(ões) de Saúde
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SB Brasil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SEI	Sistema Eletrônico de Informação
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Termo de Consentimento Informado
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	Metodologia de Busca da Literatura.....	6
1.1	Base(s) de dados consultada(s)	6
1.2	Palavra(s) chaves(s)	6
1.3	Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	6
2	Introdução.....	6
3	Justificativa.....	7
4	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)	8
5	Diagnóstico Clínico ou Situacional	8
5.1	Diagnóstico para Utilização de Próteses removíveis (Totais ou Parciais)	8
5.2	Dentes com necessidade de restaurações indiretas ⁹	11
5.3	Critérios Biomecânicos para Utilização de Pinos	12
5.3.1	Pinos Metálicos Fundidos ⁹	12
5.3.2	Pinos de Fibra de Vidro ¹⁰	12
5.4	Alterações Bucais Relacionadas à Prótese Dentária	14
6	Critérios de Inclusão	15
6.1	Prótese Total ¹⁶	15
6.2	Prótese Parcial Removível ¹⁶	15
6.3	Prótese Fixa ¹⁷	15
7	Critérios de Exclusão ^{16,17}	16
8	Conduta	16
8.1	Conduta Preventiva.....	20
8.1.1	Objetivo	20
8.1.2	O que prevenir.....	20
8.1.3	Avaliação de risco (em toda primeira consulta e nos retornos)	20
8.1.4	Medidas gerais de prevenção a todos os usuários de prótese	20
8.2	Tratamento Não Farmacológico.....	22
8.2.1	Estomatite Protética	22
8.2.2	Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	22
8.2.3	Laserterapia	22
8.3	Tratamento Farmacológico	23
8.3.1	Tratamento Farmacológico da Estomatite Protética	23
8.3.2	Fármacos	23
9	Benefícios Esperados	24
10	Monitorização	24
11	Acompanhamento Pós-tratamento	24

12	Termo de consentimento informado – TCI.....	25
13	Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor	25
14	Referências Bibliográficas.....	27

1 METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1 Base(s) de dados consultada(s)

Para a elaboração deste protocolo, foram consultadas as bases de dados PubMed, MEDLINE, LILACS e SciELO, além de publicações oficiais do Ministério da Saúde, protocolos clínicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e referências bibliográficas reconhecidas da área de Odontologia. A seleção das fontes priorizou evidências científicas atuais, diretrizes nacionais e materiais de referência aplicáveis à prática clínica na rede pública de saúde.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Prótese dentária, prótese total, prótese parcial removível, prótese parcial fixa, arcada edêntula, arcada parcial edêntula, mastigação.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 2004 a 2025, totalizando 27 referências de relevância científica e aplicabilidade clínica. Destas, **17 correspondem a artigos científicos** (originais, revisões sistemáticas e estudos clínicos), **7 são documentos oficiais, diretrizes e publicações** do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e **3 são livros de referência** em odontologia.

2 INTRODUÇÃO

A prótese dentária é a especialidade da Odontologia que tem como fim a reabilitação bucal de dentes com grande perda de estrutura e zonas desdentadas por meio de aparelhos protéticos¹. A confecção de próteses totais ainda faz parte da rotina do Cirurgião Dentista (CD) 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^{2,3}.

Conforme dados do SB Brasil 2023⁴, a necessidade de reabilitação protética aumenta significativamente com a idade. Na faixa etária de 35 a 44 anos, 53,7% dos adultos brasileiros apresentam necessidade de algum tipo de prótese, sendo mais comum a necessidade de prótese parcial bimaxilar (25,78%) e prótese parcial em apenas uma arcada (25,14%). Essa demanda cresce substancialmente na faixa dos 65 a 74 anos, atingindo aproximadamente 70% dos idosos em âmbito nacional. Na Região Centro-Oeste, 49,26% dos participantes de 65 a 74 anos autoperceberam necessidade de prótese dentária, destacando-se ainda que esta região apresenta o maior percentual de edentulismo total do país (40,46%).⁴

A crescente transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento populacional, indica um

aumento significativo da demanda por reabilitação protética, sobretudo entre idosos, grupo que apresenta elevada prevalência de perdas dentárias e edentulismo, como evidenciado pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal⁴. Esta realidade epidemiológica reforça a imprescindibilidade da valorização e fortalecimento do serviço de prótese dentária, reconhecido como instrumento indispensável para a promoção da saúde oral, funcionalidade mastigatória, expressão facial, fala e qualidade de vida do indivíduo⁵.

O Brasil Sorridente, criado em 2004, programa de assistência odontológica, 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, sendo a reabilitação protética uma das principais metas⁶.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) oferece o serviço de Prótese Dentária à população através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Distrito Federal está organizado em sete Regiões de Saúde (RS), nas quais cada área é administrada de forma territorializada, de acordo com as Regiões Administrativas incluídas em sua abrangência. Cada uma das RS conta, ao menos, com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que funciona como referência para o atendimento especializado local. Os encaminhamentos para prótese dentária são realizados por meio do Sistema de Regulação (SISREG), uma plataforma online que gerencia todo o fluxo regulatório desde a rede básica até a atenção especializada. Visando ampliar o acesso a esse atendimento, a Política Distrital de Saúde Bucal do DF (PDSB-DF) estabeleceu como um dos 12 principais desafios da política de saúde bucal garantir a existência de, no mínimo, um CEO em cada Região Administrativa. Além disso, é fundamental assegurar a oferta do serviço de prótese dentária em toda a rede, proporcionando aos usuários um atendimento odontológico especializado mais rápido e equitativo⁷.

Desta forma se estabelece o fluxo de atendimento e para pacientes que necessitam de prótese dentária, serviço fundamental para a promoção da saúde, qualidade de vida e autonomia da população. A SES/DF visa ampliar e qualificar esse serviço, para garantir o acesso igualitário e resolutivo por meio da rede pública, integrada pelos CEOs e UBS. A implantação e fortalecimento do atendimento em prótese dentária na rede pública do DF refletem a prioridade em assegurar um cuidado integral, humanizado e eficiente, alinhado com a Política Distrital de Saúde Bucal e as necessidades da população local.

3 JUSTIFICATIVA

A elaboração do presente protocolo justifica-se pela necessidade de padronizar as práticas clínicas e administrativas relacionadas ao atendimento em prótese dentária na rede pública do Distrito Federal, assegurando uniformidade na conduta dos profissionais e qualidade na assistência prestada aos usuários.

Orienta os procedimentos clínicos e a conduta profissional a serem adotados na rede de Atenção Primária e Secundária, considerando as especificidades dos pacientes com necessidade de prótese dentária.

Além disso, objetiva a otimização dos recursos disponíveis, a regulação eficaz do fluxo assistencial e a humanização do atendimento, garantindo que as intervenções em prótese sejam realizadas com segurança, eficácia e equidade. Este documento, portanto, configura-se como instrumento para o fortalecimento da Política Distrital de Saúde Bucal, contribuindo para a integralidade, equidade e resolutividade do cuidado odontológico oferecido à população do Distrito Federal.

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: Epúlide (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 maloclusão);
- 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);
- K12.1: Outras formas de estomatite (incluindo devido ao uso de prótese)
- T84.3: Complicação mecânica de outros dispositivos, implantes e enxertos ósseos, que pode incluir complicações relacionadas a próteses.
- Z46.3 Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese dentária.
- Z97.2: Presença de dispositivo protético dentário (completo ou parcial).

5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

5.1 Diagnóstico para Utilização de Próteses removíveis (Totais ou Parciais)

O diagnóstico clínico situacional deverá ser realizado pelo Cirurgião-Dentista (CD) por meio de exame físico detalhado, incluindo avaliação intrabucal e extrabucal, além da solicitação de exames complementares quando necessário. Serão considerados os seguintes aspectos essenciais para o planejamento e indicação do tratamento protético:

Situação dos Dentes e Estruturas Orais

- Dentes com necessidade de restaurações indiretas, com ou sem tratamento endodôntico prévio;
- Raízes residuais remanescentes e sua condição;
- Presença de dentes remanescentes e avaliação da saúde estrutural para suporte protético.

Condições de Edentulismo

- Desdentação Parcial: ausência de um ou mais dentes, com avaliação da condição dos dentes remanescentes.
- Desdentação Total: ausência completa dos dentes em um ou ambos os arcos dentários, associada à avaliação do rebordo alveolar para suporte da prótese.

Avaliação das Estruturas Ósseas e Tecidos Moles

- Tórax Mandibular e Maxilar: presença de exostoses ou tórus que possam dificultar ou impedir a adaptação das próteses;
- Crescimento ósseo anormal dos rebordos alveolares que possa interferir na confecção e retenção das próteses;
- Atrofia do rebordo alveolar, decorrente da reabsorção óssea pós-exodontia.

