

PRÁTICA PROBLEMATIZADORA E ENSINO PARTICIPATIVO NA ODONTOLOGIA

2

EMANUELA CARLA DOS SANTOS
(ORGANIZADORA)

PRÁTICA PROBLEMATIZADORA E ENSINO PARTICIPATIVO NA ODONTOLOGIA

2

EMANUELA CARLA DOS SANTOS
(ORGANIZADORA)

2020 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2020 Os autores
Copyright da Edição © 2020 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Edição de Arte: Luiza Batista
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais. Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Editora Chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia
Prof^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof^a Dr^a Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará

Profª Drª. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá

Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza

Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional

Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^a Dr^a Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe

Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados

Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná

Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Prática problematizadora e ensino participativo na odontologia 2

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário: Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Edição de Arte: Luiza Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Emanuela Carla dos Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P912 Prática problematizadora e ensino participativo na odontologia 2
[recurso eletrônico] / Organizadora Emanuela Carla dos Santos.
– Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-194-7

DOI 10.22533/at.ed.947201507

1. Odontologia – Pesquisa – Brasil. I. Santos, Emanuela Carla dos.

CDD 617.6

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A educação como um todo vem passando por intensas reflexões e modificações no decorrer dos anos e agora coloca o aluno, outrora ser passivo, como foco, no centro do processo de ensino-aprendizagem. A prática problematizadora e o ensino participativo tornam o estudante sujeito cognoscente, protagonista da busca pelo conhecimento e ser capaz de assimilar o conhecimento.

Na área da Odontologia não poderia ser diferente. A velocidade da evolução científica é tamanha que o profissional precisa estar em constante atualização.

Dentro desta visão, a Editora Atena disponibiliza um compilado de artigos científicos, em dois volumes, para que informações de qualidade, com o que há de mais novo na comunidade científica odontológica, estejam ao alcance daquele que busca o aprimoramento.

Desejo que o conteúdo deste E-book proporcione momentos de reflexão, desenvolvimento do pensamento crítico e aquisição de conhecimento!

Ótima leitura!

Emanuela Carla dos Santos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE INFANTIL COM SÍNDROME CONGÊNITA

Caroline Brito dos Santos
Cassia Tainar da Silva Souza
Agenor de Jesus Fagundes Soares Júnior
Éder Freire Maniçoba Ferreira
Naire Ferreira de Oliveira
Hervânia Santana da Costa
Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
Matheus Sousa Santos
Elielson de Oliveira Santos
Daiana Arcanjo Silva
Maylanne Freitas dos Santos
Ludmilla Cruz Costa Silva

DOI 10.22533/at.ed.9472015071

CAPÍTULO 2 7

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Jemima Loreta Barbosa da Rocha
Alessandra Lima de Oliveira Santos
Felipe Rodrigues Matos

DOI 10.22533/at.ed.9472015072

CAPÍTULO 3 17

AS DIFERENÇAS DOS DISJUNTORES HYRAX E HAAS

Brenda Neves Teixeira
Daniel Ferraz Lima

DOI 10.22533/at.ed.9472015073

CAPÍTULO 4 27

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE PRÉ-MOLAR INFERIOR COM TRÊS CANAIS RADICULARES: RELATO DE CASO CLÍNICO

Iwona Marli Pereira Sisnando
Mario Francisco de Pasquali Leonardi
Cicero Lucas Gomes Ramalho
Caio Vinicius Teixeira Nogueira
Carolina Siqueira Nunes
Ana Beatriz Hermínia Ducati

DOI 10.22533/at.ed.9472015074

CAPÍTULO 5 35

TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES PERMANENTES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM CLÍNICA PELO PROJETO DE EXTENSÃO PEDCA

Érika Sales Joviano Pereira
Maria Tereza Pedrosa de Albuquerque
Roberta Bosso Martelo
Ana Carla Robatto Nunes
Andreia Cristina Leal Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.9472015075

CAPÍTULO 6 47

ATENDIMENTO INICIAL APÓS TRAUMATISMO DENTÁRIO INFANTIL: PROBLEMATIZANDO O (DES) CONHECIMENTO DOS PROFESSORES

Ana Lídia Soares Cota
Gabriella Marinho Buriti
Mariana Jamille Barbosa de Lima
Gabriell Almeida Magalhães
Kelly Kariny da Silva Souza
Victor Melo Silva

DOI 10.22533/at.ed.9472015076

CAPÍTULO 7 55

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NO TERRITÓRIO DO SISAL - BAHIA

Giovana Gabriela Carlos Canto
Janine Santos Gouveia
Thais Ribeiro Nogueira Alves
Claudia Cerqueira Graça Carneiro
Ana Aurea Alecio de Oliveira Rodrigues
Gustavo Ribeiro da Silva Oliveira
Viviane Moura Novaes
Caroline Brito dos Santos
Izabelle Alves Mendes de Oliveira
Jemima Brandão Oliveira
Daniel Luan da Silva
Jason Mathias Pimenta Queiroz

DOI 10.22533/at.ed.9472015077

CAPÍTULO 8 67

A ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS BRASILEIRAS

Évelin Gomes de Souza da Silva
Dayane Myreles Silvestre da Silva
Eliuma Ainoa Silva Brito
Dimas Deyvson Ventura Ferrão
Ingrid Nicolly de Souza Soares Costa
Mateus Elias Ferreira
Raphaella Vitória Lins de Moura
Renato Silva de Santana
Cecylia Roberta Ferreira de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.9472015078

CAPÍTULO 9 74

TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO BAIANO DE PEQUENO PORTE

Manuela Queiroz Oliveira
Marcos Heitor Assis dos Santos
Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
Cassia Tainar da Silva Souza
Agenor de Jesus Fagundes Soares Junior
Alana Kesia Pastor da Silva

DOI 10.22533/at.ed.9472015079

CAPÍTULO 10 88

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E RASTREAMENTO DE LESÕES BUCAIS EM NORDESTINA – BA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Naire Ferreira de Oliveira
Sandy Natthalie de Alcantara Lopes

Matheus de Araújo Melo
Liliane Oliveira Gomes
Gustavo Ribeiro da Silva Oliveira
Aise Cleise Mota Mascarenhas
Catharine Luanne da Cruz Batista
Bruna Mendes Carvalho
Christian Almeida Santos
João Victor dos Santos Cardoso
Karina Silva Costa
Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.94720150710

CAPÍTULO 11 97

INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: PROPOSTA DE MINICURSO SOBRE O CUIDADO E ACOLHIMENTO DE PACIENTES ANSIOSOS AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Lauralice Tavares Silva
Bruna Fernanda de Vasconcelos Vieira
Mayara Kevelin Lima da Silva
Maria Eduarda Guimarães de Andrade Teixeira Nascimento
Palloma Emanuelle Dornelas de Melo
Allyne Matos Nogueira
Bruna Patrícia Ferreira da Silva
Talita Giselly dos Santos Souza

DOI 10.22533/at.ed.94720150711

CAPÍTULO 12 107

PREVALÊNCIA DE CERVICALGIA E A INFLUÊNCIA DA TENSÃO E MEDO DURANTE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Adélia Regina Oliveira da Rosa Santana
Júlia Gabriela Teixeira de Carvalho Vêras
Gabriela Freitas de Almeida Oliveira
Pauline Braga Rezende Sarmento
Iury Tenório Wanderley
João Victor Macedo Marinho
Fernanda Freitas Lins
Pedro Lemos Menezes
Aline Tenório Lins Carnaúba
Aleska Dias Vanderlei
Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

DOI 10.22533/at.ed.94720150712

CAPÍTULO 13 115

TÉCNICAS ABREVIADAS PARA CONFEÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS

Adriana da Fonte Porto Carreiro
Sandra Lúcia Dantas de Moraes
Anne Kaline Claudino Ribeiro
Aretha Heitor Veríssimo
Rayanna Thayse Florêncio Costa

DOI 10.22533/at.ed.94720150713

CAPÍTULO 14 141

METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO ODONTOLÓGICO: UMA ABORDAGEM TEÓRICO-PRÁTICA

Giselle Emilãine da Silva Reis
Gisele Marchetti
Helington Castro Krüger

DOI 10.22533/at.ed.94720150714

CAPÍTULO 15	152
RESGATANDO A AUTOESTIMA EM PACIENTE ONCOLÓGICO ATRAVÉS DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	
Nicoly Guimarães Oliveira	
Cecília Sena Silva	
Angela Guimarães Martins	
Ana Carla Ferreira Carneiro Rios	
Benedita Lucia Barbosa Quintella	
Fernanda Rebouças Guirra	
Joana Dourado Martins Cerqueira	
DOI 10.22533/at.ed.94720150715	
CAPÍTULO 16	165
PIERCING ORAL E SUAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: REVISÃO DE LITERATURA	
Dayliz Quinto Pereira	
Aline Barbosa Santos	
Isabelle Maria Gonzaga de Mattos Vogel	
Letícia Silva das Virgens Queiroz	
DOI 10.22533/at.ed.94720150716	
CAPÍTULO 17	171
TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE RÍTIDES NO TERÇO SUPERIOR DA FACE-RELATO DE CASO	
Lucas Simões de Souza	
Hurian de Oliveira Machado	
Gustavo Daniel Lopes	
Priscila Rodrigues de Moraes	
Juliana Martins da Silva	
Higor Faria Prudente	
Rafael Garcia Martins Pinto	
Vanessa Turetta Moraes Pompei	
Ana Paula da Silva Dornellas Silva	
DOI 10.22533/at.ed.94720150717	
CAPÍTULO 18	179
TERAPIA COM PROBIÓTICOS NA DOENÇA PERIODONTAL – REVISÃO DE LITERATURA	
Thamires do Nascimento Costa	
Karlos Eduardo Rodrigues Lima	
Eduardo da Cunha Queiroz	
Natasha Muniz Fontes	
Sofia Vasconcelos Carneiro	
Daniela Cavalcante Girão	
Marcelo Victor Sidou Lemos	
Érika Matias Pinto Dinelly	
Lia Vila Real Lima	
Amanda de Albuquerque Vasconcelos	
Italo Sarto Carvalho Rodrigues	
Talita Arrais Daniel Mendes	
DOI 10.22533/at.ed.94720150718	
SOBRE A ORGANIZADORA	189
ÍNDICE REMISSIVO	190

TÉCNICAS ABREVIADAS PARA CONFECÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 15/06/2020

Adriana da Fonte Porto Carreiro

Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Natal - RN, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/6618350120004415>

Sandra Lúcia Dantas de Moraes

Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia, Recife - PE, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/2751478659630007>

Anne Kaline Claudino Ribeiro

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Natal - RN, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1223402074376177>

Aretha Heitor Veríssimo

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Natal - RN, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1102297750757511>

Rayanna Thayse Florêncio Costa

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade de Pernambuco, Recife – PE, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/6777894987069504>

RESUMO: A técnica tradicional para confecção de próteses totais é conhecida por seu rigor metodológico e pela exigência de um maior número de sessões clínicas. Com a finalidade de diminuir o tempo de confecção, surgiram as técnicas abreviadas, que consistem na adequação de algumas etapas clínicas e ou laboratoriais da técnica tradicional. O presente capítulo se propõe a descrever três técnicas alternativas para a confecção de próteses totais: 1) técnica da duplicação com dentes em cera; 2) técnica abreviada com moldagem funcional e registro em sessão única e 3) técnica abreviada em quatro sessões clínicas, abordando suas vantagens, desvantagens e limitações. Essas técnicas estão bem indicadas quando existe a necessidade de diminuir o tempo de atendimento do paciente, a exemplo dos pacientes geriátricos e residentes em locais de difícil acesso. É um tratamento vantajoso, pois proporciona celeridade à reabilitação, com número de consultas reduzidas e, conseqüentemente, menores custos clínicos e laboratoriais e qualidade técnica assegurada. Entretanto, é um procedimento que requer experiência profissional já que algumas etapas são condensadas.

