



Henrique Hubner de Oliveira

Manual de Confecção de Prótese Total Superior e Inferior

CURITIBA
2024

Henrique Hubner de Oliveira

Manual de Confeccção de Prótese Total Superior e Inferior

Monografia apresentada a Faculdade ILAPEO
como parte dos requisitos para obtenção de título de
Especialista em Odontologia com área de
concentração em Prótese Dentária.

Orientador(a): Prof. Dr. Rodrigo Yoshiyasu

CURITIBA
2025

Henrique Hubner de Oliveira

Manual de Confecção de Prótese Total Superior e Inferior

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vitor Coró.
Prof(a). Dra. Mary Dias Vitória.
Prof. Dr. Yuri Uhlendorf

Aprovada em: 13-05-2025

MANUAL DE CONFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR

Henrique Hubner de Oliveira¹

¹Graduado em Odontologia pela Universidade Paranaense UNIPAR, Paraná, Brasil

¹Especializando em Prótese Dentária e Odontologia Digital ILAPEO

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apontar as etapas fundamentais para a realização de uma prótese total, destacando sua importância na reabilitação oral de pacientes edêntulos. A reabilitação com prótese total nos dias atuais, ainda é uma alternativa eficaz para recuperar a estética e funcionalidade, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente. O estudo descreve, de forma detalhada, as fases envolvidas no processo, desde a avaliação inicial do paciente, passando pela moldagem, escolha dos materiais, até a adaptação final da prótese. Além disso, este estudo aborda a importância de uma técnica precisa para a confecção de uma prótese total afim de garantir o sucesso do tratamento. Dessa forma, o trabalho reforça que, apesar dos avanços nos tratamentos com implantes, a prótese total bem-feita ainda se mantém como uma alternativa viável e acessível, sendo uma das opções muito utilizadas na odontologia contemporânea.

Palavras-chave: Prótese total; Prótese dentária; Reabilitação oral; Edentulismo.

ABSTRACT

This study aims to outline the key stages involved in the creation of a complete denture, highlighting its importance in the oral rehabilitation of edentulous patients. Complete denture rehabilitation today remains an effective alternative to restore aesthetics and functionality, providing an improved quality of life for the patient. The study describes in detail the phases involved in the process, from the initial patient assessment, through impression making, material selection, to the final adaptation of the denture. Additionally, this study addresses the importance of precise technique in the fabrication of a complete denture to ensure the success of the treatment. In this way, the paper emphasizes that, despite advances in implant treatments, a well-made complete denture remains a viable and accessible alternative, being one of the most commonly used options in contemporary dentistry.

Keywords: Complete denture; Dental prosthesis; Oral rehabilitation; Edentulism

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional se torna cada vez mais evidente ao longo dos anos, com uma estimativa de 3% de crescimento ao ano. Com essa taxa percentual, projeta-se que, até o ano de 2050, a população mundial será composta por aproximadamente 2,1 bilhões de pessoas idosas.¹

Essa transformação demográfica vem acompanhada do surgimento de novas demandas sociais, econômicas e de saúde, especialmente quando falamos sobre serviços de saúde bucal, que necessitam ser frequentemente reorganizados para atender as necessidades específicas decorrentes do processo de envelhecimento.²

Dentre essas mudanças, destacam-se a perda total dos dentes, que podem ser causadas por diversos fatores, incluindo aspectos biológicos, comportamentais e psicossociais. 44 Essa perda, nomeada de Edentulismo, impacta diretamente na qualidade de vida dos idosos, influenciando diretamente a sua capacidade mastigatória, sua autoestima, e conseqüentemente suas relações sociais.³

Um estudo realizado em 2018, revelou que 16 milhões de brasileiros estão edêntulos. Segundo informações do IBGE e Ibope, no Brasil, 39 milhões de pessoas utilizam próteses dentárias, sendo que uma a cada cinco delas tem idades entre 25 e 44 anos. A pesquisa também destaca que 41,5% da população com mais de 60 anos já perderam todos os dentes.⁴

