

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**  
**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA - CPGO**

**Emanuela Saraiva Macêdo**

**PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**  
**COMPLETE DENTURES: CLINICAL CASE REPORT**

**Recife - PE**

**2021**

**Emanuela Saraiva Macêdo**

**PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**  
**COMPLETE DENTURES: CLINICAL CASE REPORT**

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, do Centro de Pós-Graduação em Odontologia – CPGO, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Prótese Dentária.

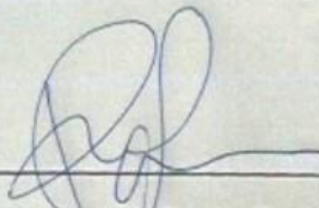
Área de concentração: Prótese  
Orientador: Prof. Dr. Flávio Augusto Pereira Gomes

**Recife – PE**

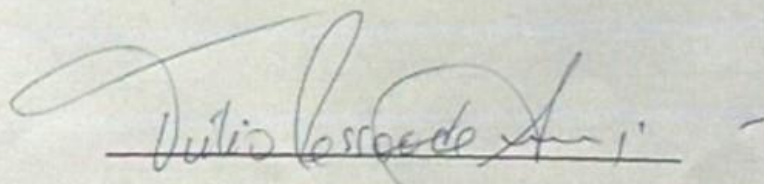
**2021**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Monografia intitulada "PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO" de autoria da aluna Emanuela Saraiva Macêdo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Dr. Flávio Augusto Pereira Gomes – Orientador



Prof. Dr. Túlio Pessoa de Araújo – Coordenador

Recife - PE, 30 de Julho de 2021.

## RESUMO

O edentulismo completo caracteriza-se pela reabsorção óssea alveolar e perda de todos os dentes naturais. Os idosos são mais propensos a grandes perdas dentárias devido cárie e periodontite. O restabelecimento de funções biológicas, mastigatórias e estéticas do paciente pode ser dado através da confecção e instalação de próteses dentárias, sendo as próteses totais (PT) uma boa alternativa devido ao baixo custo, oportunizando o acesso a todos os estratos sociais. O presente trabalho tem por objeto relatar um caso clínico de paciente que procurou a Clínica de Prótese Total do curso de especialização em prótese dentária do Centro de Pós-Graduação em Odontologia (CPGO) – Recife/PE com queixas dolorosas devido à ausência dos dentes e reabilitação protética inadequada.

**Palavras-chaves:** Prótese Total; Idoso; Arcada Edêntula; Prognóstico.

## **ABSTRACT**

The edentulism is characterized by alveolar bone resorption and loss of all natural teeth. The elderly are predisposed to tooth loss due to caries and periodontitis. The production and installation of dental prostheses promote the restoration of the patient's biological, masticatory and aesthetic functions. The complete dentures are a good alternative for rehabilitation because at the low cost allows access to all social strata. The present work aims to report a clinical case of a patient who visited the Complete Dentures Clinic of the specialization course in dental prosthesis at the Centro de Pós-Graduação em Odontologia (CPGO) – Recife/PE with painful complaints caused by the absence of teeth and inadequate prosthetic rehabilitation.

**Keywords:** Denture; Aged; Edentulous; Prognosis.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>Pág. 07</b>
<b>2 – RELATO DE CASO .....</b>	<b>Pág. 09</b>
<b>3 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>Pág. 18</b>
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>Pág. 21</b>
<b>5 – REFERÊNCIAS .....</b>	<b>Pág. 22</b>

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Turano, as próteses são peças artificiais que visam substituir uma parte do corpo, seja de um tecido perdido ou não formado (TURANO; TURANO, 2010). No âmbito da odontologia, as próteses dentárias têm como intuito o restabelecimento das funções da boca do paciente, sendo ela parte importante do sistema estomatognático, além de auxiliarem na restauração e na prevenção da saúde de dentes remanescentes e tecidos orais, além das questões estéticas (SANTOS *et al.*, 2021).