PALAVRAS-CHAVE: Arcada Edêntula, Técnica

ABBREVIATED TECHNIQUES FOR COMPLETE DENTURE FABRICATION

ABSTRACT: The conventional technique of complete dentures fabrication is known for its methodological rigor and the requirement for a greater number of clinical sessions. In order to reduce the manufacturing time, the simplified techniques emerged, which consist of the adaptation of some clinical and or laboratory steps of the traditional technique. This chapter proposes to describe three alternative techniques for the manufacture of complete dentures: 1) duplication technique with wax teeth; 2) abbreviated technique with functional impression and registration in a single session and 3) abbreviated technique in four clinical sessions, approaching its advantages, disadvantages, and limitations. These techniques are well indicated when there is a need to reduce the appointments for the patient, such as geriatric patients and residents in places of difficult access. It is an advantageous treatment, as it provides speed up for the rehabilitation, with a reduced number of consultations and consequently lower clinical and laboratory costs, and assured technical quality. Nevertheless, it is a procedure that requires professional experience since some steps are condensed.

KEYWORDS: Edentulous Jaw, Simplified Technique, Dental Prosthesis, Complete Denture.

1 | INTRODUÇÃO

A perda dentária total é uma condição crônica resultante de um conjunto de fatores associados (PELTZER et al., 2014), sendo a prótese total (PT) o principal padrão escolhido para o tratamento dos edêntulos (CARLSSON; OMAR, 2010). Embora sejam comuns relatos de insatisfação quanto à experiência de uso e adaptação à prótese mucossuportada, principalmente em relação à retenção e estabilidade (MARTINS et al., 2018; LIMPUANGTHIP; SOMKOTRA; ARKSORNNUKIT, 2018), uma grande parcela de desdentados totais ainda estão satisfeitos com suas próteses (TENG et al., 2020), relatando boa qualidade de vida diária (ALVES et al., 2018).

Nesse sentido, o sucesso desse tratamento é multifatorial, dependendo não somente da relação paciente-protésista, mas também da capacidade adaptativa diante das limitações (OMAR et al., 2013), assim como da qualidade técnica das próteses confeccionadas (TÔRRES et al., 2019). Dessa forma, o profissional deve considerar as expectativas e motivação do paciente, visto que a necessidade de PTs ainda é uma realidade presente em países como o Brasil, onde 63,1% dos idosos (65 a 74 anos) utilizam PT superior, 37,5% utilizam PT inferior e 15,4% apresentam necessidade de reabilitação total bimaxilar (BRASIL, 2011). Além disso, há uma tendência de envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 2019) e prevalência do edentulismo entre adultos com mais de 65 anos (TYROVOLAS et al., 2016), o que contribui para considerar a perda dentária como um

problema de saúde pública.

Para tanto, a confecção de PTs pode ser conduzida a partir do emprego de métodos convencionais, que envolvem vários procedimentos clínicos e laboratoriais (CARREIRO et al., 2016) ou de métodos abreviados que reduzem a quantidade de sessões clínicas, o que impacta na redução de custos e conclusão do tratamento. Nesse tocante, a literatura descreve técnicas a partir da duplicação da prótese preexistente (DINIZ et al., 2015; SOO; CHENG, 2014), abordagens comparando montagem em articulador com e sem arco facial (CUNHA et al., 2013), situações que diferenciam a técnica convencional da abreviada a partir do método da moldagem funcional, tipo de articulador empregado ou procedimento de remontagem (KAWAI et al., 2005).

No que concerne às técnicas abreviadas, estudos evidenciam aspectos vantajosos como custos reduzidos com materiais e média de tempo menor para etapas de fabricação, principalmente na moldagem final e relações intermaxilares (CERUTI et al., 2017; AL-ANSARI; EL TANTAWI, 2019). Além disso, dependem de tecnologias menos complexas ou dispendiosas, necessitando de menor quantidade de sessões clínicas e/ou laboratoriais (GIUSTI; PITIGOI-ARON, 2007; DE RESENDE, NOGUEIRA, LELES, 2019). Portanto, técnicas aplicadas convencionalmente podem se adaptar às condições de serviços de saúde e ambientes clínicos com mais facilidade, sendo uma alternativa na reabilitação de pacientes idosos, com dificuldades de locomoção e usuários do sistema público de saúde (LODHA et al., 2016).

No contexto das técnicas abreviadas, as próteses totais confeccionadas com fluxo digital também se enquadram. Com o surgimento da tecnologia CAD-CAM, a confecção de próteses totais através de processamentos virtuais e impressão em 3D ou fresagem já é uma realidade (CONTREPOIS et al., 2018). É cada vez mais frequente o uso de protocolos digitais que substituem ou simplificam etapas convencionais, a partir do uso de *scanners* direta ou indiretamente e de *softwares*, para obtenção de fluxos de trabalho digitais (UNKOVSKIY et al., 2019). Apresentando vantagens como redução no número de visitas clínicas, precisão na adaptação, baixa contração de polimerização na base e facilidade na duplicação da prótese (BIDRA; TAYLOR; AGAR, 2013), contudo, há limitações quanto à dificuldade de escaneamento intraoral (YILMAZ et al., 2017). Portanto, como a obtenção do molde físico ainda é uma necessidade para o fluxo digital, recomenda-se a obtenção do registro oclusal e molde funcional integrados. Abordaremos essa alternativa no decorrer do capítulo.

Frente ao exposto, esse capítulo foi desenvolvido com o intuito de abordar três técnicas alternativas para a confecção de próteses totais convencionais: uma a partir da duplicação da prótese total com dentes em cera e outras duas através da abreviação de etapas, abordando as vantagens e desvantagens com relação à técnica convencional. Um ponto importante a ser mencionado é a denominação “simplificada” atribuída a tais técnicas, que apesar do termo utilizado e traduzido do inglês *simplified techniques*, ao longo

deste capítulo será utilizada a nomenclatura “abreviada”, visto que não há simplicidade no emprego destas técnicas.

2 | TÉCNICA CONVENCIONAL

A técnica convencional consiste no método de confecção de prótese total mais ensinado nos cursos de Odontologia, com etapas distintas, requerendo maior tempo entre confecção-instalação (CLARK; RADFORD; FENLON, 2004). Em um estudo realizado por Owen (2006a), foi investigado o consenso de especialistas quanto à aplicabilidade e confiabilidade de um protocolo mínimo para construção da prótese total. Nele foi descrito um conjunto de avaliações gerais consideradas importantes para proporcionar um serviço de qualidade ao paciente, desde a fase pré-tratamento até a finalização do procedimento (OWEN, 2006a).

Contudo, a literatura tem contestado se realmente é essencial a realização de todas as etapas clínicas e laboratoriais, na forma de sessão (Quadro 1), empregadas pela maioria das instituições de ensino (CARLSSON, 2006, 2009). Um ensaio clínico avaliou a satisfação e qualidade de vida de pacientes reabilitados com próteses totais confeccionadas pelo método abreviado e tradicional. Os resultados revelaram não haver diferenças para os dois métodos empregados tanto em relação aos parâmetros satisfação e qualidade de vida quanto à qualidade das próteses ou performance mastigatória (DE VILLA CAMARGOS et al., 2019).

Portanto, estudos apontam que a satisfação quanto aos aspectos centrados no paciente e as expectativas em relação ao tratamento são semelhantes independentemente da técnica utilizada. Além disso, relatam facilidade para a execução da técnica abreviada, sugerindo aplicabilidade em países em desenvolvimento e incorporação em currículos dos cursos de Odontologia (KAWAI; MUARAKAMI; FEINE, 2018; LIRA-OETIKER et al., 2018). Entretanto, essa proposta deve ser cautelosamente avaliada, já que há necessidade de experiência clínica para abordagens abreviadas com avanço de etapas, de forma consciente, além da compreensão das possíveis limitações.

SESSÃO	ETAPA CLÍNICA	ETAPA LABORATORIAL
1ª Sessão	Exame clínico e radiográfico.	
2ª Sessão	Moldagem anatômica.	Confecção dos modelos anatômicos e moldeiras individuais.
3ª Sessão	Moldagem funcional.	Confecção dos modelos funcionais, bases de prova e planos de cera.
4ª Sessão	Ajuste dos planos de cera e registro das relações maxilomandibulares. Seleção dos dentes artificiais. Montagem em ASA.	Montagem dos dentes artificiais em cera.
5ª sessão	Prova clínica da prótese. Seleção da cor da gengiva.	Processamento laboratorial para acrilização das próteses. Remontagem dos modelos (ASA) para ajuste oclusal.
6ª Sessão	Instalação das próteses. Controles e orientações de uso da prótese.	

Quadro 1. Etapas clínicas e laboratoriais para tratamento de reabilitação protética nos pacientes. Natal/RN, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020). Adaptado de CARREIRO et al. (2016).

3 | TÉCNICAS ABREVIADAS

A busca pelo tratamento do edentulismo com a prótese total ainda está presente na sociedade, especialmente em idosos que vivem em países em desenvolvimento, com destaque para aqueles que apresentam comorbidades ou condições sistêmicas (SEENIVASAN et al., 2019) e psicológicas mais complexas (SUDHEER; REDDY; REDDY, 2012), e condições financeiras limitadas (PESSOA; RONCALLI; LIMA, 2017). Nesse contexto, há uma busca por métodos que diminuam etapas, reduzam as visitas clínicas e acelerem o tratamento, proporcionando maior tolerância no cuidado à saúde bucal e qualidade de vida para esses pacientes com mobilidade limitada (KAWAI; MUAKARAMI; FEINE, 2018).

Conforme mencionado anteriormente, o método convencional consiste em moldagem anatômica e funcional, registro das relações intermaxilares, montagem em articulador semi-ajustável (ASA), prova dos dentes em cera, remontagem em ASA, ajustes oclusais e instalação. Logo, qualquer técnica que elimine ou reúna uma dessas etapas será caracterizada como abreviada (PAULINO et al., 2015). No que concerne a esse assunto, as evidências científicas apontam diversos estudos comparativos, inclusive com alto nível de evidência, informando semelhanças, vantagens e/ou desvantagens e limitações de cada uma.

Em uma revisão sistemática realizada por Ye & Sun (2017), foram encontrados ensaios clínicos randomizados (ECR) que avaliaram comparativamente o método abreviado e tradicional de confecção de próteses totais, considerando-se a satisfação do paciente, performance e eficiência mastigatória, tempo, custo e avaliação profissional. Os resultados

desse estudo revelaram que apenas os parâmetros tempo-custo foram diferentes, sendo o método abreviado com custos gerais reduzidos, requerendo média de tempo menor também (KAWAI et al., 2010; DELLA VECCHIA et al., 2014). A tabela 1 demonstra estudos comparativos entre os métodos abreviado e convencional, evidenciando os procedimentos realizados em cada um.

Portanto, as técnicas abreviadas permitem a confecção de próteses com qualidade técnica (ALBUQUERQUE et al., 2020), satisfação do paciente e impacto na qualidade de vida (NUNEZ et al., 2015) comparável ao método tradicional. Isso demonstra que diante da necessidade de celeridade da reabilitação, como no tratamento de pacientes geriátricos, com comorbidades que inviabilize deslocamento ou em serviços de *homecare*, a “rapidez” na reabilitação protética é algo a se levar em consideração e, se possível, preconizar no protocolo clínico reabilitador de tais pacientes.

Nos próximos tópicos serão descritas técnicas empregadas no tratamento de desdentados totais, a partir de passo a passo, destacando as vantagens e limitações da empregabilidade de cada uma delas.