Embora a prótese sobre implantes seja considerada a abordagem de reabilitação mais confiável para tratamentos extensivos, ela não está disponível para todos devido a questões de saúde geral, seu custo elevado e/ou limitações anatômicas relacionadas a quantidade óssea disponíveis. Dessa forma, as próteses totais removíveis, apresentam uma alternativa acessíveis para pacientes edêntulos, devido ao seu baixo custo em comparação com o

tratamento mencionado, e sua eficácia ao restituírem tanto a estética quando a função para a paciente.⁵

Diante disso, torna-se fundamental o uso de próteses dentárias, como uma alternativa odontológica para minimizar o déficit mastigatório e melhorar a capacidade de mastigação, o conforto e a segurança das pessoas idosas.⁶ Dessa forma, este trabalho tem como objetivo apresentar um protocolo para confecção de próteses totais, e foi desenvolvido com o intuito de ser um material de fácil compreensão, abordando as técnicas clínicas e os materiais recomendados para o tratamento.

RELATO DE CASO

Primeira Consulta: Paciente do gênero feminino, M.C, com 62 anos de idade, compareceu a clínica da ILAPEO (Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico), Curitiba, Paraná, tendo como sua principal queixa a insatisfação estética e funcional de suas próteses totais. Seu desejo era fazer próteses novas (superior e inferior) com estética e função adequada, para que tivesse mais confiança ao sorrir, e também conseguisse se alimentar melhor. Com isso, foi realizado uma anamnese detalhada, onde não foi observado nenhum problema de saúde e realizadas fotos intra e extra orais.



Figura 1. A. Sorriso Inicial.

Figura. B. Paciente em Repouso.



Figura 2. Dentes Iniciais da Prótese Total Superior e Inferior.

No exame clínico intra oral, observou-se manchamento dos dentes da prótese, principalmente na margem cervical, a linha média estava desviada para o lado esquerdo, e a prótese superior apresentava uma Curva De Spee invertida, o que empobrecia a estética do sorriso, além disso, também estava evidente o desgaste dental. O rebordo superior da paciente, apresentava reabsorção severa proporcional ao tempo de perda dentária, relatada que a paciente perdeu todos os dentes aos 15 anos de idade, somada à uma prótese mal adaptada. Quando realizados os testes de estabilidade, a prótese superior apresentava maior estabilidade quando comparada a inferior, que apresentava uma grande reabsorção óssea. No exame clínico extra oral, a paciente apresentava perda de suporte da musculatura do terço inferior, devido a perda de Dimensão vertical de Oclusão (DVO). A paciente assinou o termo de Consentimento livre, e foi autorizado seguir a reabilitação protética.



Figura 3. Rebordo superior.



Figura 4. Rebordo inferior.

Primeiramente foram selecionadas as moldeiras estoque perfuradas previamente para pacientes desdentados Giachetti (AG, Brasil), as moldeiras devem ter uma folga de 3 a 5 mm do rebordo alveolar, para permitir que o material de moldagem faça uma cópia precisa dos rebordos, da região de fundo de sulco, e das inserções musculares em questão, e devem ser individualizadas com silicone de condensação Silicone de Condensação (Speedex Putty Denso Vigodent Coltene, Brasil), no rebordo da moldeira, a manipulação foi realizada conforme a recomendação do fabricante. Após individualizar a moldeira, é importante fazer furos no silicone, a fim de criar retenções para garantir a retenção do alginato na moldeira.

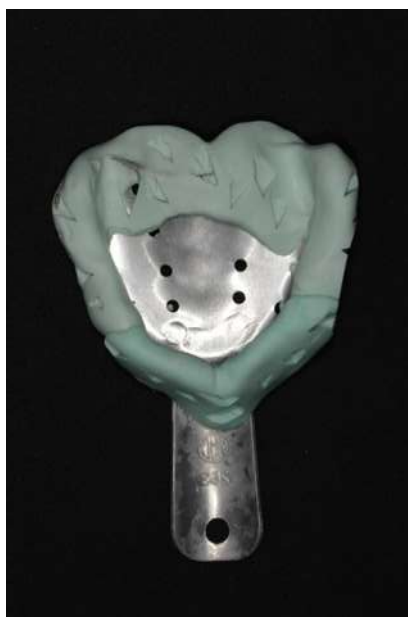


Figura 5. Moldeira de estoque superior com retenções.