O edentulismo completo caracteriza-se pela reabsorção óssea alveolar e perda de todos os dentes naturais e está relacionado a condições socioeconômicas mais baixas (REGIS *et al.*, 2016). Ele pode ocorrer devido a cárie dentária, doenças periodontais, trauma e câncer bucal. Questões sociais, como fator sócio econômico, influenciam essa condição e resultam do acesso deficiente a cuidados preventivos odontológicos (LEE; SAPONARO, 2019). Segundo a SB Brasil 2010, no território nacional, em torno de 15,4% de pessoas entre 65 e 74 anos de idade necessitam de prótese dentária total bimaxilar (Ministério da Saúde (BR), 2012).

O desempenho mastigatório em indivíduos desdentados é menor em comparação a àqueles com a dentição completa, sendo responsável pela menor força máxima de mordida e dificuldades em mastigar diversos de tipos de alimentos (KOMAGAMINE *et al.*, 2019). A perda dentária influencia na qualidade de vida do paciente, portanto, a reabilitação dessa condição deve permitir o desenvolvimento satisfatório de fonação e mastigação, bem como oferecer conforto e uma aparência aceitável (MACHADO *et al.*, 2013; DA COSTA *et al.* 2013).

Embora os implantes dentários sejam considerados a melhor alternativa para substituir os dentes perdidos na maioria dos pacientes, a reabilitação com PT é uma das opções de tratamento mais populares e tradicionais para pacientes desdentados que apresentam doenças sistêmicas, anatômicas e/ou limitações financeiras, especialmente nos países em desenvolvimento (LEE; SAPONARO, 2019; MCCUNIFF, *et al.*, 2017). Tendo em vista os custos materiais, profissionais e laboratoriais dessa reabilitação, a necessidade de acessibilidade a tratamentos de baixo custo é fundamental (THALJI; MCGRAW; COOPER, 2016; NOGUEIRA; DIAS; LELES, 2017).

As próteses totais (PTs) têm como finalidade promover o restabelecimento de estética, conforto e função através da retenção, estabilidade e suporte eficazes. As PTs são mucosuportadas e retidas no rebordo edêntulo devido a fenômenos físicos próprios do meio bucal: adesão, coesão, tensão superficial e pressão atmosférica (REGIS *et al.*, 2016; NOGUEIRA; DIAS; LELES, 2017). Quando bem executadas, podem devolver aos pacientes em torno de 30% de carga mastigatória, ao serem comparadas aos dentes naturais (MAC-KAY *et al.*, 2015).

Uma boa comunicação entre o cirurgião-dentista e o paciente melhora os índices de satisfação, porque os pacientes podem compreender melhor as limitações de suas dentaduras e suas expectativas serão mais realistas. A estética da prótese também é um importante fator para a satisfação geral, que, por sua vez, fundamental para a qualidade de vida (MCCUNNIFF, *et al.*, 2017).

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico no qual a paciente desdentada total é submetida a reabilitação bucal por meio de prótese total bimaxilar.



## CASO CLÍNICO

Paciente M.J.S, sexo feminino, 69 anos de idade, compareceu a clínica de prótese total do Curso de Especialização em Prótese Dentária do Centro de Pós-Graduação de Odontologia (CPGO) – Recife/PE, procurando atendimento protético reabilitador devido a queixas de fortes dores de ouvido e de cabeça, além de dificuldade na alimentação.

A paciente era desdentada total bimaxilar (figura 1) e, há vários anos, fazia apenas o uso da PT maxilar que apresentava má adaptação e avançado desgaste dos dentes artificiais, resultando nas queixas relatadas. No exame intrabucal, constatou-se que a paciente apresentava rebordo alveolar reabsorvido, mucosa resiliente, saliva mucosa, inserções musculares e de freios normais. Foi proposto como tratamento reabilitador a confecção de um novo conjunto de próteses totais (superior e inferior), o que foi prontamente aceito pela paciente.



