

**Escola de Ciências
da Saúde**



**CINTIA FERNANDES CHAVES
ISABELLE VIEIRA GOMES
NATALY BRENDA FERREIRA DUTRAIN APARICIO**

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: REVISÃO DE LITERATURA

Duque de Caxias, RJ.

2020

**CINTIA FERNANDES CHAVES
ISABELLE VIEIRA GOMES
NATALY BRENDA FERREIRA DUTRAIN APARICIO**

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Wallace Casadio de Oliveira

Duque de Caxias – Rj

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NUCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

C512p

Chaves, Cintia Fernandes.

Prótese total imediata: revisão de literatura / Cintia Fernandes Chaves, Isabelle Vieira Gomes, Nataly Brenda Ferreira Dutrain Aparicio. – Duque de Caxias, 2020.

21 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Odontologia) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2020.

“Orientador: Prof. Walace Casadio de Oliveira”.

Referências: f. 19-21.

1. Odontologia. 2. Ortodontia. 3. Prótese dentária. 4. Prótese total imediata. I. Gomes, Isabelle Vieira. II. Aparicio, Nataly Brenda Ferreira Dutrain. III. Oliveira, Walace Casadio de. IV. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. V. Título.

CDD – 617.6

CINTIA FERNANDES CHAVES
ISABELLE VIEIRA GOMES
NATALY BRENDA FERREIRA DUTRAIN APARICIO

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande
Rio "Professor José de Souza Herdy",
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia

Aprovado em 11 de dezembro de 2020.

Banca Examinadora



Prof. Wallace Casadio de Oliveira
Universidade do Grande Rio



Prof. Gustavo de Arruda Camara Ribeiro
Universidade do Grande Rio



Prof. Letícia Badin Werneck de Carvalho
Universidade do Grande Rio

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a Deus por nos permitir chegar até esse momento, nos dando forças para superarmos todos os obstáculos que enfrentamos, por escutar todas nossas orações e em nossa vida sempre fazer com que sua vontade prevalecesse, como quando no meio desse caminho nos presenteou com anjos, obrigada por permitir que a gente dívida esse caminho com nosso filhos, Pietra Vieira Gomes da Costa, Helena Vieira Gomes da Costa e Heitor Fernandes.

Agradecemos aqueles que não mediram esforços para que esse sonho se concretizasse, nossos pais, obrigada por todo apoio, por nos incentivar sempre a seguir em frente por mais difícil que esse caminho tenha sido, por serem nossos maiores exemplos. Como forma de agradecimento dedicamos esse trabalho a vocês. Mara Cristina Vieira Gomes, Rita Dutrain, Silvana Fernandes, Marcelo Gomes, André Aparicio e Rircado Chaves.

Ao nosso orientador professor Wallace Casadio de Oliveira deixamos aqui registrado nossos sinceros agradecimentos por ter nos orientado com dedicação e paciência durante a elaboração desse projeto. Agradecemos também por ter nos ensinado com grande maestria, carinho, respeito, por nos incentivar durante esses anos de graduação. Muito obrigada!

Agradecemos também uma a outra por todo empenho durante esse trabalho e agradecemos também por termos estado sempre juntas durante esses anos, sempre dispostas a estender a mão e nos ajudar. Conseguimos!

RESUMO

A Prótese Total Imediata é uma prótese desenvolvida como um método de reabilitação realizado consecutivamente a extração dos dentes, sendo instalada imediatamente após o procedimento cirúrgico. Esse método de reabilitação é utilizado de maneira provisória, até que a prótese definitiva seja confeccionada e instalada, sendo assim, devendo ser utilizado por um breve período de tempo. Em decorrência do processo de remodelação óssea posterior ao ato cirúrgico, uma série de reembasamentos da porção interna das próteses, ao longo do período de cicatrização precisarão ser feitos e, dessa forma, é possível manter tanto a retenção quanto a estabilidade do trabalho protético. Portanto, com esta abordagem, é possível reestabelecer e manter as funções mastigatória e a estética do sorriso, trazendo mais conforto e segurança ao paciente.

*Palavras-chaves: Prótese Total Imediata; Reabilitação; Extração; Prótese Definitiva; Função.