A moldagem superior foi realizada com alginato (Alginato Cavex Colorchange – Cavex, Holanda), a principal finalidade dessa moldagem é obter a configuração geral da área basal, verificando a sua extensão adequada, e a tonicidade das extensões musculares envolvidas.

Em um grau odontológico com uma espátula de manipulação específica, deve-se espatular o alginato rigorosamente de forma consistente, afim de deixa-lo com o aspecto uniforme, evitando incorporação de bolhas de ar na moldagem. A cor inicial do material de moldagem inicialmente será rosa, logo após preencher a moldeira e levá-lo em posição, deve-se esperar o tempo de presa do material de um minuto, logo após a presa, a cor mudará para branca, e após 15 minutos retorna para a cor rosa, afim de facilitar a visualização dos detalhes anatômicos no laboratório.



Figura 6. Molde anatômico Superior.

Já na moldagem do rebordo inferior, foi preferido utilizar apenas o silicone de condensação, devido a inexistência de flacidez no rebordo. Na primeira etapa, foi moldado apenas com material pesado do silicone, e utilizado um plástico por cima do material pesado, afim de criar um alívio na moldagem e garantir o espaço necessário para o material leve. Além disso, como a moldagem foi feita sem auxiliar, preferiu-se fazer em duas etapas, para ter mais tempo na execução e segurança maior nos tempos de trabalho.



Figura 7. A. Moldeira de estoque inferior com o material pesado e plástico de alívio - B. Molde Anatômico inferior.

Após a desinfecção do molde superior e inferior com desinfetante (BACTEREND OX, Brasil), encaminhado para o laboratório utilizar os moldes para fazer o modelo de gesso, e confeccionar as moldeiras individuais fotopolimerizáveis.

O gesso utilizado no laboratório é o gesso tipo pedra, e após a obtenção do modelo anatômico, o protético utilizou resina acrílica autopolimerizável sobre o modelo de estudo para confeccionar a moldeira individual superior e inferior e delimitar a área chapeável. É importante que o laboratório faça os alívios nas regiões retentivas e adicione uma camada de cera utilidade nas áreas de maior flacidez devidamente identificadas no exame clínico, afim de criar um alívio para a próxima etapa que será a moldagem funcional.

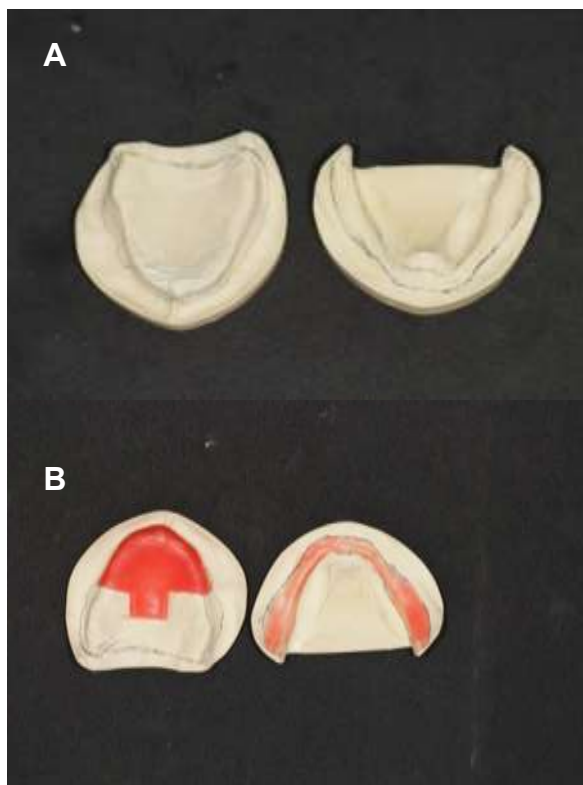


Figura 8. A. Modelo de gesso superior e inferior - B. Modelo de gesso superior e inferior com alívios em cera.