Figura 1. A) Aspecto da antiga prótese. B) Aspecto inicial da paciente – Vista Frontal.

Inicialmente, foi realizada a moldagem anatômica de ambos os arcos. A moldagem anatômica dos arcos desdentados apresenta como principal finalidade obter a configuração geral da área basal, verificando a sua correta extensão bem como a tonicidade das inserções musculares envolvidas. Foram utilizadas, para esse fim, moldeiras de estoque metálicas perfuradas, previamente selecionadas e individualizadas com cera utilidade. Essas moldeiras devem apresentar folga de 3 a 5 mm com o entorno do rebordo alveolar, a fim de permitir ao material de moldagem uma perfeita duplicação dos rebordos, da região de fundo de sulcos e das inserções musculares envolvidas.

O rebordo da paciente apresentava altura e forma normais, devido a isso, foi selecionado um material elastomérico. O alginato (hidrocoloide irreversível) foi o material de escolha para realização da moldagem anatômica e apresenta a proporção de água e pó de 1 medida de pó para 1 medida de água (1:1) por hemi-arcada. Após manipulado e depositado na moldeira, esta foi inserida com movimento rotacional no arco superior com leve compressão inicial na região de túber, seguida da região anterior, de forma centralizada e estabilizada até a geleificação do alginato (figura 2). Na mandíbula, o processo foi semelhante, mas a compressão se deu no sentido ântero posterior e a paciente foi orientada a fechar a boca a fim de relaxar a musculatura.



Figura 2. Moldagem anatômica com alginato.

Após lavagem do molde em água corrente, foi aspergida solução de hipoclorito de sódio a 1,5% e, posteriormente, fechado em um saco plástico por 10 min. O molde foi lavado novamente em água corrente e vazado com gesso tipo III.

Dessa moldagem, obteve-se o modelo anatômico a partir do qual foram confeccionadas as moldeiras individuais em resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ) (figura 3). As bordas das moldeiras, freios e bridas foram aliviadas com disco de carborundum e broca minicut com auxílio de peça reta.

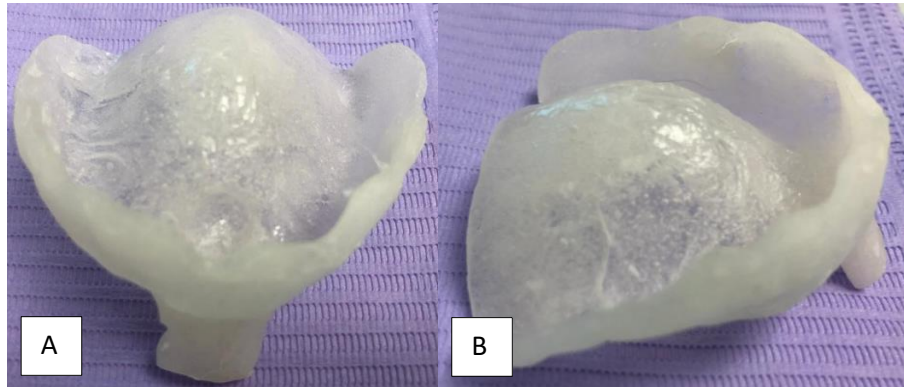


Figura 3. Confecção da moldeira individual em RAAQ. A) Vista frontal. B) Vista lateral.

A partir da moldeira individual, realizou-se a moldagem funcional com pasta zinco-eugenólica (ZOE) no corpo da moldeira sem compressão, a fim de registrar os detalhes anatômicos da área chapeável e inserções musculares (figura 4). Enquanto a paciente fez movimentos de sucção e sorriso forçado, o operador executou movimentos de tração do bucinador bilateralmente e do lábio, para baixo e para frente, com a finalidade de copiar dinamicamente as estruturas relacionadas com a prótese.



Figura 4. Molde funcional com pasta ZOE.

