

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CARLA HARIENNE MONTANHA

TÉCNICAS EM PRÓTESE TOTAL DE MOLDAGEM CONVENCIONAL E SIMPLIFI-  
CADA(REVISÃO DE LITERATURA).

CURITIBA

2015

CARLA HARIENNE MONTANHA

TÉCNICAS EM PRÓTESE TOTAL DE MOLDAGEM CONVENCIONAL E SIMPLIFICADA (REVISÃO DE LITERATURA).

Trabalho apresentando como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Prótese Dentária no curso de Especialização em Prótese Dentária, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Sávio Moreira da Silva

CURITIBA

2015

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**CARLA HARIENNE MONTANHA**

**TÉCNICAS EM PROTESE TOTAL DE MOLDAGEM CONVENCIONAL E SIMPLIFICADA (REVISÃO DE LITERATURA).**

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Prótese Dentária no curso de especialização em Prótese Dentária, pela seguinte banca examinadora:

---

**Prof. Sávio Moreira Moreira da Silva**  
Orientador – Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal, UFPR

---

**Prof. Nerildo Ulbrich**  
Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal, UFPR

---

**Prof. Hércules Almilhatti**  
Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal, UFPR

Curitiba, 10 de março de 2015.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 MOLDAGEM PROTESE TOTAL.....</b>	<b>10</b>
2.1 TÉCNICA CONVENCIONAL.....	10
2.2 TÉCNICA SIMPLIFICADA.....	13
<b>3 COMPARAÇÃO DAS TÉCNICAS.....</b>	<b>14</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>

## **RESUMO**

Os métodos convencionais para fabricação de prótese total são demorados e difícil de dominar. Por este motivo, procurando métodos mais simples e que tivesse a mesma eficácia , foi realizado uma revisão de literatura comparando métodos convencionais com métodos mais simplificados de moldagem para prótese total e vimos através de estudos que o custo e o tempo envolvidos na confecção de próteses totais pelo método convencional foram significativamente maiores em relação ao simplificado, indicando que o método simplificado é de melhor relação custo-efetividade.

Palavras chave: Prótese total. Método convencional. Método simplificado.

## **ABSTRACT**

Conventional methods for denture manufacturing are time consuming and difficult to master. For this reason, looking for simpler methods and had the same efficacy, a literature review comparing conventional methods with simplified methods for molding denture was performed and seen through studies that the cost and time involved in making dentures by the conventional method were significantly higher compared to the simplified, indicating that the simplified method is cost-effectiveness.

Key words: Dentures. Conventional method. Simplified

## **Técnicas em prótese total de moldagem convencional e simplificada (revisão de literatura).**

### **1 INTRODUÇÃO**

O termo “moldagem” em prótese total pode ser definido como o ato de reproduzir em negativo os detalhes anatômicos e o contorno da área chapeável, por meio da ação dinâmica das estruturas relacionadas com a prótese, as moldagens devem proporcionar a confecção de bases de próteses totais que respeitem os limites de tolerância fisiológica dos tecidos de suporte (ZARB et al., 1990)

As moldagens realizadas na técnica convencional, empregada na confecção de um par de próteses totais compreendem:

- A) Moldagens anatômicas dos rebordos desdentados visando à obtenção de um par de modelos e posterior confecção de moldeiras individuais;
- B) Moldagem Funcional feita a partir do ajuste clínico das moldeiras individuais seguida da programação de bordas e da moldagem propriamente dita.

A literatura relata que na moldagem simplificada a confecção de bases de prova diretamente sobre os modelos de estudo obtidos a partir de moldes de alginato feito com moldeiras de estoque, ou seja, sem uma segunda moldagem nem utilizando moldeiras individuais (Ducan e Taylor,2001,2004). Outras abordagens simplificadas incluem a montagem dos modelos em articulador sem o uso do arco facial (NASCIMENTO et al., 2004) transferência direta do molde funcional para o articulador semi-ajustável (GIANNOTTI et al.,2007), realizado a partir de moldagem funcional e registro das relações intermaxilares em uma única sessão, onde a moldeira individual e a placa articular consistem de um dispositivo único (ANSARI,1997), substituição de materiais tradicionais para simplificação da moldagem funcional (ULBRICH E FRANCO,2004).

Sendo assim; eis a questão: Qual é o método mais eficaz para o tratamento de desdentados que necessitam de próteses totais? A confecção realizada através de métodos convencionais ou através de métodos simplificados?