ESTUDOS	DESENHO DO ESTUDO	N	TÉCNICA CONVENCIONAL		TÉCNICA ABREVIADA		RESULTADOS
			Procedimentos	Nº de sessões	Procedimentos	Nº de sessões	
Ceruti et al. 2017	ECCR*	64	Moldagem preliminar e funcional + montagem em ASA** + prova dos dentes.	6	Moldagem em multi camadas + registro em ASA** + prova dos dentes em 1 sessão.	3	O tempo clínico, número de sessões clínicas e retornos laboratoriais foram significativamente menores para a técnica abreviada. A satisfação e qualidade técnica das PTs foram similares para ambos os métodos.
Kawai et al. 2018	ECCR*	103	Moldagem preliminar e funcional + uso de arco facial e ASA** + prova dos dentes + remontagem.	-	Moldagem funcional + uso de articulador monopiano + prova dos dentes sem remontagem.	-	Satisfação e qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram semelhantes para os dois grupos. Apenas a estética maxilar foi significativamente melhor para o método abreviado. O método abreviado foi mais custo-efetivo.

Tabela 1. Estudos comparativos de procedimentos e número de sessões clínicas realizadas para a confecção de próteses totais pelas técnicas convencional e abreviada com a etapa de moldagem funcional. Natal/RN, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020). *ECCR: Ensaio Clínico Controlado Randomizado; **ASA: Articulador Semi-ajustável.

3.1 Técnica da duplicação da prótese total com dentes em cera

A substituição das próteses antigas é um problema para muitos pacientes, já que na maioria das vezes não conseguem ou têm dificuldade para se adaptar e aceitar as novas próteses totais, principalmente quando são necessárias alterações na dimensão vertical (JAGGER, 2016). Então, a prótese original pode desempenhar um papel importante, fornecendo informações ainda satisfatórias para o paciente, como a posição dos dentes e cor da gengiva (GORMAN; O’SULLIVAN, 2006). Além disso, pode favorecer o processo

de adaptação, já que a base e as relações maxilomandibulares são confeccionadas a partir da prótese replicada, podendo ser aplicada em pacientes institucionalizados ou dependentes de cuidadores para locomoção (KULKARNI; PAWAR, 2017).

Dessa forma, a duplicação da prótese pode ser realizada diante da necessidade de troca em virtude de fraturas, desgastes, alterações de cor ou ainda devido desajustes e falta de retenção (OWEN, 2006b). A literatura reporta diversos métodos abreviados para confecção de próteses totais baseando-se na técnica da duplicação, diante da inviabilidade de uso do método convencional. A técnica da cópia da prótese total é vantajosa porque reduz o tempo do tratamento, podendo aumentar a aceitação para aqueles pacientes não adaptados às novas PTs, mantendo a posição dentária e a dimensão vertical ou permitindo pequenas adequações (HABIB; VOHRA, 2013; SOO; CHENG, 2014; DINIZ et al., 2015).

3.1.1 Protocolo Clínico

3.1.1.1 Primeira Sessão Clínica

Inicialmente, deve ser realizado o exame clínico e avaliação prévia da prótese total utilizada pelo paciente, de forma a constatar se está com qualidade técnica adequada para a replicação. Na técnica da duplicação, a PT superior é duplicada em um recipiente plástico com tampa, a exemplo um porta aparelho ortodôntico. Para a execução desse procedimento, o material de moldagem à base de hidrocolóide irreversível, conhecido por alginato (Jeltrate, Dentsplay®) deve ser manipulado e inserido nesse recipiente, com a inserção posterior da prótese.

Aguardado o tempo de geleificação, a PT é removida do molde obtido e a região correspondente aos dentes vazada com cera 07 liquefeita (Lysanda, SP, Brasil). Posteriormente, a resina acrílica incolor autopolimerizável (VIPI, Pirassununga) é inserida na região correspondente a base da prótese (Figura 1A). Então, o conjunto é hermeticamente fechado e conduzido até uma polimerizadora pressurizada (Blue equipamentos odont. Médicos LTDA) a 2,5 Kgf/Cm² por 20 minutos para finalizar a polimerização completa, de forma a obter a prótese duplicada com o menor número de bolhas possível (Figura 1B). Então, deve ser realizado acabamento, polimento e avaliação da prótese duplicada na boca do paciente ainda sem os ajustes na região correspondente aos dentes em cera (Figura 1C).

Sendo assim, após a análise intraoral da duplicação, é verificada a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), de forma a confirmar se houve possíveis alterações e adequar a DVO ideal ao paciente (Figura 1D). Essa etapa pode ser realizada com o acréscimo de cera 07, devendo-se diminuir 1mm, para cada prótese duplicada, da DVO ideal do paciente, para compensar a espessura do material de moldagem que será inserido posteriormente sobre a base da prótese duplicada (Figura 1E).

Antes de realizar a moldagem funcional, a região correspondente às áreas de alívios

(rugosidade e rafe palatina, região de fibromucosa flácida e áreas retentivas) é desgastada com uma broca maxicut para evitar que sejam comprimidas durante a moldagem. Além desse desgaste, toda a faixa vestibular correspondente aos dentes em cera deve ser isolada com fita isolante (Scotch 33+®, 3M do Brasil, São Paulo, Brasil) para evitar a aderência do material de moldagem sobre essa região (Figura 1F).

Em seguida a moldagem de bordas e corpo é realizada com material que apresente excelente capacidade de cópia e facilidade de manipulação. Dentre os materiais mais utilizados estão os elastômeros (silicone por adição, poliéteres e polissulfetos) e a pasta zincoenólica, que conjuntamente com godiva em bastão são bem indicadas, pois apresenta precisão para moldagem de rebordos, com o adicional de um custo mais baixo, quando comparada aos elastômeros. Nessa etapa, a PT com o material de moldagem é centralizada, comprimida e estabilizada, enquanto são realizados movimentos de tracionamento dos lábios e bochechas. Na sequência o paciente deve permanecer oclusão com os dentes “em cera” até a polimerização final do material (Figura 1G).

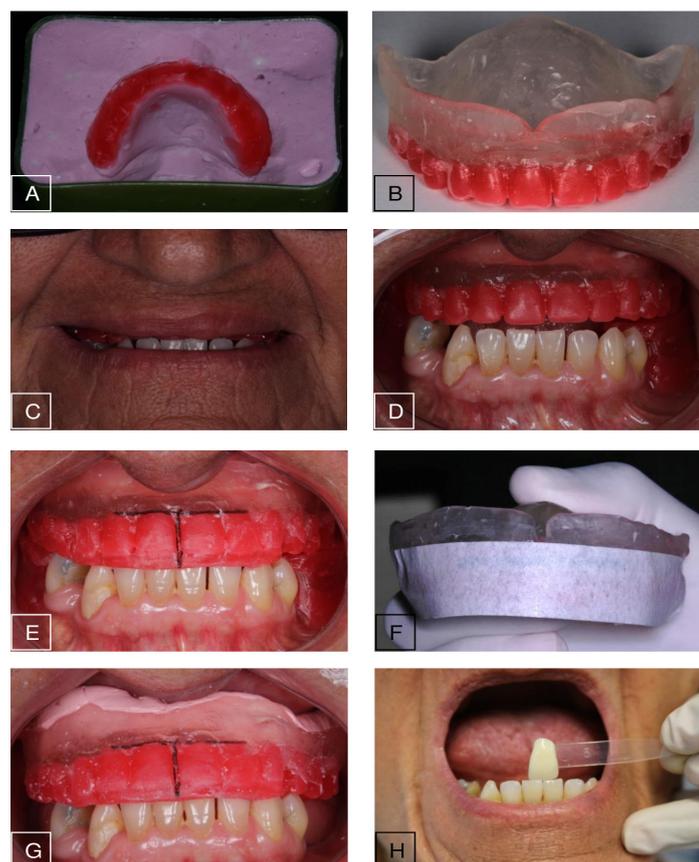


Figura 1. 1ª Sessão Clínica: A- Duplicação da PT superior em alginato e vazamento dos dentes em cera. B- PT duplicada. C e D- Avaliação da PT superior duplicada ainda sem ajustes. E- Paciente em oclusão com a PT duplicada após ajustes. F- Isolamento dos dentes em cera. G- Moldagem funcional e registro maxilomandibular em relação cêntrica. H- Seleção dos dentes artificiais.

Observa-se que em geral, quando as bordas da prótese apresentam espessura e extensão adequadas, não há necessidade de proceder à moldagem do selado periférico. No entanto, quando necessário, a área chapeável pode ser estendida executando-se a

moldagem periférica com o material selecionado.

O selamento posterior ou *post damming* deverá ser realizado em toda a linha de vedamento posterior, após a remoção dos excessos e inspeção da moldagem funcional, com cera 07 fundida em estado líquido e pincel, do sulco pterigomaxilar direito ao esquerdo, em forma de “asa de gaivota”, como sugerido por Hardy & Kapur (1958). A reinserção do conjunto na arcada do paciente será realizada com a finalidade de compressão do selado posterior e avaliação da retenção horizontal e vertical. Os últimos procedimentos a serem realizados nessa sessão devem ser a seleção dos dentes artificiais (Figura 1H) e cor da gengiva artificial, que pode ser realizado pelo Sistema Tomaz Gomes.

3.1.1.2 Etapa Laboratorial

Nesta etapa é confeccionado o modelo funcional e montagem em articulador (Figura 2A). O Técnico em Prótese Dentária (TPD) realiza a montagem dos dentes em cera (Figura 2B) e procede com a acrilização da prótese (Figuras 2C - D).

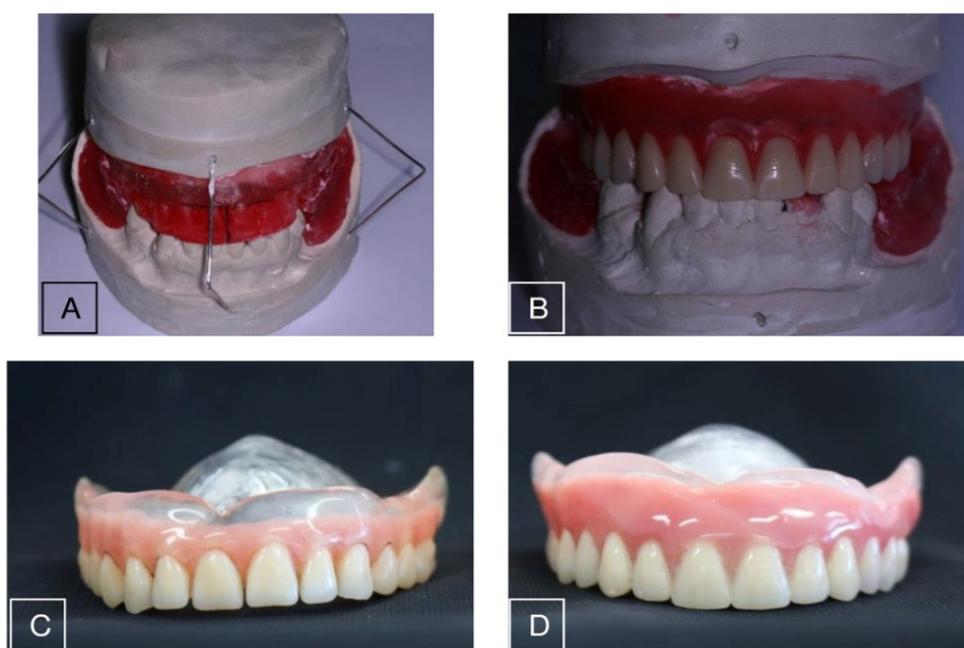


Figura 2. Etapa laboratorial: A- Prótese duplicada após o vazamento com o registro em posição para montagem em articulador. B- Dentes artificiais montados em cera. C- Vista frontal da PT antiga. D- Vista frontal da nova PT acrilizada.