Após nova desinfecção do molde, realizou-se o encaixotamento com cera para proteger as bordas do molde funcional e obter, conseqüentemente, o vedamento periférico (figura 5).



Figura 5. Encaixotamento do molde funcional.

O molde foi vazado com gesso especial (tipo IV) e obteve-se o modelo de trabalho sobre o qual foram confeccionadas as bases de prova em RAAQ com rolete de cera. Os planos de cera foram ajustados permitindo suporte labial adequado, altura do sorriso aparente, corredor bucal em harmonia com o sorriso da paciente e, após todos esses ajustes, foi realizada a demarcação das linhas de referência e registro das relações intermaxilares. Dessa forma, conseguimos estabelecer parâmetros estéticos e funcionais para a montagem dos dentes artificiais em articulador semi-ajustável.

A avaliação das relações intermaxilares inicia-se na face até chegar na especificidade dos dentes. O reestabelecimento do posicionamento vertical e horizontal da mandíbula é fundamental, pois a perda de todos os dentes compromete o equilíbrio do sistema estomatognático, visto que a mandíbula desenvolve posições excêntricas e viciosas geralmente assumindo um perfil em classe III devido a perda na dimensão vertical de oclusão (DVO). As relações intermaxilares da paciente são transmitidas através do registro em articulador, na montagem do modelo inferior e ajustes no plano de cera.

Através da régua Fox foi estabelecida a relação de paralelismo entre plano de Camper (porção posterior do plano de cera superior) e a linha bipupilar (porção anterior do plano de cera superior) (figura 6). Além disso, foram demarcadas nos planos de cera as linhas de referência (linha do sorriso forçado, linha média e linha das comissuras labiais em repouso).

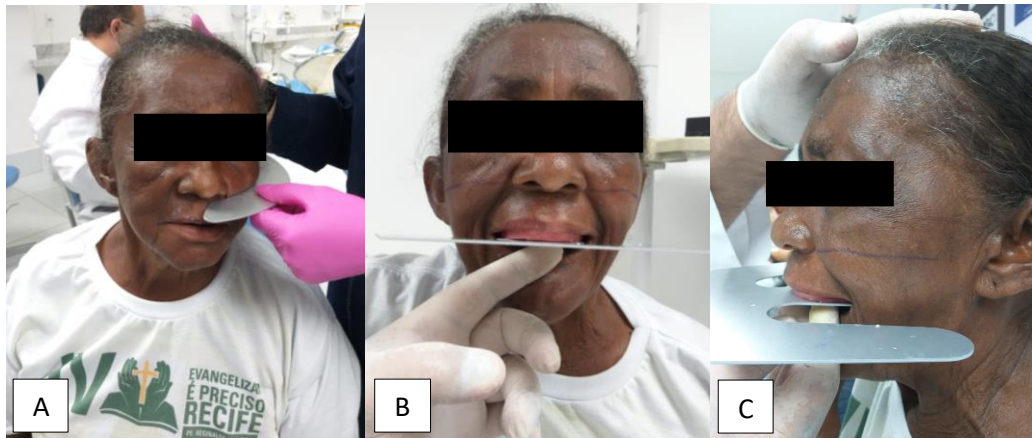


Figura 6. A) Parte extra-oral da régua Fox posicionada para guiar o Plano de Camper. B) Vista frontal da parte intra-oral da régua Fox, mostrando o paralelismo com a linha bipupilar. C) Vista lateral da porção extra-oral da régua Fox exibindo o paralelismo com o plano de Camper.

Com auxílio do arco facial ajustado a face da paciente, registramos a distância intercondilar e a relação crânio facial com o arco superior, o plano de cera superior foi posicionado na boca da paciente e preso ao garfo de mordida com silicone de condensação em massa. Dessa forma, o modelo superior foi montado no articulador semi ajustável (ASA), conservando as mesmas distâncias entre os côndilos. Para esse processo, o ramo superior do articulador foi ajustado com a distância maxilar média, os ângulos de guia condilar e de Bennett em  $30^\circ$  e  $15^\circ$  respectivamente e as esferas condilares no ramo inferior do articulador foram posicionadas em ambos os lados na posição média. O Arco facial foi removido da face da paciente, fixado ao ramo superior do ASA, o modelo funcional superior foi adaptado a base de prova no garfo de mordida e o conjunto foi fixo com o auxílio de gesso tipo IV, sendo depois reforçado com gesso tipo III.