A literatura apresenta questionamentos sobre a real necessidade de toda a sequência desses métodos para a obtenção de próteses totais adequadas.

O edentulismo tende a aumentar com o avanço da idade, a necessidade de próteses totais deve ser relativamente constante durante este prazo. O dentista deve ser capaz de tratar pacientes completamente desdentados e oferecer serviços de alta qualidade de próteses totais (DUCAN E TAYLOR,2004). Na técnica simplificada a avaliação de efetividade pode ser realizada por meios de abordagem clínico/objetiva de fatores relacionados diretamente à qualidade do aparelho protético como espaço funcional de pronúncia, oclusão, articulação, retenção e estabilidade e seu relacionamento com as estruturas da cavidade bucal dos usuários. Dentre os fatores pertinentes ao sucesso da reabilitação com próteses totais, deve-se considerar a avaliação das funções mastigatória, visto que o tratamento odontológico tem como principal objetivo preservar e/ou restabelecer a função oral, especialmente a mastigação. As abordagens baseadas em estudos tem tido o impacto emergente na pratica clinica, pois acaba reduzindo o número de visitas ao dentista e tempo necessário para a fabricação da prótese. De um ponto de vista da educação e da saúde publica a determinação de um método eficaz e de fabricação é altamente importante (CUNHA,2011).

Apesar da crescente evidência que as próteses retidas por implantes dentários são substancialmente melhor do que as próteses convencionais melhorando a capacidade de mastigação, conforto e saúde bucal relacionada a qualidade de vida, a grande maioria dos pacientes continuarão a usar próteses convencionais por uma variedade de razões, entre elas restrições financeiras. Assim, havendo a necessidade de próteses totais convencionais para a maioria desses indivíduos (KAWAI et al., 2005).

Na Odontologia, a primeira moldagem total da boca foi realizada em 1783, por Mathias Purman, utilizando cera de abelha. De acordo com Aldrovandi (1946), a reprodução dos tecidos da área chapeável representa um dos pontos mais importantes da moldagem, pois pode determinar o êxito ou o fracasso em prótese total. Ao longo do tempo, inúmeras técnicas de moldagem para prótese total têm sido descritas. Essa preocupação não é algo contemporâneo, pois vem sendo abordada desde os primórdios da odontologia, quando não eram realizadas moldagens, mas, sim,

mensurações a compasso. Após esse período, durante quase 150 anos, a ciência de moldagem gravitou em torno da utilização da cera como material para impressão. Várias foram as tentativas relacionadas às técnicas e materiais, passando pelo gesso, por volta do ano 1844, guta percha em 1848, pastas resinosas em 1857, até chegar ao primeiro método capaz de reproduzir os detalhes dos tecidos bucais, idealizado pelos irmãos Greene, por volta de 1900, cujos princípios fundamentais eram baseados na utilização da godiva como material de moldagem tem sido largamente utilizada. Já o hidrocolóide irreversível ou alginato tornou-se logo muito popular, devido à sua facilidade de utilização. Segundo Hoffman Jr. et al.<sup>14</sup> (1988), o alginato é usado em mais de 60% das escolas americanas como material de eleição para a primeira moldagem em prótese total.

Tendo em vista o exposto, o objetivo do presente estudo em prótese total, buscando demonstrar ao clínico métodos de moldagem relativamente simples e baseados em filosofias fundamentadas na literatura científica.

## 2 MOLDAGEM PROTESE TOTAL

### 2.1 TÉCNICA CONVENCIONAL

Esta moldagem é dividida em duas etapas: preliminar, ou anatômica, e funcional, ou secundária (REIS et al.,2007).

Para a execução da moldagem preliminar superior e inferior são utilizadas moldeiras de estoque e sua seleção é pelo método da tentativa(TADACHI, 1983). Essas moldeiras podem ser perfuradas ou não, de acordo com o material de moldagem a ser utilizado (REIS et al.,2007). Tem o objetivo de promover afastamento dos tecidos moles e conferir retenção e espessura adequada ao material de moldagem na região das bordas (DAVIS, 2006). O molde é considerado satisfatório quando apresenta bordas arredondadas e reproduz todo o fundo de sulco, espessura uniforme do material de moldagem, superfície do material distribuída uniformemente na moldeira, correta centralização e reprodução detalhada dos tecidos moles que recobrem a área de assentamento da prótese, também chamada de área chapeável(REIS et al.,2007).