3.1.1.3 Segunda Sessão Clínica

Nessa sessão será feita a instalação da prótese (Figuras 3A - B). Inicialmente, a superfície da PT é avaliada para a possível presença de bolhas positivas de resina acrílica, que deverão ser ajustadas com brocas maxcut. Seguindo, para a verificação da ocorrência de áreas de maior compressão em toda a superfície interna da base, que podem ser ajustadas com silicone por condensação de consistência fluida. Além disso, devem ser realizados ajustes oclusais com papel carbono e broca multilaminada nº 6 até

que sejam obtidos contatos oclusais simultâneos bilaterais e ausência de toques efetivos anteriores.

A técnica descrita é vantajosa não apenas pelos fatores descritos acima, mas também por ser realizada em duas etapas clínicas e porque os dentes são replicados em cera, facilitando o acréscimo/remoção de volume na região correspondente aos dentes artificiais, auxiliando o TPD durante a realização da montagem dos dentes artificiais.

Diante do exposto, destaca-se como limitação dessa técnica a impossibilidade de avaliação e aprovação da estética por parte do paciente na prova clínica dos dentes em cera, além da necessidade da prótese antiga do paciente, que será duplicada, apresentar estrutura e qualidade mínima para proporcionar a duplicação e utilização como parâmetro inicial da nova prótese. Todas as etapas de confecção da PT por essa técnica são descritas a seguir (Quadro 2).

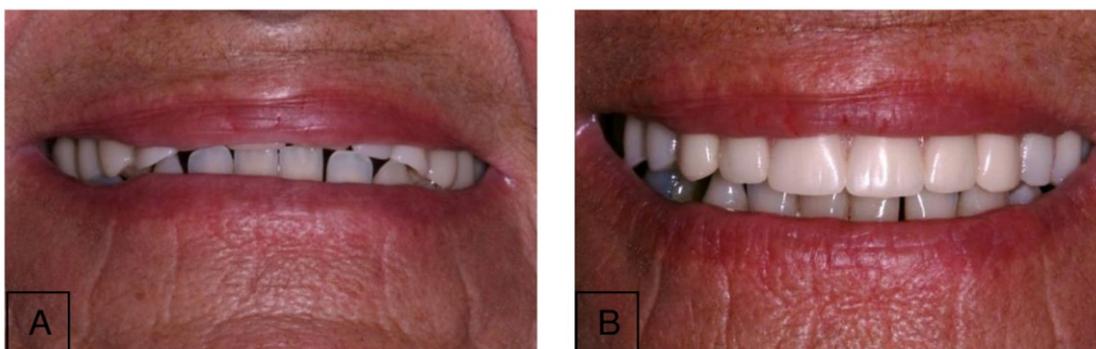


Figura 3.2ª Sessão Clínica: A- Sorriso da paciente com a prótese total antiga. B – Sorriso da paciente com a nova prótese total.

SESSÃO	ETAPA CLÍNICA	ETAPA LABORATORIAL
1ª Sessão	Exame clínico e radiográfico. Duplicação da prótese total*. Registro das relações maxilomandibulares. Moldagem funcional. Montagem em charneira. Seleção dos dentes artificiais. Seleção da cor da gengiva.	Construção dos modelos funcionais. Montagem dos dentes artificiais em cera. Processamento laboratorial para acrilização das próteses.
2ª Sessão	Instalação das próteses. Controles e orientações de uso da prótese.	

Quadro 2. Resumo do protocolo clínico e laboratorial adotado para confecção da PT pela técnica da duplicação com dentes em cera. Natal/RN, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020). *A duplicação da PT pode ser realizada no consultório odontológico ou pelo Laboratório de Prótese Dentária, mediante aceitação do paciente, devido ao acréscimo de uma sessão clínica e permanência do paciente sem a sua prótese.

3.2 Técnica abreviada com moldagem funcional e registro na mesma sessão

Esta segunda técnica alternativa pode ser empregada em casos de tratamentos de

urgência, em que a reabilitação necessita de uma rápida resolução, contudo é importante ressaltar mais uma vez, a necessidade de domínio das etapas convencionais necessárias para o sucesso. Nessa técnica, a base de prova é utilizada como moldeira funcional possibilitando o registro integrado das relações maxilomandibulares e moldagem funcional. Por esse motivo também é indicada quando o fluxo de trabalho digital é empregado.

3.2.1 Protocolo Clínico

3.2.1.1 Primeira Sessão Clínica

Inicialmente deve ser realizado exame clínico, obtenção dos modelos anatômicos e delimitação da área chapeável (CARREIRO et al., 2016).

3.2.1.2 Etapa laboratorial

Procede-se então o acréscimo de cera 07 nas áreas de alívio e confeccionam-se as bases de prova, que exercerão a função de moldeiras individuais de forma convencional com 2mm de espessura (CARREIRO, et. al, 2016). Sobre a região correspondente a crista do rebordo, os planos de cera são posicionados convencionalmente.

3.2.1.3 Segunda Sessão Clínica

Inicialmente procede-se ao ajuste da extensão das bases de prova, de forma semelhante ao ajuste de uma moldeira individual (Figura 4A). Ao final os limites da base de prova não devem se estender além dos limites da área chapeável e não intervir nos movimentos funcionais. Na região posterior, com o auxílio de um lápis cópia (Azul 1800, Faber-Castell, Brasil), demarca-se a linha vibrátil e ajuste-se a base de prova de forma que essa se estenda imediatamente aquém desse limite. Em seguida, os planos de cera são ajustados baseando-se nos aspectos estéticos e funcionais, de forma similar ao método tradicional de confecção de próteses totais, ressaltando a necessidade da diminuição de 1 mm da DVO de cada plano, para compensação da espessura do material de moldagem (CARREIRO, et. al, 2016) (Figuras 4B - D). Da mesma forma que na técnica anterior, dentre os materiais de eleição para moldagem de rebordos desdentados, encontra-se o silicone por adição, o qual foi eleito para o caso clínico ilustrado a seguir.

Como mencionado anteriormente, as bases de provas, dos planos de orientação, desempenharão função similar às moldeiras individuais, usadas no método convencional. Após o ajuste dos planos de orientação (CARREIRO, et. al, 2016) (Figura 4E),procede-se a moldagem funcional. Como foi eleito silicone por adição como material de moldagem, é preciso realizar a aplicação de adesivo universal (Zhermack, RO, Itália) com um pincel em toda a extensão interna e 2 a 3mm externamente além das bordas (Figura 4F).

Após a secagem do adesivo, é realizado em uma única tomada o selamento periférico, com silicone por adição de consistência densa (Express XT, 3M, Brasil), seguido pela moldagem de corpo com silicone por adição de consistência fluida (Express XT, 3M,

Brasil)(HARDY; KAPUR, 1958). Importante destacar que o silicone de consistência denso deve estar restrito a região do selado periférico, portanto, os excessos que extravasarem internamente devem ser removidos com espátula Lecron ou cabo de bisturi e lâmina nº 15, para evitar áreas de supercompressão (Figuras 5A - D).

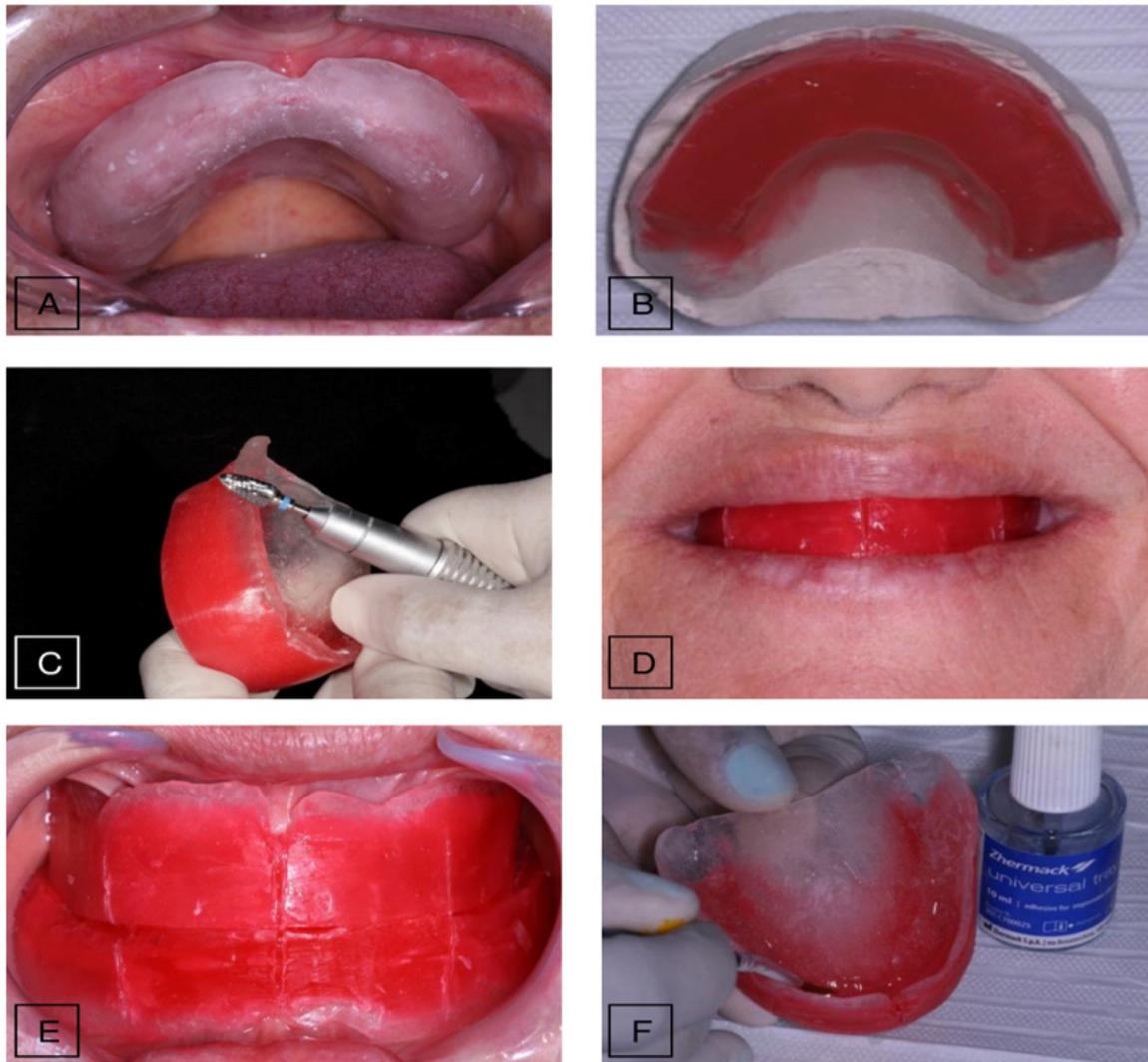


Figura 4. 2ª Sessão Clínica: A- Prova clínica das bases de prova superior. B- Base de prova e plano de cera superior. C- Ajuste da extensão da base do plano de orientação. D- Ajustes do plano de cera. E- Ajuste das relações maxilomandibulares (planos de orientação). F- Aplicação do adesivo universal para moldagem funcional.