Estando a paciente sentada e com musculatura relaxada, sem as bases de prova na boca, com o auxílio do compasso de Willis, registrou-se o valor da dimensão vertical de repouso (DVR), utilizando os métodos métrico, estético e fonético (figura 7). Para tanto, colocamos a cabeça da paciente em equilíbrio com a musculatura do pescoço relaxada no sentido anteroposterior e lateralmente. A paciente foi instruída a olhar para a frente e relaxar os músculos elevadores e abaixadores, além da musculatura do pescoço; respirando lenta e profundamente, enquanto com os lábios umedecidos pronuncia repetidamente o fonema “M”. Pede-se então que o paciente

pare de falar e permaneça com o lábio em posição de vedamento, caracterizando relaxamento muscular; de posse do compasso de Willis, medimos a distância entre a base do nariz e a base do mento, o que corresponde a DVR. O cálculo da DVO é realizado partir do valor da DVR, subtraindo-se 3 mm referente ao espaço funcional de pronúncia (EFP). Após registro da DVO, inicia-se confecção do plano de cera inferior.



Figura 7. Uso do compasso de Willis para registro de DVR.

Com a paciente sentada na cadeira em posição ortostática e sua mandíbula em repouso, marca-se na pele dois pontos sobre a linha mediana, um na ponta do nariz e o outro na base do mento, e registra essa distância (DVR). Da medida obtida, diminui-se no compasso de Willis 3 mm, que corresponde ao EFP. Coloca-se na boca do paciente a base de prova superior com o plano de cera corretamente orientado (paralelo ao plano de Camper e a linha bipupilar) e sua superfície oclusal isolada com vaselina. Em seguida, plastifica-se bem o plano de cera inferior e leva-o à boca da paciente, pedindo para fechar lentamente. A cera plastificada é “amassada” enquanto o profissional observa quando as pontas do compasso coincidem com as marcas na pele do paciente. Esta coincidência significa que a mandíbula está na posição de DVO e que a altura do plano inferior está definida. Os planos são retirados em conjunto da boca, lavados, secos e recortados os excessos de forma ao plano inferior manter a simetria com o superior, sendo então separados.

Para relacionarmos as bases de prova em RC devemos inicialmente realizar canaletas em “V” no plano de cera superior na região dos primeiros molares superiores, essas canaletas foram isoladas com uma leve camada de vaselina; na

área correspondente no plano de cera inferior foram feitas ranhuras com o auxílio de uma espátula *Lecron*, aplicou-se adesivo nas bases de prova inferior e superior e as posicionou na paciente; manipulou-se pasta ZOE que foi depositada bilateralmente na parte oclusal posterior do plano de cera inferior, a paciente foi instruída a fechar a boca localizando a ponta da língua na região final das rugosidades palatinas, simulando a posição de deglutição, mantendo os arcos em oclusão. Com auxílio de grampos para papel fixamos os planos de cera superior ao inferior em RC.