Alterações da Mucosa e Tecidos Moles

- Hiperplasia Fibrosa Inflamatória: crescimento excessivo do tecido gengival devido a irritantes locais, frequentemente associado a próteses mal adaptadas;
- Lesão por câmara de sucção: aumento volumétrico característico do palato duro, geralmente de forma triangular, secundário à proliferação da mucosa;

Alterações Funcionais e Dolorosas

- Disfunção Temporomandibular (DTM): presença de anormalidades na articulação temporomandibular e/ou nos músculos da mastigação que possam influenciar o planejamento protético.

Classificação da Desdentação Parcial⁸

Para a adequada avaliação e planejamento do caso clínico em pacientes com perda dentária parcial, será utilizada a Classificação de Kennedy⁸. Esta baseia-se na localização e extensão dos espaços desdentados em relação aos dentes remanescentes e é dividida em quatro classes principais:

Classe I: desdentação bilateral posterior, com ausência de dentes posteriores em ambos os lados da arcada, sem pilares posteriores para suporte protético;

Classe II: desdentação unilateral posterior, com ausência de dentes posteriores em um lado da arcada, também sem pilar posterior;

Classe III: desdentação unilateral intercalar, caracterizada por um espaço edêntulo delimitado por dentes naturais na parte anterior e posterior;

Classe IV: desdentação anterior única, que cruza a linha mediana e não possui dentes naturais posteriores ao espaço.

Além disso, são consideradas modificações quando existem espaços adicionais desdentados além do principal, indicadas numericamente (modificação 1, 2, etc.), conforme as Regras de Applegate em 1957.⁸

Para padronizar e tornar a Classificação de Kennedy mais precisa, Applegate sugeriu algumas regras, conhecidas como "Regras de Applegate para a Utilização da Classificação de Kennedy":

- I. A classificação deve ser estabelecida apenas após a conclusão de quaisquer extrações dentárias que sejam necessárias. Isso garante que o planejamento seja baseado na condição final da arcada.
- II. Se houver múltiplas áreas desdentadas na mesma arcada, a classe principal é determinada pela área edêntula mais posterior.
- III. A ausência de um terceiro molar não é considerada na classificação se não houver intenção de substituí-lo proteticamente ou utilizá-lo como dente pilar. O mesmo princípio se aplica a um segundo molar quando não está presente e não há planejamento para sua reposição.
- IV. No entanto, se um terceiro molar estiver presente e for planejado utilizá-lo como dente pilar, ele deve ser considerado na classificação.
- V. Qualquer área edêntula que não seja a que determinou a classe principal é denominada "área de modificação" (ou subclasse). As modificações podem ser posteriores ou anteriores.
- VI. Ao contar as modificações, o que importa é o número de áreas edêntulas adicionais, e não a extensão de cada uma (ou seja, quantos dentes faltam em cada área de modificação).
- VII. A Classe IV é única por não apresentar modificações. Isso significa que se houver qualquer outra área edêntula posterior àquela que caracteriza a Classe IV (ou uma área intercalada), a classificação principal seria alterada para Classe I, II ou III, pois a área edêntula mais posterior sempre define a classe.

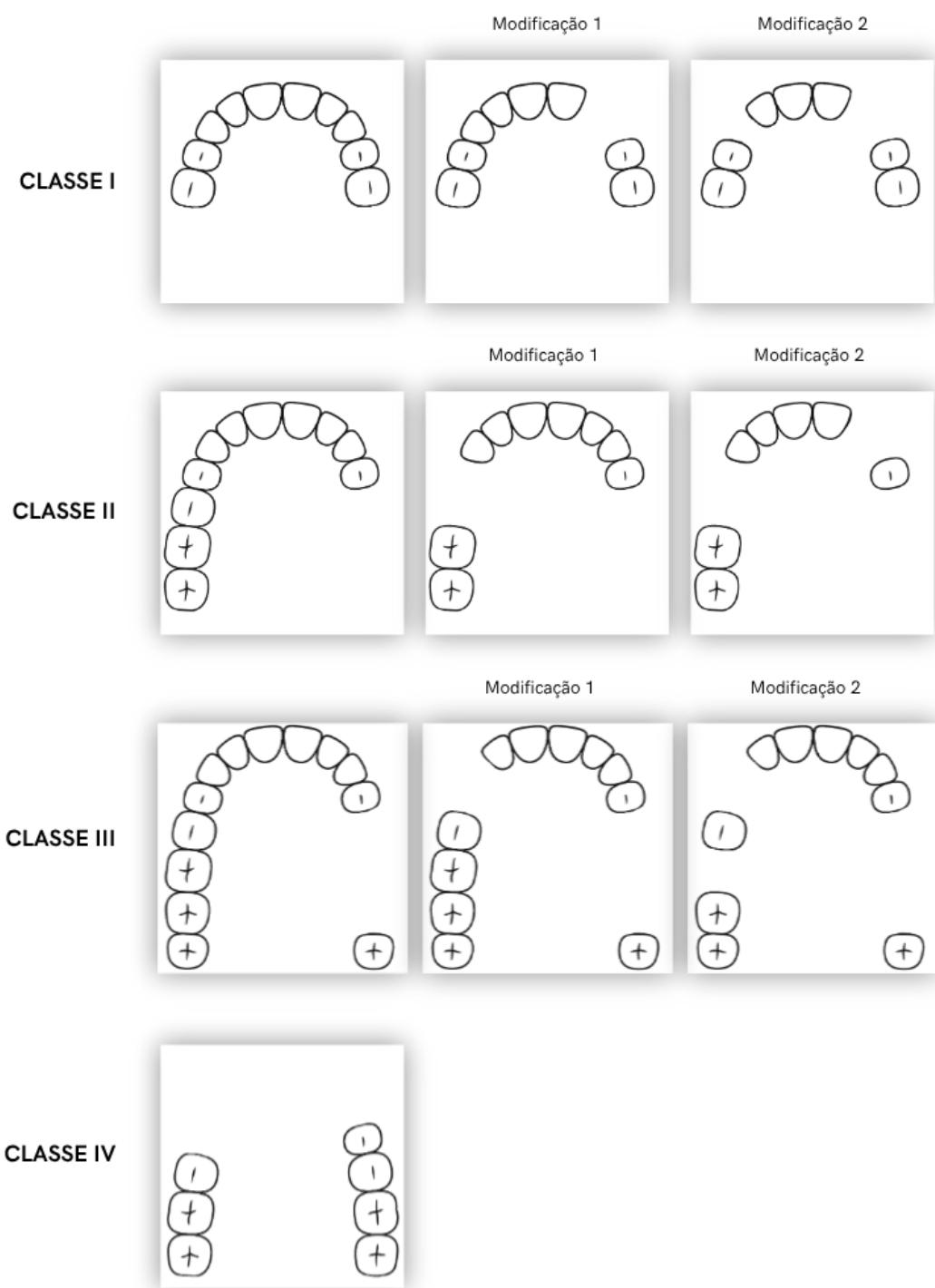


Figura 1. Classificação das arcadas dentárias segundo Kennedy e as modificações de Applegate. Fonte: Elaboração própria

5.2 Dentes com necessidade de restaurações indiretas⁹

Nas situações em que a restauração direta (amálgama ou resina composta) não oferece resistência ou

proteção adequadas à estrutura dentária remanescente considera-se a necessidade de restaurações indiretas.

Destrução extensa da estrutura dentária: A perda de estrutura é tão significativa que o remanescente dentário depende da restauração para readquirir resistência mecânica e proteção funcional.

Restaurações extracoronárias (coroas): Nos casos em que a estrutura coronária não é suficiente para reter uma restauração, torna-se necessária a confecção de uma restauração extracoronária (coroa total). Também é indicada em situações em que há ampla perda de estrutura axial, necessidade de correção de contornos para ajuste oclusal ou ainda quando há demanda estética.

Dentes com Indicação de Pino Intrarradicular: A necessidade de utilização de pino intrarradicular em dentes tratados endodonticamente deve ser avaliada conforme o grau de destruição coronária, o tipo de dente e as exigências funcionais e estéticas. A preparação deve respeitar critérios biomecânicos.

5.3 Critérios Biomecânicos para Utilização de Pinos

A escolha do tipo de pino intrarradicular deve considerar o grau de destruição coronária, o formato do canal, o tipo de dente e o material restaurador final. O objetivo é restaurar função e retenção, respeitando a preservação da estrutura dentinária e os critérios biomecânicos de cada sistema.