Esta etapa pode ser realizada com gesso, silicone de condensação porem os materiais mais comumente utilizado são a godiva e o alginato(REIS et al.,2007).

Após a moldagem dos arcos desdentados, é obtido os modelos de estudo em gesso pedra tipo II com posterior delimitação das estruturas a serem englobadas na área chapeável e contornadas pela borda das futuras prótese. Para o modelo maxilar realizou-se a união dos sulcos hamulares posteriormente às fóveas palatinas, englobando tuberosidades e estendendo-se por todo o fundo de sulco, contornando freios laterais e labial. Para o modelo mandibular, o desenho englobou ambas as papilas retro-molares e se estendeu ao longo dos sulcos vestibulares e linguais contornando linhas oblíquas externas, freios laterais, labial e lingual. Em ambos os modelos, o desenho foi realizado a 2 mm do fundo de sulco no intuito de dar espaço ao material a ser utilizado na moldagem das bordas(REIS et al.,2007).

Em seguida, é feita a confecção das moldeiras individuais em resina acrílica autopolimerizável. Após realização dos alívios com lâminas de cera n7 nas zonas de

alívio – papila incisiva, rugosidades palatinas e regiões de tecidos flácidos e ósseos em lâmina de faca. Os modelos eram isolados em toda a sua extensão com isolante líquido, e colocado a resina acrílica na espessura aproximada de 3mm acomodando-a e adaptado ao longo do rebordo alveolar. Após completa a reação do material são feitos alguns ajustes (CUNHA et al;2011).

O principal objetivo da moldeira individual, confeccionada sobre um modelo preliminar, é o de receber o material para moldagem funcional com a finalidade de obter a mais perfeita reprodução da área basal (ULBRICH,FRANCO,2004).

Na sequencia, realizou-se a moldagem funcional que é dividida em duas fases distintas: a de programação de bordas e a da moldagem propriamente dita. É preciso que o vedamento periférico tenha sido executado de forma apropriada para a moldagem ser considerada funcional (ULBRICH e FRANCO, 2004).

Preconiza-se para a moldagem funcional a realização de movimentos funcionais ou manipulações funcionais. Os movimentos funcionais relacionam-se à movimentação da musculatura paraprotética, realizada pelo próprio paciente, ao passo que as manipulações funcionais são realizadas pelos cirurgiões dentistas durante o ato da moldagem(REIS et al.,2007).

Para a moldagem da zona de suporte de ambas as arcadas deve ser registrada de forma não compressiva em razão da presença de tecido ósseo de suporte subjacente; por sua vez, a mucosa móvel não aderida da área vestibular, correspondente ao selado periférico, deve ser registrada sob leve pressão, por não possuir suporte ósseo subjacente. Esta filosofia de moldagem é utilizada por muitos autores (REIS et al.,2007) por ser a que atende ao maior número de princípios básicos de moldagem, como suporte, retenção e estabilidade (obtidos por meio da moldagem do selado periférico), preservação dos tecidos de suporte (obtida por meio da moldagem, não compressiva) e estética, pelo preenchimento do fundo de vestibulo vestibular da maxila.

No caso da arcada superior, sobre a moldagem, uma nova impressão é realizada na zona no selado posterior com cera rosa n 7 na espessura de aproximadamente 2mm , para melhoria do selado posterior da prótese(CUNHA et al;2011).

A principal finalidade da moldagem funcional é a de obter a retenção do futuro aparelho, com um bom assentamento da base da prótese total sobre a área basal, resultando em conforto ao paciente(ULBRICH e FRANCO,2004).

Os materiais utilizados para a programação de bordas são os de consistência regular ou pesada como cera, silicone de condensação ou godiva, para que seja possível essa área ser moldada com leve pressão. Para a moldagem da área de suporte devem ser utilizados materiais de consistência leve como: pasta zinoenólica, Polissulfetos , Polieteres , Silicones de adição flúidos, a fim de que esta região seja moldada de forma não compressiva (REIS et al.,2007).

Após a moldagem é feita a obtenção dos modelos de trabalho, em seguida montagem das placas articulares. Posteriormente, montagem do modelo maxilar em articulador conforme o uso de um arco facial e montagem do modelo mandibular em articulador, de acordo com os planos de orientação e registro das relações intermaxilares. Uma ou mais provas clínicas das placas com dentes artificiais montados e instalação e ajuste das próteses (CUNHA et al.,2011).

