

NOTA TÉCNICA**Nº 006/2023****“ORIENTAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS TOTAIS E PARCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE”**

Secretaria Municipal de Saúde - Gabinete do Gestor - Lagoa Santa/MG- Brasil

Considerando a nota técnica nº 20/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS que trata da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente que tem promovido a reorganização das práticas e da Rede de Atenção à Saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde Bucal, principalmente, por meio das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, e da Atenção Especializada em Saúde Bucal, por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que a reabilitação oral protética é uma grande necessidade da população brasileira e que com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais estratégias da Política Nacional de Saúde Bucal.

Considerando que a reabilitação com uso da prótese total e parcial representa uma alternativa para devolver função mastigatória, fonação e uma aparência estética aceitável.

Considerando a Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, visando à ampliação do número de laboratórios e da oferta de próteses dentárias, aumenta o repasse financeiro federal para este fim.

Faz-se necessária esta nota técnica direcionada aos cirurgiões dentistas sobre a confecção e disponibilização das próteses total e parcial no processo de reabilitação oral.

DOS PACIENTES:

Os usuários que precisarem de prótese total (PT) e/ou prótese parcial removível (PPR), as suas necessidades básicas de dentística, cirurgia e/ou periodontia deverão estar sanadas.

Tecidos moles e duros isentos de quaisquer sinais de desordens patológicas;

Usuário desprovido de retenções e anormalidades ósseas;

Usuários que apresentam rebordo em condições desfavoráveis ou com reabsorção avançada deverão ser informados das dificuldades de adaptação da prótese dentária.

Nos casos das próteses parciais removíveis é importante avaliar, o espaço protético, a condição periodontal e o suporte ósseo dos dentes remanescentes, e que serão pilares da PPR.

Em casos de dificuldade de adaptação da prótese, após as tentativas de ajustes, pode ser necessário realizar o reembasamento que pode ser direto ou indireto.

Os pacientes devem ser previamente informados acerca de possíveis intercorrências no processo de confecção das próteses, e devem assinar um Termo de Consentimento Informado para Tratamento Protético (anexo 1).

DOS MATERIAIS:

Cera 7. • Cera utilidade. • Lamparina/ Fósforo/ Isqueiro. • Espátula para Cera. • Godiva verde. • Esculpidor Lecron. • Régua de Fox. • Compasso de Willis. • Conjunto de Moldeiras. • Alginato e kit medidor de Alginato • Grau de borracha com espátula de manipulação. • Gesso Pedra Tipo III, Gesso Tipo II, Gesso tipo IV • Espátula para Gesso. • Carbonos. • Pasta de zinco enólica lysanda. • Disco Carborundum. • Broca Maxicut. • Micro-Peça Reta. • Alicate. • Grampo para o Check bite.

DO PASSO A PASSO DA PRÓTESE TOTAL:

EXAME CLÍNICO

Avaliação dos aspectos extra e intraorais.

Face, músculo, fonética, abertura bucal, ATM.

Forma do arco, altura do rebordo, palato duro e mole, tórus, freios e inserções musculares, língua, saliva, mucosa bucal, dentes remanescentes.

Quando necessário, exame complementar radiológico.

MOLDAGEM ANATÔMICA

Escolha da moldeira considerando as características anatômicas e moldagem com Alginato. Desinfecção do molde com hipoclorito de sódio a 1%, vazamento de gesso tipo pedra.

PLANO DE CERA

Avaliação e registro da dimensão vertical de oclusão (DVO), adequação do plano oclusal, avaliação do corredor bucal, registro dos traçados: Linha Média, Linha Alta do Sorriso e linha dos caninos, estabilização do conjunto com grampos galvanizados.

PROVAS DOS DENTES

Verificação da dimensão vertical, preenchimento da boca, oclusão, linha média, linha alta do sorriso, cor, forma e tamanho dos dentes.

Nesta etapa o paciente deverá aprovar a escolha dos dentes e assinar no prontuário a aprovação e autorização para a acrilização da prótese

ENTREGA E INSTALAÇÃO DA PRÓTESE

Deverá ser avaliado se há compressão em alguma área, registro oclusal com papel carbono e havendo necessidade ajustes com uso de broca maxicut.

Havendo necessidade poderá ser realizado em determinados casos o reembasamento.

REGISTRO DOS PROCEDIMENTOS

No CNES do LRPD deverá informar mensalmente, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), a produção dos procedimentos abaixo. O instrumento de registro desses procedimentos é o BPA Individualizado (BPA-I).

