

**JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY  
JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1**



**PROTOCOLO CLÍNICO E LABORATORIAL  
PARA CONFECCÃO DA PRÓTESE TOTAL**

**CLINICAL AND LABORATORY PROTOCOL  
FOR COMPLETE PROSTHESIS CONFECTION**

**Atos Santana LIMA**

**Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: atossantanalima@hotmail.com**

**Kemilly Karla Rodrigues TOLEDO**

**Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: kemillykarla15@outlook.com**

**Ricardo YAMASHITA**

**Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: ricardo.yamashita@unitpac.edu.br**



## RESUMO

O percentual de indivíduos edêntulos brasileiros ainda é considerado alto e a terapêutica de eleição para substituição dos elementos dentários é a utilização de prótese total removível. Para que ela atenda aos requisitos estéticos, fonéticos e funcionais, é necessário que o Cirurgião-dentista tenha conhecimento acerca de seus procedimentos clínicos e laboratoriais. Sendo assim, esse trabalho visa analisar o protocolo, clínico e laboratorial da confecção da Prótese Total, identificando tipos de técnicas e conhecendo os materiais e instrumentais utilizados. Analisou-se que a reabilitação através das próteses totais se torna eficaz ao paciente que almeja reestabelecer a estética oral e facial, a fonética e função mastigatória e que não está habilitado a passar por procedimento cirúrgico e que não possui recursos para o tratamento.

**Palavras-chave:** Material de Moldagem Odontológica. Prótese Total. Técnica de Moldagem Odontológica.

## ABSTRACT

The percentage of Brazilian edentulous individuals is still considered high and the treatment of choice for replacing dental elements is the use of removable complete dentures. For it to meet the aesthetic, phonetic and functional requirements, it is necessary for the dentist to have knowledge about their clinical and laboratory procedures. Therefore, this work aims to analyze the protocol, clinical and laboratory for the manufacture of the Total Denture, identifying types of techniques and knowing the materials and instruments used. It was analyzed that rehabilitation through complete dentures becomes effective for patients who want to reestablish oral and facial aesthetics, phonetics and masticatory function and who are not able to undergo surgical procedures and who do not have resources for treatment.

**Keywords:** Dental impression material. Complete denture. Dental impression technique.

## INTRODUÇÃO

A perda total dos dentes provoca situações clínicas encontradas, reduz a capacidade mastigatória e interfere na digestão de alimentos, prejudica também a fonação e a estética

que promove à qualidade de vida facilitando as trocas sociais, a imagem conta mais que a experiência, a habilidade, os afetos e o caráter, uma vez que será julgado, pelo menos inicialmente, pela visibilidade exterior (CAETANO, et al; 2014).

Quando da indicação de Prótese Total (PT) em pacientes com dentes remanescentes condenados, reside exatamente no fato de os mesmos relutarem em permanecer sem seus dentes, enquanto se aguarda a reparação tecidual e óssea. Com um protocolo de atendimento bem definido e com uma forma dinâmica de atuação, observa-se que os objetivos inicialmente traçados pelos idealizadores do projeto têm sido claramente alcançados, existindo articulação entre as áreas de ensino, pesquisa e produção de conhecimento, um alto impacto na formação acadêmica dos alunos participantes, interdisciplinaridade por meio do intercâmbio com a área da cirurgia e uma relação dialógica com a comunidade assistida altamente positiva (HUMBERTO et al, 2018).

Para os exames clínicos e avaliações sistêmicas necessárias, bem como para a execução das exodontias e cirurgias pré-protéticas indicadas, o projeto mantém parceria com o Projeto da Cirurgia, promovendo o caráter de interdisciplinaridade, tão importante para alunos e docentes participantes (PEGORARO; DETTENBORN, BERGESCH, 2014).

Com a perda dentária as funções mastigação, fonação e deglutição são perdidas, mas, podem ser restabelecidas através do uso de prótese nesse caso a odontologia busca possibilitar melhores condições de vida aos pacientes, (PEGORARO; DETTENBORN, BERGESCH, 2014).