5.3.1 Pinos Metálicos Fundidos⁹

Indicação:

- Dentes com grande perda coronária;
- Canais amplos ou com formato irregular (não circulares);
- Necessidade de retenção elevada ou suporte para coroas metálicas/metalocerâmicas.

Critérios Biomecânicos:

- Comprimento: igual ou superior ao da coroa clínica, ou mínimo de 2/3 do comprimento radicular, preservando ≥ 4 mm de guta-percha apical para vedamento.
- Formato: deve seguir a anatomia do canal, evitando desgaste excessivo da dentina.
- Risco: pinos longos aumentam a retenção, mas também elevam o risco de fratura radicular, principalmente em raízes finas.

5.3.2 Pinos de Fibra de Vidro¹⁰

Indicação:

- Dentes com remanescente coronário suficiente para retenção parcial;
- Situações em que se busca maior preservação dentinária e melhor estética (em dentes anteriores ou coroas estéticas).

Critérios Biomecânicos:

- Diâmetro: selecionar o menor possível (0,5 mm ou 1,0 mm), ajustando minimamente o canal para preservar dentina;
- Comprimento: cerca de 1/2 a 2/3 do comprimento radicular, respeitando o mínimo de 4 mm de guta-percha apical;
- Cimentação: deve ser feita com cimento resinoso convencional (adesivo), garantindo retenção e selamento interno.
- Adaptação: evitar espaços amplos entre o pino e o canal radicular— quanto menor a espessura de cimento, melhor a performance.

Quadro 1. Comparativo Prático resumido entre Pino Metálico Fundido e Pino de Fibra de Vidro

Critério	Pino Metálico Fundido	Pino de Fibra de Vidro
Indicação	Destrução extensa, canais amplos	Dentes com estrutura remanescente, estética, menor desgaste
Comprimento ideal	$\geq 2/3$ da raiz ou \geq coroa clínica (manter no mínimo 4 mm guta-percha)	1/2 a 2/3 da raiz (manter no mínimo 4 mm guta-percha)
Tipo de cimento	Convencional (cimento fosfato de zinco, ionômero para cimentação)	Cimento resinoso adesivo

Fonte: Shillingburg, 2007 e Morais, 2023.

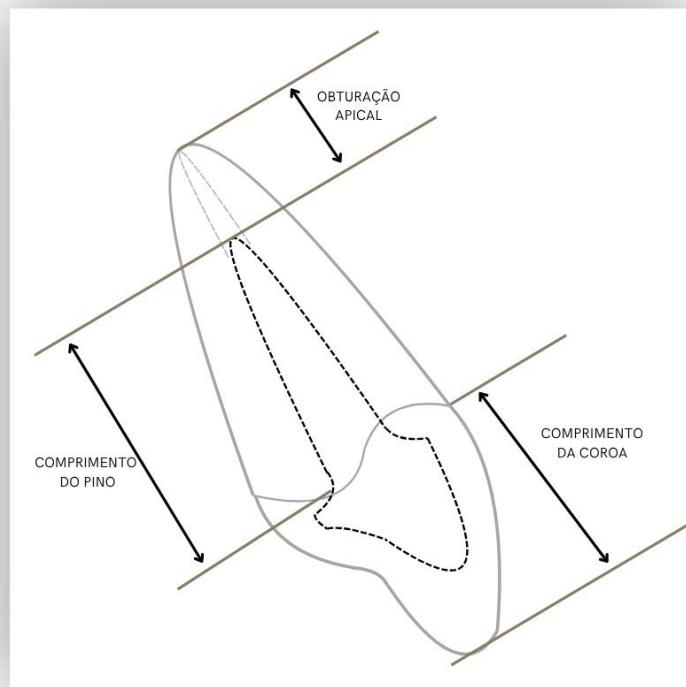


Figura 2. Ilustração dos espaços biomecânicos de preparo do pino intrarradicular. Fonte: Elaboração própria

O pino metálico fundido é preferível em casos com grande destruição e necessidade de retenção, enquanto o pino de fibra de vidro é indicado para casos conservadores, priorizando estética e preservação dentinária. Em ambos, é obrigatório manter pelo menos 4 mm de guta-percha apical para vedamento.

5.4 Alterações Bucais Relacionadas à Prótese Dentária

O uso de próteses dentárias pode trazer benefícios funcionais e estéticos, mas também está associado a diversas alterações bucais, especialmente quando há má adaptação, higiene inadequada ou uso prolongado.

Quadro 2. Alterações Bucais Comuns relacionadas ao uso de próteses dentárias.

Alteração Bucal	Descrição e Fatores Relacionados
Estomatite protética	Inflamação da mucosa sob a prótese, frequentemente associada à colonização por <i>Candida spp.</i> e higiene deficiente.
Hiperplasia fibrosa inflamatória	Crescimento excessivo do tecido gengival devido à irritação crônica pela prótese mal adaptada.
Candidíase bucal	Infecção fúngica, mais comum em usuários de próteses, especialmente com higiene inadequada.
Lesões traumáticas (úlceras, feridas)	Decorrentes de próteses mal ajustadas ou uso prolongado sem acompanhamento.
Alterações na mastigação e fala	Prótese mal adaptada pode prejudicar mastigação, fala e causar desconforto ou dor.
Acúmulo de biofilme	Superfícies das próteses favorecem acúmulo de biofilme e dependem de uma higiene adequada para sua remoção.

Fonte: Neville, 2016

A estomatite protética (EP) é uma das lesões bucais mais comuns em usuários de próteses removíveis, com prevalência reportada entre 20% a 67% em diferentes estudos^{11,12}, sendo frequentemente citada como estomatite por dentadura, estomatite por *Cândida* ou candidíase atrófica crônica. A prevalência é maior em mulheres, idosos, usuários de próteses mal adaptadas, com má higiene bucal e uso contínuo (inclusive noturno) das próteses¹³.

Clinicamente, caracteriza-se por áreas eritematosas e edemaciadas, podendo evoluir para formas hiperplásicas, conforme a classificação de Newton: tipo I (inflamação localizada e leve, com pequenas petéquias), tipo II (eritema difuso e generalizado) e tipo III (hiperplasia papilar inflamatória). Pode ser assintomática, mas frequentemente causa ardência, desconforto, gosto desagradável e sensação de queimação¹².

A hiperplasia fibrosa inflamatória é uma lesão benigna e reacional da mucosa bucal, caracterizada pelo

crescimento excessivo de tecido conjuntivo em resposta a um trauma crônico, geralmente causado por próteses dentárias mal adaptadas ou uso prolongado das mesmas. O principal fator etiológico é o trauma mecânico de baixa intensidade, porém contínuo, exercido pela borda de próteses mal ajustadas, especialmente em regiões de sulco vestibular¹⁴.

Esta alteração se apresenta como uma massa exofítica, geralmente de base séssil, consistência firme ou flácida, superfície lisa ou ocasionalmente ulcerada, e coloração semelhante à mucosa adjacente ou eritematosa. É, em geral, assintomática, mas pode causar desconforto, dificuldade na adaptação da prótese, alterações estéticas e funcionais. Acomete mais frequentemente adultos de meia-idade ou idosos, com predomínio no sexo feminino¹⁵.

6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

6.1 Prótese Total¹⁶

- Ausência total de dentes em um ou ambos os arcos dentários;
- Rebordo alveolar e mucosa bucal em condições favoráveis ao assentamento da prótese, sem lesões, inflamações ou infecções ativas;
- Ausência de raízes residuais e de lesões ósseas;
- Exodontias realizadas há, no mínimo, 90 dias, ou conforme avaliação clínica do cirurgião-dentista;
- Condições sistêmicas compatíveis com a realização do tratamento odontológico eletivo.

6.2 Prótese Parcial Removível¹⁶

- Presença de dentes remanescentes em boas condições periodontais, endodônticas e estruturais, adequados para suporte e retenção da prótese;
- Tratamentos odontológicos prévios concluídos (dentística, endodontia, periodontia e cirurgia);
- Ausência de lesões de mucosa, infecções ou hiperplasias no arco a ser reabilitado;
- Rebordos e tecidos de suporte em condições anatômicas favoráveis;
- Espaço protético adequado e oclusão passível de restabelecimento funcional.

6.3 Prótese Fixa¹⁷

- Presença de dentes pilares com estrutura remanescente suficiente para preparo e cimentação de coroa protética;
- Dentes pilares sem mobilidade, cárie, inflamação gengival ou dor;
- Ausência de doença periodontal ativa;
- Espaço protético e oclusão adequados para reabilitação com prótese fixa.

