



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



LETICIA FERREIRA LISBOA

**CONFECÇÃO DE PRÓTESES REMOVÍVEIS NO SUS: A IMPORTÂNCIA DO
PLANEJAMENTO INTEGRADO**

UBERLÂNDIA

2023

LETICIA FERREIRA LISBOA

**CONFECÇÃO DE PRÓTESES REMOVÍVEIS NO SUS: A IMPORTÂNCIA DO
PLANEJAMENTO INTEGRADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra^a. Germana de Villa Camargos

UBERLÂNDIA

2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. METODOLOGIA.....	6
3. DESENVOLVIMENTO.....	6
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão narrativa da literatura com foco no planejamento integrado em reabilitação oral para otimizar os encaminhamentos da atenção primária aos serviços odontológicos especializados (CEO) em prótese removível. O sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo oferecer assistência odontológica integral e universal por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e do Programa Brasil Sorridente. A porta de entrada primária para o atendimento odontológico são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a equipe odontológica, juntamente com outros profissionais de saúde, presta serviços preventivos, promocionais e curativos. A UBS tem papel central no processo de encaminhamento, e os pacientes que necessitam de tratamento protético especializado são encaminhados ao CEO. No entanto, a disponibilidade de serviços odontológicos ambulatoriais especializados constitui-se em um grande desafio no âmbito do SUS. A integração das redes de atenção odontológica e o estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência são fundamentais para o alcance da atenção integral à saúde bucal. Recomenda-se um plano de tratamento gradual, começando com atendimento de urgência, tratamento periodontal básico, procedimentos cirúrgicos, tratamento endodôntico, odontologia restauradora, cirurgia periodontal e, finalmente, o fornecimento de próteses removíveis. A implementação bem-sucedida de próteses removíveis na atenção primária pode ajudar a reduzir as listas de espera nos CEOs regionais. A colaboração entre profissionais da odontologia e programas de treinamento são essenciais para a implementação bem-sucedida de próteses removíveis na atenção primária e serviços especializados. Este estudo destaca a importância de uma abordagem integrada da reabilitação oral e encaminhamentos otimizados para serviços especializados, contribuindo para a inclusão e saúde bucal da população brasileira e para uma efetiva oferta de próteses dentárias na rede de saúde pública, serão necessárias um conjunto de ações que podem ser potencializada por meio de parcerias entre instituições de ensino e o SUS.

Palavras-chave: Prótese dentária. Sistema Único de Saúde. Saúde Oral

ABSTRACT

This article presents a narrative review of the literature focusing on integrated planning in oral rehabilitation to optimize referrals from primary care to specialized dental services (CEO) in removable prosthesis. The Brazilian public health system, the Unified Health System (SUS), aims to offer comprehensive and universal dental care through the National Oral Health Policy (PNSB) and the Smiling Brazil Program. The primary gateway to dental care is the Basic Health Units (UBS), where the dental team, along with other health professionals, provide preventive, promotional and curative services. The UBS plays a central role in the referral process, and patients who need specialized prosthetic treatment are referred to the CEO. However, the availability of specialized outpatient dental services is a major challenge within the SUS. The integration of dental care networks and the establishment of a referral and counter-referral system are fundamental for achieving comprehensive oral health care. A graduated treatment plan is recommended, starting with urgent care, basic periodontal treatment, surgical procedures, endodontic treatment, restorative dentistry, periodontal surgery, and finally the provision of removable dentures. Successful implementation of removable prostheses in primary care can help reduce waiting lists in regional DSCs. Collaboration between dental professionals and training programs is essential for the successful implementation of removable dentures in primary care and specialist services. This study highlights the importance of an integrated approach to oral rehabilitation and optimized referrals to specialized services, contributing to the inclusion and oral health of the Brazilian population and to an effective supply of dental prostheses in the public health network. can be leveraged through partnerships between educational institutions and the SUS.

Keywords: Dental prosthesis. Health Unic System. Oral health.