Inicialmente devemos realizar um exame do modelo para determinar a presença de áreas retentivas. Retenções são alterações da superfície do modelo que poderão impedir a remoção da moldeira após sua confecção e o passo seguinte consiste no isolamento do modelo. Ele é necessário para evitar que a resina acrílica penetre nos poros do gesso e impeça a sua remoção. Normalmente o isolamento é feito com um material à base de alginato, denominado Cel-Lac e aplicado com um pincel em camadas. O material, ao secar, forma uma película protetora, evitando a aderência da RAAQ (MARTIS, 2018).

O material utilizado de alta precisão possui um bom escoamento para moldar os tecidos moles e por ter uma alta estabilidade, o que diminui a ocorrência de alteração dimensional do material e conseqüentemente menores distorções da anatomia real do paciente (HUMBERTO et al, 2018).

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o protocolo, clínico e laboratorial da confecção da Prótese Total, identificando tipos de técnicas e conhecendo os materiais e instrumentais utilizados.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, através de levantamento bibliográfico em material eletrônico. Foram encontrados artigos científicos, dissertações e monografias publicadas no período dos últimos 13 anos, entre 2011 a 2022. Para o estudo O critério de exclusão remete os artigos fora do recorte temporal, ou que apresentavam somente o resumo disponível, e ainda artigos que não atendiam aos objetivos propostos. Depois da seleção dos artigos os mesmos foram lidos e realização de fichamento, buscando apreender os significados dos mesmos e foram separados por similaridade sobre a população idosa que precisa manter hábitos alimentares saudáveis, buscando conhecer as políticas públicas que direcionam a criação de programas que estimulem os idosos a desempenharem papel ativo na produção de alimentos, a conhecerem os hábitos alimentares saudáveis, a terem um papel mais ativo no que refere aos cuidados com seu estado nutricional.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do presente estudo está pautada em uma revisão de literatura, ou seja, uma pesquisa bibliográfica. Para esse fim, foi recorrido às bases de fontes variadas de materiais já publicados em Periódico CAPES, SciELO, Google Acadêmico por congregarem periódicos internacionais e nacionais, optando-se por não utilizar parâmetro cronológico, a fim de reunir uma maior quantidade de referências bibliográficas e documentais, podendo ser utilizados artigos de site de entidades oficiais bem como especialista no tema do trabalho de conclusão de curso.

A partir do exposto, conforme afirma Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é realizada a partir de levantamentos de matérias com dados já analisados e publicados por meios escritos e/ou eletrônicos como: livros, artigos científicos, em sites na web entre outros, bem como se busca descrever a complexidade de uma hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comprometimentos ou atitudes dos indivíduos.

O levantamento realizado entre o período entre fevereiro e maio de 2021, através dos descritores que descrevem o protocolo clínico e laboratorial da confecção da Prótese Total,

## **REVISÃO DE LITERATURA**

A utilização da prótese total é a medida terapêutica mais indicada para pacientes totalmente edêntulos, atualmente (CARLSSON; OMAR, 2010; FELTON, et al. 2011; JO, et al. 2015). Mesmo com a ampliação do uso de próteses implantossuportadas, as próteses totais ainda são a alternativa mais aceita por pacientes que não podem se submeter a procedimentos cirúrgicos necessários à implantossuportadas ou por não possuírem recursos financeiros suficientes (CARREIRO, et al. 2016; CARLSSON; OMAR, 2010).

Esse tipo de reabilitação permite as funções mastigatórias e de fala sejam efetuadas eficazmente, devolvendo conforto e estética para o paciente (CARLSSON; OMAR, 2010), além de auxiliar na preservação das estruturas orais. Para tal, é essencial que haja distribuição uniforme das forças mastigatórias sobre o rebordo residual (CARREIRO, et al. 2016).

Sendo assim, é fundamental que o Cirurgião-Dentista tenha conhecimento necessário para a execução de uma reabilitação eficaz, que execute suas funções de maneira adequada (CARREIRO, et al. 2016).

## **PROTOCOLO CLÍNICO**

### **PRIMEIRA SESSÃO CLÍNICA**

#### **Exame Clínico e Radiográfico**

Trata-se de um conjunto de métodos que visa obter o maior número de informações sobre o paciente para orientação do plano de tratamento (CARREIRO, et al. 2016).

Subdivide-se em anamnese e exame físico, o qual, por sua vez, subdivide-se em exame físico extraoral e intraoral, devendo ser realizado na primeira consulta. O exame clínico deve ser realizado de forma criteriosa, registrado no prontuário do paciente. Já na anamnese é possível que o profissional saiba a queixa principal do paciente, seu estado de saúde geral e a presença de hábitos parafuncionais, como o bruxismo e o apertamento dentário.