Esta técnica de moldagem também chamada de tradicional para confecção de próteses totais é demorada e difícil de dominar, porem têm sido aceito e ensinado pela maioria das faculdades de Odontologia nos Estados Unidos (DUCAN E TAYLOR,2001) e no Brasil (CAETANO et al, 2014).

Tem havido algumas abordagens no intuito de simplificar, modificar ou eliminar etapas clínicas e laboratoriais para a confecção de próteses totais. Entretanto, alguns estudos (DELLA VECCHIA, 2011, DUCAN E TAYLOR,2001, CAETANO et al.(2014) estão fornecendo importantes subsídios a execução de protocolos clínicos simplificados para atendimento à pacientes desdentados totais que são de fácil execução, diminui o tempo e os custos de tratamento.

## 2.2 TECNICA SIMPLIFICADA:

Na técnica de moldagem simplificada o paciente é moldado uma única vez, moldagem anatômica, com moldeiras de estoque, escolhidas pelo método da tentativa (TADACHI, 1983) a confecção de bases de prova são realizada diretamente sobre os modelos de estudo, ou seja, sem a segunda moldagem, moldagem funcional.

Assim, as bases de registro foram obtidas diretamente sobre os modelos iniciais em gesso pedra tipo II e adaptadas segundo Ducan e Taylor (2001,2004) nos quais a extensão posterior da prótese é marcada arbitrariamente na região das fôveas palatinas e estendida bilateralmente pelos sulcos hamulares e uma impressão do selado posterior em forma de meia-lua é escavada no modelo de estudo por meio de fresas. Assim, a espessura do selado posterior, tanto da placa articular quanto do aparelho protético final, fica maior, igualando-se ao selado posterior obtido pela técnica convencional. Outra modificação adotada, proposta pelos mesmos autores, é a localização das bordas das placas articulares obtidas sobre o modelo de estudo, a qual é determinada visualizando o ponto do fundo de sulco onde processo alveolar (porção vertical) termina e começa a região do vestibulo (porção horizontal). A montagem dos modelos em articulador são realizadas sem o uso do arco facial. Após ajuste das placas articulares, não foi utilizada nenhuma forma de registro com arco facial. O modelo superior é montado por meio da mesa auxiliar com inclinação de 15 graus fixada ao ramo inferior da ASA, com os rodetes de cera posicionados simetricamente em torno da linha média da mesa auxiliar (CUNHA et al.,2011). Os dentes artificiais anteriores e posteriores são montados e uma prova clínica deve ser realizada, a fim de checar estética, relações intermaxilares e oclusão. ( DUCAN E TAYLOR, 2001,2004).

### 3 COMPARAÇÃO DAS TÉCNICAS

A literatura levanta questionamentos sobre a real necessidade de todo o procedimento da técnica acadêmica, sendo que a maioria dos dentistas clínicos não a seguem. Não há evidências que próteses totais construídas por técnicas complexas são mais utilizadas e apreciadas pelos pacientes em comparação técnicas mais simples. Alguns países já tem como pratica um método mais simples para a obtenção desse tipo de prótese (Yasuhiko Kawaia et al., 2005).

Mesmo antes de possíveis vantagens terem sido estudadas, o uso do método simplificado já havia sido difundido entre muitos clínicos nos Estados Unidos e no Reino Unido. Nesses países, boa parte dos Cirurgiões-Dentistas não utiliza rotineiramente o método convencional para a confecção de próteses totais e sim algum método simplificado.

Alguns ensaios clínicos controlados randomizados recentes têm fornecido informações de alto nível de evidência referentes à eficácia de métodos simplificados.

(colocar os artigos em ordem crinológica)

Em Outubro de 2011, realizou-se uma busca sistemática na base PubMed, conforme descrito por Della Vecchia et al. Com intuito de ver a eficácia de métodos simplificados para a confecção de próteses totais. Dentre os 490 títulos e resumos apresentados, foram encontrados 03 relatos de ensaios clínicos randomizados que tentaram avaliar métodos simplificados para a confecção de próteses totais e compará-los ao métodos tradicionais. Mas só 02 desses ensaios clínicos foram utilizados com 01 moldagem para técnica simplificada. Nestes estudo os participantes tratados pela técnica convencional receberam moldagem funcional com moldeira individual, registro com arco-facial, montagem e remontagem em articulador semi-ajustavel. Uma única moldagem com moldeiras de estoque foi realizada nos participantes do grupo tratado pela técnica simplificada, os quais não receberam registro com arco facial e a montagem dos modelos de trabalho foi realizada em articulador não ajustáveis, sem procedimento posterior de remontagem. No que se refere aos custos diretos envolvidos na fabricação das próteses por meio de cada uma das técnicas, e foi observado que o custo médio para as próteses fabricadas pelo método convenci-