7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO^{16,17}

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite a moldagem e a consequente confecção e uso da prótese;
- Raiz curta que impossibilite a confecção de núcleo;
- Hiperplasia fibrosa inflamatória (encaminhar após remoção cirúrgica);
- Presença de dentes com extrusão que inviabilize a confecção de prótese no arco antagonista;
- Confecção de Próteses implanto suportadas.

8 CONDUTA

O tratamento do paciente que apresente necessidade de tratamento protético deverá ser realizado na especialidade de prótese do CEO. Para acessar este tratamento, o paciente deverá ser inserido na regulação da especialidade Prótese Dentária por um cirurgião dentista da UBS, através do Sistema de Regulação (SISREG).

As condições e informações a serem incluídas no encaminhamento aos CEOs devem estar de acordo com a Nota Técnica de Prótese Dentária vigente da SES/DF (<https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas>).

Considerando que, na SES DF, as próteses devem ser realizadas no CEO de acordo com a organização da secretaria, o protocolo clínico para confecção dos diferentes tipos de próteses dentárias será apresentado nas ações a serem desenvolvidas no CEO, e aqui serão citados os passos realizados em cada consulta para cada tipo de prótese (quadros 3, 4 e 5).

Quadro 3. Protocolo Clínico de Prótese Total (PT)

Etapa / Consulta	Clínica	Laboratório
Consulta 1	Moldagem anatômica	Confecção de moldeira individual
Consulta 2	Moldagem funcional	Confecção de base de dentadura e rolete de cera
Consulta 3	Registro da relação intermaxilar e estética	Montagem dos dentes
Consulta 4	Prova dos dentes	Acrilização
Consulta 5	Entrega, ajuste final e orientações de uso e higiene	—

Consulta 6	Controle posterior e ajuste pós-uso. O ajuste deve ser semanal até que o paciente demonstre conforto. O controle posterior deve ser definido conforme as condições de higiene (revisões semestrais ou anuais).	Reembasamento (se necessário)
-------------------	--	-------------------------------

Fonte: adaptado do Ministério da Saúde, 2018.¹⁸

Quadro 4. Protocolo Clínico de Prótese Parcial Removível (PPR)

Etapa / Consulta	Clínica	Laboratório
Consulta 1	Moldagem inicial. Delineamento do modelo de estudo	
Consulta 2	Confecção de nichos e moldagem – modelo de trabalho	Confecção da estrutura metálica em liga cromo-cobalto
Consulta 3	Prova da armação metálica e registro da relação intermaxilar	Confecção de rolete de cera para registro maxilo-mandibular;
Consulta 4	Registro da relação intermaxilar	Montagem dos dentes
Consulta 5	Prova dos dentes e moldagem funcional (em casos de extremo livre)	Acrilização
Consulta 6	Entrega, ajuste final e orientações de uso e higiene	—
Consulta 7	Controle posterior para ajuste da sela e oclusão (após 2–3 dias)	—
Revisões	1 mês, 3 meses, 6 meses, 1 ano (com série radiográfica dos pilares) e revisões anuais com séries radiográficas bienais.	—

Fonte: adaptado do Ministério da Saúde, 2018.

Quadro 5. Protocolo Clínico de Prótese Parcial Fixa (PPF)

Etapa / Consulta	Clínica	Laboratório
Consulta 1	Registro da relação intermaxilar, moldagem para núcleo metálico fundido ou reprepardo	Fundição do núcleo metálico fundido (NMF)
Consulta 2	Adaptação e cimentação do NMF	—

Consulta 3	Moldagem dos pilares	Confecção do coping
Consulta 4	Prova do coping e moldagem de transferência	Aplicação da porcelana
Consulta 5	Prova e ajuste da porcelana	Glazeamento
Consulta 6	Prova final e cimentação da PPF	—
Consulta 7	Controle posterior e ajuste pós-uso (1 semana)	—
Revisões	1 mês, 3 meses, 6 meses, 1 ano (com série radiográfica dos pilares) e revisões anuais com séries radiográficas bienais.	—

Fonte: adaptado do Ministério da Saúde, 2018.

Os insumos para uso em atendimentos em prótese, disponibilizados pela SES, estão listados no Anexo 1.

O processo da prótese dentária envolve o atendimento inicial, perfaz pelo laboratório de prótese e conclui-se com a finalização do trabalho pelo cirurgião-dentista. O CD responsável solicita a coleta do trabalho à empresa via contato telefônico: (62) 4102-2989; mensagem: (62) 99232-0880; ou e-mail: equalizedents@outlook.com.

O fluxo de processo de trabalho deverá abordar moldagem com alginato vazada com gesso pela equipe de saúde bucal para a confecção do modelo. Em consonância, a contratada coletará os moldes de silicone ou modelos de gesso no Centro de Especialidades Odontológicas em até 2 dias úteis após o contato. Para cada etapa ou serviço, uma nova Ordem de Serviço (OS) cujo modelo consta no Anexo III, será preenchida em duas vias pelo CD e assinada por ele e pelo representante da contratada no momento da coleta e da entrega, com uma via para cada. Ao receber o trabalho, um cirurgião-dentista da unidade verificará inconformidades, detalhando-as na mesma OS, que será novamente datada e assinada por ambos. Finalmente, até o quinto dia útil de cada mês, cada unidade de saúde encaminhará ao fiscal técnico, via processo SEI, um relatório mensal dos serviços concluídos, incluindo as ordens de serviço escaneadas, conforme o modelo do Anexo IV do contrato, digitado diretamente no SEI.

O processo de atendimento clínico encontra-se descrito na figura abaixo:

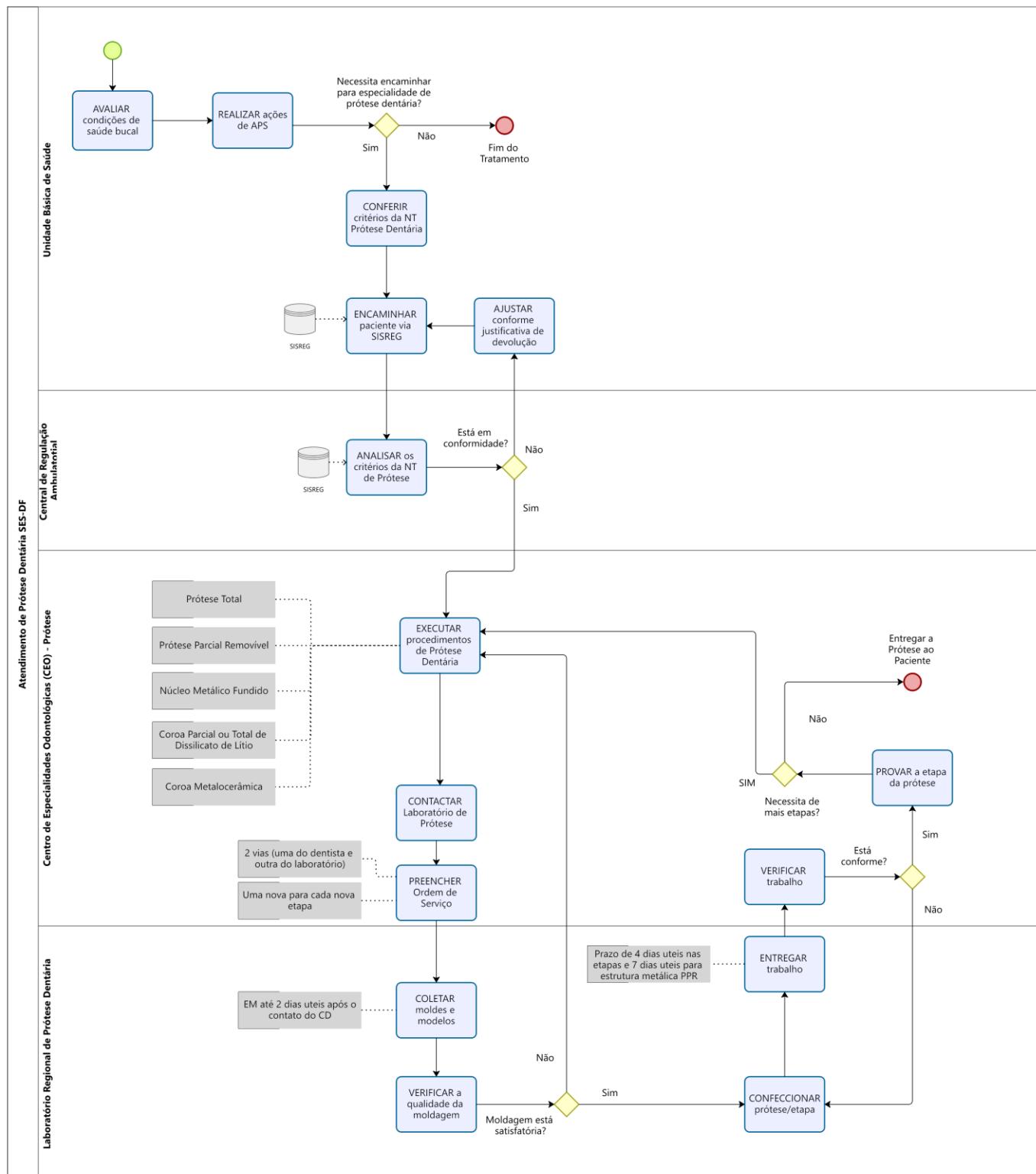


Figura 3. Fluxograma de atendimento ao paciente de prótese dentária na SES/DF. Fonte: Elaboração própria

8.1 Conduta Preventiva

8.1.1 Objetivo

Prevenir agravos associados ao uso e à manutenção de próteses dentárias e reduzir falhas do tratamento protético, garantindo longevidade das próteses e saúde dos tecidos orais (dentes, periodonto e mucosas).