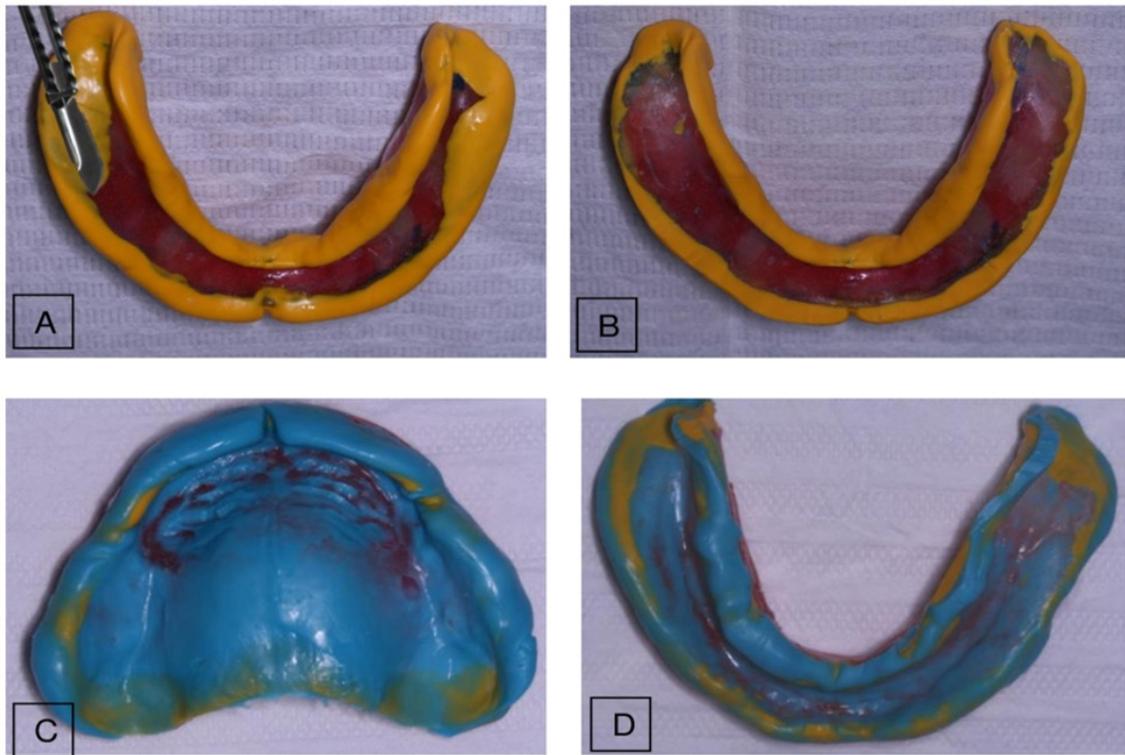


Figura 5. 2ª Sessão Clínica: A- Remoção dos excessos internos com espátula Lecron. B- Selamento periférico inferior. C-Moldagem de corpo superior D- Moldagem de corpo inferior.

Então é realizado o registro oclusal em Relação Cêntrica (RC) (Figura 6A).

3.2.1.4 Etapa laboratorial

Após a dicagem com cera utilidade e posterior vazamento dos moldes funcionais, os modelos são preparados para remontagem em ASA. Para isso, deve-se confeccionar três entalhes na base do modelo superior e inferior, aplicar vaselina antes de acomodar o gesso que unirá a base do modelo e a placa de montagem do articulador. Em seguida, os modelos são devidamente articulados para seguir para a montagem dos dentes artificiais em cera (Figura 6B), acrilização das próteses totais e remontagem dos modelos em ASA para ajuste oclusal.

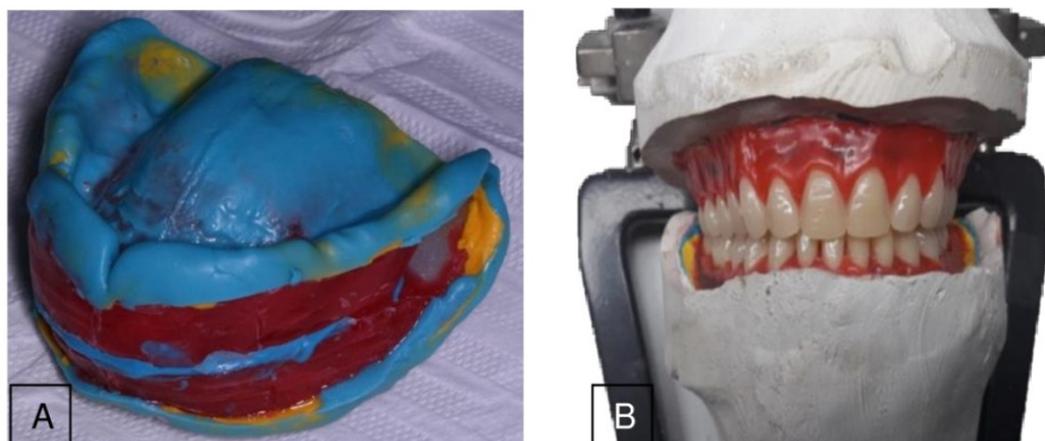


Figura 6. 2ª Sessão clínica. A- Registro em RC. B- Modelos montados em ASA com os dentes artificiais em cera.

3.2.1.5 Terceira Sessão Clínica

Nessa sessão é realizada a instalação da PT. Antes disso, é verificada a ocorrência de áreas de compressão na superfície interna da prótese, que pode ser realizado com silicone por condensação de consistência fluida (Perfil, Coltene®, Brasil).

Caso haja presença de alguma zona de compressão, são realizados pequenos desgastes com brocas maxicut (Figuras 7A - B). Feito isso, ajustes oclusais com papel carbono e broca multilaminada nº 6 devem ser realizados até que sejam obtidos contatos oclusais simultâneos bilaterais e ausência de toques efetivos anteriores e instalação das próteses (Figuras 7C - F).



Figura 7.3ª Sessão Clínica: A- Aplicação de silicone por condensação para verificação de zonas de compressão. B- Zona de compressão. C- Próteses antigas em oclusão. D- Próteses novas acrilizadas em oclusão. E- Sorriso da paciente com as PTs antigas. F- Sorriso da paciente com as novas próteses.

A técnica relatada, onde a moldagem funcional foi realizada com silicone por adição, apresenta vantagens similares à técnica da duplicação, sendo de rápida execução e com número reduzido de visitas clínicas. Outros aspectos vantajosos que permitiram celeridade no atendimento foram a realização da moldagem funcional após ajustes dos planos de cera e registro intermaxilar na mesma sessão, de modo similar a técnica da duplicação.

No entanto, dependendo da habilidade do profissional e da disponibilidade do paciente para uma consulta longa, a 1ª e 2ª sessão podem ser condensadas em uma única.

Apesar das vantagens demonstradas, destaca-se como limitação dessa técnica também a impossibilidade de avaliação e aprovação da estética por parte do paciente, o que exige grande experiência e cautela por parte do Cirurgião-Dentista, para avaliação dos quesitos estéticos e funcionais, ainda na etapa dos planos de orientação. O quadro a seguir demonstra a sequência empregada para a confecção da PT por essa técnica (Quadro 3).

SESSÃO	ETAPA CLÍNICA	ETAPA LABORATORIAL
1ª Sessão	Exame clínico e radiográfico. Moldagem anatômica.	Confecção das bases de prova de planos de cera.
2ª Sessão	Ajuste das bases de prova. Ajuste dos planos de cera. Moldagem funcional. Registro das relações maxilomandibulares. Seleção dos dentes artificiais. Seleção da cor da gengiva. Montagem em ASA.	Montagem dos dentes artificiais em cera. Processamento laboratorial para acrilização das próteses. Remontagem dos modelos (ASA) para ajuste oclusal.
3ª Sessão	Instalação das próteses. Controles e orientações de uso da prótese.	

Quadro 3. Resumo do protocolo clínico e laboratorial adotado para confecção da PT pela técnica abreviada com moldagem funcional e registro em sessão única. Natal/RN, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Do mesmo modo, o fluxo digital pode ser aplicado nesta técnica, nessa situação, o conjunto de planos de orientação ajustados com o registro maxilomandibular e molde funcional são escaneados (3shape, Trios®, Copenhagen, Dinamarca) (Figura 8A). Os arquivos são gerados em formato *stl* (*Standard Tessellation Language*) (Figura 8B) e levados a um *software*, por meio do qual é possível obter o desenho da prótese (DWOS, Dental Wings, Montreal, Canadá) (Figuras 8C - D).

No fluxo digital, existe a possibilidade de provar a prótese antes da fresagem ou impressão final, que é acertadamente indicada, visto o alto custo deste procedimento. Para tal, uma versão simplificada da prótese pode ser impressa (*try-in*) somente para a prova clínica (Figuras 8E – F). De modo semelhante à prova dos dentes em cera no fluxo convencional, com a prova da versão *try-in* são avaliados os parâmetros estéticos e funcionais, permitindo correções no resultado final da prótese. E, por fim, a prótese é impressa (CLARK; DUQUM; KOWALSKI, 2019) ou fresada (HAN et al., 2017) e instalada no paciente (Figuras 8G - H).

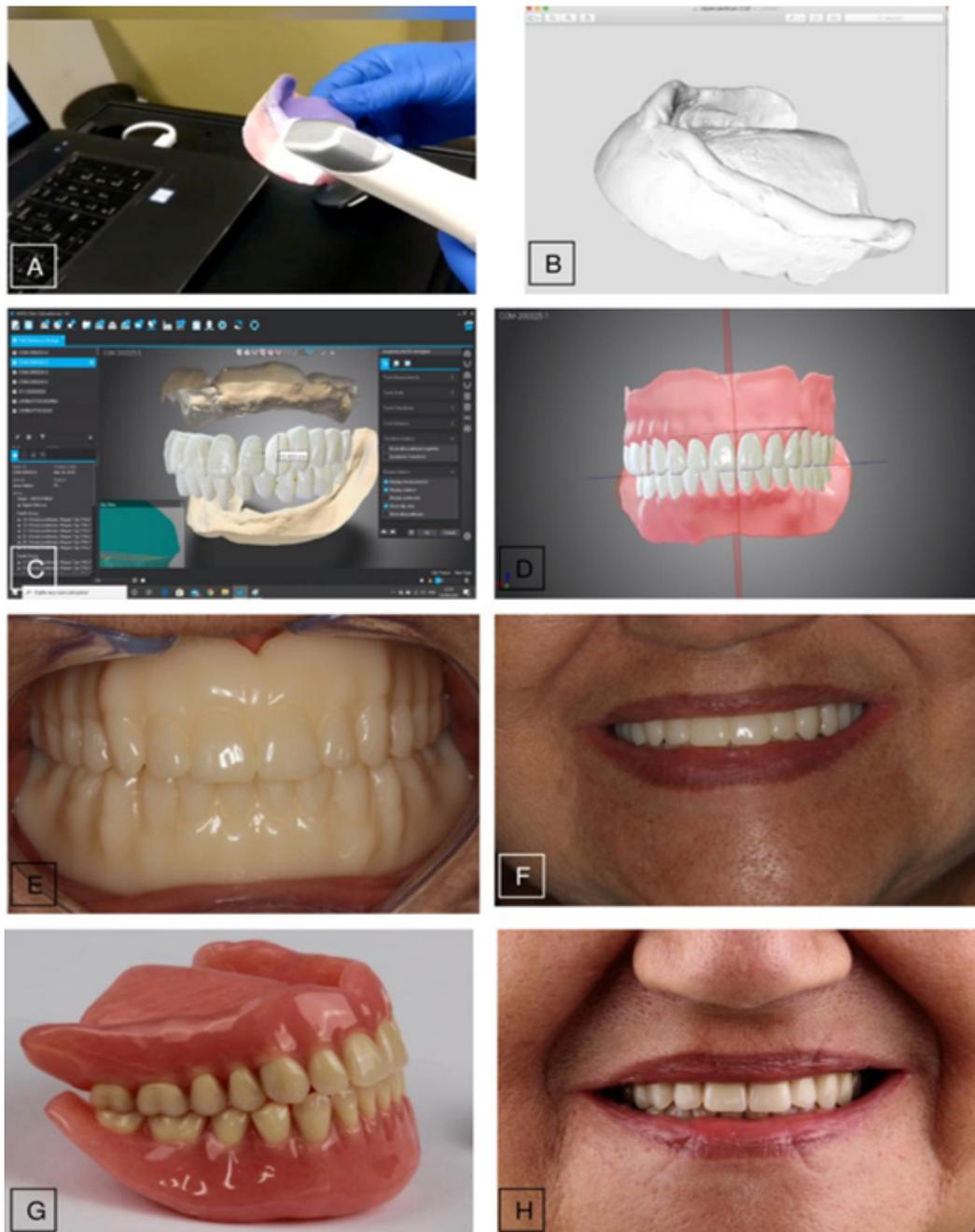


Figura 8. Fluxo Digital: A- Realização de escaneamento dos moldes e registro. B- Imagem em *stl* obtidas após a realização do escaneamento do plano de orientação/molde superior. C- Montagem dos dentes no *software* Dental Wings®. D- Vista frontal do desenho da prótese finalizada. E- Prova clínica das próteses fresadas (*try-in*) (AVADENT). F- Sorriso da paciente com as próteses fresadas testadas. G- Vista lateral das próteses digitais fresadas. H- Sorriso da paciente com as novas próteses digitais.