Segunda Consulta: Já com as moldeiras individuais em mãos, foi provado em boca, e feito a análise dos freios: labial, lingual e lateral. Caso seja necessário, deve-se fazer o alívio de 2 a 3mm dessas áreas (fundo de sulco vestibular, vestibulo lateral, linha oblíqua externa, papila piriforme, região lingual), afim de criar espaço para a godiva. Observando essas regiões e feitas as demarcações de excessos nas moldeiras, foi utilizado a Maxicut formato tronco cônica com movimentos arredondados para realizar o desgaste.



Figura 9. Moldeiras individuais superior e inferior.

Com as moldeiras ajustadas, foi utilizado Godiva verde em Bastão (Godiva Kerr Corporation, Estados Unidos), aplicadas em hemiarco flambando próximo a lamparina com movimentos circulares para não queimar, e levadas por parte sobre o rebordo das moldeiras e adaptá-las com o dedo molhado em água. Com a godiva sobre a moldeira, deve-se ser levada para boca em posição com uma temperatura morna, e realizar movimentos funcionais ou manipulações funcionais, feitos tanto pelo paciente, quanto pelo dentista durante o ato da moldagem, afim de copiar os movimentos da mastigação e garantir maior estabilidade das próteses. Se houver áreas expostas sem godiva deve se reforçar o alívio da moldeira individual para criar espaço para godiva. Com a finalização dessa etapa a godiva deve estar opaca e uniforme, sem apresentar linhas de união entre as partes e onde estiver com brilho significa que não moldou corretamente e deverá ser refeito até conseguir tais características.



Figura 10. Selamento periférico da moldeira individual superior e inferior com adesivo de fixação.

O próximo passo é remover os alívios de cera utilidade das moldeiras individuais e passa-se o adesivo (Adesivo de Moldeira Universal Tray – Zhermack, Itália) com pincel na área em que o material de moldagem terá contato com as moldeiras e fazer a moldagem com o Poliéter Impregum (Poliéter Impregum™ Soft – Solventum, Estados Unidos), que é composto

por uma pasta base e outra catalisadora. Deve-se espatular vigorosamente até que o material tenha um aspecto homogêneo, para leva-los a boca do paciente. Após o posicionamento da moldeira em boca, é necessário realizar movimentos de tração da mucosa jugal e labial, para copiar os movimentos funcionais, fazer o movimento do queixo e manter o dedo de apoio na boca até o final da polimerização do material. Em seguida, com a presa do material, foi utilizado o jato de ar para diminuir o vácuo e realizar a remoção da moldeira em um golpe único e unidirecional. Lavar o molde em água corrente, realizar a desinfecção e encaminhado ao laboratório para realização dos rodets de cera.



Figura 11. Moldagem funcional superior e inferior com Poliéter Impregum.

Terceira Consulta: Com os rodets já prontos, foi inicialmente avaliada a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), para a obtenção da altura do terço inferior da face. Com a paciente em repouso foi medida a distância entre a base do nariz e o queixo utilizando o compasso de Willis (33mm), foi subtraído 3mm considerando a medida aproximada do espaço funcional livre, mediu-se a distância do canto externo do olho até a comissura labial para confirmação da proporção dos terços faciais. A dimensão vertical de oclusão (DVO) foi determinada em 30mm.



Figura 12. A. determinação da DVO seguindo o método métrico. Figura B. Compasso de Willis marcando 30mm.