As condutas preventivas descritas a seguir estão fundamentadas nas recomendações do Ministério da Saúde (2004⁶; 2018¹⁸; 2023¹⁹), e Shillingburg et al. (2012).

8.1.2 O que prevenir

- Estomatite protética e candidíase associada a biofilme em próteses.
- Lesões traumáticas de mucosa e hiperplasia fibrosa inflamatória por má adaptação.
- Cárie e doença periodontal em dentes pilares (PPR/PPF).
- Fraturas e deformações das próteses por manuseio e higienização inadequados.

8.1.3 Avaliação de risco (em toda primeira consulta e nos retornos)

- Hábitos: uso noturno da prótese, tabagismo/álcool, higiene da prótese e da boca, uso de adesivos para dentadura.
- Condições sistêmicas e saliva: xerostomia (medicamentos, diabetes), fluxo salivar, mucosas.
- Odontológico: biofilme, cálculo em prótese, trauma de bordas, estabilidade e retenção, oclusão, condição dos dentes pilares, motivação e destreza do usuário.

8.1.4 Medidas gerais de prevenção a todos os usuários de prótese

1) Educação em saúde e demonstração prática

A educação em saúde deve ser parte integrante de todas as consultas de reabilitação protética. O profissional deve realizar demonstração prática das técnicas corretas de higienização das próteses e da cavidade bucal, preferencialmente utilizando modelos demonstrativos ou a própria prótese do paciente. O usuário deve receber orientações verbais e escritas, reforçadas por material educativo (ver Anexo 6). É fundamental registrar no prontuário a realização da orientação e o código correspondente no SIGTAP. Essa abordagem aumenta a adesão ao autocuidado e reduz complicações como candidíase e inflamações de mucosa.

2) Higiene diária da prótese

A higienização deve ser realizada após cada refeição, utilizando escova específica para prótese dentária (de cerdas médias ou macias) e sabão neutro ou detergente suave. A escovação deve ser feita com movimentos firmes e circulares, abrangendo toda a superfície interna e externa da prótese. É importante orientar o paciente a não usar creme dental, pois contém abrasivos que riscam o acrílico e favorecem

acúmulo de biofilme. A prótese deve permanecer imersa em água limpa quando fora de uso, a fim de evitar deformações do material.

3) Desinfecção complementar

A limpeza química complementar é outro componente preventivo para o controle microbiano das próteses, principalmente em usuários idosos ou com higiene deficiente. Deve-se orientar o uso de soluções de hipoclorito de sódio a 0,5% (diluído) somente em próteses acrílicas sem componentes metálicos, com imersão por 10 minutos, uma vez ao dia. Após esse período, a prótese deve ser enxaguada em abundante água corrente. Em próteses com partes metálicas, a desinfecção deve ser feita apenas com escovação mecânica e sabão neutro, evitando qualquer produto clorado, que pode corroer o metal. O profissional deve reforçar a importância de não utilizar vinagre, água quente ou produtos caseiros, pois eles podem alterar a estabilidade dimensional da prótese.

4) Descanso tecidual

Os tecidos da mucosa oral necessitam de períodos de descanso para evitar inflamações e candidíase protética. Por isso, o paciente deve ser orientado a retirar a prótese por pelo menos 6 a 8 horas por dia, preferencialmente durante o sono. Ao remover a prótese, ela deve ser higienizada, enxaguada e mantida imersa em recipiente com água limpa, devidamente identificado, em local arejado e seguro. Essa prática permite a recuperação da mucosa e melhora a circulação local, reduzindo o risco de lesões traumáticas e hiperplasia inflamatória.

5) Higiene da cavidade bucal

A higienização da boca é tão importante quanto a da prótese. O paciente deve escovar gengivas, língua e palato com escova de cerdas macias e creme dental fluoretado, para remover o biofilme e estimular a irrigação sanguínea da mucosa. Usuários de prótese parcial removível ou fixa devem receber instruções específicas para escovação dos dentes pilares, uso de fio dental tipo superfloss ou escovas interdentais, e, se disponível, irrigadores bucais. A manutenção da higiene bucal adequada previne cárie radicular, doença periodontal e infecções de mucosa associadas à prótese.

6) Adesivos para dentadura

O uso de adesivos deve ser considerado excepcional e temporário, apenas para melhorar o conforto durante o período de adaptação ou até a realização de reembasamento. O uso contínuo e indiscriminado pode mascarar problemas de adaptação da prótese e favorecer o acúmulo de resíduos, levando à inflamação da mucosa. Caso o paciente refira necessidade diária de adesivo, o cirurgião-dentista deve avaliar a estabilidade da prótese e indicar ajuste, reembasamento ou confecção de nova prótese, conforme o caso.

7) Sinais de alerta

Durante as orientações, o paciente deve ser instruído a reconhecer sinais de alerta que exigem retorno imediato à unidade: dor persistente, feridas, sangramento, mau hálito, mobilidade da prótese, alteração na

fala ou mastigação. O reconhecimento precoce dessas alterações permite intervenção oportuna, evitando complicações e perda da adaptação. A equipe de saúde bucal deve manter registro atualizado das intercorrências relatadas e assegurar o acompanhamento clínico periódico de todos os usuários reabilitados.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

8.2.1 Estomatite Protética

A superfície da prótese dentária se constitui em um sítio favorável para a colonização das leveduras, devido às porosidades da resina acrílica atuando como um reservatório de infecção. Comumente os pacientes acometidos por estomatite protética admitem utilizar as dentaduras de modo contínuo, removendo-as de vez em quando²⁰.

É importante enfatizar que a prótese deve ser removida diariamente por no mínimo 8 horas, a fim de viabilizar o descanso e o relaxamento da mucosa de suporte, além de evitar compressões desnecessárias. Após a remoção, a prótese deve ser corretamente higienizada e armazenada, imersa em água, para prevenir a proliferação de microrganismos e mudanças dimensionais pela desidratação do acrílico²¹.

As próteses dentárias removíveis têm um período de vida útil de até 5 anos, depois desse tempo a função e estética estarão comprometidas e devem ser substituídas. A sua utilização prolongada pode ocasionar danos ao rebordo alveolar e aos tecidos de suporte²².

8.2.2 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

O diagnóstico é clínico, complementado se necessário por exame histopatológico após biópsia excisional, que confirma a natureza benigna e reacional da lesão. O seu tratamento consiste na remoção cirúrgica da lesão e na eliminação do fator irritante, como ajuste ou confecção de nova prótese. Em lesões pequenas, pode-se tentar métodos conservadores, mas lesões extensas exigem excisão cirúrgica. Após a cicatrização, é fundamental reabilitar o paciente com prótese adequada para evitar recidivas¹⁴.

8.2.3 Laserterapia

A laserterapia de baixa intensidade é uma abordagem eficaz, segura e bem tolerada para lesões traumáticas e estomatites na mucosa bucal, proporcionando alívio rápido da dor e aceleração da cicatrização^{23,24}. Para maiores informações, consultar o protocolo de Laserterapia.

Estudos clínicos demonstram que a Terapia Fotodinâmica com azul de metileno apresenta eficácia semelhante à de antifúngicos tópicos convencionais, além de vantagens como ausência de efeitos colaterais sistêmicos, baixo custo e prevenção da resistência microbiana. Por isso, o uso do azul de metileno associado à laserterapia tem se mostrado uma alternativa promissora e segura para o tratamento e controle da estomatite protética, podendo ser utilizada isoladamente ou como complemento à terapia antifúngica.

tradicional²⁵.

8.3 Tratamento Farmacológico

8.3.1 Tratamento Farmacológico da Estomatite Protética

Para o tratamento da estomatite protética, além do uso local e/ou sistêmico de antifúngicos faz-se necessário a implementação de hábitos de higiene pelo paciente e muitas vezes a substituição das próteses²¹.