O quadro a seguir demonstra a sequência empregada para a confecção da PT através de fluxo de trabalho convencional e digital (Quadro 4).

SESSÃO	ETAPA CLÍNICA	ETAPA LABORATORIAL	ETAPA DIGITAL
1ª Sessão	Exame clínico e radiográfico. Moldagem anatômica.	Confecção dos modelos anatômicos e da base de prova e plano de cera.	
2ª Sessão	Ajuste das bases de prova. Ajuste dos planos de cera. Moldagem funcional. Registro das relações maxilomandibulares. Seleção dos dentes artificiais. Seleção da cor da gengiva.		Escaneamento dos moldes e do registro. Planejamento digital. Confecção do desenho das próteses.
3ª Sessão	Prova clínica das próteses testes (try-in).		Fresagem ou impressão das próteses digitais.
4ª Sessão	Instalação das próteses. Controles e orientações de uso da prótese.		

Quadro 4. Resumo do protocolo clínico, digital e laboratorial adotado para confecção da PT utilizando fluxo de trabalho convencional e digital. Natal/RN, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

3.3 Técnica abreviada em 4 sessões

Assim como as técnicas mencionadas anteriormente, esta também é abreviada e apresenta como vantagens a celeridade nos procedimentos e consequente redução dos números de etapas com a segurança adicional da prova da dentadura em cera pelo paciente, permitindo ajustes quando necessários e aprovação pelo mesmo.

3.3.1 Protocolo Clínico

3.3.1.1 Primeira Sessão Clínica

De forma similar à técnica convencional, os modelos anatômicos são obtidos e as bases de prova confeccionadas dentro dos limites da área chapeável (TAMAKI, 1983) (Figuras 9A - B).

3.3.1.2 Etapa laboratorial

Nesta primeira etapa laboratorial, são confeccionadas a base de prova e plano de cera superior, e base de prova inferior nas delimitações ilustradas nas figuras 9A - B.

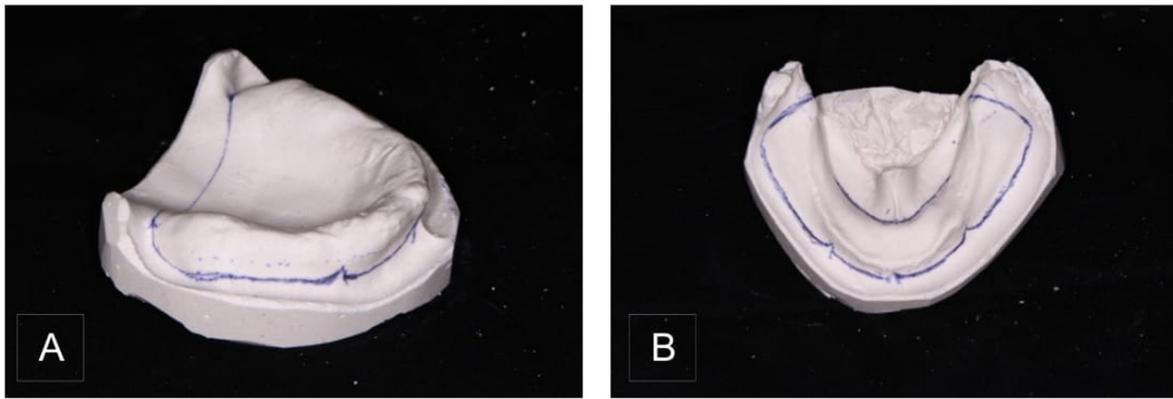


Figura 9. 1ª Sessão Clínica: A- Delimitação da área chapeável no modelo anatômico superior. B- Delimitação da área chapeável no modelo anatômico inferior.

3.3.1.3 Segunda Sessão Clínica

Essas bases de prova funcionarão de forma semelhante à moldeira individual da técnica tradicional, devendo ter 2mm de espessura, desse modo a delimitação posterior deve ser realizada com auxílio de lápis cópia (Azul 1800, Faber-Castell, Brasil) (Figura 10A) e ajustada neste limite. O plano de cera superior é ajustado por requisitos estéticos, como suporte labial, altura anterior com o lábio em repouso e em função, plano oclusal anterior, plano oclusal posterior e corredor bucal (Figura 10B).

A DVO é obtida pela associação de métodos métrico, estético e fonético e o plano de cera inferior é obtido e ajustado pela “técnica do amassamento”. Para isso uma lâmina e meia de cera 07 é plastificada, manipulada em forma de sanfona e colocada sobre a base de prova, sendo fixada à mesma. Rapidamente o conjunto é levado à boca do paciente e o mesmo orientado a amassar até alcançar a DVO pré-estabelecida (Figuras 10C - D) (TAMAKI, 1983). Esta dimensão vertical de oclusão deverá ser considerada 2mm menor do que o ideal, com o intuito de realizar uma compensação no material de moldagem que será inserido na etapa seguinte.

O conjunto resfriado é removido da boca unido, o acabamento na cera 07 é dado e na sequência os planos voltam à boca para conferência final das relações intermaxilares e demarcação das linhas de referência. Após os ajustes dos planos de cera, é realizado o registro em RC (Figura 10E). Posteriormente, todo o conjunto é montado em articulador charneira (Figura 10F).

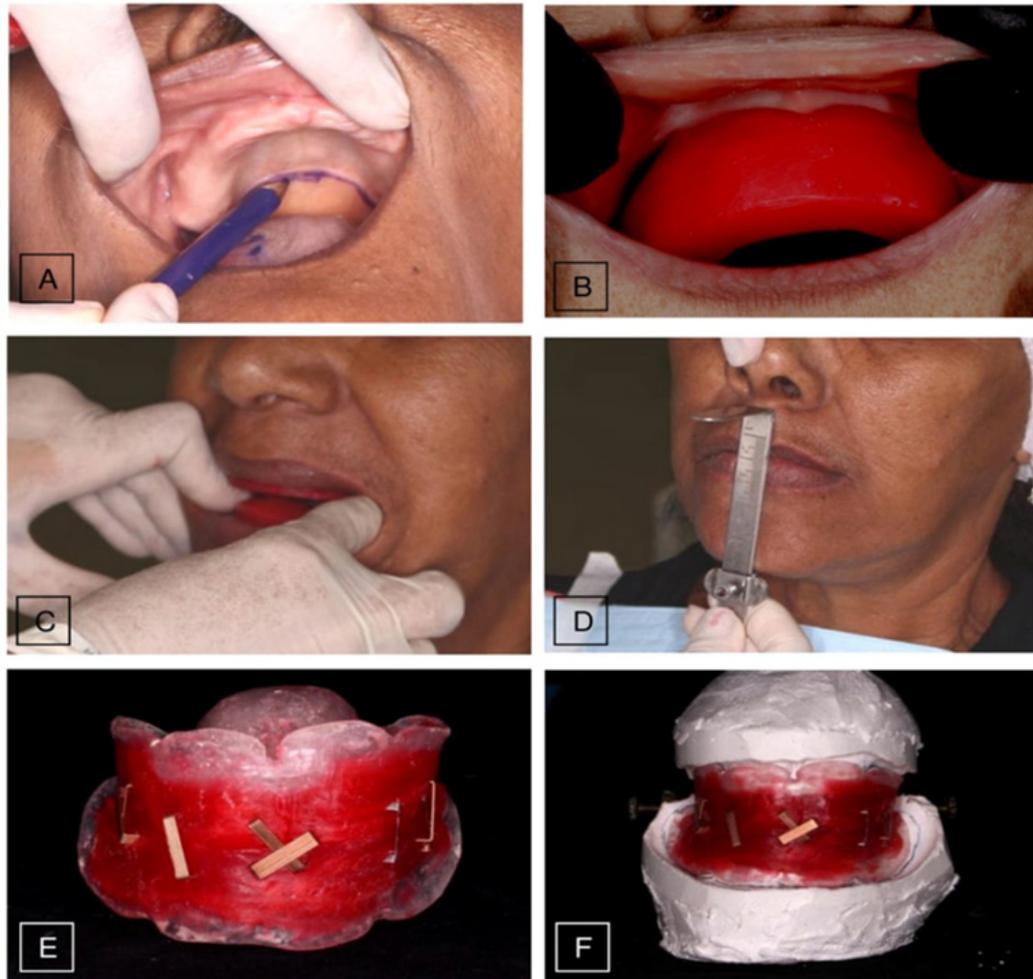


Figura 10. 2ª Sessão clínica. A- Delimitação posterior realizada com auxílio de lápis cópia. B-Avaliação clínica da extensão da base do plano de orientação superior. C- Paciente orientado a amassar a cera 07 até a DVO pré-estabelecida. D- DVO sendo conferida com auxílio de um compasso de Willis. E- Planos de orientação fixados em RC. F- Montagem em articulador charneira.

3.3.1.4 Etapa laboratorial

Montagem dos dentes artificiais e escultura da base em cera realizadas pelo TPD.

3.3.1.5 Terceira Sessão Clínica

Na terceira sessão, é realizada a conferência estética dos dentes em cera e funcional da oclusão, e o passo seguinte é a moldagem funcional. No entanto, antes de sua realização deve-se proteger a região para evitar possíveis distorções. Esse recobrimento é realizado com o auxílio de uma fita isolante (Scotch 33+®, 3M do Brasil, São Paulo, Brasil), posicionada ao longo dos dentes artificiais, sem interferir na oclusão, e em cerca de 3-4 mm aquém da borda, para preservação da escultura gengival realizada pelo TPD.

Só então, a moldagem funcional deve ser realizada, com material de moldagem com excelente capacidade de cópia, para tanto, pode ser escolhida a pasta zincoenólica (Lysanda, São Paulo, Brasil), um material que possui como vantagem o baixo custo. Ao final, os excessos são removidos e a confecção do *post damming* é realizada, de forma semelhante à técnica convencional, também descrito no item 3.1.1.1 (Figura 11A).

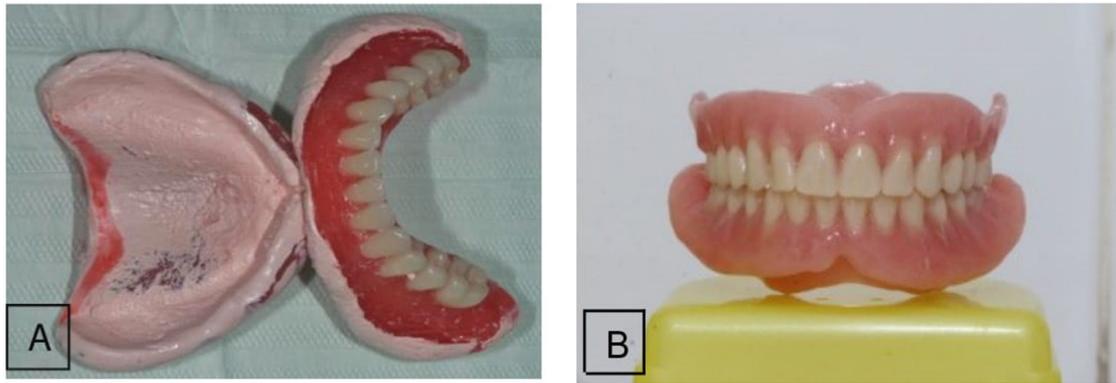


Figura 11. 3ª Sessão Clínica: A- Moldagem funcional realizada conjuntamente com a prova clínica dos dentes artificiais e *post damming* superior. B- Próteses totais acrilizadas.