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Políticas intersetoriais que promovam a integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação oral com foco na promoção da saúde são necessárias para otimizar a assistência odontológica no serviço público brasileiro, garantindo os princípios de universalidade e integralidade estabelecidos no Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Portanto, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foram estabelecidas em 2004 a fim de garantir ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros em todo os ciclos da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos, bem como em condições especiais) por meio do programa Brasil Sorridente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Para isso, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde Bucal (RAS) (CALVASINA, 2023), compostas por Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centros de Apoio Diagnóstico (CAD) com serviços de diagnóstico e laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm papel central na garantia do acesso à saúde bucal de qualidade para a população, representando a principal porta de entrada e central de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Cada equipe da atenção básica (AB) está vinculada a um contingente populacional e a uma região geográfica específica. Cabe à equipe da AB acolher o paciente com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade de uma assistência resolutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

As ações da saúde bucal nas UBS envolvem prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde nas diversas áreas da Odontologia. Quanto as ações de recuperação e reabilitação da saúde bucal, destaca-se a confecção das próteses removíveis totais ou parciais devido ao crescente envelhecimento da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Em 2014, a população idosa no Brasil era de 20,6 milhões (10,8%). A expectativa é que, em 2060, o país tenha 58,4 milhões de idosos, sendo a perda dentária o principal problema de saúde oral que

afeta os idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Logo, a oferta de próteses totais e parciais pelo SUS visa construir uma política de inclusão social de edêntulos e parcialmente dentados, portanto precisa ser ampliada (CORRÊA et al., 2016) e ser constantemente associada a políticas públicas de promoção e prevenção em saúde bucal (WATT et al., 2019).

De acordo com as Diretrizes da PNSB, a reabilitação com próteses totais e/ou parciais removíveis pode ser realizada na Atenção Primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Entretanto, nos municípios cuja Atenção Básica não oferece reabilitação protética, os quais são a maioria, os usuários devem ser encaminhados para o Ambulatório Especializado (PEDRAZZI; DIAS; RODE, 2008). Todavia, a oferta de serviços de Atenção Ambulatorial Especializada (CEO média complexidade) constitui um dos maiores gargalos da saúde bucal no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A construção da integralidade em saúde bucal requer a valorização da atenção secundária com o fortalecimento e desenvolvimento do sistema de referência e contrarreferência, por meio de melhores políticas de planejamento e gestão pública (DE LUCENA et al., 2020).

Logo, para otimizar a oferta de serviços de atenção bucal especializada deverá haver uma integração entre as RAS ordenando e definindo o fluxo dos pacientes das UBS para os CEOs. O objetivo é que as equipes de AB realizem o encaminhamento para as referências e acompanhem a evolução do tratamento especializado (BORGHI, 2013). Cabe ao cirurgião-dentista da AB selecionar os casos que serão encaminhados ao CEOs, sendo sua responsabilidade encaminhar o paciente com o tratamento odontológico básico completado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Como a necessidade e reabilitação oral de pacientes edêntulos e/ou parcialmente dentados será uma constante em saúde pública nos próximos anos, esse trabalho de conclusão de curso tem como objetivo fazer uma revisão narrativa da literatura com foco no planejamento integrado em reabilitação oral a fim de otimizar o encaminhamento/referenciamento dos pacientes da AB para o CEO em Prótese Dentária.

2. METODOLOGIA

Uma busca nas base de dados Medline/PubMed e SciELO, a nível Brasil, utilizando a associação de mesh terms e palavras-chave específicas relacionados a oferta e confecção de Próteses Removíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles 'Dental Prosthesis' AND 'Unified Health System' AND 'Oral Health'. Não houve restrições quanto ao tipo de estudo, idioma e ano de publicação. Dessa maneira, na pesquisa inicial foram obtidos apenas 06 artigos e após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 4 artigos iniciais para análise. Após análise completa dos artigos principais e de suas referências, 12 trabalhos foram adicionados à revisão para fundamentar melhor os aspectos envolvidos na demanda e confecção das próteses removíveis no âmbito do SUS.

Adicionalmente, como meio de promover melhor entendimento sobre o planejamento integrado das ações de saúde a nível primário e secundário para a reabilitação de indivíduos parcial ou totalmente edêntulos com próteses removíveis no SUS, também foi revisado o documento do Ministério da Saúde sobre a saúde bucal no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

3. DESENVOLVIMENTO

PLANO DE TRATAMENTO EM REABILITAÇÕES ORAIS REMOVÍVEIS

Após o diagnóstico completo (anamnese, exame clínico, exame radiográfico e exames complementares), o CD na AB deverá encontrar todos os fatores que causam (microorganismos e desequilíbrio oclusal) e contribuem (predisposição hereditária, saúde geral debilitada, insuficiência nutricional, tensão emocional), de algum modo para a deterioração da saúde bucal (FERNANDES-NETO; NEVES; SIMAMOTO JÚNIOR, 2016). Posteriormente, deve ser determinado o método para eliminação de cada um desses fatores. Portanto, o paciente deverá ser encaminhado para o serviço de atendimento especializado (CEO) para o tratamento protético definitivo com protéses removíveis somente após a conclusão do tratamento odontológico, o qual deverá obedecer a ordem de prioridades descrita abaixo:

Tratamento odontológico

O plano de tratamento odontológico completo inclui (FERNANDES-NETO; NEVES; SIMAMOTO JÚNIOR, 2016):

1. Urgências (AB): em relação a dor, estética, eliminação de cáries.

2. Periodontal básico (AB): obtenção da série completa de radiografias necessárias, eliminação da placa bacteriana e raspagem dental.

3. Cirúrgico (AB ou CEO): Exodontias e cirurgias pré-protéticas.

Na AB, deverão ser realizados todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos básicos, como exodontias simples (dentes permanentes e decíduos), exodontias de restos radiculares, exodontias múltiplas de baixa complexidade, cirurgias pré-reabilitadoras básicas, biópsias incisionais simples, drenagem de abscessos localizados, curetagem de pequenas lesões císticas ou granulomatosas, entre outros procedimentos básicos da atuação profissional. Casos que envolvam exodontias complexas (que necessitem de osteotomias e/ou odontosseções diversas; ou casos de dentes próximos às estruturas nobres com risco eminente de lesões adjacentes), cirurgias ósseas ou de tecidos moles (cirurgias mucogengivais) com finalidades protética ou reabilitadora podem ser referenciadas para a especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do CEO.

4. Endodontia que não foi caracterizada como urgência (AB ou CEO).

Serão referenciados para a especialidade de Endodontia do CEO apenas os usuários que necessitarem de terapias endodônticas não conservadoras, como: biopulpectomia, necropulpectomia e retratamento endodôntico. Demais casos podem ser solucionados na AB.

5. Dentística restauradora (AB): restaurações com resina composta, ionômero de vidro, selantes fossas e fissuras, colagem dental, prótese adesiva direta, dentre outros.

6. Periodontal cirúrgico (CEO): gengivectomia, cirurgias a retalho, cirurgias mucogengivais.

Os usuários deverão ser encaminhados ao CEO já tendo sido submetidos aos procedimentos periodontais de responsabilidade da AB com melhora substancial no controle de placa supragengival, o que será de extrema importância para o sucesso do tratamento, preferencialmente com menos de 20% de superfícies sangrantes na margem gengival (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Quando o encaminhamento for para cirurgias periodontais, para viabilizar tratamento restaurador, o dente a ser operado deve ter sido submetido à remoção de tecido cariado.

7. Reabilitação oral com próteses removíveis

Após a realização dos tratamentos odontológicos, descritos nos itens de 1 a 6, os pacientes são encaminhados para os CEO para reabilitação com próteses removíveis (Quadro 01).

Quadro 01 – Protocolos de Referência (AB/CEO) para Reabilitações Orais Removíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Prótese total (PT) e prótese parcial removível (PPR)

Destaca-se a importância da implantação de oferta de PT e PPR na AB, que contribuirá para diminuir as filas nos CEOs regionais e mesmo naqueles que são referência apenas para o município. Experiências exitosas indicam que a pactuação da oferta com os profissionais da rede e a capacitação deles são essenciais para o sucesso da iniciativa. Sendo assim, a oferta deve se dar tanto na AB quanto nos CEOs.

Critérios de encaminhamento:

- Avaliar se há presença de alterações com aspecto de normalidade e rebordo regularizado, devendo efetuar todos os procedimentos pertinentes (remoção de raízes residuais, raspagem coronária supra e subgingival – em casos de periodontite leve e moderada, polimento coronário, e tratamento de lesões de cárie dentária), de forma a preparar previamente a cavidade oral para a confecção da prótese removível total ou parcial (PRT ou PRP, respectivamente).
- No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis suspeitas, hiperplasia de tecidos moles, rebordo irregular, dentes de apoio com necessidade endodôntica, deve ser feito encaminhamento prévio para a semiologia, para a cirurgia oral menor ou para a endodontia, de acordo com o caso.
- Para a confecção de PPR, o usuário deve ser encaminhado depois de realizados todos os procedimentos de AB e/ou especializada, estando apto para a confecção da prótese. Quando existir prótese prévia, tratar e recuperar os tecidos moles, caso necessário.
- Não devem ser encaminhados casos com presença de dentes com extrusão ou com necessidade de coroas fixas para apoio da PPR.