Através dela também se pode analisar o perfil psicológico do paciente, que é diretamente relacionado com o sucesso do tratamento restaurador. No exame físico, busca-se avaliar o paciente extra e intraoralmente. No primeiro, deve-se observar: o aspecto facial, a dimensão vertical, o suporte de lábio, a linha do sorriso e a altura incisal, além de alterações de normalidade, como, por exemplo, presença de alguma assimetria facial ou



limitação funcional. Deve-se avaliar tanto a articulação temporomandibular (ATM) como os músculos da mastigação.

No exame intraoral, são observados os tecidos moles da cavidade bucal (mucosas, língua e tecidos de revestimento dos rebordos), os músculos, o rebordo remanescente (sua conformação, altura e forma), presença de exostoses ósseas, alteração salivar e presença de lesões. Realiza-se a radiografia panorâmica como forma de complementar o exame clínico, auxiliando no diagnóstico da condição atual do paciente. Por ela o profissional consegue identificar possíveis lesões intraósseas não diagnosticadas clinicamente, avaliar o nível de reabsorção óssea e a relação do nervo mentoniano com a crista óssea alveolar. Dessa forma, é possível construir um plano de tratamento individualizado e adequado para cada paciente (CARREIRO, et al. 2016; MUNHOZ, ABREU, 2011; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

O CD deve conhecer alguns aspectos durante o exame inicial e estar ciente deles ao iniciar o tratamento, como a satisfação do paciente com antigas próteses e os motivos (HUUMONEN, et al. 2012), além de deixar claro a ele que o sucesso do tratamento irá depender da realização de procedimentos clínicos e laboratoriais bem executados e da sua colaboração com o tratamento em si e à prótese (CARREIRO, et al. 2016).

Assim sendo, se durante a anamnese e exame inicial for compreendido que não há necessidade de algum tratamento prévio, o plano de tratamento individualizado é elaborado e apresentado ao paciente, que assinará um Termo de Ciência concordando com o tratamento proposto e afirmando ter conhecimento das possíveis limitações do caso informadas pelo CD. Somente após esses esclarecimentos, que se inicia o passo a passo propriamente dito da confecção das PT, com a realização da moldagem anatômica (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

### **Moldagem Anatômica**

O objetivo desse passo clínico é a obtenção de um modelo anatômico, que contém informações sobre o rebordo residual e servirá como base para a confecção de moldeiras individuais, utilizadas nas moldagens funcionais. O material de escolha para a moldagem é à base de hidrocoloide irreversível, conhecido popularmente como alginato, sendo de fácil manipulação e apresenta boa fidelidade de cópia (ALBUQUERQUE, et al. 2018); (CARLSSON; OMAR, 2013; JO, et al. 2015).

Para rebordos inferiores, principalmente os que possuem muita reabsorção, sugere-se a moldagem com silicona de condensação pesada (JO, et al. 2015), porque sua maior

consistência permite o afastamento dos tecidos que circundam a área chapeável. Nesses casos, para refinar a cópia das estruturas bucais, realiza-se uma nova moldagem com alginato ou silicone de consistência leve sobre o molde obtido com silicóna pesada. Para iniciar a moldagem anatômica, deve-se selecionar a moldeira de estoque adequada para desdentados totais, devendo ser de menor profundidade e apresentar, nas bordas, a anatomia semelhante ao que é encontrado na região de fundo de vestibulo oral, com os recortes correspondentes às inserções musculares.

Com essa conformação, a moldeira pode se adaptar à cavidade bucal do paciente sem causar distorções na mucosa ou desconforto, facilitando o ato da moldagem. A sua seleção é realizada levando em consideração a largura da sua porção posterior, centralizando-se as tuberosidades da maxila nas partes mais profundas das moldeiras superiores e a crista do rebordo inferior nas porções mais distais da moldeira inferior. Após esse passo, utiliza-se cera utilidade na periferia da moldeira, visando dar maior suporte ao alginato no espaço que corresponde ao fundo de vestibulo (CARREIRO, et al. 2016; CARLSSON; OMAR, 2013; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