ABSTRACT

The Immediate Total Prosthesis is a prosthesis developed as a method of rehabilitation, performed consecutively the extraction of teeth, being installed immediately after the surgical procedure. This rehabilitation method is used on a provisional basis, until the final prosthesis is manufactured and installed, therefore, it should be used for a short period of time. As a result of the bone remodeling process after the surgical procedure, a series of reshaping of the internal portion of the prostheses, over the healing period will need to be done and, thus, it is possible to maintain both the retention and the stability of the prosthetic work. Therefore, with this approach, it is possible to reestablish and maintain the chewing functions and aesthetics of the smile, bringing more comfort and safety to the patient.

* Keywords: Immediate Total Prosthesis; Rehabilitation; Extraction; Definitive Prosthesis; Occupation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVO	09
3. METODOLOGIA	10
4. REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1 Evolução da prótese	11
4.2 Protocolo prótese dentaria	11
4.3 Indicações e contraindicações sobre o uso da prótese dentaria	12
4.4 Vantagens e desvantagens	13
4.5 Fase cirúrgica	14
4.6 Fase pós cirúrgica	14
5. DISCUSSÃO	16
7. CONCLUSÃO	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	19
ANEXOS.....	21

1 INTRODUÇÃO

A perda dentária é considerada um dos principais agravos a saúde bucal devido ao alto índice de casos, além de ocasionar danos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais¹. As principais causas das perdas dentárias em adultos é a doença cárie não tratada, a doença periodontal, sendo o tabaco o maior fator de risco, o traumatismo dentário e a atitude profissional não conservadora².

O edentulismo constitui-se no Brasil, como um persistente problema de saúde pública. De acordo com o CENSO de 2010, entre os adolescentes (15 a 19 anos), 10,3% necessitaram de próteses parciais em um maxilar, e 3,4% nos dois maxilares. Para adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorreu em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) foi relativa à prótese parcial. Em idosos de 65 a 74 anos, 22,9% necessitaram de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% de prótese total dupla³.

Durante o processo de perda de elementos dentários, inúmeras funções são prejudicadas. As tecnologias de reabilitação oral, vem no entanto, para restabelecer e restaurar funções como a oclusão, estética, fonética, além de promover o equilíbrio no sistema estomatognático⁴. Este tipo de reabilitação proporciona a manutenção da dimensão vertical de oclusão do paciente, evita o colapso dos músculos da face, além de favorecer a autoestima e a reintegração do paciente à sociedade⁵.

Uma maneira de minimizar a transição do estado de dentado para edentado, é a confecção da prótese total imediata, uma vez que esta é instalada imediatamente após a extração dos dentes naturais remanescentes. Com isso, conseguimos devolver as funções fonética, mastigatória e estética ao paciente⁶. Para que isso seja possível, a prótese é confeccionada previamente sobre um modelo de gesso e então acrílica, tal como uma prótese convencional⁷.

Os planejamentos reabilitadores passam por mudanças graduais, isso se dá pelos recentes desenvolvimentos tecnológicos e as ampliações de possibilidades terapêuticas. Em 1893, pelo que se tem notícia, Scheff fez a primeira publicação sobre próteses imediatas e, a partir desse ano, muitos autores passaram a explorar e abordar o assunto. Apenas em 1923 o tratamento foi bem executado, quando Sears sugeriu o uso de um guia cirúrgico, afim de obter uma melhor previsibilidade quanto ao sucesso do procedimento cirúrgico em relação ao correto assentamento da

prótese. Com o avanço tecnológico as próteses removíveis convencionas, mucossuportadas, estão sendo substituídas pelas próteses sobre implantes, o que tem atraído a atenção de muitos dentistas e pacientes⁸. Porém trabalhar com implantes inclui uma maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos que não podem ser indicados a todos os casos. Além disso, devido ao alto custo financeiro, a implementação da implantodontia e das novas tecnologias está distante da realidade de muitos países desfavorecidos e, até mesmo, para uma parte da população dos países mais ricos do mundo. Dessa forma, diante do que aqui foi exposto, é possível perceber que a demanda por um tratamento reabilitador com próteses totais imediatas é real e ainda maior em países menos desenvolvidos⁹.

2 OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é reproduzir uma revisão de referências teóricas da temática prótese total imediata, explorando quais são os principais métodos de confecção, apontar suas indicações e contraindicações, detalhar procedimentos clínicos e cirúrgicos, além de exibir de forma clara e objetiva seus benefícios.