Tratamento Protético Definitivo Com Próteses Removíveis

O tratamento protético definitivo reabilitador com aparelhos removíveis usará como mecanismo de suporte as estruturas remanescentes sadias (dentes e rebordos). O número de consultas e o tempo variam de acordo com as necessidades clínicas odontológicas e a colaboração do paciente, porém, sugere-se que, uma vez incluído, deverá ter seu tratamento completado com uma média de seis consultas, devendo-se considerar como parâmetro dez novos pacientes por mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Quadro 02 - Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Próteses Dentárias

Prótese Total ou Parcial Removível

Sugestão de agendamento:

- 40 pacientes a cada 6 semanas.
- Tempo de duração de consulta = 30 minutos.
- Agendamento de oito pacientes/dia.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Pág 178. (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)*

Quadro 03 - Protocolo clínico para confecção de Prótese Total Removível (PTR)

Prótese Removível Total (PTR)	
Consulta 1	Clínica: moldagem anatômica Laboratório: confecção de moldeira individual
Consulta 2	Clínica: moldagem funcional Laboratório: confecção de base de dentatura e rolete de cera
Consulta 3	Clínica: registro de relação intermaxilar e estética Laboratório: montagem dos dentes
Consulta 4	Clínica: prova dos dentes Laboratório: acrilização
Consulta 5	Clínica: entrega ajuste final e orientações de higiene
Consulta 6	Clínica: controle posterior e ajuste pós uso. O ajuste deve ser semanal até que o paciente que está confortável. O controle posterior deve ser estabelecido pelo profissional e baseado nas condições de higiene do paciente (visitas periódicas de seis em seis meses ou anuais). Laboratório: reembasamento (se necessário).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde*. Pág 149.

Quadro 04 – Protocolo clínico para confecção de Prótese Parcial Total (PPR)

Prótese parcial removível (PPR)	
Consulta 1	Clínica: moldagem inicial Laboratório: delineamento do modelo de estudo
Consulta 2	Clínica: confecção dos nichos e moldagem – modelo de trabalho Laboratório: confecção da armação metálica e da base de resina em casos de extremo livre
Consulta 3	Clínica: prova da armação metálica e registro da relação intermaxilar Laboratório: montagem dos dentes e moldagem funcional em casos de extremo livre
Consulta 4	Clínica: acrilização Laboratório: acrilização.
Consulta 5	Clínica: entrega ajuste final e orientações de uso e de higiene.
Consulta 6	Clínica: controle posterior para ajuste da sela e oclusão (após dois ou três dias)
Revisões*	Consulta 1: após um mês da instalação Consulta 2: após três meses da instalação Consulta 3: após seis meses da instalação Consulta 4: após um ano da instalação (com série radiográfica dos pilares) Consulta 5: revisões anuais, podendo realizar séries radiográficas de dois em dois anos

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Pág 150.*

* A definição do local para as revisões (UBS ou CEO) dependerá da organização de cada serviço.

AUTOPERCEPCÃO DOS USUÁRIOS DO SUS QUANTO ÀS PRÓTESES REMOVÍVEIS CONFECCIONADAS

De um modo geral, há uma percepção positiva quanto ao tratamento reabilitador entre os indivíduos edêntulos, usuários de prótese total, quanto entre os edêntulos parciais, usuários de prótese parcial removível (CORRÊA et al., 2016; IRALLA REZENDE et al., 2011), pois sem as próteses eles apresentavam problemas para comer, falar, dor, sentimento de vergonha (CORRÊA et al., 2016). Independente do fato desses idosos estarem desdentados total ou parcialmente, o mais importante era que as próteses estivessem funcionando de maneira adequada, sem causar incômodo e em bom estado de uso (CORRÊA et al., 2016).

