



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

FAZENDA RIO GRANDE

2025

EQUIPE GESTORA

LUIZ SERGIO CLAUDINO
Prefeito em Exercício

MONIQUE COSTA BUDK
Secretária Municipal de Saúde

PAULO HENRIQUE PEIXOTO
Diretor-Geral

MARCILENE DE PAULA
Diretora da Atenção Primária à Saúde

KARINE THAÍS SECCHI
Coordenadora de Saúde Bucal

EQUIPE TÉCNICA

Elaboração: Karine Thaís Secchi

Revisão: Reunião Equipes de Saúde Bucal 17/11/25

Apreciação em Conselho Municipal de Saúde em 19/11/25

1. INTRODUÇÃO

O Edentulismo ainda é realidade presente, principalmente, entre adultos e idosos, e suas consequências têm gerado sérios distúrbios funcionais, psicológicos e sociais na vida desses pacientes. A perda de dentes, prejudicando a função mastigatória, a fonética e a estética, constitui-se um problema de Saúde Pública.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2023, a ausência de todos os dentes naturais foi observada em 36,48% das pessoas avaliadas com idade entre 65 e 74 anos, com prevalência de 35,54% na Região Sul. A perda dentária é um dos piores desfechos de saúde bucal, com consequências físicas e psicossociais na vida das pessoas. No grupo etário mencionado, a perda dentária continua sendo o grande problema, podendo resultar em limitações funcionais. A perda total dos dentes observada foi uma prevalência superior à média global de edentulismo, estimada em 23% para indivíduos com 60 anos ou mais (WHO, 2023). Contudo, ao comparar os resultados de 2023 com levantamentos anteriores, observou-se uma redução na perda dentária entre os idosos. A prevalência de edentulismo, que se manteve praticamente inalterada entre 2010 e 2003 (em torno de 53%), reduziu para 36,48% em 2023.

A inclusão da oferta de próteses dentárias no Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma resposta à perda dentária entre adultos e idosos, evidenciada nos levantamentos anteriores, buscando a reabilitação funcional das pessoas acometidas. Nas pessoas idosas, observou-se uma mudança nas necessidades: a necessidade de próteses parciais é maior do que a de próteses totais, o que reflete a redução da perda dentária. Contudo, a necessidade permanece alta, indicando que a oferta de reabilitação por prótese dentária precisa ser ampliada nos serviços públicos de saúde.

2. OBJETIVOS

Este documento tem por objetivo criar e padronizar um fluxo de encaminhamento

para o Serviço de Prótese Dentária, no qual serão ofertadas:

- próteses dentárias removíveis totais (maxilares e mandibulares);
- próteses dentárias removíveis parciais (maxilares e mandibulares).

Com a organização dos fluxos, pretende-se assegurar maior racionalidade e eficiência, garantindo o acesso do usuário ao serviço, de maneira oportuna, bem como, o atendimento prioritário nos casos indicados. Dessa maneira, fortalecendo a integração entre os níveis de atenção à saúde, certificando que os pacientes sejam encaminhados adequadamente, proporcionando a melhoria da qualidade de vida das pessoas que perderam os dentes parcial ou totalmente.

3. ATRIBUIÇÕES

3.1 Atribuições da Coordenação de Saúde Bucal

- Receber os encaminhamentos advindos do Setor de Regulação, organizar e manter atualizada a planilha de controle;
- Realizar a avaliação da qualidade das próteses dentárias confeccionadas, a homologação da entrega e a aprovação do serviço prestado;
- Retornar ao profissional responsável, os casos em que houver a referência de pacientes em desconformidade ao especificado neste Protocolo, para que sejam devidamente corrigidos, seja o preenchimento das documentações ou então, casos clínicos reportados pelo prestador;
- Avaliar e reajustar o fluxo estabelecido, se necessário.