3 METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho optamos por uma pesquisa de cunho bibliográfico, tendo em vista que os dados e informações usados nesse trabalho são elaborados a partir de análises secundárias, tendo como embasamento livros de autores fidedignos tais como: Daniel Telles, Tadachi Tamaki, James Hupp e José Cerati Turano. Também utilizamos em nossa pesquisa artigos obtidos através das plataformas: “*Google Scholar*”, “*Public/Publisher Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Pubmed)*” e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os descritores utilizados foram: cirurgia pré-protética, prótese imediata, prótese removível, reabsorção óssea, reembasamento e candidíase.

Os critérios de inclusão adotados foram os idiomas Português e Inglês.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Evolução da prótese

A prótese total imediata vem sendo utilizada há muitos anos na odontologia e seu uso continua bastante relevante, mesmo com o grande avanço da terapêutica, da tecnologia e as melhorias no padrão de saúde da população em geral¹⁰. Pierre Fauchard, durante o século XVII, descreveu pela primeira vez na história das próteses dentárias a técnica de confecção de dentes artificiais, dando início a uma nova era desse tipo de reabilitação oral. Em 1907, Tragar aprimorou o método de fundição, o que fez com que esse tipo de trabalho se tornasse mais acurado pois, durante um longo período de tempo, essa atividade foi baseada em conhecimentos empíricos, não havendo nenhuma base científica como suporte¹¹. Os materiais utilizados para a confecção das próteses também passaram por um grande processo de evolução e, em 1919, as bases dessas próteses deixaram de ser de madeira e passaram a ser de vulcanite. Apenas em 1932 chegaram as resinas acrílicas, material empregado até os dias atuais¹².

4.2 Protocolo prótese dentária

Para iniciar um planejamento correto e adequado, deve-se seguir todo o protocolo clínico que, basicamente, consiste em uma anamnese, coletando o máximo de informação do paciente, e o exame físico, avaliando as condições intra e extraoral do paciente; observar a dimensão vertical de oclusão, os aspectos faciais de suporte de lábio, linha do sorriso e a exposição dentária, tanto em repouso quanto no sorriso. Aliado a isso, exames de imagens como, radiografias panorâmicas e periapicais são indispensáveis para o correto diagnóstico e elaboração do plano de tratamento¹⁴.

A confecção de uma Prótese necessita de uma moldagem preliminar, com a finalidade de se obter um modelo de estudo. Este possui uma função de diagnóstico, nos permitindo uma visão panorâmica das estruturas bucais¹⁵.

A partir deste modelo uma moldeira individual, personalizada para cada paciente, será confeccionada em resina acrílica e, a partir de então, as etapas de selamento periférico com godiva de baixa fusão e a moldagem funcional propriamente dita do rebordo edêntulo, com material de moldagem apropriado, serão realizadas. O objetivo desta importante etapa é garantir um modelo de trabalho mais fiel a realidade, reproduzindo os detalhes de toda a área chapeável e, com isso, aumentar a retenção e estabilidade da futura prótese. Tal procedimento aumenta o conforto do paciente pois reduz a interposição de alimentos entre a prótese e a mucosa^{14,15}.

Deve-se ser feito o registro das relações maxilomandibulares que, tem por finalidade determinar o padrão oclusal da futura. Esta etapa se dá pela utilização de uma placa acrílica que simula a base da prótese e roletes de cera que simulam o posicionamento dos dentes. A partir do correto ajuste dos roletes de cera, levando em consideração tanto o sorriso do paciente, quanto as posições da dimensão vertical e relação cêntrica, se dá o registro intermaxilar e posterior montagem dos modelos em um articulador semi-ajustável. ¹⁴.

4.3 Indicações e contraindicações sobre o uso da prótese dentária

Para a indicação ou contraindicação de uma prótese total imediata vários fatores são relevantes, como por exemplo a idade e a saúde geral do paciente¹⁰, as mesmas são indicadas quando o paciente tem todos os seus dentes remanescentes previamente condenados, as periodontopatias costumam ser a principal causa dessa perda precoce dos elementos¹⁶, também são indicadas em casos de perda precoce por outros fatores, sejam parciais ou totais, pacientes com algum tipo de má oclusão severa¹⁰. A prótese imediata facilita então a transição de dentado para edentado já que o mesmo não ficará sem os dentes por nenhum período de tempo^{16,17}.