Como o modelo superior já foi montado no articulador com o auxílio do arco facial, monta-se agora o modelo inferior. A montagem do modelo mandibular no articulador ocorre após fixação das bases de prova superior e inferior em RC, para tanto, devemos tomar alguns cuidados; o pino incisal do articulador deve estar regulado em zero e posicionado no centro da mesa incisal, ajustar os ângulos de Bennet em 15° e o de Guia Condilar em 30°, posicionar o ASA de cabeça para baixo com os côndilos tocando bilateralmente (teto, parede interna e posterior da loja articular), os planos de cera superior e inferior devem estar bem fixados entre si, não podendo haver toque entre as resinas das bases de prova e com os modelos antagonistas, nem toques entre os modelos superior e inferior, as bases de prova superior e inferior devem estar bem assentadas e fixas aos modelos funcionais; devemos estabilizar os conjuntos de modelos/bases de prova, usando palitos de madeira e godiva de baixa fusão ou cola quente; realizar guias ou canaletas para remontagem na base do modelo funcional inferior, vaselinar dentro das canaletas e passar fita crepe ao redor da base do modelo.

A fixação do modelo inferior ao ASA deve ser realizada com gesso Tipo IV e depois reforçada com Tipo III, com o cuidado de não alterar a posição dos côndilos no articulador, mantendo o pino incisal no centro da mesa. É recomendável colocar um elástico passando pelos ramos superior e inferior do ASA, para evitar alteração devido à expansão de presa do gesso.

Com as bases de prova em articulador, aspectos como formato do rosto, idade, sexo e cor da pele são considerados para seleção dos dentes artificiais. De acordo com essas características e considerando a opinião da paciente, os dentes selecionados foram da marca Biolux, cor A2 (sendo o 69 na escala), modelo dos anteriores V68 (superiores), V6 (inferiores) e dos posteriores P4 e, então, foi realizada a montagem dos dentes artificiais no plano de cera (figura 8).



Figura 8. Montagem dos dentes artificiais em articulador semi-ajustável.

A prova estética e funcional foi realizada com a paciente juntamente com um familiar que a acompanhava, aprovando a cor, o tamanho e a forma dos dentes selecionados (figura 9). Sendo então selecionada a cor da gengiva artificial (rosa escura-VIPI), o conjunto dos dentes montados em cera no ASA foi enviado para a acrilização em laboratório.



Figura 9. Prova estética e funcional na paciente.

Com a prótese finalizada, alguns pontos foram observados, dentre eles: qualidade da polimerização, superfície interna da prótese, adaptação periférica e os aspectos estéticos fonéticos e oclusais, sendo o último feito com papel carbono. Por fim, orientações de uso, higiene e conservação das próteses foram dadas.





Figura 10. A) Prótese finalizada. B) Vista frontal da prótese instalada. C) Vista lateral da prótese instalada.

No retorno de acompanhamento após a instalação das próteses, a paciente relatou que ficou totalmente satisfeita com o resultado das PTs e nenhum desconforto foi referido. Devido a paciente ser bastante cooperativa e seguir as orientações dadas no momento da instalação, conseguiu adaptar-se totalmente as próteses, alegando estar muito feliz e realizada com o novo sorriso. Além disso, as queixas iniciais com relação as dores de ouvido e de cabeça e a dificuldade em alimentar-se não eram mais elencadas, notando-se assim, o sucesso diante do tratamento ofertado.

## DISCUSSÃO

A perda dentária é um fenômeno complexo que envolve não apenas fatores biológicos, mas também fatores culturais, econômicos e sociais. À medida que há o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, o edentulismo segue o mesmo fluxo (NOGUEIRA; DIAS; LELES, 2017). Essa condição oral afeta a nutrição, a estética e a autoestima dos indivíduos, diminuindo sua qualidade de vida (ZHAO et al. 2013; THALJI; MCGRAW; COOPER, 2016; NOGUEIRA; DIAS; LELES, 2017).

Grande parte do interesse do paciente de PT termina quando se completa o tratamento, o que tem um impacto negativo na saúde bucal e compromete o prognóstico, visto que o processo de reabsorção óssea alveolar é contínuo ao longo da vida de pacientes desdentados (PORCARO, 2014). A literatura recomenda a troca de próteses totais removíveis, no mínimo, a cada cinco anos, em função das reabsorções ósseas e do desgaste do material e consequente desadaptação (SILVA, *et al.*, 2010). Dentaduras clinicamente insatisfatórias têm o potencial de afetar negativamente saúde bucal mastigação, fala e estética e, conseqüentemente, qualidade de vida (TAYLOR; MASOOD; MNATZAGANIAN, 2020).