Iniciou se a prova do rodete superior utilizando o método estético. Assim foi observado que seria necessário, primeiramente, ajustar o suporte labial (visualizando o paciente de perfil e frontalmente) e o corredor bucal (corrigindo toda a vestibular do rodete superior). Com auxílio de uma lamparina aquecemos a espátula número 10 e fazemos a remoção do excesso de cera no corredor bucal e suporte labial ficassem harmônicos. Também foi preciso remover excesso vertical do plano de cera anterior, para diminuir a exposição dos dentes com o paciente em repouso. Foi feita a diminuição até que ficasse apenas 2mm de exposição de cera anterior quando a paciente estivesse em repouso, verificando com a régua de fox (Bio – Art, Brasil) se está paralela a linha bipupilar. Por último, remoção vertical das regiões posteriores corrigindo a curva de spee, com a régua de fox, respeitando a elevação de 10° de canino até molar, a partir da linha tragus asa do nariz.



Figura 13. Régua de Fox paralela a linha bipupilar.

Nessa etapa, também foi marcada a linha média, linha alta do sorriso e linha dos caninos, a linha dos caninos e marcada traçando uma linha vertical na comissura dos lábios em repouso atingindo os dois planos. Essa demarcação geralmente corresponde a face distal dos caninos.



Figura 14. A. Rodete de cera superior com linhas de orientação. Figura B. Régua de fox paralela ao Plano de Camper.

Após essas demarcações, foi levado o rodete inferior em posição, e observou-se que precisava remover cera até que a DVO chegasse aos 30mm pré estabelecidos. Foi aquecido o rodete de cera inferior e orientado o paciente morder até chegasse com o plano de cera inferior nesta medida.

Em seguida, foi feito cavidades em cunha, sem chegar na vestibular, no plano de cera superior e inferior utilizando uma lâmina bisturi de número 10.

Com o arco facial do Articulador semi ajustável (Articulador Bio-Art 4000 S, Brasil), foi feito o registro de posição e para a fixação do rodete superior no garfo foi utilizado o silicone de condensação. (Silicone de Condensação Speedex Putty Denso – Vigodent Coltene, Brasil).



Figura 15. Posicionamento do arco Facial

Para fazer o registro da mordida foi utilizando uma medida do silicone de condensação pesado (Silicone de Condensação Speedex Putty Denso – Vigodent Coltene, Brasil), foi manipulado o material, e levado sobre o rodete inferior, e conduzido o paciente em relação cêntrica até que os planos de cera se tocassem, afim de registrar corretamente a mordida.



Figura 16. Registro de Mordida sobre os rodets de cera com silicone de condensação.

A escolha dos dentes foi feita com a carta molde de dentes (Delara Kulzer), o modelo selecionado foi (O 43 na cor A1), levamos em consideração a distância entre caninos de 44,2 cm e a altura dos dentes de 10 cm, também foi levado em consideração seu formato arredondado que se aproximava com as características faciais da paciente, suas características estéticas com a superfície texturizada para garantir uma aparência natural e o resultado satisfatório.

No laboratório, foi feito a montagem dos dentes em articulador semi ajustável seguindo o registro de mordida, as linhas de orientação demarcadas, e as fotos do paciente com o modelo de cera em posição enviadas ao laboratório afim de ajudar o protético na montagem dos dentes (DEFAMA, Brasil), na cor A1 relativo a escala vita, de tamanho pequeno no modelo O 43.

Com todas estas informações repassadas ao laboratório, foi executada a montagem de dentes sobre os rodets de cera.

Quarta Consulta: Com a montagem de dentes, avaliamos: o suporte labial; a estética e exposição dos dentes; a linha média e linha alta do sorriso; a DVO e Oclusão. Assim foi observada uma alteração no plano oclusal da paciente, com uma leve inclinação do lado esquerdo, e a linha média também estava levemente desviada. A Oclusão ficou com contato prematuro do lado esquerdo e a mordida ficou profunda, sendo necessário realizar três pontos em Resina Acrílica Pattern (Pattern Resin LS – GC AMERICA, Estados Unidos), para registrar a mordida atual e fazer a correção no laboratório novamente.