3.3.1.6 Etapa laboratorial

O processamento laboratorial é realizado para a acrilização das próteses (Figura 11B).

3.3.1.7 Quarta Sessão Clínica

Com as PTs acrilizadas, deve ser verificada a ocorrência de zonas de compressão, para isso utiliza-se silicone por condensação de consistência fluida (Precise X, Dentsply Sirona, Brasil)(Figuras 12A - C) e ajustes oclusais realizados com papel carbono e brocas multilaminadas esféricas no tamanho 02 ou 04 (Figura 12D)de forma semelhante à técnica convencional. Então, por fim, a prótese é instalada (Figuras 12E - F).

Essa técnica é vantajosa por também apresentar custos reduzidos e acelerar o tratamento protético, sendo realizada em apenas 4 sessões clínicas. No entanto, o uso do articulador do tipo charneira é uma desvantagem, visto que esse dispositivo não é capaz de reproduzir todos os movimentos mandibulares, limitando-se aos movimentos de abertura e fechamento da boca. A sequência de confecção da PT pela técnica abreviada é demonstrada no quadro resumo a seguir (Quadro 5).

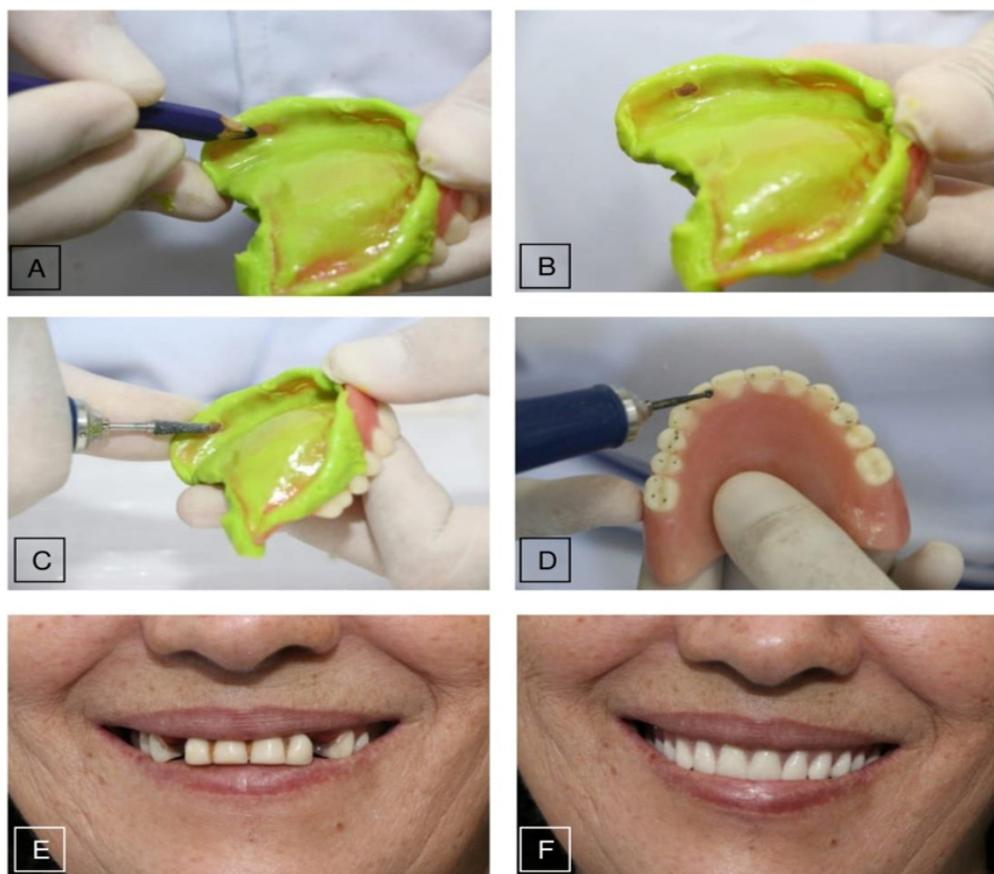


Figura 12. 4ª Sessão Clínica: A- Identificação de zonas de compressão, com a utilização de silicone por condensação fluido e delimitado com lápis cópia. B- Zona de compressão. C- Ajuste com broca de tungstênio maxicut. D- Ajustes oclusais com carbono. E- Sorriso da paciente com as PTs antigas. F- Sorriso da paciente com as PTs novas.

SESSÃO	ETAPA CLÍNICA	ETAPA LABORATORIAL
1ª Sessão	Exame clínico e radiográfico. Moldagem anatômica.	Confecção da base de prova e plano de cera superior e base de prova inferior.
2ª Sessão	Ajuste dos planos de cera. Registro das relações maxilomandibulares. Montagem em charneira. Seleção dos dentes artificiais.	Montagem dos dentes artificiais e escultura gengival em cera.
3ª Sessão	Prova clínica da prótese. Moldagem funcional. Seleção da cor da gengiva.	Processamento laboratorial para acrilização das próteses.
4ª Sessão	Instalação das próteses. Controles e orientações de uso da prótese.	

Quadro 5. Resumo do protocolo clínico e laboratorial adotado para confecção da PT pela técnica abreviada em 4 sessões. Natal/RN, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Então, de modo didático e resumido, as três técnicas demonstradas ao longo desse capítulo são expostas quanto a etapas de confecção da prótese total no quadro comparativo (Quadro 6), assim como vantagens e desvantagens na forma de fluxograma (Figura 13).

TÉCNICA	VANTAGENS	LIMITAÇÕES	DESVANTAGENS
Duplicação com dentes em cera	-Tempo clínico reduzido. -Custo clínico/laboratorial reduzidos. -Replicação dos dentes em cera.	-Qualidade técnica da PT antiga.	-Longo tempo clínico na 1ª sessão. -Uso de articulador não-ajustável. -Ausência de prova clínica dos dentes.
Abreviada com moldagem funcional e registro na mesma sessão	-Tempo clínico reduzido. -Custo clínico/laboratorial reduzidos. -Moldagem funcional e registro na mesma sessão.	-Grande domínio do profissional.	-Longo tempo clínico na 2ª sessão. -Ausência de prova clínica dos dentes.
Abreviada em quatro sessões	-Tempo clínico reduzido. -Custo clínico/laboratorial reduzidos.	-Domínio da técnica convencional.	-Uso de articulador não-ajustável.

Quadro 6. Resumo das vantagens, limitações e desvantagens das técnicas abreviadas para a confecção de próteses totais. Natal/RN, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

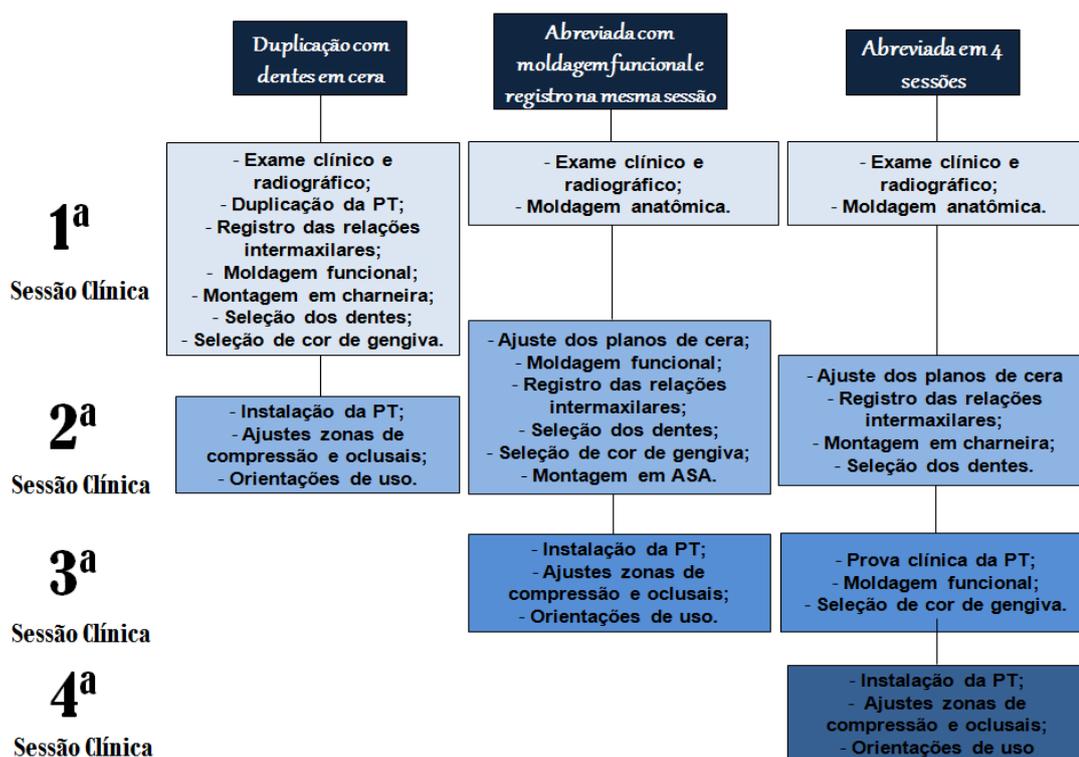


Figura 13. Fluxograma das etapas clínicas das três técnicas alternativas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O emprego de técnicas alternativas com redução de etapas clínicas para a reabilitação de desdentados totais com próteses convencionais impacta positivamente em redução de custos, tempo e promove maior comodidade para os pacientes. No entanto, embora as técnicas envolvam etapas abreviadas e/ou aglutinação de procedimentos, o domínio

prévio do profissional da técnica convencional, especialmente moldagens preliminares e funcionais, delimitação da área chapeável e obtenção de registros maxilomandibulares, são determinantes para o sucesso do tratamento. Ressaltamos também que adequações podem ser feitas nas técnicas, como por exemplo, a utilização de articuladores semi-ajustáveis.

REFERÊNCIAS

AL-ANSARI A., EL TANTAWI M. **Patient-reported outcomes and efficiency of complete dentures made with simplified methods: A meta-analysis.** Dent Med Probl, v. 56, n.4, p. 411-418, 2019.

ALBUQUERQUE I.S.; REGIS R.R.; DE SOUZA R.F. et al. **Is a two-step impression mandatory for complete denture fabrication on the severely resorbed mandible? A randomized trial on patient perception and denture quality.** J Dent, p.1-7, 2020.

ALVES A.C.; CAVALCANTI R.V.; CALDERON P.S. et al. **Quality of life related to complete denture.** Acta Odontol Latinoam, v. 31, n. 2, p. 91-96, 2018.

BIDRA A.S.; TAYLOR T.D.; AGAR J.R. **Computer-aided technology for fabricating complete dentures: systematic review of historical background, current status, and future perspectives.** J Prosthet Dent, v. 109, n. 6, p. 361-6, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais.** Departamento de Atenção Básica: ministério da saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SBBrasil_2010.pdf> Acesso em 30.04.2020.

CARLSSON G.E. **Critical review of some dogmas in prosthodontics.** J Prosthodont Res, v. 53, n. 1, p. 3-10, 2009.

CARLSSON G.E. **Facts and fallacies: an evidence base for complete dentures.** Dent Update, v. 33, n. 3, p. 134-6, 2006.