As PTs inferiores têm maiores taxas de falha e menor longevidade do que dentaduras superiores devido a menor área de suporte, atrofia progressiva do rebordo alveolar mandibular e a distribuição desfavorável das forças oclusais (TAYLOR; MASOOD; MNATZAGANIAN, 2020). Socialmente, os usuários de próteses dentárias revelam que mantêm suas dentaduras em segredo de pessoas íntimas. Além disso, alguns usuários podem evitar certas situações sociais, como falar em público e comer em festas devido ao receio do deslocamento da prótese (LEE; SAPONARO, 2019).

Indivíduos desdentados totais podem apresentar disfunção temporomandibular (DTM), que podem ser caracterizadas por queixas de dor facial e na articulação temporomandibular, dor à palpação nessas regiões, comprometimento do movimento mandibular, presença de ruídos articulares e relação oclusal alterada (SOUZA, *et al.*, 2014). O adequado planejamento pelo cirurgião-dentista durante a execução dos trabalhos protéticos é fundamental para evitar o agravamento do caso ou contribuir para o aparecimento das DTMs nos pacientes desdentados. Para sucesso no tratamento de PTs, é impreterível que relações maxilo-mandibulares estejam em

harmonia para garantir estabilidade, função e estética para o paciente (PARDIM; CUNHA, 2019).

O método de moldagem convencional proporciona uma maior área de contato do que o método simplificado, contribuindo potencialmente para a estabilidade das dentaduras. Para a confecção de PT se faz necessária uma moldagem preliminar com alginato, e uma moldagem final em moldeiras individuais com materiais de maior precisão, como pasta ZOE. Dessa forma, há menor período de adaptação e número reduzido de ajustes após a instalação (KOMAGAMINE *et al.*, 2019).

É importante avaliar os freios e bridas, após instalação da prótese na cavidade oral, pois ela pode estar sobre-estendida, impedindo assentamento da base da prótese. Além disso, deve-se avaliar a oclusão, pois influencia na mastigação e conforto do paciente. Áreas de compressão também devem ser eliminadas a fim de proporcionar maior conforto. Por fim, é importante avaliar a estética e fonética (PORCARO, 2014).

Através da caracterização, aspectos individuais são reproduzidos na PT. É necessário um esforço artístico no tratamento de pacientes edêntulos, visto que as PTs devem incorporar características pessoais nos dentes e bases das dentaduras a fim de contribuir para uma aparência natural (STEPHEN; SUDEEP; DINESH, 2017).

A caracterização por seleção, arranjo e modificação de dentes artificiais é influenciada pelo gênero, cor da pele, personalidade e idade do paciente. Concomitantemente, para a confecção da gengiva artificial, a caracterização pela coloração da base da dentadura deve ser realizada. Apesar da sugestão do profissional, deve-se sempre considerar a opinião do paciente a fim de promover aceitação da dentadura e satisfação, pois o belo é algo subjetivo (STEPHEN; SUDEEP; DINESH, 2017).

O sucesso ou fracasso da terapia depende de vários fatores, tais como: relacionamento profissional-paciente, a atitude do paciente em relação ao uso das próteses, qualidade da prótese e a condição oral (PORCARO, 2014). Cabe ao cirurgião-dentista realizar os ajustes necessários na PT para promover estabilidade e retenção e orientar o paciente sobre uso, higiene e sua conservação. O suporte técnico e o acolhimento realizado pelo profissional, portanto, aumentam a aceitação e