O tratamento farmacológico local da candidíase bucal deve ser preferencialmente iniciado com o antifúngico nistatina, considerado o antifúngico tópico mais indicado devido à sua eficácia comprovada, menor custo e reduzida ocorrência de efeitos colaterais. Nos casos em que a infecção persista após o tratamento tópico, recomenda-se a administração de medicamentos sistêmicos, como o fluconazol. Cabe destacar que o itraconazol apresenta eficácia semelhante à do fluconazol, sendo ambos os medicamentos disponíveis nas farmácias da SES-DF e indicados para situações em que os tratamentos tópicos, como a nistatina, não são suficientes para controlar a infecção.^{21,26}

Além da conduta terapêutica, o paciente deve ser orientado quanto à correta higienização e à remoção das próteses antes de dormir, a fim de se promover relaxamento e descanso dos tecidos. Algumas orientações aos pacientes sobre cuidados com a prótese estão no ANEXO 6.

8.3.2 Fármacos

A seguir são listados os medicamentos disponíveis nas farmácias das UBS para o uso em tratamento de Estomatite Protética:

Tabela 1: Fármacos antifúngicos para tratamento de estomatite protética, conforme Relação de Medicamentos padronizados na SES-DF (REME).

Código	Descrição	Farmácia
4350	Fluconazol cápsula 150 mg	UBS (farmácia ambulatorial) e uso hospitalar
4524	Itraconazol cápsula 100 mg	UBS (farmácia ambulatorial) e uso hospitalar
90924	Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL	UBS (farmácia ambulatorial) e uso hospitalar

Fonte: Relação de Medicamentos padronizados na SES-DF (REME) <http://www.saude.df.gov.br/reme-df/>.

8.3.2.1 Esquema de Administração

Para a prescrição dos antifúngicos, deve-se atentar para o esquema de administração dos medicamentos e sua correta posologia.

Tabela 2: Posologia dos medicamentos para o tratamento de estomatite protética.

Código	Descrição	Farmácia
4350	Fluconazol cápsula 150 mg	150 mg, 1 vez por semana, durante 4 semanas.

4524	Itraconazol cápsula 100 mg	100 mg, 1 vez ao dia, durante 15 dias
90924	Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL	<p>Lactentes: 1 ou 2 ml (100.000 a 200.000 UI de nistatina), 4 vezes ao dia. Bochechar a suspensão por no mínimo 1 minuto (ficando o maior tempo possível) e após o bochecho deglutir.</p> <p>Adultos: 4 a 6 ml (400.000 a 600.000 UI de nistatina), 4 vezes ao dia. Bochechar a suspensão por no mínimo 1 minuto (ficando o maior tempo possível) e após o bochecho deglutir.</p> <p>O esquema posológico para todas as apresentações deve ser mantido no mínimo por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas e da negativação das culturas.</p>

Fonte: Rosa, 2021²¹; Martins, 2017²⁷

8.3.2.2 *Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção*

O tempo de tratamento da estomatite protética é, na maioria dos casos, de 14 dias. Se os sinais e sintomas piorarem ou persistirem (após o 14º dia do início do tratamento) o paciente deverá ser reavaliado e considerar-se uma terapia alternativa.

Em casos de alergia, diarréia ou outros sinais e sintomas em reação aos medicamentos prescritos, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de referência para consulta com o cirurgião dentista.

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.

10 MONITORIZAÇÃO

O número de atendimentos para tratamento na especialidade de Prótese Dentária é individual e será determinado pelo CD de acordo com o quadro clínico e tipo de prótese. O plano de tratamento deverá incluir desde o planejamento até os ajustes das próteses, portanto o CD que realizar a confecção se responsabilizará pelas consultas de retorno após a instalação da prótese para as adaptações e reparos necessários até finalizar e dar a alta ao paciente. Se houver necessidade de ajustes posteriores, estes deverão ser feitos na unidade de referência do usuário na Atenção Primária à Saúde (APS).

11 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O 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). Os usuários deverão procurar atendimento na UBS anualmente para avaliação das condições das próteses e mucosas adjacentes.

12 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – TCI

O paciente deve ser devidamente esclarecido sobre o tratamento protético proposto, incluindo suas etapas, alternativas, limitações e cuidados necessários, devendo manifestar sua concordância por meio do Termo de Consentimento Informado (Anexo 2), a ser assinado antes do início do procedimento.

13 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Os indicadores são ferramentas essenciais para o monitoramento efetivo de protocolos, funcionando como instrumentos de medição que avaliam objetivamente o desempenho e a conformidade das práticas implementadas. Estes parâmetros fornecem dados concretos sobre o cumprimento das diretrizes, permitindo identificar desvios, tendências e oportunidades de melhoria de forma assertiva.

13.1 Indicador de Educação Permanente

Indicador	Percentual de profissionais capacitados
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o percentual de profissionais que conhecem o protocolo e a partir daí, qual a perspectiva dele ser implementado.
Limitações	Não considera o tempo de treinamento, nem o conhecimento do profissional; não avalia outros aspectos relevantes para a implementação do protocolo
Fonte	Lista de presença no treinamento
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de profissionais capacitados}}{\text{nº total de profissionais relacionados ao protocolo}} \times 100$
Periodicidade de monitoramento	Trimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	80%
Descrição da Meta	Treinar no mínimo 20% dos profissionais a cada trimestre.

13.2 Indicadores de Resultado

Indicador	Percentual de conclusão de tratamentos em prótese dental
Conceituação	Avaliar a efetividade do atendimento odontológico nas unidades, medindo a proporção de usuários que concluíram o tratamento em relação ao total solicitado.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como falta de insumos, dificuldade com transporte público, greve de funcionários, dentre outros.
Fonte	Numerador: DataSUS (SIA/SUS) e SISAB Denominador: MODELO DE RELATÓRIO MENSAL
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{Total de tratamentos protéticos concluídos}}{\text{Número de próteses entregues}} \times 100$
Periodicidade de monitoramento	Semestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	40%
Descrição da Meta	Aumentar para 20% o número do percentual de conclusão de tratamentos protéticos por ano.

14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hackett S, Newton R, Ali R. Rehabilitating a severely worn dentition with removable prosthodontics | British Dental Journal [Internet]. [citado 28 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41415-023-5583-5>
2. Oliveira N de, Melo LA de, Carvalho RLA de, Faria JCB de, Mendonça B de PN, Lourenço MAG, et al. Prevalence and factors associated with the need for removable prostheses in brazilian elderly. Research, Society and Development. 28 de setembro de 2021;10(12):e499101220796–e499101220796.
3. da Veiga Pessoa DM, Roncalli AG, de Lima KC. Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. BMC Oral Health. 4 de julho de 2016;17(1):5.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. SB Brasil 2023 : Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : relatório final [recurso eletrônico] [Internet]. Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf
5. Bastos LMC, Guaitolini A de F, Aguiar AD de, Rocha RPO, Miotto MHM de B. Epidemiologia das perdas dentárias e expectativa de reposição protética em adultos e idosos. Revista Enfermagem Atual In Derme. 10 de fevereiro de 2024;98(1):e024257–e024257.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal — Brasil Soridente [Internet]. Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_soridente.pdf
7. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Política Distrital de Saúde Bucal [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Politica_Publica_117554906_PDSB_13_07_2023_PDAD_atualizado.pdf/c755b37f-64fd-38b1-4a2c-f380fe10f394?t=1696510817647
8. Di Fiori SR, Di Fiore MA, Di Fiore AP. Atlas de prótese parcial removível: princípios biomecânicos e bioprotéticos e de oclusão. Santos Editora; 2010.
9. Shillingburg Jr HT, Hobo S, Whitsett L, Jacobi R, Brackett S. Fundamentos de prótese fixa. 4a ed. São Paulo: Quintessence Editora; 2007.
10. de Moraes DC, Butler S, Santos MJMC. Current Insights on Fiber Posts: A Narrative Review of Laboratory and Clinical Studies. Dentistry Journal. outubro de 2023;11(10):236.
11. Ercalik-Yalcinkaya S, Özcan M. Association between Oral Mucosal Lesions and Hygiene Habits in a Population of Removable Prosthesis Wearers. Journal of Prosthodontics. 2015;24(4):271–8.