3.2 Atribuições da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde

- Assegurar que todo paciente encaminhado esteja em conformidade clínica ao disposto e especificado neste Protocolo (Termo de Ciência de Encaminhamento assinado);
 - Cabe ao profissional cirurgião-dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS) o diagnóstico do paciente, avaliação da necessidade (inclusão/exclusão) e realização do encaminhamento e referência;
-

- Realizar a triagem inicial do paciente e avaliação clínica e, quando necessária, radiográfica;
- Acompanhar de maneira contínua os pacientes após a instalação das próteses, com consultas semestrais/anuais, conforme estratificação de risco, a fim de identificar possíveis alterações e complicações, como desadaptações, fraturas ou lesões, além da orientação sobre as manutenções e cuidados com a prótese e higiene bucal;
- Instruir o paciente de que se observada qualquer irregularidade, no que tange à confecção das próteses e a qualidade do serviço prestado, o mesmo pode e deve formalizar a ocorrência via Ouvidoria de Saúde do município;
- Orientar o paciente sobre a higiene bucal e a importância dela para o sucesso do tratamento e a manutenção da sua saúde bucal;
- Orientar e esclarecer o paciente sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e coletar a assinatura;

3.3 Atribuições do Usuário

- Estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e concordar com o tratamento proposto, comprometendo-se a comparecer a todas as consultas necessárias para a confecção da prótese dentária;
 - Comparecer na data, horário e local agendados, portando: comprovante de agendamento, documento de identidade com foto, exames médicos, laudos e prescrições medicamentosas relevantes, em casos de alterações sistêmicas importantes, e ficha de referência/contra referência;
 - Comunicar e formalizar, via Ouvidoria de Saúde do município, qualquer irregularidade, no que tange à confecção das próteses e a qualidade do serviço prestado, para que estas sejam averiguadas;
 - Utilizar a prótese dentária, mantendo os cuidados rotineiros com a higiene bucal;
 - Estar ciente de que o não comparecimento à consulta agendada, sem
-

justificativa (atestados médicos, declarações de comparecimento) ou cancelamento prévio, acarretará a perda desta vaga no Serviço de Prótese Dentária, ficando o paciente responsável por procurar novamente a UBS para nova reavaliação profissional e, assim, novo encaminhamento para inserção no fluxo de referência estabelecido;

- Participar do acompanhamento pós-instalação da prótese dentária, no intuito de correções e ajustes (em até 90 dias da entrega), diretamente com o prestador do Serviço de Prótese Dentária.

4. MÉTODO DE SELEÇÃO

4.1 Critérios de Inclusão

- Usuário com identificação correta: Nome completo, Data de nascimento, Nome da mãe e telefone para contato;
- Usuário com cadastro atualizado e com Comprovante de residência no município de Fazenda Rio Grande-PR;
- Maiores de 18 anos;
- Guias de Referência/Contra referência devidamente preenchidas pelo profissional Cirurgião-dentista da UBS do município (não serão aceitos pacientes encaminhados da rede privada ou de qualquer outro profissional que não seja da rede municipal);
- Termo de Ciência de Encaminhamento preenchido e assinado;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido e assinado;

Prótese Total (PT)

- Pacientes edêntulos, sem espículas ósseas e sem restos radiculares;
 - Ausência de lesões ou protuberâncias retentivas (tórus) que contraindiquem a instalação ou retenção de próteses dentárias;
 - Ausência de lesões em mucosa, como hiperplasias;
-

- Pacientes com necessidade de troca de prótese dentária, com mais de 5 anos de uso, ou, caso as próteses sejam mais recentes, estejam com perda importante de função ou não permitam consertos;
- Em caso de extrações dentárias recentes, deve-se aguardar o período de cicatrização do rebordo alveolar (mínimo de 45 dias) para depois ser incluído na fila de espera;

Prótese Parcial Removível (PPR)

- Pacientes com perda parcial de dentes, com ausência de, no mínimo, dois elementos dentários no arco (dentes com muita extrusão, desgaste/abrasão ou inclinação dos dentes antagonistas que comprometam o espaço protético, devem ser ajustados e corrigidos antes da inclusão em lista de espera);
- Ausência de doença periodontal severa (mobilidade dentária) que comprometa a instalação e retenção de estrutura metálica;
- Tratamento odontológico concluído, com adequação do meio bucal (demais dentes devem estar isentos de cárie e/ou restaurados);
- Dentes de apoio para a prótese deverão estar restaurados com resina composta, sendo permitido, em casos excepcionais, o uso de cimento ionômero de vidro (CIV) em restaurações Classe I;
- Dentes pilares devem estar hígidos ou em condições favoráveis para a retenção e estabilidade da prótese;
- Em caso de extrações dentárias recentes, deve-se aguardar o período de cicatrização do rebordo alveolar (mínimo de 45 dias), para depois ser incluído na fila de espera;