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
07.01.07.012-9	Prótese Total Mandibular
07.01.07.013-7	Prótese Total Maxilar
07.01.07.009-9	Prótese Parcial Mandibular Removível
07.01.07.010-2	Prótese Parcial Maxilar Removível
07.01.07.014-5	Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas (por elemento)

*Obs.: Para fins de registro no BPA Individualizado é necessário o **número do cartão SUS do beneficiário.***

No CNES da Unidade de Saúde que atende o usuário deverá informar mensalmente, por meio do SIA/SUS, a produção dos procedimentos abaixo. O instrumento de registro desses procedimentos é o BPA Consolidado (BPA-C)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.07.04.003-8	Instalação e Adaptação de Prótese Dentária
03.07.04.007-0	Moldagem dento-gengival p/ Construção de Prótese Dentária
03.07.04.008-9	Reembasamento e Conserto de Prótese Dentária

APÓS A ENTREGA DA PROTESE

É de suma importância que o Cirurgião-Dentista forneça instruções aos pacientes sobre técnicas de higienização e os retornos ao consultório necessários para acompanhamento da saúde bucal.



ANEXO I: MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO
PROTÉTICO**

1. Eu, _____, na condição de paciente ou de responsável pelo paciente _____, que se encontra em tratamento através da equipe de Saúde Bucal do SUS no município de Lagoa Santa na Unidade Básica de Saúde _____, AUTORIZO o profissional Cirurgião-Dentista(a) da referida UBS a realizar o tratamento protético de () PT Superior () PT Inferior () PPR Superior () PPR Inferior.
2. Estou ciente que o tratamento protético é realizado no consultório e possui também etapas laboratoriais, não podendo ser estipulado um prazo de finalização do procedimento;
3. Faz-se necessário que o paciente seja previamente acolhido pelo cirurgião (ã)-dentista para avaliação das condições clínicas, onde será verificada a viabilidade de execução do serviço;
4. Fui informado que todo procedimento pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato;
5. Declaro também que foram explicadas as alternativas de tratamento e que optei de livre vontade pelo tratamento proposto;
6. Estou ciente e de acordo que possam ocorrer intercorrências na confecção e/ou entrega dessas próteses, considerando os processos laboratoriais e clínicos;
7. Estou ciente que após a entrega a prótese é de toda a minha responsabilidade, e que o Município não tem responsabilidade em arcar com eventuais danos tais como quebras, perdas e etc;
8. Estou ciente que dependendo da minha condição clínica pode ser necessário o uso de produtos para melhor fixação das próteses e que o Município não fornece e não arcará com o custo de aquisição desses produtos;
9. Em casos de lesões ou alterações teciduais, deverá retornar para nova avaliação com o cirurgião (ã)-dentista;
10. Estou ciente e fui orientado quanto a higienização da minha prótese;
11. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo, desde ao tratamento de prótese que realizarei, das condições dos dentes presentes na boca e dos tratamentos que são necessários e devem ser realizados para instalação da prótese, autorizando a realização dos procedimentos necessários e assumindo os riscos inerentes.

Eu, Cirurgião (ã)-dentista _____, CRO _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/ responsável.

_____, _____ de _____ de _____.

Ass. do Paciente/ Responsável

Cirurgião Dentista
Ass. e Carimbo

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 20/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS.** Dispõe sobre a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012.** Dispõe sobre a ampliação do número de laboratórios e da oferta de próteses dentárias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 24 agosto de 2012.

Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. **Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional.** Cad Saúde Pública. 2007; 23:1803-14.

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** Cad Saúde Pública. 2005; 21:1665-75.

Lagoa Santa, 04 de setembro de 2023.

ALICE DUARTE SANTOS VELOSO

Referência Técnica do Núcleo de Atenção à Saúde
Secretaria Municipal de Lagoa Santa/MG

TATIANA GIORDANO

Referência Técnica do Núcleo de Atenção à Saúde
Secretaria Municipal de Lagoa Santa/MG

MARIANE CRISTINA RIOS SILVEIRA OLIVEIRA

Coordenadora do Núcleo de Atenção à Saúde
Secretaria Municipal de Lagoa Santa/MG

GILSON URBANO DE ARAÚJO

Secretário Municipal de Saúde
Gestor Municipal do SUS/Lagoa Santa/MG