O uso desse tipo de artifício não é indicado para pacientes muito idosos com problemas graves de saúde que alterem a disfunção tecidual, pacientes com coagulopatia ou que apresentem problemas psicológicos severos. Como esse tipo de

prótese envolve um procedimento cirúrgico de extração dos elementos remanescentes, também não é indicado a pacientes que estejam em tratamento de radioterapia na região de cabeça e pescoço, pois as extrações podem provocar osteoradionecrose^{10,17}.

4.4 Vantagens e Desvantagens

As vantagens referentes as próteses imediatas são divididas em grupos: Anatômicas, que se refere ao estabelecimento da dimensão vertical da oclusão , Minimização das alterações na articulação temporomandibular , evita o espraçamento lingual, impede o colapso e afundamento das bochechas. Vantagens funcionais como por exemplo, possibilitar que os músculos afetados continuem desempenhando normalmente suas funções, redução da maioria de transtornos e reajustes fonéticos com perda precoce dos elementos. A estética também é um fator muito relevante, pois a maioria das pessoas que tem a perda dos dentes se sente envergonhada de se apresentar em público, o uso da prótese impede o colapso facial, evita o arqueamento da linha de selamento dos lábios e comissura, o que evita que pessoa pareça mais velha e com semblante que remete a tristeza^{15,16}.

Como a prótese imediata é instalada imediatamente após a extração dos elementos ela requer muitos cuidados no pós-operatório e também necessita de mais idas ao dentista, já que essa prótese sofrerá problemas com a adesão com o passar dos dias devido a retração cicatricial logo essa prótese precisará ser reembasada e deve ser substituída por uma prótese definitiva após três meses, o paciente também terá maior gasto em relação a uma prótese convencional¹⁰.

4.5 Fase cirurgica

Todo paciente com indicação cirúrgica, deve estar na melhor forma física e mental, porem nem sempre essa situação é possível, portanto, é importante solicitar exames sanguíneos complementares para verificar a condição geral do paciente que vai ser submetido ao procedimento cirúrgico, e saber se a ou não a indicação de antibioticoterapia associada a anti-inflamatório assegurando o reestabelecimento do paciente, devemos lembrar que o planejamento de uma exodontia inclui a definição de uma técnica cirúrgica, definida a técnica, equacionar as dificuldades esperadas, de modo a permitir uma sequência evolutiva normal, sem aumento no traumatismo cirúrgico e nas sequelas pós- operatórias ^{5,18,19}.

As cirurgias pré protéticas são procedimentos que quando efetuados, levam em consideração reestabelecer posteriormente a morfofuncional mastigatória por meio de próteses dentarias, no momento pré cirúrgico alguns cuidados específicos são necessários, as próteses imediatas exigem um conjunto de manobras cirúrgicas e protéticas, isso é obtido através da confecção e do uso de um guia cirúrgico, que é uma réplica transparente da base da prótese ,no geral é feito de resina acrílica. Além de todos os cuidados inerentes a uma cirurgia oral, todos os materiais de uso protético devem estar esterilizados tais como brocas e polidores, inclusive a prótese e o guia cirúrgico devem ser esterilizados em um meio químico de preferência não alcoólico^{20,21}.

4.6 Fase pós cirúrgica

Após o procedimento cirúrgico e a instalação da Próteses imediatas , o paciente já está ciente da complexidade do tratamento, e precisa compreender todos os pontos em que sua colaboração é decisiva para o sucesso, portanto deverá receber as seguintes orientações : não remover o aparelho nas primeiras 24 horas pois ocorre inchaço nas gengiva devido as extrações e com isso o aparelho não encaixara novamente , orientar para o paciente não forçar quando ocluir para evitar sobrecompressão na ferida cirúrgica , em caso de dor utilizar comprimido a base de ácido acetilsalicílico , a alimentação vai ser a base de alimentos frios e líquidos, e não esquecer de usar bolsa de gelo , o paciente retorna ao consultório no dia seguinte¹⁷.