Antes de iniciar o procedimento de moldagem, deve-se ajustar o paciente sentado em uma postura ereta, numa altura em que a sua comissura labial esteja no mesmo nível do cotovelo do profissional. Manipula-se o material de acordo com as orientações do fabricante e o insere na moldeira. Para inserir a moldeira na boca do paciente, o profissional deve estar posicionado em frente ao paciente e deve utilizar o dedo da mão esquerda para afastar a comissura labial direita enquanto afasta a comissura labial esquerda com a própria moldeira carregada com o alginato. Após esse processo, o profissional passa a ficar atrás do paciente e, só então, a moldeira é centralizada e pressionada bilateralmente na região de pré-molares ou no centro do palato. A moldagem ocorre com leve tracionamento do lábio e bochechas do paciente, para o arco superior. O molde obtido deve estar livre de bolhas, apresentar textura homogênea e registrar todas as áreas de interesse (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

Para o rebordo inferior é indicada a moldagem com silicone de condensação, pois, como o material apresenta maior viscosidade, afasta melhor os tecidos parapróticos. Em seguida, o molde de silicone pode ser refinado com uma nova moldagem com alginato para proporcionar maiores detalhes ao molde. Já nesse passo clínico, o profissional fica, durante toda a moldagem, localizado na frente do paciente. Assim, a moldeira é inserida na cavidade oral, centralizada e pressionada no rebordo alveolar. A moldeira é, então, estabilizada com os dedos indicador e médio de uma das mãos do profissional enquanto a

outra mão permanece livre para realizar o tracionamento do lábio e bochechas. Durante o ato de moldagem, orienta-se o paciente a elevar a língua em direção ao centro do palato duro para que seja copiada a região lingual (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

Finalizada a moldagem anatômica, deve-se lavar moldes em água corrente e desinfecção, borrifando uma solução de hipoclorito de sódio a 1%, mantendo-os acondicionados em um saco plástico por 10 minutos. Por fim, os moldes são lavados novamente em água corrente, secos e vazados com gesso pedra, para obtenção dos modelos anatômico-preliminares, que serão enviados ao laboratório para confecção das moldeiras individuais (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015).

### **Segunda Sessão Clínica**

Para esse passo clínico é confeccionada uma moldeira individual de resina acrílica ativada quimicamente, sob o modelo criado anteriormente e com alívio de cera 7 em pontos específicos do rebordo alveolar (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

### **Moldagem Funcional – Arco Superior**

Utilizando uma broca maxicut, disco carborundum ou disco diamantado e com o auxílio de um lápis cópia, realiza-se o ajuste da moldeira individual na boca antes dos procedimentos de impressão. O limite deve ficar 2 a 3 mm aquém da região de fundo de vestibulo, livrando inserções musculares e freio labial, para que permita a moldagem da região do selado periférico com godiva; na região posterior da moldeira superior, a moldeira deve ter como limite a região da linha vibrátil localizada entre palato mole e palato duro. O paciente deve ser orientado a repetir o “ah” por algumas vezes até que o profissional delimite com um lápis cópia, a região onde se localiza essa linha vibrátil (CARREIRO, et al. 2016; CARLSSON; OMAR, 2013; TELLES, 2011).

Normalmente se escolhe a pasta zincoenólica para essa etapa clínica, por seu baixo custo. Além disso, trata-se de um material anelástico com baixa deformação. Sua desvantagem, contudo, é que, por ser rígida, é contraindicada em casos de rebordos muito retentivos (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

Há também o poliéter, que apresenta boa estabilidade dimensional e pode ser vazado em até 7 dias, quando mantido a seco, possuindo como desvantagem seu alto custo (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015).



O ato próprio de moldagem se inicia determinando a extensão das bordas da moldeira através da moldagem periférica, conhecida também por vedamento periférico, com godiva de baixa fusão em bastão, sendo plastificada com calor seco e, em seguida, adaptada e uniformizada na borda da moldeira (CARLSSON; OMAR, 2013).

