



Protocolo de Atenção à Saúde

Prótese Dentária

Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

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 dentária, prótese total, prótese parcial removível, prótese fixa, desdentados, função mastigatória, dimensão vertical, disfunções temporomandibulares.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 1982 a 2020, totalizando 17 artigos.

2- Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, o edentulismo representava a 3º condição de saúde bucal com maior carga global das doenças. Esse agravo é caracterizado como a seqüela de maior gravidade das doenças cárie e periodontal, e está diretamente relacionado a problemas de mastigação, dor, dificuldade de alimentação e de relacionamento social, principalmente nos idosos, impactando diretamente na qualidade de vida desses indivíduos¹.

De acordo com os dados do SB Brasil 2010, a necessidade de reabilitação protética aumenta com o avanço da idade. Entre 15 e 24 anos de idade, 13,7% dos indivíduos

necessitam de prótese dentária, de 25 a 44 anos, 68,8%, e idosos de 65 a 74 anos, 92,7%. Revela-se também alta prevalência de edentulismo (9%) e, quanto ao índice CPOD (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), encontrou-se a média de 20,4 na população brasileira entre 35 e 44 anos de idade, demonstrando a grande necessidade de tratamento ainda existente, e que recai no sistema público de saúde do país¹.

Até 2004, 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. Desde 2004, esta política 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 Bucal².

A prótese dentária é a especialidade da Odontologia que tem como interesse a reabilitação bucal de zonas desdentadas por meio de aparelhos protéticos³. 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 renda⁴.

A perda dentária também é decorrente da falta de acessibilidade e utilização de serviços públicos odontológicos, e da falta de informação da população quanto à importância e necessidade de manter a saúde bucal⁵. Para que o acesso seja garantido e, conseqüentemente, o tratamento reabilitador, a Atenção Primária à Saúde (APS) continuará captando as necessidades dos usuários e, de acordo com a realidade local, encaminhando ou realizando os procedimentos subsequentes.

Em conformidade com a Linha Guia de Saúde Bucal do DF⁵, ainda que a confecção das próteses esteja prevista na APS, ela pode ser executada no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) pela facilidade de sua operacionalização. Desta forma, o serviço de reabilitação protética pode ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nos CEOs².

Outro acometimento comum na população refere-se às disfunções temporomandibulares (DTM), que reúnem um grupo de doenças as quais acometem os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes. Tal disfunção afeta tão enfaticamente a população que num estudo recente, os autores concluíram que a dor causada pela DTM teve um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, com prejuízo às atividades do trabalho (59,09%), da escola (59,09%), o sono (68,18%) e o apetite/alimentação (63,64%) nos indivíduos pesquisados⁶. Os estudos Bontempo, Zavanelli, Raustia et al., Zissis et al. e Mesko et al. afirmam que os pacientes que não trocaram suas próteses totais periodicamente, apresentaram mais sinais de DTM do que os pacientes que as trocaram com maior frequência^{7,8,9}. A perda da Dimensão Vertical (DV) devido ao desgaste natural dos dentes artificiais da prótese é relacionada frequentemente à

DTM. Lesões de natureza inflamatória, associadas à candidíase também apresentam alta incidência em pacientes com próteses antigas e desadaptadas.

É importante ressaltar que a hiperplasia fibrosa inflamatória afeta principalmente a população idosa, entretanto, devido a outros fatores etiológicos relacionados aos hábitos parafuncionais e fraturas dentais, também pode surgir nos pacientes jovens¹⁰.

3- Justificativa

Construir um protocolo de atendimento em Prótese Dentária tem como objetivo principal padronizar a ação dos profissionais de saúde para o atendimento aos 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: 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);

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

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico deverá ser realizado pelo CD, por meio de exame físico intra e extrabucal e exames complementares, os seguintes aspectos deverão ser avaliados:

- Dentes com necessidade de restaurações indiretas, tratados endodonticamente ou não;
- Desdentado Parcial – paciente apresenta perda de um ou mais dentes;
- Desdentado Total – paciente apresenta ausência dentária total;

- Raízes residuais;
- Tórus Mandibular e Maxilar – exostose 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 na região do palato duro, geralmente de forma triangular, em função de profleração da mucosa nessa região;
- 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 afetam a ATM e/ou os músculos da mastigação.