Neste contexto, REZENDE ET AL. (2011) avaliaram a prevalência de aceitação do tratamento reabilitador protético por parte dos usuários do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Maringá – PR. A amostra é referente a 39 pacientes atendidos entre março de 2006 e março de 2007. Os dados foram coletados dos prontuários e por meio de aplicação de questionário estruturado. Em relação à aceitação do tratamento, 49% dos usuários ainda utilizavam as próteses confeccionadas pelo CEO, 36% as utilizavam parcialmente (apenas a superior ou a inferior) e 15% desistiram do tratamento. Apesar do benefício oferecido à população estudada por meio dos CEO, grande parte desta não encontrou total resolutividade nos serviços oferecidos (REZENDE, 2011). Portanto, é de suma importância que gestores planejem cursos de capacitação na área e os profissionais planejem nas suas agendas um período para consultas de ajuste da prótese. Este pode ser reservado ao final do período de atendimento ou reservar um dia da semana. Esta consulta de ajuste assume importância fundamental na confecção de PT e PPR (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). São aparelhos que se relacionam com tecido mole e que frequentemente provocam ulcerações ou desconforto. O paciente deve ser encorajado a procurar este atendimento. Muitos pacientes tentam fazer os ajustes por conta própria. Quando não obtêm sucesso, desistem do tratamento. Adicionalmente, evidencia-se a importância da constante capacitação técnica da equipe envolvida na reabilitação de pacientes com próteses removíveis.

AValiação DO SISTEMA DE REFERÊNCIA/ CONTRARREFERÊNCIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA

A construção da integralidade em saúde bucal requer a valorização da atenção secundária com o fortalecimento e desenvolvimento do sistema de referência e contrarreferência. O tratamento oferecido nos CEOs é uma continuação do trabalho realizado pela rede básica de saúde. O fluxo de atendimento é composto por profissionais da atenção básica sendo responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e encaminhamento dos casos mais complexos para o CEO. Neste contexto, BORGHI et al. (2014) realizaram um estudo observacional exploratório com 101 pacientes referenciados de 12 Unidades de Saúde da Família (USF) e 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) para análise de fluxo, qualidade de atendimento e acesso dos encaminhamentos para a atenção secundária. A maioria dos entrevistados, 95,05%, não apresentou nenhuma queixa quanto ao atendimento e apenas 4,95% relatou ter alguma queixa. Adicionalmente, apenas 0,99% apontaram dificuldade para marcar horário, 7,92% consideraram o local mal sinalizado ou difícil de ser encontrado por falta de informação do endereço correto; por fim, 7,92% o consideraram muito distante de sua casa. Após a finalização do tratamento especializado, 61,38%, responderam que voltaram para o atendimento básico em suas unidades, e 38,61%, apontaram que não voltaram às unidades para dar continuidade ao tratamento. 66,66% dos que não retornaram para a atenção básica responderam apenas que não procuraram o CD nas unidades, sem fornecer outras informações; no entanto 23,07% relataram que não procuraram o CD nas unidades porque entenderam não precisar mais de atendimento; por fim, 4 usuários, 10,25%, não retornaram porque disseram não ter conseguido marcar a consulta (BORGHI, 2013).

É fundamental a reflexão sobre a organização da contrarreferência dos pacientes para a atenção básica, no sentido de se garantir a integralidade da atenção à saúde bucal, fator primordial para assegurar a longitudinalidade do cuidado e a qualidade do atendimento (BORGHI, 2013).

DESAFIOS PARA A OFERTA DE PRÓTESE DENTÁRIA NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA

GUIMARÃES ET AL. (2017) realizaram um estudo quantitativo, exploratório e descritivo no estado de Minas Gerais a fim de conhecer os desafios enfrentados pelos municípios na implantação e manutenção dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), assim como determinar o perfil dos municípios que credenciaram os LRPD. Para isso, foram selecionados 317 municípios de acordo com o cálculo amostral, os quais foram categorizados em três grupos: I – Municípios que não credenciaram LRPD (68%), II – Municípios que tiveram seus LRPD descredenciados por apresentarem ausência ou baixa produção dos serviços (6%), III – Municípios que credenciaram LRPPD e os mantiveram até outubro de 2014 (26%).

Posteriormente um relatório foi enviado aos gestores municipais de saúde para coletar informações sobre os motivos para credenciamento ou descredenciamento de LRPD e outras variáveis relacionadas à saúde bucal. O motivo mais prevalente (65%) para o descredenciamento ou não implantação dos LRPD foi a ausência de mão de obra especializada: técnico de prótese dentária para ofertar o serviço de confecção de próteses. Esse fato aponta para a necessidade de investimentos na formação de TPD para o atendimento da demanda de reabilitação oral da população. Conforme destacado na IX Conferência Nacional de Saúde, uma política de recursos humanos efetiva é indispensável para a implementação do SUS (14).