A impressão é realizada por etapas, realizando-se tracionamento dos lábios do paciente, simulando os movimentos fisiológicos musculares. Então, realiza-se a moldagem da região do selado posterior. Se o material apresentar aparência fosca, com espessura adequada, contorno arredondado e com ausência de dobras, remove-se o excesso de godiva que escoou para o interior da moldeira. Importante lembrar que, para garantir a estabilidade do molde, durante as etapas de moldagem do selado periférico, a moldeira deve ser mantida estável com pressão bilateral na região dos pré-molares ou no centro do palato (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

Com a polimerização do material (polissulfeto: média de 8 a 12 minutos, poliéter: média de 4 a 5 minutos; zincoenólica: 5 minutos), remove-se o molde e o desinfecta com hipoclorito de sódio a 1% durante 10 minutos, acondicionado em recipiente fechado ou saco plástico. Ele deve estar sem bolhas, principalmente na região das bordas, e com aspecto homogêneo (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

### **Moldagem Funcional – Arco Inferior**

Da mesma forma que ocorre na moldeira superior, o limite deve ficar 2 a 3 mm aquém da região de fundo de sulco, livrando inserções musculares e freios lingual e labial. O limite da região posterior são os 2/3 anteriores da papila piriforme. Na região lingual, a moldeira acompanha a linha oblíqua interna até a região dos pré-molares e, na parte anterior, fica na altura do soalho bucal, respeitando as inserções musculares (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

O passo a passo é basicamente o mesmo do superior, com diferença de que durante a moldagem do selado lingual, o paciente levar a língua para o lado oposto àquele que está sendo moldado e durante a moldagem da região lingual anterior, ele deve elevar a língua em direção ao palato. Realizam-se os testes com tração vertical e horizontal para avaliar o vedamento periférico e posterior, após a moldagem de todo o selado periférico (CARLSSON; OMAR, 2013; TELLES, 2011).

Por fim, adiciona o material de moldagem de escolha na moldeira, seguindo-se os mesmos critérios da moldeira individual superior para se obter uma boa cópia. Para remover o modelo funcional do respectivo molde, é necessária a imersão do conjunto em

água quente, para que haja a godiva plastifique e seja possível soltar o modelo do molde. O modelo é então encaminhado ao laboratório para a confecção dos planos de orientação (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

## **TERCEIRA SESSÃO CLÍNICA**

### **Registro das Relações Maxilomandibulares**

Essa etapa clínica servirá de guia para a montagem dos dentes artificiais pelo técnico em prótese dentária e é executado a partir do ajuste dos planos de orientação, que são compostos por base de prova e plano de cera, sobre os modelos funcionais. A base de prova é a futura sela da prótese, sendo confeccionada em resina acrílica autopolimerizável sobre o modelo funcional previamente aliviado nas áreas retentivas. Já o plano de cera é realizado com lâminas de cera 7 dobradas em formato de bastão e acomodadas sobre a base de prova na crista do rebordo (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

Inicia-se o registro pelo ajuste do plano superior, seguido do registro da dimensão vertical de oclusão e Relação Cêntrica. Então, o modelo superior deve ser montado no Articulador Semiajustável com o auxílio do arco facial ou da mesa de Camper. O modelo inferior é montado após o ajuste estético, determinação dos planos oclusais, da dimensão vertical e relação central, seguida da fixação dos planos de cera (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

### **Ajuste do Plano Superior**

Visa, através do contorno do plano de orientação, readquirir a sustentação dos tecidos do terço inferior da face. Para isso, verifica-se suporte do lábio, Altura anterior no sentido vertical do plano oclusa, plano oclusal (utilizando a régua de Fox), corredor bucal e linhas de orientação (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

### **Ajuste do Plano Inferior**

Inicia-se determinando a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), conforme os autores CARREIRO, et al. 2016 explica o passo a passo:

- ❖ A cabeça do paciente deve estar desencostada da cadeira, em posição de perfeito equilíbrio no sentido anteroposterior e de lateralidade;
- ❖ Os músculos abaixadores e elevadores devem estar relaxados;

- ❖ Marcam-se dois pontos na face do paciente, um acima e outro abaixo da boca. Normalmente se utilizam ponta do nariz e mento;
- ❖ Pede-se ao paciente para deglutir a própria saliva ou pronunciar a letra M repetidas vezes, observando se a mandíbula retorna para a mesma posição (DVR). Ao parar de repetir a consoante, o paciente deve ser orientado a permanecer com os lábios selados sem forçar a musculatura;
- ❖ Mede-se a distância entre esses dois pontos (DVR) com o auxílio de um compasso e uma régua, subtraindo-se 3 mm da medida obtida (EFL). O valor achado corresponde à DVO;
- ❖ Ajusta-se o plano de cera inferior de forma que a DVO determinada seja alcançada quando o paciente realizar a oclusão dos planos.