No retorno o paciente submete-se ao curativo, tratamento que consiste em remover e lavar o aparelho com água e sabão, e com soro fisiológico higieniza a boca, evitando o toque na ferida cirúrgica, nessa mesma consulta o dentista realiza retoques se for necessário, e logo em seguida recoloca o aparelho em boca e faz a verificação da articulação com papel carbono. Ao final desta consulta o cirurgião dentista entrega as novas orientações ao paciente : explicar para remover o aparelho duas ou três vezes por dia, para higienizar o aparelho e a boca; orientar ao paciente que a alimentação voltará ao normal gradativamente, geralmente depois de uma semana; retornar ao consultório após 72 horas para a remoção dos pontos e o dentista verificar se há a necessidade de retoques; após a remoção dos pontos o paciente só retorna aí consultório em algum caso de anormalidade no consultório^{17,22}.

5 DISCUSSÃO

Quando falamos do tratamento com prótese total imediata há uma concordância entre os autores que existem vantagens e desvantagens como já foi abordado aqui, porém é necessário expressar que existem mais vantagens que desvantagens. É de suma importância o cirurgião dentista ter em mente que esse tipo de tratamento exige um amplo conhecimento do paciente, como conhecer seu físico, psicológico, além da saúde bucal e com isso reconhecer as reais necessidades do seu paciente^{21,22}.

É possível perceber que quando um paciente perde os elementos dentários, muito coisa é afetada com isso, funções básicas como a fala e a mastigação são alteradas, pois se o paciente não mastigar corretamente a formação do bolo não ocorre de maneira correta afetando sua nutrição e a qualidade de vida geral⁴.

As próteses totais imediatas podem perder a retenção, até porque a base da confecção prótese é o modelo de gesso, retiramos os dentes do modelo no laboratório, porém a cicatrização e recomposição dos tecidos em boca é diferente, o que pode provocar uma desadaptação e a necessidade de um reembasamento, para que a prótese fique ajustada e confortável ao paciente²³.

É importante ressaltar ao paciente que o procedimento clínico trata-se de um tratamento temporário, tendo em vista que o mesmo vai utilizar a prótese até o momento que seja adequada a confecção de uma nova que seja apropriada a nova condição bucal do paciente, vai depender também da condição financeira do paciente e a habilidade do profissional podendo ser confeccionada desde uma prótese total convencional a uma prótese sobre implantes²⁴.

É claro que o avanço da tecnologia está presente em nosso dia a dia clínico e com isso surgiu o uso da laserterapia no pós-operatório imediato, antes da colocação da prótese, com o uso de laser de baixa potência conseguimos um efeito analgésico, anti-inflamatório e bioestimulante, a luz consegue prover uma drenagem do fluido gengival e um aumento na microcirculação local²³.

Em usuários de próteses removíveis a estomatite protética é o tipo de infecção oportunista mais comum, normalmente o paciente não percebe essa condição, é observado na base da prótese²⁵ uma área de inflamação difusa, tem como características boca seca, halitose, edema e sangramento da mucosa²⁶. Apesar de tratar-se de uma condição multifatorial, estudos indicam que a aderência de espécies de *Candida*, especialmente a *Candida albicans*, nas células do hospedeiro na superfície da prótese, é o primeiro passo para o início e propagação da estomatite

protética^{27,28}.

Por conta desse motivo e pelo fato do reembasamento, ao longo do período de cicatrização do rebordo, ser feito com um material macio, as consultas de ajuste e revisão precisam ser frequentes para não gerar a estomatite protética²⁵.

6 CONCLUSÃO

Mediante a revisão de literatura foi possível observar as vantagens e desvantagens do uso da prótese total imediata, chegamos à conclusão de que os objetivos desse trabalho foram respondidos, portanto é importante lembrar que as vantagens desse tratamento se destacam mais que as desvantagens.