onal foi significativamente maior, bem como o tempo clínico gasto nesse tratamento. Nos dois trabalhos anteriores, os métodos convencionais não resultaram em diferentes resultados em termos de satisfação do paciente e qualidade das próteses. Porém, o custo e o tempo envolvidos na confecção de próteses totais pelo método convencional foram significativamente maiores em relação ao simplificado, indicando que o método simplificado é de melhor relação custo-efetividade.

Caetano et al.(2014) afirmam que os profissionais de odontologias veem omitindo ou abreviando partes das técnicas de confecção das próteses totais, utilizando métodos simplificados, a fim de reduzir custos e tempo clínico envolvidos com o tratamento. Os dados foram levantados por meio de um formulário eletrônico contendo perguntas relativas ao perfil e aos procedimentos clínicos utilizados, a fim de quantificar o uso de métodos simplificados e convencionais, bem como para determinar a relação com o perfil desses profissionais. Os resultados foram analisados por meio de análise de Aglomerados. As respostas foram dadas, em sua maioria, por homens, tendo a prática clínica como sua principal fonte de renda e clínica privada ou conveniada como ambiente principal de trabalho. Grande parte dos entrevistados relatou realizar duas moldagens por arcada, utilização de articulador semiajustável com arco facial, determinação de plano oclusal por meio de guias anatômicos, utilização de meios métricos para análise da dimensão vertical de oclusão e determinação direta da relação cêntrica. O próprio Cirurgião-Dentista relatou ser o responsável na fase de seleção de dentes. A estatística identificou dois Aglomerados, com base nas características demográficas e na prática clínica, sendo um grupo formado por generalistas adeptos de perfis mais simplificados e outro formado por profissionais mais especializados em prótese que realizam técnicas convencionais.

Os profissionais com menos especialidades tendem a realizar procedimentos mais resumidos e os especialistas, à utilização de técnicas convencionais, comportamento esse parecido ao dos graduandos de Odontologia, pois o procedimento convencional é o preconizado na confecção de próteses totais nas faculdades do Brasil e dos Estados Unidos.

Segundo Jacqueline P. et al.(2001) Os métodos tradicionais de ensino de fabricação de próteses totais são demorados e difícil de dominar, e não são usados por muitos dentistas. O estudo comparou a eficácia de técnicas de fabricação de

prótese tradicional com método simplificado em uma universidade. Foram analisados 80 pacientes totalmente desdentados por estudantes de odontologia. Quarenta pacientes foram tratados com técnicas tradicionais de prótese; os outros 40 pacientes foram tratados com um método simplificado. Os dados abstraídos incluiu a número de visitas até a conclusão da prótese e o número de visitas após a instalação da prótese e nos próximos 3 meses. Um teste de Wilcoxon foi realizada para determinar a estatística entre os grupos no que diz respeito ao número de visitas para a fabricação e ajustes pós-instalação. A técnica de prótese simplificada resultou em uma diferença estatisticamente significativa no número de visitas para fabricação e os ajustes pós-inserção. Concluindo-se que ensinar a técnica de prótese total simples em uma universidade diminui o número de consultas necessárias para completar o tratamento do paciente.

Já Yasuhiko Kawaia et al.(2005) comparou a qualidade de próteses totais confeccionadas com duas técnicas diferentes, pelo método tradicional (T) e o método simplificado (S). Nesse estudo foi avaliado a satisfação do paciente, conforto e função da prótese com 3 e 6 meses após a instalação. Foram avaliados Cento e vinte e dois indivíduos desdentados do sexo feminino e masculino, com idades entre 45-75 anos, foram distribuídos aleatoriamente em grupos que receberam próteses feitas com T ou S. Foi mostrado que não há grande diferença na satisfação do paciente ou na percepção de qualidade de próteses convencionais pelo método tradicional ou simplificado. Estes resultados mostram que as técnicas simplificadas são mais fáceis de dominar e que reduz os custos do tratamento. Os educadores devem considerar estes resultados ao projetar currículos para formação de novos dentistas.

#### **4 CONCLUSÃO**

Com esse estudo vimos que a técnica simplificada podem produzir economia de passos e recursos quando comparada á técnica convencional.