12. Perić M, Miličić B, Kuzmanović Pfićer J, Živković R, Arsić Arsenijević V. A Systematic Review of Denture Stomatitis: Predisposing Factors, Clinical Features, Etiology, and Global Candida spp. Distribution. *Journal of Fungi*. maio de 2024;10(5):328.
13. Rodrigues PJA, Leonel ACL da S, Bezerra LF. IMPORTÂNCIA DO AJUSTE ADEQUADO DE PRÓTESES DENTÁRIAS REMOVÍVEIS NA PREVENÇÃO DE ESTOMATITE PROTÉTICA: REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 1o de novembro de 2024;10(11):7877–93.
14. Junior JBN, Failache KRSD, Lopes MB, Tavares TSDC. LESÕES DA CAVIDADE ORAL ASSOCIADAS A PRÓTESES DENTÁRIAS MAL ADAPTADAS E HIGIENE INADEQUADA: REVISÃO DE LITERATURA – ISSN 1678-0817 Qualis B2. *Revista ft* [Internet]. [citado 28 de outubro de 2025]; Disponível em: <https://revistaft.com.br/lesoes-da-cavidade-oral-associadas-a-proteses-dentarias-mal-adaptadas-e-higiene-inadequada-revisao-de-literatura/>
15. Filgueiras AM de O, Pereira HSC, Ramos RT, Picciani BLS, Souza TT de, Izahias LM dos S, et al. Prevalence of oral lesions caused by removable prosthetics. *Revista Brasileira de Odontologia*. 30 de junho de 2016;73(2):130.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal [Internet]. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
17. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços, Gerência de Serviços de Odontologia. Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta na especialidade de Prótese dentária. 2024.
18. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde; 2018.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa [recurso eletrônico] [Internet]. Departamento de Gestão do Cuidado Integral.; 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf
20. Neville BW [et al. Patologia oral e maxilofacial. Em: Patologia oral e maxilofacial [Internet]. 2016 [citado 28 de outubro de 2025]. p. 912–912. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-36730>
21. Rosa C, Curi V, Rosa A, Gargiori Filho A, Bianchi C, Deps T, et al. Candidíase bucal: aspecto clínico e tratamento. 2021;Rev FAIPE(11(1)):155–63.
22. Nóbrega DR de M, Medeiros LADM de, Farias TSS de, Meira KRS, Mahon SMOD. Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. *Revista Brasileira de Odontologia*. setembro de 2016;73(3):193–7.
23. Valle LA, Karam PSBH, Rezende MLR, Zangrando MSR, Damante CA. Laser de baixa intensidade no

- tratamento de úlceras traumáticas e queilite angular: relatos de casos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2017;30–4.
24. Jesus AMB de, Gomes MS, Manieri PR, Lopes RR de S, Alves AC. Photobiomodulation and its benefits in the dental trauma protocols for children: a case report. Revista Odontológica do Brasil Central. 18 de julho de 2023;32(91):142–51.
25. Nascimento JFM, Aguiar-Júnior FA, Nogueira TE, Rodrigues RCS, Leles. Photoelastic Stress Distribution Produced by Different Retention Systems for a Single-Implant Mandibular Overdenture - Nascimento - 2015 - Journal of Prosthodontics - Wiley Online Library [Internet]. [citado 28 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jopr.12269>
26. Quindos G, Gil-Alonso S, Marcos-Arias C, Sevillano E, Mateo E, Jauregizar N, et al. Therapeutic tools for oral candidiasis: Current and new antifungal drugs. Med Oral. 2019;0–0.
27. Martins KV, Gontijo SM de L. Tratamento da estomatite protética: revisão de literatura. Revista Brasileira de Odontologia. 25 de setembro de 2017;74(3):215.

ELABORADORES(AS) E REVISORES(AS)

ELABORADORES(AS):

- Julia Jordão Silveira de Pádua – Cirurgiã-Dentista especialista em Prótese Dentária
- Rafaela Gallerani – RTD de Saúde Bucal Atenção Especializada
- Rafael Calvão Sales, residente em Gestão em Saúde

REVISORES(AS):

- Daniela Marques de Sousa – Gerente de Serviços de Odontologia
- Rafaela Gallerani – RTD de Saúde Bucal Atenção Especializada
- Marjorie Fonseca da Cunha – Cirurgiã-Dentista GEO
- Viviane Mendes Pereira Machado – RTD de Saúde Bucal

ANEXOS

ANEXO 1 - MATERIAIS E INSUMOS UTILIZADOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

Código	Descrição
34025	Alginato tipo II, pó, presa normal
379446	Broca de alta rotação diamantada 2200
203442	Broca de alta rotação diamantada 4137
203443	Broca de alta rotação diamantada 3118
18727	Broca de alta rotação diamantada 4219
29498	Pontas abrasivas de silicone com óxido de alumínio
34488	Resina acrílica autopolimerizável cor 62, pó
34489	Resina acrílica autopolimerizável cor 66, pó
34490	Resina acrílica autopolimerizável cor 69, pó
33431	Resina acrílica autopolimerizável vermelha, pó
34491	Resina acrílica autopolimerizável incolor, líquido
37972	Resina acrílica autopolimerizável incolor, pó
37973	Resina acrílica autopolimerizável rosa, pó

37826	Resina acrílica resiliente para reembasamento de próteses removíveis
35671	Cimento resinoso auto adesivo autocondicionante
20910	Grau de borracha (PVC ou silicone)
93111	Gesso pedra tipo III
33432	Gesso pedra especial tipo IV
20861	Fio retrator gengival número 1
20898	Fio retrator gengival número 0
20902	Fio retrator gengival número 00
20861	Fio retrator gengival número 1
35669	Pino intra radicular de fibra de vidro N.0,5
35670	Pino intra radicular de fibra de vidro N.1,0
Depende	Silano
35724	Silicone de condensação (denso + fluido + catalisador)
35672	Silano
93139	Pedra montada em Arkansas
93148	Placa de vidro para uso odontológico
36350	Placa de dentes de estoque anterior superior 62

36351	Placa de dentes de estoque anterior superior 66
36353	Placa de dentes de estoque anterior superior 69
P08604	Moldeiras Plásticas nº 01
P08605	Moldeiras Plásticas nº 02
P08606	Moldeiras Plásticas nº 03
P08607	Moldeiras Plásticas nº 04
P08608	Moldeiras Plásticas nº 05
P08609	Moldeiras Plásticas nº 06
P08609	Moldeiras Plásticas nº 07
P08636	Moldeira para Desdentado S1
P08637	Moldeira para Desdentado S2
P08638	Moldeira para Desdentado S3
P08639	Moldeira para Desdentado S4
P08640	Moldeira para Desdentado I1
P08641	Moldeira para Desdentado I2
P08642	Moldeira para Desdentado I3
P08643	Moldeira para Desdentado I4

35663	Disco de lixa granulação grossa
35664	Disco de lixa granulação média
35665	Disco de lixa granulação fina
35666	Disco de lixa granulação superfina
4902	Cera utilidade
202047	Pote Dappen
35671	Cimento resinoso auto adesivo autocondicionante
35669	Pino intra radicular de fibra de vidro N.0,5
35670	Pino intra radicular de fibra de vidro N.1,0
25126	Cimento temporário de óxido de zinco e eugenol
28608	Cimento de ionômero de vidro para cimentação
35730	Cimento de fosfato de zinco
34024	Pasta abrasiva bisnaga tipo I e II Médio para polimento de resina

Fonte: Sis Materiais

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – 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 (fixa, prótese total ou prótese parcial 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 cirurgião dentista, bem como informá-lo imediatamente sobre as possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

Estou ciente que duas faltas sem justificativa (atestado médico) 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 2025.