6- Critérios de Inclusão

Paciente em tratamento na UBS que apresente necessidade de tratamento protético deverá ser realizado preferencialmente na UBS. Porém, na ausência de profissional que realize este procedimento, o mesmo deverá ser inserido no Sistema de Regulação (SISREG).

Prótese Total:

- Ausência total de dentes em um ou ambos arcos dentários, rebordo alveolar que possibilite o assentamento de uma prótese;
- Ausência de lesões ósseas, da mucosa, gengiva ou dos anexos bucais¹¹;
- Necessidades básicas de tratamento odontológico totalmente sanadas¹¹;
- Ausência de raízes residuais;
- Exodontias realizadas há, no mínimo, 90 dias (ou a critério do profissional).

Prótese Removível:

- Pacientes com dentes remanescentes em boas condições e com tratamento clínico concluído: dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Prótese Fixa:

- Presença de dentes em que a estrutura remanescente não permita a reabilitação com restauração direta;
- Presença de dentes em boas condições, sem dor, sem cárie e sem mobilidade.

7- Critérios de Exclusão

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite a moldagem e a conseqüente confecção e uso da prótese;
- Raiz curta que impossibilite a confecção de núcleo;
- Hiperplasia fibrosa inflamatória (encaminhar após remoção cirúrgica).

8- Conduta

Desdentado Parcial – indicação para prótese parcial removível

- Moldagem anatômica;
- Moldagem funcional;
- Prova da grade e registro de mordida;
- Prova de dentes;
- Instalação e ajuste.

Desdentado Total – indicação para prótese total

- Moldagem anatômica;
- Moldagem funcional;
- Registro de mordida;
- Prova de dentes;
- Instalação e ajuste.

Dentes sem condições de restaurações diretas - indicação para prótese fixa

- Coroa provisória prensada em resina:
 - Moldagem;
 - Preparo, ajuste e instalação.
- Núcleo metálico fundido:
 - Preparo e moldagem;
 - Ajuste e cimentação.
- Núcleo pré-fabricado:
 - Preparo e cimentação.
- Coroa total metálica/restauração metálica fundida/cerômero:
 - Preparo e moldagem;
 - Prova, ajuste e cimentação.

- Coroa metalocerâmica:
 - Preparo e moldagem;
 - Prova de coping metálico e moldagem de transferência;
 - Prova da porcelana;
 - Cimentação.

8.1 Conduta Preventiva

Programas educativos em saúde com instrução de higiene bucal, palestras, aplicação tópica de flúor (para aqueles pacientes parcialmente dentados), orientação sobre as doenças bucais e como evitá-las.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas.

8.3 Tratamento Farmacológico

Os medicamentos utilizados são anti-fúngicos eficazes para tratamento de infecções orais por *Candida spp.* A candidíase refratária requer tratamento sistêmico com fluconazol e itraconazol.

8.3.1 Fármaco(s)

Código SES 90924 - NISTATINA SUSPENSÃO ORAL 100.000 UI/ml frasco 50 ml com doseador – Uso hospitalar e UBS;

Código SES 4350 – FLUCONAZOL CÁPSULA 150 mg – Uso em UBS;

Código SES 4520 – ITRACONAZOL CÁPSULA 100 mg – Uso hospitalar e UBS.

UBS - medicamentos dispensados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para que o usuário tenha acesso aos medicamentos nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde da SES-DF é necessária a apresentação dos seguintes documentos: receita válida e legível em 2 vias, documento de identificação do paciente com foto, original ou cópia, salvo para menor de idade ao qual será permitido apresentação de certidão de nascimento e cartão nacional de saúde ou identificação SES/DF do paciente.