Todavia, o maior problema enfrentado pelos municípios do grupo III (54%) que possuem LRPD cadastrados foi referente a manutenção dos laboratórios devido ao baixo financiamento. A presença de LRPD estava associada a municípios com contingente populacional superior a 10 mil habitantes. Outro fator relatado nesse grupo foi a necessidade de capacitação técnica do Cirurgião-Dentista (CD) para a atuação na área de reabilitação, sendo assim necessárias estratégias de alinhamento técnico entre os profissionais CD e TPD para melhor oferta dos serviços de reabilitação oral. Além disso, dificuldades enfrentadas pelos municípios que possuem LRPD cadastrados, como falta de planejamento orçamentário, documentação regularizada e coordenação de saúde bucal, evidenciam a necessidade de uma gestão eficiente para o bom funcionamento do serviço. (GUIMARÃES, 2017)

A implantação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) nos municípios constitui-se uma estratégia importante para a integralidade da

atenção no âmbito odontológico de acordo com as diretrizes da Política nacional de Saúde Bucal (PNSB) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004). Entretanto, apesar da grande demanda pela oferta de prótese dentária, haviam apenas 1.477 municípios com LRPD credenciados no país, correspondendo a 27% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2015). Portanto, a valorização, criação e manutenção de LRPDs deve estar associada às políticas de saúde pública para oferta de próteses dentárias tanto pela atenção básica quanto especializada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma efetiva oferta de próteses dentárias na rede de saúde pública, serão necessárias um conjunto de ações que compreendem: (1) a capacitação/atualização dos recursos humanos quanto a políticas de gestão pública e técnicas associadas a confecção das próteses removíveis; (2) ampliação/manutenção dos LRPDs em conjunto com investimento em tecnologia, a fim de otimizar o processo de confecção dos trabalhos protéticos; (3) incentivo a políticas de saúde pública que visem a prevenção e promoção de saúde com o intuito de melhorar os índices de saúde oral da população e conseqüentemente, reduzir a demanda por serviços especializados referentes a procedimentos curativos. A implementação dessas ações pode ser potencializada por meio de parcerias entre instituições de ensino e o SUS.

REFERÊNCIAS

- BORGHI, E. A. **A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia**. *Odontologia Clínico-Científica*, v. 12, n. 2, pp. 154-159, set. 2013.
- BRASIL. **Nota técnica: credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **DATASUS tecnologia da informação a serviço do SUS: notas técnicas**. Ministério da Saúde, [S.l.], 01 maio 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qgmg.def>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- GUIMARÃES, M. R. **Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública**. *Revista Saúde em Foco*, v. 3, n. 2, pp. 39-44, fev. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Santa Maria - DF: Editora Brasil, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A saúde bucal no sistema único de saúde**. Brasília – DF: Editora MS, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica em saúde bucal**. Brasília: Editora MS, 2018.
- REZENDE, R. I. **Prótese dentária na saúde pública: resultados de um centro de especialidades odontológicas no município de Maringá-PR**. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 40, pp. 12-17, jan./fev. 2011.
- CALVASINA, P. **Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível**. *Ciencia & saude coletiva*, v. 28, n. 3, p. 785–788, 2023.
- CORRÊA, H. W. et al. **Saúde bucal em usuários da atenção primária: Análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária**. *Physis*, v. 26, n. 2, p. 503–524, 2016.
- DE LUCENA, E. H. G. et al. **Factors associated with conducting planning for secondary oral health care services in Brazil**. *BMC Health Services Research*, v. 20, n. 1, p. 1–7, 2020.
- FERNANDES-NETO, A. J.; NEVES, F. D.; SIMAMOTO JÚNIOR, P. C. **Bases para o diagnóstico, planejamento e tratamento em reabilitação oral**. In: **Fundamentos da Prótese Sobre Implantes**. [s.l.: s.n.]. p. 39–64.
- IRALLA REZENDE, R. et al. **Prótese dentária na saúde pública: resultados de um**

centro de especialidades odontológicas no município de Maringá-PR. **Rev Odontol UNESP, Araraquara. jan./fev**, v. 40, n. 1, p. 12–17, 2011.

PEDRAZZI, V.; DIAS, K. R. H. C.; RODE, S. DE M. Oral health in Brazil - Part II: Dental specialty centers (CEOs). **Brazilian Oral Research**, v. 22, n. SUPPL.1, p. 18–23, 2008.

WATT, R. G. et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 261–272, 2019.