4.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilitem a moldagem e a consequente confecção e uso de prótese dentária;
-

- Pacientes oncológicos, em tratamento com radioterapia de cabeça e pescoço ou quimioterapia, com uso de bifosfonatos;
- Pacientes que concluíram tratamento oncológico de radioterapia de cabeça e pescoço com tempo menor que 90 dias;
- Pacientes com lesões orais, sem diagnóstico concluído ou duvidoso para casos de malignidade;
- Incapacidade de higienização: pacientes com dificuldades motoras ou falta de motivação para manter uma higiene bucal rigorosa podem ser contraindicados, especialmente para próteses removíveis;
- Situações clínicas de tecidos moles e duros da anatomia da cavidade oral do paciente que IMPOSSIBILITEM ou COMPROMETAM a adaptação e consequentemente a retenção e estabilidade da prótese e que necessitam, portanto, de adequação cirúrgica pré-protética;
- Pacientes com doença periodontal severa;
- Pacientes com raízes residuais ou lesões de cáries;
- Pacientes com prótese dentária em bom estado e confeccionadas há menos de 5 anos, com queixa apenas estética;
- Substituição de prótese dentária sem justificativa;
- Casos de má oclusão severa que necessitem de correção ortognática ou tratamento ortodôntico prévio e situações desfavoráveis que comprometam o espaço interoclusal;
- Casos em que a arcada antagonista não tenha passado por adequação do meio bucal ou o tratamento odontológico não esteja concluído;
- Pacientes sem tratamento odontológico concluído;
- Exodontia realizada há menos de 45 dias;
- Casos que envolvam próteses totais ou parciais sobre implante;

4.3 Critérios de Prioridade

- Possuir Cadastro Único atualizado e estar inserido em Programa Assistencial
-

do Governo Federal (ex: Bolsa família, Benefício de Prestação Continuada);

- Pessoa com deficiência;
- Em caso de PPR: ausência de dentes anteriores;
- Critérios clínicos, conforme apontamentos e solicitações descritos pelo profissional responsável pelo atendimento.

O atendimento prioritário deve ser visto como um compromisso social de promover dignidade, respeito e cuidado às pessoas que mais necessitam. Os usuários serão classificados em prioritários (independentemente de quais ou quantos critérios de prioridade) e não prioritários, com a organização de duas filas de agendamento, seguindo a proporção de agendamento de 2 prioritários para 1 não prioritário. Podendo esta proporção ser reavaliada, conforme demanda, e comunicação ao Conselho Municipal de Saúde.

4.4 Informações Complementares

- Não inserir na fila de espera pacientes que NÃO extraíram os dentes, mesmo que a extração já esteja programada;
 - O paciente que for encaminhado de forma errônea, sob responsabilidade do cirurgião-dentista, será reencaminhado para a UBS de origem;
 - Encaminhamentos devolvidos serão incluídos no final da fila;
 - Não serão realizados encaminhamentos sem a análise técnica e clínica do cirurgião-dentista da UBS;
 - Não devem ser encaminhados pacientes a pedido de terceiros, sem exame clínico e registro em prontuário;
 - Após extrações dentárias, aguardar a cicatrização, fazer nova avaliação clínica do cirurgião-dentista da UBS, para verificação e presença de espículas ósseas, e após, prosseguir com o encaminhamento;
 - Após a etapa da moldagem, caso o paciente não compareça no prazo de 60 dias às consultas agendadas para a finalização da prótese, acarretará a perda desta vaga no Serviço de Prótese Dentária. Sendo o paciente
-

responsável por procurar novamente a UBS para nova reavaliação profissional e, assim, novo encaminhamento para inserção no fluxo de referência estabelecido (será descrito em prontuário).

5. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

- Paciente é atendido na UBS do município;
 - Cirurgião-dentista da UBS realiza o diagnóstico da necessidade do uso de PT ou PPR, conforme os requisitos estabelecidos neste Protocolo;
 - Preenchimento e assinatura do Termo de Ciência de Encaminhamento e TCLE;
 - Esclarecimentos e orientações ao paciente;
 - Registro do atendimento e de todas as informações pertinentes em prontuário eletrônico do paciente;
 - Envio, via malote da Regulação, da Referência preenchida para Prótese Dentária, juntamente (grampeado) ao Termo de Ciência de Encaminhamento e TCLE, e CadÚnico (se for o caso);
 - Setor de Regulação recebe os encaminhamentos de Prótese Dentária, organiza e repassa à Coordenação de Saúde Bucal;
 - Coordenação de Saúde Bucal recebe os encaminhamentos advindos da Regulação e cadastra em planilha de controle, seguindo ordem cronológica e critérios de prioridade;
 - Referências preenchidas incorretamente e/ou com documentações faltantes e em desconformidade serão retornadas para a UBS;
 - Setor de Regulação cadastra os pacientes no Sistema e agenda conforme as vagas disponíveis.
-

ANEXOS

TERMO DE CIÊNCIA DE ENCAMINHAMENTO

Declaro que o paciente _____ não se enquadra nos critérios de exclusão (síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa; pacientes oncológicos em tratamento com radioterapia de cabeça e pescoço ou quimioterapia com uso de bifosfonatos; pacientes que concluíram tratamento oncológico de radioterapia de cabeça e pescoço com tempo menor que 90 dias; lesões orais sem diagnóstico concluído ou duvidoso; situações clínicas de tecidos moles e duros da anatomia da cavidade oral do paciente que IMPOSSIBILITEM ou COMPROMETAM a adaptação e conseqüentemente a retenção e estabilidade da prótese e que necessitam, portanto, de adequação cirúrgica pré-protética). Não há a presença de restos radiculares, não há lesões de cárie, restaurações infiltradas ou desadaptadas, e não há doença periodontal severa instalada. Paciente não possui prótese dentária confeccionada há menos de 5 anos. Bem como, se enquadra dentro dos critérios de inclusão estabelecidos em Protocolo Municipal.

- Qualidade de rebordo:

() adequado: Rebordo com qualidade para receber prótese, sem a presença de espículas ósseas, não reabsorvido.

() inadequado: Rebordo atrófico, não favorável, porém paciente opta por realizar a prótese (TCLE assinado).

- Justificativa: pacientes com rebordos muito atróficos ou não favoráveis ou que optarem por confeccionar a prótese, devem ser esclarecidos que devido a pouca retenção pode haver a dificuldade da estabilidade das peças. Caso o paciente opte também por fazer a prótese em apenas uma das arcadas, mesmo que a indicação seja de realizar ambas para melhor distribuição de forças de mordida, devem ser esclarecidos sobre as desvantagens, conseqüências e riscos. A arcada antagonista deve estar com tratamento odontológico concluído.

Portanto o(a) usuário(a) acima nominado(a) deve ser incluído em fila de espera para:

() PRÓTESE TOTAL SUPERIOR

() PRÓTESE TOTAL INFERIOR

() PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR

() PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR

Critérios de Prioridade:

() Cadastro Único atualizado e estar inserido em Programa Assistencial;

() Pessoa com deficiência;

() Em caso de PPR: ausência de dentes anteriores;

() Critérios clínicos, descreva:

Fazenda Rio Grande, ____/____/____

CIRURGIÃO-DENTISTA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE

Pelo presente instrumento, eu, _____, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pela Equipe de Saúde Bucal sobre os procedimentos que vou me submeter para confecção de Prótese Dentária. Fui esclarecido(a) quanto a minha condição clínica, sobre a retenção e a estabilidade das próteses, estética dos dentes e grampos (se for o caso) e cuidados de uso e tipo de prótese.

Estou ciente que me submeterei a um tratamento que exige várias consultas e devo comparecer ao local e horário agendados, para a realização de todas as etapas de confecção de próteses dentárias. Comprometo-me a não faltar sem justificativa nas consultas agendadas e seguir todas as orientações profissionais que me forem repassadas para o bom andamento de meu tratamento. Estou ciente que se faltar nas consultas, sem justificativa ou aviso prévio, perderei o direito à vaga.

Declaro que sou morador de Fazenda Rio Grande-PR, e que vou manter meus dados cadastrais atualizados na UBS de origem.

Fazenda Rio Grande, ____/____/____

ASSINATURA DO USUÁRIO(A)

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SB Brasil 2023 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Relatório Final** – 1. ed. revisada. Brasília, 2025.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ. **Linha de Cuidado em Saúde Bucal** – 3. ed. Curitiba: SESA, 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia rede de Saúde Bucal**. - Curitiba: SESA, 2016. 92 p.