Uso Hospitalar: disponível somente para pacientes internados (uso restrito hospitalar).

8.3.2 Esquema de Administração

NISTATINA - o paciente deve ser orientado a bochechar a suspensão por no mínimo 1 minuto (ficando o maior tempo possível) e após o bochecho deglutir.

- Lactentes - a dose recomendada é de 1 ou 2 ml (100.000 a 200.000 UI de nistatina), 4 vezes ao dia;

- Adultos - a dose varia de 1 a 6 ml (100.000 a 600.000 UI de nistatina), 4 vezes ao dia. A fim de evitar recidivas, o esquema posológico para todas as apresentações deve ser mantido no mínimo por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas e da negatificação das culturas. 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.

FLUCONAZOL: a dose recomendada é 150 mg, 1 vez por semana, durante 4 semanas.

ITRACONAZOL: a dose recomendada é 150 mg, 1 vez ao dia, durante 15 dias.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação a medicação prescrita, 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 usuário¹².

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, esses deverão ser feitos na unidade de referência do usuário na 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)¹³. Os usuários deverão procurar

atendimento na UBS anualmente para avaliação das condições das próteses e mucosas adjacentes.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

ANEXO 1.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação, controle e avaliação serão realizados através dos dados coletados no SISREG, e-SUS e INFOSAÚDE-DF de forma mensal.

14- Referências Bibliográficas

1. Aguiar VR, Celeste RK. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. Cienc.saúde colet.20(10) out 2015.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

3. Desplats, E., Keogh, I. Protesis parcial removible. 1ª ed. Madrid: Harcourt, 1998.

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. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Linha Guia de Saúde Bucal. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/LinhaGuia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>.

6. Donnarumma, M.D.C., Muzilli, C.A., Ferreira, C., Nemr, K. Rev. CEFAC. 2010 Set-Out; 12(5):788-794.

7. Bontempo K, Zavanelli RA. Fatores etiológicos correlacionados à desordem temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais bimaxilares: uma análise comparativa. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2009 jan/mar; 57(1): 67-75.

8. Zissis AJ, Karkazis HC, Polyzois GL. The prevalence of temporomandibular joint dysfunction among patients wearing complete dentures. Aust Dent J. 1988; 33 (4): 299-302. PMID:3252781. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.1988.tb04181.x>

9. Mesko Me, Valentini F, Onofre, Pereira-Cenci T, Boscato N. Disfunção temporomandibular em idosos usuários de prótese total: um estudo transversal. Anais do XIII Encontro de Pós-graduação UFPEL; 2011; Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2011.

10. Silva, A.;M., Silva, G.; G., França, G.; M., Morais, E.; F., Leite.; R.;B., Pinheiro.; J.;C.; Estomatite Protética Associada a Candidíase Pseudomembranosa em Paciente Geriátrico: Relato de Caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v.41, n.1, p. 30-33, Janeiro/Abril, 2020.

11. 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.
12. 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.
13. Drummond, J. R. et al. *Color atlas and textbook of dental care of the elderly*. London: Mosby-Wolfe, 1995, 224 p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2004
15. Tadashi Tamaki, *Dentaduras Completas*. 4ª ed. Savier, São Paulo, 1988.
16. Strini, P.; J.; S.; A., Machado, N.;A.;G.; Strini, P.; J.; S.; Gavião, M.; B.; D.; FernandesNeto, 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.
17. Raustia AM, Pelota M, Salonem AM. Influence of complete denture renewal on craniomandibular disorders: a 1-year follow-up study. *J Oral Rehabil*.1997; 24: 30-6. PMID:9049917.<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2842.1997.00450.x>

ANEXO 1

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 (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 20__.

Paciente ou responsável legal

Cirurgião Dentista

ANEXO 2

Fluxograma