### **Registro em Relação Cêntrica e Montagem em Articulador Semiajustável**

Guia-se a mandíbula do paciente para uma posição mais posterior enquanto ao mesmo ele colocara ponta da língua no palato e, então, ele deve engolir a saliva. Daí, utiliza-se grampos para papel, que são aquecidos, para fixar os planos de orientação na cera e, então, montado em Articulador Semiajustável (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

### **Seleção dos Dentes Artificiais**

É importante que o profissional considere a opinião do paciente quanto aos aspectos dos dentes artificiais. Deve-se avaliar o material utilizado, tamanho, forma e cor dos dentes. É interessante que o CD observe fotografias em que o paciente apresenta sorriso quando ainda possuía seus elementos dentários, podendo se orientar também, por meio de comparação com próteses utilizadas anteriormente. Nessa etapa clínica, deve-se avaliar a altura e a largura dos seis dentes anteriores e superiores, tendo como base as linhas de referências obtidas nos planos de orientação. Assim, a distância entre as duas linhas dos caninos, medida em curva com uma régua flexível, determina a largura dos seis dentes anteriores superiores, de distal a distal dos caninos. A distância da superfície oclusal do plano de cera superior à linha alta do sorriso corresponde à altura da face vestibular do incisivo central superior que o paciente necessita para se obter uma aparência que satisfaça o paciente. A linha alta do sorriso que irá medir a altura dos dentes anteriores e a demarcação de canino a canino que mostrará a largura de canino a canino (CARREIRO, et al. 2016; FRANÇA; DA CUNHA, 2018; HUUMONEN, et al. 2012).

## **QUARTA SESSÃO CLÍNICA**

### **Prova dos Dentes em Cera**

O profissional deve analisar a montagem dos dentes e dimensão vertical, dando abertura à opinião do paciente (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015).

### **Seleção da Cor da Gengiva**

A tonalidade deve ser próxima a da gengiva natural. Uma escala de uso comum é a do Sistema Tomaz Gomes de caracterização (STG) de resinas (FRANÇA; DA CUNHA, 2018). Em pacientes edêntulos avalia-se o vermelhão do lábio para a escolha da cor (CARREIRO, et al. 2016).

## **QUINTA SESSÃO CLÍNICA**

### **Instalação das Próteses**

Nessa etapa deve-se observar se há resíduos e pontos cortantes, removendo-os e em seguida realizar a desinfecção. Verificar o assentamento das próteses, inserção nos freios e se as bordas estão arredondadas. Se houver alguma correção, as áreas afetadas devem ser polidas. Por fim, após a verificação dos itens relatados, realiza-se a instalação das próteses totais no paciente. Então, utiliza-se papel carbono para verificar o ajuste oclusal, em que os pontos de contato devem estar bem distribuídos (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

## **SEXTA SESSÃO CLÍNICA**

### **Controle**

Ocorre depois de 24 horas, uma semana e 15 dias. Avalia-se novamente em cada sessão o ajuste oclusal e se há presença de úlceras traumáticas. Caso houver, faz-se pequenos desgastes nas respectivas áreas com uma peça reta, uma broca maxicut e pontas de polimento para resina acrílica e, por fim, um repolimento (CARREIRO, et al. 2016; RUSSI; ROCHA, 2015; TELLES, 2011).

## DISCUSSÃO

O protocolo apresentado por Silva et al. (2019) para confecção de prótese é realizar uma réplica da prótese antiga. Sendo assim, o autor relata que a réplica é utilizada como moldeira individual e essa técnica oferece boas propostas como eliminar a fase de moldagem anatômica, facilitar a moldagem em oclusão por meio da técnica de boca fechada, fácil manuseio e uma estética favorável, na etapa laboratorial serve como um guia para a confecção da nova prótese e através desse meio, ocorre uma redução de tempo de trabalho tanto clínico como laboratorial. O autor ainda descreve que a técnica apresenta algumas desvantagens como a preexistência de uma prótese antagonista adequada e a prótese a ser clonada deve apresentar uma dimensão vertical e central adequadas e vale ressaltar que na réplica com RAAQ a moldagem deve ser realizada logo após, pois a RAAQ sofre alterações dimensional durante 24 horas posteriormente a sua polimerização e assim, gerando distorção no molde e consequentemente implicando no modelo de trabalho.