Foi mostrado a paciente, para ela aprovar a escolha dos dentes o formato e a cor.



Figura 17. A. Prova de dentes

Figura B. Registro de mordida com resina pattern para correção.

Quinta Consulta: Após as correções realizadas pelo laboratório, foi provado novamente e avaliado e aprovado pela equipe e paciente, foi selecionada a cor da gengiva e encaminhado para o laboratório para acrilização.

Foi verificado se a prótese já acrilizada estava comprimindo alguma área, foi checado os toques bilaterais simultâneos e ajustado a oclusão com papel carbono. O paciente assinou um termo de que recebeu as próteses totais, e que recebeu instruções de higiene também.



Figura 18. A,B,C Fotos do resultado final.

Sexta Consulta: No retorno, foi observado como estava a adaptação da paciente em relação as próteses novas, se foi possível se alimentar corretamente ou se alguma área estava machucando a boca. Foi necessário fazer um desgaste com Maxicut na prótese superior para ajustar uma região que estava comprimindo a mucosa da paciente.

DISCUSSÃO

A perda dental é um dos fatores que altera o padrão de fala, a estética, a mastigação, a deglutição, e até mesmo o padrão de vida do indivíduo, desde seus hábitos sociais como seus comportamentos diante a sociedade, suas condições emocionais e psicológicas. No caso apresentado, a necessidade do paciente foi além de apenas recuperar a função mastigatória. Ao buscar o tratamento reabilitador, a paciente procurou recuperar a sua autoimagem e bem estar

social, uma vez que, conforme Agostinho (2015), a ausência dental impacta o dia a dia das pessoas, e por consequência, sua qualidade de vida.⁷

A paciente utilizou a mesma prótese total superior e inferior por mais de 10 anos, além disso a estética e oclusão já estava com deficiência, contribuindo para a necessidade de realizar a troca das mesmas. De acordo com TURANO (2012), a prótese total precisa ser substituída a cada 5 anos, embora dependa muito dos hábitos de vida de cada pessoa, da saúde e dos cuidados que o paciente se dedica a ela.⁸

É importante destacar que, pacientes reabilitados com próteses totais superiores, apresentam maior aceitação e adaptação comparadas a próteses totais inferiores, devido a sua maior retenção e estabilidade.⁹ Assim, nesse estudo, todas as metas foram alcançadas, resultando na total satisfação do paciente com as próteses totais, resultando em uma significativa melhoria na qualidade de vida da paciente.

A elaboração de um planejamento detalhado, vinculado às necessidades do paciente, estabelece o principal alicerce a ser considerado durante os procedimentos de reabilitação oral. O estabelecimento da dimensão vertical de oclusão é a fase que requer maior atenção por parte do dentista na confecção da prótese, pois ela restabelecerá ao sistema estomatognático uma função harmônica com a musculatura do terço inferior da face, melhorando a aparência facial e reestabelecendo as funções de deglutição, fala e mastigação do paciente.¹⁰

A perda dentária resulta na reabsorção irreversível do osso alveolar. Os ossos maxilares e mandibulares não apenas garantem a fixação dos dentes aos rebordos alveolares, mas também possibilitam a reabilitação do paciente por meio do uso de próteses removíveis e/ou a instalação de implantes dentários para suportar próteses fixas ou removíveis.¹¹

Na confecção de uma prótese, a escolha dos materiais é de extrema importância. Seguir as orientações de cada fabricante e adotar a técnica adequada para a realização das moldagens

são etapas essenciais do processo. Isso é fundamental para alcançar o resultado esperado e garantir o sucesso da prótese ao final.¹²