Levando em consideração todos os processos de planejamento, cirurgia e confecção das próteses totais imediatas, concluímos que o processo pode apresentar custos mais elevados quando comparado com a prótese convencional, porém ela poupa o paciente de passar pelo período de confecção da prótese definitiva sem os dentes, com isso evita problemas funcionas, fisiológicos e estéticos ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peres M, Barbato P, Reis S, Freitas C, Antunes J. Perdas dentárias no Brasil: Análise da pesquisa nacional de saúde bucal 2010. *Revista Saúde Pública*. 2013; 47(3):78-89.
2. Campos A, Borges C, Vargas A, Ferreira E. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Ciências e saúde coletiva*. 2014; 19 (6): 1849-1858.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. 2018. <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTY4NDk%2C>.
4. Munhoz E, Abreu C. Os fatores que influenciam na satisfação do paciente submetido a tratamento de prótese total convencional. *HU Revista*. 2011;37(4): 413-419.
5. Goiato M, Santos D, Medeiros R, Sonêgo M. Técnicas de confecção de próteses total imediata mucossuportada. *Revista odontológica de Araçatuba*. 2014; 35(1): 67-72.
6. Torcato L, Pellizzer E, Goiato M, Antenucci R. Prótese total imediata: Relato de caso clínico. *Revista odontológica de Araçatuba*. 2012; 33(2): 66-69.
7. Silva T, Freitas A, Carrijo M, Coelho U, Neto V, Cabral L. Reabilitação estético-funcional por meio da prótese total imediata: Relato de caso. *Revista Uningá*. 2019; 56(7): 91-100.
8. Chaves S. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. 1.ed. Salvador: EDUFBA; 2016.
9. Cunha T. Métodos simplificados vs convencional de confecção de próteses totais para aplicação na saúde pública parte III: Avaliação da função mastigatória. Universidade de São Paulo: faculdade de odontologia de Ribeirão Preto. 2011; 142-153.
10. Barroso F, Heleno G, Toledo B, Santiago M. Uso de próteses total removível imediata na clínica integrada: Estudo de casos. *Arquivo de Brasileiro de Odontologia*. 2017; 66-70.

11. Lobo F. História da prótese dentária no Brasil: A evolução dos técnicos em prótese dentária no Brasil. (publicação online); 2018. Disponível em <https://www.spderj.org.br/historia-da-protese-dentaria-no-brasil/>.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. 2013.
13. Lopes M. Próteses dentárias removíveis flexíveis vs removíveis tradicionais. Universidade Fernando Pessoa. 2014; 4-10.
14. Carreiro A, Calderon P, Duarte A, Medeiros A, Tôres A, Melo L, Farias D. Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis. Natal; EDUFRRN; 2016.
15. Shibayama R, Shibayama B, Filho H, Saez D, Watanabe E. Próteses totais imediatas convencionais. Revista odontológica de Araçatuba. 2006; 27(1): 67-72.
16. Turano J, Turano L, Turano M. Fundamentos de prótese total. 9ed.- São Paulo, 2010.
17. Tamaki T. Dentaduras completas. 3ed. São Paulo: Sarvier; 1977
18. Carvalho R, Pereira C, Filho J, Vasconcelos B. O paciente cirúrgico: Parte I. Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2010; 10(4):85-92.
19. Hupp J, Ellis E, Tucker M. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Ed 6. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
20. Telles D. Prótese total: convencional e sobre implantes. 2 ed. São Paulo: Santos 2009.
21. Gregori C, Campos A. Cirurgia buco-dento-alveolar. 2 ed. Brasil: Sarvier 2004.
22. Tamaki T. Dentaduras completas. 4 ed. São Paulo: Sarvier; 1988.

19. Prótese Total - Convencional e Sobre Implantes. Daniel Telles, Henrique Hollweg, Luciano Castellucci. Edição: 1a./2009.
20. TAMAKI, T. Dentaduras completas. 4ª ed. São Paulo: Sarvier, 1988.
21. 22. Junior A, Vieira I, Salles M. Utilização de prótese total imediata. Ed 19(2): 22-29.
23. Meleti V, Pinelli L, Pelizaro D, Gentil M. Prótese total imediata: uma estética e funcional 2002. 11(32).
24. Torcato L, Pellizzer E, Goiato M, Antenucci R. Prótese total imediata: Relato de caso clínico. Revista odontológica de Araçatuba 2012. 33(2).;66-69.
25. Ryalat S, Darwish R, Amin W. New form of administering chlorhexidine for treatment of denture-induced stomatitis. Ther Clin Risk Manag. 2011;7:219-25.
26. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD, Harty DW, Knox KW. Candida-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 2. Oral diseases caused by Candida species. Aust Dent J. 1998 Jun;43(3):160-6.
27. Bulad K, Taylor RL, Verran J, McCord JF. Colonization and penetration of denture soft lining materials by Candida albicans. Dent. Mater. 2004, 20, 167–175.
28. Banting DW, Hill SA. Microwave disinfection of dentures for the treatment of oral candidiasis. Spec Care Dentist 2001; 21:4-8.

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO/DISPONIBILIZAÇÃO NA BIBLIOTECA DO TCC

INTEGRAL