Já o autor Melo et al. (2020) descreve que realizou o mesmo protocolo para prótese total convencional na confecção da prótese total obturadora, entretanto, na fase de moldagem funcional, os autores utilizaram moldeira individual perfurada, uma porção de silicona de condensação para moldagem da comunicação buco sinusal e posteriormente utilizou-se a godiva em bastão para a moldagem do selado periférico. No entanto, na realização da técnica convencional, alguns cuidados devem ser tomados como a utilização de materiais mais fluídos e a realização de três prensagens.

No relato de caso dos autores Carreiro et al. (2012) o paciente de 69 anos portador de próteses totais necessitou de substituição. A técnica preconizada foi a convencional e digital, pois a de réplica foi descartada devido à ausência de características funcionais e estética não favorável. Foi seguido todo o protocolo convencional, a impressão da anatomia maxilar foi realizada com material hidrocoloide irreversível (Jeltrate, Dentsply©) enquanto na mandíbula preconizou a silicona de condensação.

Nesse relato, houve a associação da técnica convencional com a digital, tendo a etapa do planejamento digital para ensaio clínico, com isso, as próteses digitais obtiveram apenas três sessões clínicas, com menos ajustes e maior estabilidade. Uma alternativa mais satisfatória devido o tratamento ser concluído mais rápido e comodidade ao paciente que apresenta limitações para deslocamento ao consultório. Segundos Freitas et al. (2022) realizou um estudo comparando o método convencional e o digital através da tecnologia CAD/CAM e após analisar algumas artigos concluíram que o método digital possui maiores vantagens devido a menor liberação de monômeros, diminuição de sessões clínicas,



melhores qualidades biomecânicas e melhor adaptação das próteses, entretanto, esse método exige um alto investimento profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a prótese total torna-se totalmente eficaz para pacientes que não podem se submeter a procedimentos cirúrgicos e não possui condições financeiras suficientes para reabilitações cirúrgicas.

Essa reabilitação irá restabelecer ao paciente uma estética favorável, conforto, desenvolver função mastigatória, desempenhar requisitos fonéticos, preservação de estruturas orais e aparência rejuvenescedora.

Para tal, o Cirurgião Dentista deve desempenhar um papel de excelência e seguir todos os protocolos necessários para que a prótese desempenhe seu papel de maneira adequada e satisfatória.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. S. **Comparação de duas técnicas de moldagem para confecção de prótese total em pacientes com rebordo mandibular severamente reabsorvido: estudo clínico cego randomizado controlado.** Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

ALENCAR, Andressa Aires; DINELLY Érika Matias Pinto. **Elaboração de um manual clínico de prótese parcial fixa.** 2016. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br> >. Acesso em: 07/abr./2021.

BRASIL. **Prótese dentária** - Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br> > uploads > 2018/04 Acesso em: 05/abr./2021.

CAETANO Thais Angelina et al.; **Método simplificado versus convencional de confecção de próteses totais: práticas adotadas pelos Cirurgiões-Dentistas.** Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev Odontol UNESP. 2014

CARLSSON, G. E.; OMAR, R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 37, n. 2, p. 143-156, 2010.

CARLSSON, Gunnar E.; ÖRTORP, Anders; OMAR, Ridwaan. What is the evidence base for the efficacies of different complete denture impression procedures? A critical review. **Journal of Dentistry**, v. 41, n. 1, p. 17-23, 2013.

CARREIRO, Adriana da Fonte Porto et al. **Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis.** Natal: EDUFRN, 2016.

CARREIRO, Adriana da Fonte Porto et al. Eficiência mastigatória, qualidade de vida, conforto, retenção e satisfação com prótese total digital: caso clínico. RGO – **Revista Gaúcha de Odontologia**, 69, 2021.

COSTA, Sérgio Carvalho et al.; Prótese total imediata: devolução do sorriso e da função ao paciente. **Arquivos em Odontologia**. Versão impressa ISSN 1516-0939. Arq. Odontol. vol.47 supl.2 Belo Horizonte Dez. 2011.