Os materiais elásticos oferecem uma excelente reprodução dos tecidos moles e duros da cavidade oral, proporcionando maior conforto tanto para o profissional durante a manipulação quanto para o paciente durante o processo de moldagem. Como evidenciado neste estudo, isso torna o silicone o material mais utilizado na prática clínica atualmente.¹³ Foram observadas algumas vantagens do uso do silicone para realizar a moldagem anatômica. Inicialmente, uma das principais vantagens está na facilidade de manipulação, pois o silicone é mais simples de trabalhar, e a moldagem ocorre de forma mais rápida. Isso contribui para um melhor andamento do processo da prótese, já que, além de uma boa técnica, é fundamental contar com um material que favoreça o procedimento.¹⁴ Durante a moldagem funcional, foi percebido que a godiva causa um certo de incômodo para o paciente, pois a mesma precisa ser aquecida e imediatamente entrar em contato com os tecidos orais do mesmo, sua consistência mais endurecida também causa um certo desconforto na hora da moldagem, pois ela causa maior compressão nestes tecidos.¹⁵

Durante moldagem funcional, foi escolhido realizar a moldagem utilizando o poliéter, este material apresenta consistência mais rígida, com menor resistência ao rasgamento e menor deformação. Ele é hidrofílico, o que pode causar diversos vazamentos. Entre suas desvantagens, destacam-se o alto custo, o curto tempo de trabalho, a grande viscosidade (o que é indesejável em algumas situações de moldagem em prótese total), a compressibilidade dos tecidos de suporte e a necessidade de alívios nas áreas retentivas.^{16, 17} Porém, existem inúmeras matérias para realizar a moldagem funcional, um relato de caso realizado em 2017¹⁸, utilizando pasta zincoeugenólica e silicone de condensação para prótese total, observou que uma das maiores dificuldades com a pasta zincoeugenólica era a limpeza da placa após a manipulação. Com isso, torna-se fundamental escolher adequadamente o material a ser utilizado, como suas vantagens

e desvantagens, afim de otimizar tempo clínico e tornar o procedimento mais confortável tanto para o paciente como para o dentista.¹⁸

Durante a busca por uma dimensão vertical de oclusão correta, deve-se entender que segundo Pegoraro (1998), o aumento da dimensão vertical pode causar sintomatologia dolorosa devido à tensão excessiva da musculatura facial, além de resultar em uma face mais alongada, dificuldade de deglutição e fonação, entre outros sintomas.¹⁹ Por outro lado, a redução da dimensão vertical pode levar a consequências como a perda de tonicidade da musculatura facial, deixando a pele flácida. A queilite angular também é uma condição provocada por essa diminuição da dimensão vertical em oclusão (DVO), conforme Turano (2004).²⁰

De acordo com Telles (2011) e Trentin (2016), a escolha do método de determinação envolve critérios que devem ser considerados, mas é o profissional quem deve decidir a técnica a ser adotada, com base em sua experiência e nas necessidades específicas do caso.^{21,22}

Segundo Abrão (2003), os métodos clássicos para determinação da dimensão vertical em oclusão incluem: o Método Métrico, o Método Fisiológico, o Método Estético, o Método Fonético e o Método da Deglutição. Cada um desses métodos tem suas particularidades e pode ser utilizado conforme as necessidades específicas do paciente e as preferências do profissional.²³ De acordo com Trentin (2016), pode-se notar que não existe uma técnica completa, que é comprovada cientificamente a mais correta, sendo determinada a dimensão vertical de oclusão sendo todos baseados em atividades clínicas que diminuem as deficiências de cada método.²² Neste caso, foram utilizadas a combinação dessas técnicas mencionadas para obter a DVO correta da paciente.

CONCLUSÃO

Cada vez mais, os implantes dentários vem se popularizando e se tornando a primeira opção de tratamento reabilitador para pacientes edêntulos, porém, ainda nos dias atuais, muitas

peessoas não tem condições financeiras de optar por um tratamento com implantes e necessitam de próteses totais para voltarem a sorrir. A prótese total, continua sendo uma alternativa de reabilitação excelente, devido a sua acessibilidade, seu menor custo e sua capacidade de devolver tanto a estética quando a funcionalidade. Sendo assim, é de fundamental importância que o dentista domine as técnicas de execução, para confeccionar uma prótese total bem feita, e devolva a qualidade de vida para os pacientes que necessitam.