CARLSSON G.E.; OMAR R. **The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review.** J Oral Rehabil, v. 37, n. 2, p. 143-56, 2010.

CARREIRO, A.F.P.; CALDERON P.S.; DUARTE A.R.C. et al. **Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis.** Natal: EDUFRN, 2016.

CERUTI P.; MOBILIO N.; BELLIA E. et al. **Simplified edentulous treatment: A multicenter randomized controlled trial to evaluate the timing and clinical outcomes of the technique.** J Prosthet Dent, v. 118, n. 4, p. 462-467, 2017.

CLARK W.A.; DUQUIM I.; KOWALSKI B.J. **The digitally replicated denture technique: A case report.** J Esthet Restor Dent. v. 31, n. 1, p. 20-25, 2019.

CLARK R.K.; RADFORD D.R.; FENLON M.R. **The future of teaching of complete denture construction to undergraduates in the UK: is a replacement denture technique the answer?** Br Dent J, v. 196, n. 9, p. 571-5, 2004.

CONTREPOIS M.; SIREIX C.; SOENEN A. et al. **Complete denture fabrication with CAD/CAM technology: a case report.** Int J Esthet Dent, v.13, n. 1, p. 66-85, 2018.

- CUNHA T.R.; DELLA VECCHIA M.P.; REGIS R.R. et al. **A randomized trial** on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: masticatory performance and ability. *J Dent*, v. 41, n. 2, p. 133-42, 2013.
- DELLA VECCHIA M.P.; REGIS R.R.; CUNHA T.R. et al. **A randomized trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: cost analysis.** *J Prosthodont*, v. 23, n. 3, p. 182-91, 2014.
- DE RESENDE G.P.; NOGUEIRA T.E.; LELES C.R. **Effectiveness of a simplified method for final impression in complete denture treatment:** A pragmatic clinical trial. *Gerodontology*, v. 36, n. 4, p. 365-373, 2019.
- DE VILLA CAMARGOS G.; ARMENINE T.E.; PALEARI A.G. et al. **Teaching Complete Denture Procedures to Dental Students by Conventional or Simplified Methods: A Randomized Clinical Trial.** *J Dent Educ*, v. 83, n. 3, p. 303-313, 2019.
- DINIZ A.C.; RIBEIRO J.A.M.; TÔRRES A.C.S.P. et al. **Duplicação rápida de prótese total: passo-a-passo.** *Revista Ciência Plural*, v. 1, n. 3, p. 85-92, 2015.
- GIUSTI L.; PITIGOI-ARON G. **A simplified method for fabrication of new complete dentures.** *J Calif Dent Assoc*, v. 35, n. 5, p. 351-354, 2007.
- GORMAN C.M.; O'SULLIVAN M. **Fabrication of a duplicate denture using visible light-polymerized resin as an interim denture base.** *J Prosthet Dent*, v. 96, n. 5, p. 374-6, 2006.
- HABIB S.R.; VOHRA F.A. **Replacing existing dentures by copy-denture technique for geriatric patients: a case report.** *JPDA*, v. 22, n. 4, p. 265-270, 2013.
- HAN W.; LI Y.; ZHANG Y. et al. **Design and fabrication of complete dentures using CAD/CAM technology.** *Medicine (Baltimore)*, v. 96, n. 1, p. 1-8, 2017.
- HARDY I. R.; KAPUR K.K. **Posterior Border Seal - Its Rationale and Importance.** *J Prosthet Dent*, v. 8, n. 3, p. 386-7, 1958.
- JAGGER, R. Occlusion and Removable Prosthodontics. In: KLINEBERG I; ECKERT S.E. **Functional Occlusion in Restorative Dentistry and Prosthodontics.** Estados Unidos: Elsevier, 2016. p. 225-233.
- KAWAI Y.; MUARAKAMI H.; FEINE J.S. **Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? A 10-year follow-up of a randomized clinical trial.** *J Dent*, v. 74, p. 30-36, 2018.
- KAWAI Y.; MURAKAMI H.; SHARIATI B. et al. **Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques?** *J Dent*, v. 33, n. 8, p. 659-68, 2005.
- KAWAI Y.; MURAKAMI H.; TAKANASHI Y. et al. **Efficient resource use in simplified complete denture fabrication.** *J Prosthodont*, v. 19, n. 7, p. 512-6, 2010.
- KULKARNI R.S.; PAWAR R.S. **Fabrication of complete dentures in three visits using existing prosthesis-a simplified technique for geriatric patients.** *Spec Care Dentist*, v. 37, n. 2, p. 99-101, 2017.
- LIRA-OETIKER M.; SEGUEL-GALDAMES F.; QUERO-VALLEJOS I. et al. **Randomized clinical trial of patient satisfaction with traditional and simplified complete dentures.** *J Oral Rehabil*, v. 45, n. 5, p. 386-392, 2018.
- LIMPUANGTHIP N.; SOMKOTRA T.; ARKSORNNUKIT M. **Modified retention and stability criteria for complete denture wearers: A risk assessment tool for impaired masticatory ability and oral health-related quality of life.** *J Prosthet Dent*, v. 120, n. 1, p. 43-49, 2018.

- LODHA M.; PATIL S.B.; BHAT S. et al. **3D CD – Three days complete denture technique for compromised geriatric patients.** Int J Oral Health Med Res, v. 3, n. 1, p. 126-130, 2016.
- MARTINS M.R.; SOUZA M.T.M.; BOA J.F. et al. **Factors associated with the non-wear of mandibular dentures in the Brazilian public primary health care.** Braz Oral Res, v. 32, p. e100, 2018.
- NUNEZ M.C.; SILVA D.C.; BARCELOS B.A. et al. **Patient satisfaction and oral health-related quality of life after treatment with traditional and simplified protocols for complete denture construction.** Gerodontology, v. 32, n.4, p. 247-53, 2015.
- OMAR R.; AL-TARAKEMAH Y.; AKBAR J. et al. **Influence of procedural variations during the laboratory phase of complete denture fabrication on patient satisfaction and denture quality.** J Dent, v. 41, n. 10, p. 852-60, 2013.
- OWEN C.P. **Guidelines for a minimum acceptable protocol for the construction of complete dentures.** Int J Prosthodont, v. 19, n. 5, p. 467-74, 2006a.
- OWEN C.P. **New dentures from old: a duplication method using “appropriatech”.** JCDA, v. 72, n. 5, p. 393-397, 2006b.
- PAULINO M.R.; ALVES L.R.; GURGEL B.C. et al. **Simplified versus traditional techniques for complete denture fabrication: a systematic review.** J Prosthet Dent, v. 113, n. 1, p. 12-6, 2015.
- PELTZER K.; HEWLETT S.; YAWSON A.E. et al. **Prevalence of loss of all teeth (edentulism) and associated factors in older adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa.** Int J Environ Res Public Health, v. 11, n. 11, p. 11308-24, 2014.
- PESSOA D.M.V.; RONCALLI A.G.; LIMA K.C. **Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: a cross-sectional population-based study.** BMC Oral Health, v. 17, n. 5, p. 1-8, 2017.
- SEENIVASAN M.K.; BANU F.; INBARAJAN A. et al. **The Effect of Complete Dentures on the Quality of Life of Edentulous Patients in the South Indian Population Based on Gender and Systemic Disease.** Cureus, v. 11, n. 6, p. e4916, 2019.
- SOO S.; CHENG A.C. **Complete denture copy technique-A practical application.** Singapore Dent J, v. 35, p. 65-70, 2014.
- SUDHEER A.; REDDY G.V.; REDDY G. **Behavior shaping of complete denture patient: a theoretical approach.** J Contemp Dent Pract, v. 13, n. 2, p. 246-50, 2012.
- TAMAKI T. **Dentaduras Completas.** São Paulo: Sarvier; 1983. 252 p.
- TENG C.J.; LIN S.C.; CHEN J.H. et al. **The association between denture self-satisfaction rates and OHRQoL – a follow-up study.** BMC Oral Health, v. 20, n. 1, p. 140, 2020.
- TÔRRES A.C.S.P.; MACIEL A.Q.; DE FARIAS D.B. et al. **Technical Quality of Complete Dentures: Influence on Masticatory Efficiency and Quality of Life.** J Prosthodont, v. 28, n. 1, p. e21-e26, 2019.
- TYROVOLAS S.; KOYANAGI A.; PANAGIOTAKOS D.B. et al. **Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health.** Sci Rep, v. 6, p. 1-9, 2016.
- UNITED NATIONS - Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). **World Population Ageing 2019.** Disponível em: <<https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>> Acesso em: 30.04.2020.

UNKOVSKIY A.; WAHL E.; ZANDER A.T. et al. **Intraoral scanning to fabricate complete dentures with functional borders: a proof-of-concept case report.** BMC Oral Health, v. 19, n. 1, p. 46, 2019.

YE Y.; SUN J. **Simplified Complete Denture: A Systematic Review of the Literature.** J Prosthodont, v. 26, n. 4, p. 267-274, 2017.

YILMAZ B.; AZAK A.N.; ALP G. et al. **Use of CAD-CAM technology for the fabrication of complete dentures: An alternative technique.** J Prosthet Dent., v. 118, n. 2, p. 140-143, 2017.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescentes 24, 35, 44, 56, 58, 60, 61, 65, 66, 109, 165, 167, 168, 169, 170

Aparelhos Ortodônticos Expansores 17

Arcada Edêntula 115

Atresia Maxilar 17, 18, 19

C

Conhecimento 9, 28, 29, 31, 32, 33, 47, 49, 51, 52, 53, 69, 80, 89, 91, 96, 99, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 150, 161, 165, 166, 168, 170

Criança 2, 3, 4, 5, 36, 38, 43, 47, 49, 52, 53, 103

Cuidado 2, 59, 70, 74, 75, 76, 79, 83, 85, 86, 90, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 119

E

Endodontia 27, 28, 29, 32, 33, 35, 41, 44, 45, 78, 79, 110, 152, 156, 160, 161

Estratégia de Saúde da Família 74, 86, 87

Expansão Maxilar 17, 19, 20, 22, 24

L

Levantamento Epidemiológico 56, 60, 61, 62, 66, 96

M

Manifestações Bucais 7, 10, 15

Microcefalia 2, 6

Microscopia 28, 32

O

Odontopediatria 2, 35, 41, 43, 44, 45, 53, 106

P

Patologia Bucal 89

Povos Indígenas 67, 68, 69, 70, 71

Pré-Molar 20, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34

Prevenção de Doenças 89

Projeto de Extensão 35, 36, 44, 93, 94

Prótese Dentária 78, 116, 123, 124, 189

Prótese Total 116, 117, 118, 119, 120, 121, 124, 135, 138

Pulpotomia 36, 38, 39

R

Rizogênese Incompleta 35, 36, 38, 53

S

Saúde Bucal 4, 5, 7, 9, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 104, 106, 113, 119, 137, 152, 153

Saúde de Populações Indígenas 68

Sífilis Congênita 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

T

Técnica Simplificada 115

Trabalho 3, 7, 9, 13, 29, 30, 40, 49, 52, 58, 63, 69, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 98, 100, 101, 106, 117, 125, 130, 131, 144, 147, 148, 150, 152, 153, 154, 158, 163, 165, 167, 172

Tratamento Endodôntico 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 109, 152, 156, 157, 160, 161, 162, 163

Traumatismo Dentário 47, 49, 51, 52, 54, 56, 58, 59, 61, 63, 169

Treponema Pallidum 7, 8, 10, 13

PRÁTICA PROBLEMATIZADORA E ENSINO PARTICIPATIVO NA ODONTOLOGIA

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020

PRÁTICA PROBLEMATIZADORA E ENSINO PARTICIPATIVO NA ODONTOLOGIA

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020