DREHER, Jenifer. **Prevalência de lesões orais associadas ao uso de prótese total mucossuportada**. <http://repositorio.unesc.net/handle/1/4501>. Acesso: 07/abr./2021

Felton, D., Cooper, L., Duqum, I., Minsley, G., Guckes, A., Haug, S., Meredith, P., Solie, C., Avery, D. and Deal Chandler, N. (2011), Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists. **Journal of Prosthodontics**, 20: S1-S12.

FREITAS, L. C. .; OLIVEIRA, F. B. de .; LIMA, C. M.; MIRANDA , J. S.; LEITE, F. P. P. Digital versus conventional technology for making Complete Denture: a systematic review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25625>. Acesso em: 18 apr. 2022.

FRANÇA, Iany Lara; DA CUNHA, Miguel Arcanjo Porto. A importância da caracterização da gengiva em prótese total removível: uma revisão da literatura. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 12, n. 42, p. 1027-1033, 2018.

HUMBERTO, Gennari Filho et al.; **Protocolo Clínico de PRÓTESE TOTAL** - Prótese Dentária. Disponível: [arquivo>protocolo-cli](http://repositorio.unesc.net/handle/1/4501). Acesso: 07/abr./2021. <http://repositorio.unesc.net/handle/1/4501>: Acesso: 07/abr./2021

HUUMONEN, S., HAIKOLA, B., OIKARINEN, K., SÖDERHOLM, A.-L., REMES-LYLY, T. and SIPILÄ, K. (2012), Residual ridge resorption, lower denture stability and subjective complaints among edentulous individuals. **Journal of Oral Rehabilitation**, 39: 384-390.

JO, Ayami et al. A randomized controlled trial of the different impression methods for the complete denture fabrication: Patient reported outcomes. **Journal of dentistry**, v. 43, n. 8, p. 989-996, 2015.

LUTHI, Leonardo Flores; RECH, Rosane Rech. **Influência do tratamento protético na qualidade de vida dos pacientes: acompanhamento clínico**. <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acaodonto/article/view/7180>: Acesso: 05/abr./2021.

MARTINS J. D et al; **Protocolo clínico para confecção de prótese total obturadora: um caso clínico** Proceedings of the 12º Encontro do Grupo Brasileiro de Reciclagem em Prótese e Implante/Annual Meeting Arch Health Invest 2018. Disponível: <https://www.archhealthinvestigation.com.br> > PDF: Acesso 07/abr./2021..

MELO, L. A. DE; PAULO MIRANDA SILVA, M.; HENRIQUE DE SOUZA MOURA, J.; OLIVEIRA DE ALMEIDA, E.; DA FONTE PORTO CARREIRO, A. Protocolo clínico e laboratorial na reabilitação oral com prótese obturadora e satisfação do paciente: caso clínico. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 137-149, 25 fev. 2020.

Atos Santana LIMA; Kemilly Karla Rodrigues TOLEDO; Ricardo YAMASHITA. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. FLUXO CONTÍNUO. MAIO/2022. Ed. 36. V. 2. Págs. 51-65. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

PEGORARO, Roque Alécio; DETTENBORN, Helder Luis and BERGESCH, Vânia. Confecção de prótese total superior em paciente com acentuada discrepância maxilomandibular: relato de caso clínico. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.** [online]. 2014, vol.62, n.3, pp.305-308.

POLUHA. Rodrigo Lorenzi Poluha.et al; Overdenture na reabilitação de paciente desdentado. **Rev. Estomatol.** Herediana vol.26 no.3 Lima jul. 2016.

RUSSI, Sérgio; ROCHA, Eduardo P. ABENO 19 - **Prótese Total e Prótese Parcial Removível.** Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SANTOS, Andreza Araújo dos Lemos, TAVARES, Leticia Tavares. **Saúde bucal de idosos institucionalizados em municípios da região sul de Santa Catarina.** Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia). Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. 2016.

SILVA, Lorena Sacioni et al, Confecção de moldeira individual pela clonagem da prótese total provisória do paciente: relato de caso clínico. **Arch Health Invest**, v. 8, n. 11, p. 717-724.

TELLES, Daniel de M. **Prótese Total Convencional** - Livro do Estudante. 2011. 978-85-412-0206-0. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0206-0/>. Acesso em: 14 abr. 2022.