Estes métodos simplificados podem ser usados pelo clínico pois são mais fáceis de dominar do que a técnica tradicional, além de reduzirem custos e tempo envolvidos na confecção das próteses totais.

## REFERÊNCIAS

ALDROVANDI, C. **Moldagem para dentaduras completas**. 1. ed. São Paulo: Editora Científica; 1946

ANSARI, I.H. **A one-appointment impression and centric relation record technique for compromised complete denture patients**. J Prosthet Dent. 1997;78(3):340-3

CAETANO, T.A.; RIBEIRO, A.B.; DELLA VECCHIA, M.P.; CUNHA, T.R.; SOUZA, R.F. **Método simplificado versus convencional de confecção de próteses totais: práticas adotadas pelos Cirurgiões-Dentistas** Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil Ver Odontol. UNESP.2014 Mar-Apr;43(2):82-90

CARLSSON, G. **Critical review of some dogmas in prosthodontics**. J Prosthodont. Res. 2009; 53(1):3-10.

CUNHA, T.R. **Método simplificado versus 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

DAVIS, S.M. **Desenvolvendo um análogo/substituto para a área de suporte da prótese total convencional da maxila**. IN: ZARB, G.A.; BOLENDER, C.L.; ECKERT, S.E.; JACOB, R.F.; FENTON, A.H.; MERICSKE-STERN, R. **Tratamento protético para os pacientes edentulous: Proteses totais convencionais e implantossuportadas**. 12ed. Editora Santos; 2006.p.211-231

DELLA VECCHIA, M.P. **Método simplificado versus convencional de confecção de próteses totais para aplicação na saúde pública**. Parte I: análise econômica Universidade de São Paulo, Faculdade de odontologia de Ribeirão Preto; 2011.

DUCAN, J.P.; Taylor, T.D. **Teaching an abbreviated impression technique for complete dentures in an undergraduate dental curriculum**. J prosthet Dent. 2001;85(2):121-5.

DUCAN, J.P.; TAYLOR, T.D. **Simplified complete dentures**. Dent Clin North Am. 2004;48(3):625-40.

GIANNOTTI, L.A.; COSTA, R.R.; EDUARDO, J.V.O.; PERASSO GUARIGLIA, A.C. **Técnica de transferência direta do modelo funcional para o articulador semiajustável**. Revista de odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2007;19(1):53-60

HOFFMAN JR, W.; BOMBERG, T.J.; BOMBERG, S.E. **Master impressions for complete dentures.** J Oreg Dent Assoc 1988; 57(3):36-9.

KAWAI, Y.; MURAKAMI, H.; SHARIATI, B.; KLEMETTI, E.; BLOMFIELD, J.V.; BILLETTE, L; et al. **Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques?** J Dent.2005;33(8):659-68.

KLIEMANN, C.**Técnica de confecção imediata de moldeira individual para pacientes portadores de prótese total.** PCL 2000; 2(8):14-9.

NASCIMENTO, D.F.F.; PATTO, R.B.L.; MARCHINI, L.; CUNHA, V.P.P. **Double-blind study evaluation of complete dentures made by two techniques with and without face-bow.** Braz JOral Sci. 2004;3(9):439-45.

REIS, J.M.dS.N.; PEREZ, L.E.dC.; NOGUEIRA, S.S.; ARIOLLI FILHO, J.N.; MOLLO JUNIOR, F.dA.**Moldagem em prótese total – uma revisão da literatura.** RFO, v. 12, n. 1, p. 70-74, janeiro/abril 2007

TADACHI, T.; **Dentaduras completas.** 4.ed.rev e ampl. –São Paulo :sarvier,1983

TELLES, D.; HOLLWEG, H.; CASTELLUCCI, L. **Prótese total convencional e sobre implantes.** 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2003.

SOUZA, R.F.; LELES, C.R.; COMPAGNONI, M.A. **A survey of complete denture teaching in Brazilian dental schools.** Pos-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos. 2002 Jan-Apr;5(1):5-11.

ULBRICH, N.L.; FRANCO, A.P.G.dO. **Simplificação da técnica de moldagem funcional para prótese total com a utilização de uma resina autopolimerizável de baixa temperatura.** PCL. 2004;6(34):559-64.

ZARB, G.A.; BOLENDER, C.L.; HICKEY, J.C.; CARLSSON G.E. **Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients.** 10. ed. Saint Louis: Mosby; 1990.