REFERÊNCIAS

1. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00173317.
2. Confortin SCSIJ, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP, Borges LJ, et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):1-13.
3. Xavier LBM, Marcon AF, Lima BO, Carvalho MV, Silva TMM, Laurindo BM. Análise psicossocial da influência do edentulismo na qualidade de vida: revisão de literatura. *Braz J Develop*. 2019;5(12):33286-99.
4. A importância do cuidado com saúde bucal em tempos de pandemia. *Revista Brasil* [internet]. Disponível em: <https://radios.ebc.com.br/revista-brasil/2021/10/saude-bucal-em-tempos-de-pandemia>. Acesso em: 12 mar. 2025.
5. Martins AMC, et al. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: A systematic review and meta-analysis. *Dent Res J*. 2021;18(1):65.
6. Paraguassu EC, Cardenas AMC. Caracterização sociodemográfica de usuários de próteses dentárias no estado do Amapá. *Res Soc Dev*. 2020;9(3):e50932334.
7. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGCD. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(2):74-9.
8. Turano JC, Turano LM, Turano MVB. Fundamentos de prótese total. 9ª ed. São Paulo: [s.n.]; 2012. p. 150-70.
9. Laport LBR, Figueira MG, Barbosa MT, Rodrigues CRT, Barbosa OLC. Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - relato de caso. *Braz J Surg Clin Res*. 2017;20:108-14.

10. Eswaran MA, Kavitha R, Anand VD. Clinical considerations on biofunctional prosthetic system: A review on new era of complete denture fabrication. IJRAMT. 2022;3:59-63.
11. Kimoto S. Asymptomatic hypoesthesia of the maxillary alveolar ridge in complete denture wearers. J Oral Rehabil. 2008 Sep;35(9):670-6.
12. Silva RK. Estudo observacional dos critérios desejados para obter a qualidade de moldes definitivos utilizados em prótese fixa [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
13. Laport LBR, Figueira MG, Barbosa MT, Rodrigues CRT, Barbosa OLC. Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - relato de caso. Braz J Surg Clin Res. 2017;20:108-14.
14. Monteiro WC. Avaliação das alterações dimensionais em modelo de gesso para prótese total, por meio de medição tridimensional, em função de materiais e técnica de moldagem [tese de doutorado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
15. Assaoka SK. Prótese dentária: princípios fundamentais e técnicas laboratoriais. São Paulo: Napoleão Editora; 2010.
16. Monteiro WC. Avaliação das alterações dimensionais em modelo de gesso para prótese total, por meio de medição tridimensional, em função de materiais e técnica de moldagem. 2005. Tese (Doutorado em Clínica Odontológica) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.
17. Marchezan W. Estudos comparativo de quatro materiais e de duas técnicas, simples e dupla, para moldagem funcional em prótese total. 2004. Dissertação.
18. Siebra MM, Agra WAP, Pereira ALC, Gomes TN. Avaliação clínica do uso de materiais anelásticos e elásticos em moldagem para prótese total: um relato de caso. Rev Bahiana Odontol. 2017;8(4):132-40. doi: 10.17267/2238-2720revbahianaodonto.v8i4.1622.
19. Pegoraro LF, et al. Prótese fixa. Série EAP/APCD/Artes Médicas. 1998;54(7):192-6.
20. Turano JC, Turano LM. Fundamentos de prótese total. 7ª ed. São Paulo: [s.n.]; 2004.
21. Telles D. Individualização do plano de orientação inferior. O restabelecimento da posição mandibular. Prótese total e sobre implantes. São Paulo: Santos; 2011.
22. Trentin, Reginato, Maroli, Borges, Sapazzin. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. J Oral Invest. 2016.
23. Abrão ND, Turano LN, Carvalho PL, Vieira GF. Variação da relação central em função da distância vertical de oclusão. Rev Bras Prótese Clín Lab. 2003;5:213-7.