Paciente ou responsável legal

Cirurgião Dentista

ANEXO 3 - MODELO DE ORDEM DE SERVIÇO

ORDEM DE SERVIÇO Nº _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DENTISTA: _____

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

DESCRIÇÃO DO TRABALHO: _____

1^a ETAPA:

DATA PREVISTA PARA COLETA: _____ / _____ /20 _____

	DATA	DIAS DE ATRASO	ASSINATURA SES-DF	ASSINATURA LABORATÓRIO
COLETA				
ENTREGA				

2^a ETAPA:

DATA PREVISTA PARA COLETA: _____ / _____ /20 _____

	DATA	DIAS DE ATRASO	ASSINATURA SES-DF	ASSINATURA LABORATÓRIO
COLETA				
ENTREGA				

3^a ETAPA:

DATA PREVISTA PARA COLETA: _____ / _____ /20 _____

	DATA	DIAS DE ATRASO	ASSINATURA SES-DF	ASSINATURA LABORATÓRIO
COLETA				
ENTREGA				

4^a ETAPA:

DATA PREVISTA PARA COLETA: _____ / _____ /20 _____

	DATA	DIAS DE ATRASO	ASSINATURA SES-DF	ASSINATURA LABORATÓRIO
COLETA				
ENTREGA				

5^a ETAPA:

DATA PREVISTA PARA COLETA: _____ / _____ /20 _____

	DATA	DIAS DE ATRASO	ASSINATURA SES-DF	ASSINATURA LABORATÓRIO
COLETA				
ENTREGA				

6^a ETAPA:

DATA PREVISTA PARA COLETA: _____ / _____ /20 _____

	DATA	DIAS DE ATRASO	ASSINATURA SES-DF	ASSINATURA LABORATÓRIO
COLETA				
ENTREGA				

OBSERVAÇÕES E DESCRIÇÃO DE OUTRAS INCONFORMIDADES: _____

ASSINATURA SES-DF

ASSINATURA LABORATÓRIO

ANEXO 4 - MODELO DE RELATÓRIO MENSAL

(Quando um paciente receber mais de uma prótese, cada uma deverá ser descrita em uma linha)

<p>N.º CONTRATO: CONTRATADA: CNPJ: TELEFONE (S): E-MAIL:</p>								
ITEM	NOME DO PACIENTE	DENTISTA RESPONSÁVEL	UNIDADE DE SAÚDE	TIPO DE PRÓTESE	SUPERIOR OU INFERIOR	DATA DA PRIMEIRA COLETA	DATA DA ÚLTIMA ENTREGA	INCONFORMIDADES (INFORMAR LETRAS)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

**ANEXO 5 - LISTA EXEMPLIFICATIVA DOS CÓDIGOS SIGTAP MAIS UTILIZADOS
PARA CADA PRÓTESE DENTÁRIA**

PRÓTESES TOTAIS (MAXILAR E MANDIBULAR)		
NOME	CÓDIGO	DESCRITIVO
Moldagem Dento-gengival para Construção de Prótese Dentária	03.07.04.007-0	Procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.
Prótese Total Mandibular	07.01.07.012-9	Prótese suportada pela mucosa que reveste o osso remanescente, indicada para os indivíduos que perderam todos os elementos dentários da arcada inferior. Este tipo de reabilitação tem o objetivo de permitir o desenvolvimento satisfatório das atividades funcionais relacionadas ao sistema estomatognático, como fonação e mastigação, bem como oferecer conforto e uma aparência estética aceitável
Prótese Total Maxilar	07.01.07.013-7	Prótese suportada pela mucosa que reveste o osso remanescente, indicada para os indivíduos que perderam todos os elementos dentários da arcada superior. Este tipo de reabilitação tem o objetivo de permitir o desenvolvimento satisfatório das atividades funcionais relacionadas ao sistema estomatognático, como fonação e mastigação, bem como oferecer conforto e uma aparência estética aceitável.
Instalação e Adaptação de Prótese Dentária	03.07.04.016-0	Consiste no procedimento de instalação do aparelho protético (prótese total maxilar, prótese total mandibular, prótese parcial maxilar removível, prótese parcial mandibular removível e prótese fixa)
Reembasamento e Conserto de Prótese Dentaria	03.07.04.008-9	Reembasamento e conserto de prótese dentária tanto em laboratório quanto em clínica.
Orientação de Higienização de Próteses Dentárias	01.01.02.012-0	Consiste em orientação profissional acerca dos cuidados com a desinfecção e a higienização dos diferentes tipos de prótese, promovendo a manutenção da estrutura da prótese, assim como evitando que os usuários desenvolvam agravos relacionados à microrganismos que ancoram na superfície das próteses ou interface desta com os dentes remanescentes.
PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS		
Moldagem Dento-gengival para Construção de Prótese Dentária	03.07.04.007-0	Procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.
Prótese Parcial Mandibular Removível	07.01.07.009-9	Prótese que repõe ou restaura os dentes ausentes ou perdidos na arcada inferior. Seu principal objetivo é a reabilitação bucal, em todas as suas funções: estética, fonética e mastigação, de modo a preservar as estruturas orais ainda existentes. Para que haja essa conservação, é fundamental que as forças mastigatórias sejam bem distribuídas sobre o rebordo residual e os dentes remanescentes.

Prótese Parcial Maxilar Removível	07.01.07.010-2	Prótese que repõe ou restaura os dentes ausentes ou perdidos na arcada superior. Seu principal objetivo é a reabilitação bucal, em todas as suas funções: estética, fonética e mastigação, de modo a preservar as estruturas orais ainda existentes. Para que haja essa conservação, é fundamental que as forças mastigatórias sejam bem distribuídas sobre o rebordo residual e os dentes remanescentes.
Instalação e Adaptação de Prótese Dentária	03.07.04.016-0	Consiste no procedimento de instalação do aparelho protético (prótese total maxilar, prótese total mandibular, prótese parcial maxilar removível, prótese parcial mandibular removível e prótese fixa)
Reembasamento e Conserto de Prótese Dentaria	03.07.04.008-9	Reembasamento e conserto de prótese dentária tanto em laboratório quanto em clínica.
Orientação de Higienização de Próteses Dentárias	01.01.02.012-0	Consiste em orientação profissional acerca dos cuidados com a desinfecção e a higienização dos diferentes tipos de prótese, promovendo a manutenção da estrutura da prótese, assim como evitando que os usuários desenvolvam agravos relacionados à microrganismos que ancoram na superfície das próteses ou interface desta com os dentes remanescentes.
PRÓTESES FIXAS		
Moldagem Dentogengival para Construção de Prótese Dentária	03.07.04.007-0	Procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.
Proteses Coronárias / Intra-Radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento)	07.01.07.014-5	Confecção laboratorial de coroas, Restaurações parciais indiretas (<i>onlays</i> e <i>inlays</i>), incrustações (RMF), próteses convencionais ou adesivas metálicas, metaloplásticas, metalocerâmicas, resinas reforçadas, porcelanas puras, coroas com encaixe e/ou núcleos intrarradiculares por elemento dental.
Instalação e Adaptação de Prótese Dentária	03.07.04.016-0	Consiste no procedimento de instalação do aparelho protético (prótese total maxilar, prótese total mandibular, prótese parcial maxilar removível, prótese parcial mandibular removível e prótese fixa)
Cimentação de Prótese Dentária	03.07.04.013-5	Consiste na utilização de agentes cimentantes (cimentos odontológicos), temporários ou definitivos, utilizados em restaurações indiretas, sejam elas restaurações parciais, coroas unitárias ou retentores de próteses parciais fixas. Podendo ser com cimentos tradicionais (fósforo de zinco, ionômero de vidro) ou cimentos resinosos associados a sistemas adesivos. Esta cimentação não faz parte da instalação da prótese dentária, pois na instalação já é previsto a cimentação, caso necessário, este procedimento deverá ser registrado quando for realizado a recimentação por motivo de remoção espontânea da prótese ou por razões clínicas.
Reembasamento e Conserto ee Prótese Dentaria	03.07.04.008-9	Reembasamento e conserto de prótese dentária tanto em laboratório quanto em clínica.

ANEXO 6 - ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS COM PRÓTESES DENTÁRIAS

CUIDE BEM DA SUA PRÓTESE DENTÁRIA!

Por que a prótese é importante?

A prótese dentária ajuda você a mastigar melhor os alimentos, falar com mais clareza e manter o formato do rosto e o sorriso. Mas para durar e não causar feridas, ela precisa de cuidados diários!

Como limpar a prótese

Retire a prótese da boca e limpe com escova macia e sabão neutro

Use uma escova só para ela

Nunca use água quente! Ela pode deformar a prótese

Enxágue bem antes de recolocar na boca

Se você usa PONTE MÓVEL (prótese parcial removível):

Escove a prótese fora da boca

Depois, escove seus dentes, gengivas, língua e céu da boca

Verifique se não há sujeira nas partes metálicas

Se estiver machucando ou frouxa, procure o dentista

Se você usa DENTADURA (prótese total):

Limpe sempre fora da boca com escova e sabão

Antes de recolocar, limpe gengivas, língua e céu da boca

O ideal é ficar algumas horas por dia sem a prótese

De preferência, retire para dormir

Quando não estiver usando, guarde em um copo com água limpa

Peça orientação ao dentista sobre produtos efervescentes para limpeza

Troca e manutenção

Com o tempo, a prótese pode ficar gasta ou frouxa. Procure o dentista se perceber:

Dificuldade para mastigar

Mau cheiro ou gosto ruim na boca

Feridas, irritações ou dor nas gengivas

A prótese "dançando" na boca

Não use cola ou adesivo caseiro! O dentista fará o ajuste de forma segura.

Dicas do dia a dia

Retire a prótese à noite, se possível[

Mantenha alimentação equilibrada

Evite quedas — segure com cuidado

Guarde em local limpo e fora do alcance de crianças e animais