a utilização da PT confeccionada devido ao desempenho satisfatório quanto aos anseios estéticos, fonéticos e funcionais (ERVOLINO, et al., 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Disfunções temporomandibulares são comuns em pacientes com ausências de dentes, pois elas comprometem a DVO original, ocasionando as queixas dos pacientes. Sendo assim, a PT convencional é uma opção de tratamento de baixo custo e permite uma reabilitação satisfatória. No caso clínico em questão, as expectativas sobre a função, a estéticas e, principalmente, as dores relatadas pela paciente foram atendidas, o que contribuiu para melhoria da sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- DA COSTA, Anna Paula Serêjo et al. Technical quality and satisfaction related to full conventional dentures. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 2, p. 453, 2013.
- ERVOLINO, Isabela Caroline de Sousa et al. Instalação e controle de próteses totais convencionais. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, p. 22-26, 2019.
- KOMAGAMINE, Yuriko et al. Masticatory performance of different impression methods for complete denture fabrication: A randomized controlled trial. **Journal of dentistry**, v. 83, p. 7-11, 2019.
- LEE, Damian J.; SAPONARO, Paola C. Management of edentulous patients. **Dental Clinics**, v. 63, n. 2, p. 249-261, 2019.
- MACHADO, Flávia Christiane deAzevedo et al. Daily difficulties associated with full conventional dentures. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3091, 2013.
- MAC-KAY, Ana Paula Machado Goyano et al. Alterações mastigatórias em usuários de próteses dentárias removíveis: revisão sistemática. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 4, pág. 1319-1326, 2015.
- MCCUNNIFF, Michael et al. Patients' esthetic expectations and satisfaction with complete dentures. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 118, n. 2, p. 159-165, 2017.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: SVS; 2012.
- NOGUEIRA, T. E.; DIAS, D. R.; LELES, C. R. Mandibular complete denture versus single-implant overdenture: a systematic review of patient-reported outcomes. **Journal of oral rehabilitation**, v. 44, n. 12, p. 1004-1016, 2017.
- PARDIM, Neyane Cathaline Carvalho; CUNHA, Daniela Porto. Disfunção temporomandibular em pacientes desdentados reabilitados com próteses totais/Temporomandibular dysfunction in patients edentulous rehabilitated with phosthesis total. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 48, p. 97-112, 2019.

PORCARO, ISABELA AMANDA DE ABREU ARAUJO. AESTHETIC REFERENCES TO TOTAL IMMEDIATE PROSTHESIS: CASE REPORT. **JSCD Editorial**, v. 3, n. 1, 2014.

REGIS, R. R. et al. The importance of a two-step impression procedure for complete denture fabrication: a systematic review of the literature. **Journal of oral rehabilitation**, v. 43, n. 10, p. 771-777, 2016.

SANTOS, Thiago Vinicius Monteiro da Silva et al. Reabilitação prótica convencional após remoção cirúrgica de hiperplasia fibrosa: relato de caso. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, p. 24-32, 2021.

SILVA, Maria Elisa de Souza et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 841-850, 2010.

SOUZA, Samilly Evangelista et al. Prevalência de desordens temporomandibulares em indivíduos desdentados reabilitados com próteses totais convencionais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n. 2, p. 105-110, 2014.

STEPHEN, Rubina Mathew; SUDEEP, S.; DINESH, N. Redefining complete denture esthetics. **President's Message**, v. 7, n. 3, p. 86, 2017.

TAYLOR, Marietta; MASOOD, Mohd; MNATZAGANIAN, George. Longevity of complete dentures: A systematic review and meta-analysis. **The Journal of prosthetic dentistry**, 2020.

THALJI, Ghadeer; MCGRAW, Kate; COOPER, Lyndon F. Maxillary Complete Denture Outcomes: A Systematic Review of Patient-Based Outcomes. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 31, 2016.

Turano, J. C., & Turano, L. M. **Fundamentos de Prótese Total**. 9ª ed. São Paulo: Santos editora, 2010. 571 p.

ZHAO, Ke et al. Occlusal designs on masticatory ability and patient satisfaction with complete denture: a systematic review. **Journal of dentistry**, v. 41, n. 11, p. 1036-1042, 2013.