



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**DAVID BEZERRA DOS SANTOS FILHO**

**ADPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL EM UMA PRÓTESE  
TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO**

**Araruna-PB**

**2024**

DAVID BEZERRA DOS SANTOS FILHO

**ADPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL EM UMA PRÓTESE  
TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento do Curso  
de Odontologia da Universidade Estadual  
da Paraíba, como requisito parcial para  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

**Orientador:** Prof. Dr. José Renato Cavalcante de Queiroz.

**Araruna-PB**

**2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237a Santos Filho, David Bezerra dos  
Adptação de uma prótese parcial removível em uma  
prótese total imediata [manuscrito] : relato de caso / David  
Bezerra dos Santos Filho. - 2024.  
21 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências, Tecnologia e Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dr. José Renato Cavalcanti de Queiroz,  
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS".

1. Prótese Imediata. 2. Prótese Parcial Removível. 3. Prótese  
Total. I. Título

21. ed. CDD 617.69

DAVID BEZERRA DOS SANTOS FILHO

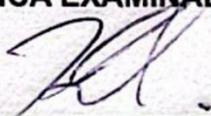
**ADAPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL EM UMA PRÓTESE  
TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia do Campus VIII (Araruna) da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof. Dr. José Renato Cavalcanti de Queiroz

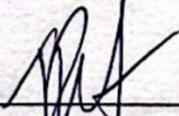
Aprovado em: 13/11/2024.

**BANCA EXAMINADORA**



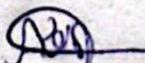
---

Prof. Dr. José Renato Cavalcanti de Queiroz (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Dr. João Paulo da Silva Neto  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Dra. Ana Karoline Vieira Melo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - (a) Imagem inicial do sorriso do paciente com a prótese parcial removível superior; (b) Imagem frontal da face; (c) imagem lateral da face.....	09
Figura 2 – Radiografia Panorâmica .....	11
Figura 3 – (c, b) Base em resina acrílica incolor na região de remoção dos grampos circunferencial gêmeos, feitas sobre o modelo de estudo; (a) base em resina acrílica na região de contato oclusal; (d) base em resina acrílica na região de rebordo alveolar .....	11
Figura 4 – (a; b) Adaptação da resina para reembasamento sobre a PTI; (c; d; e; f) manobras para melhor escoamento do material reembasador pressionando e copiando todo o rebordo do paciente; (g) recorte do excesso com lecron; (h) prótese após reembasamento e remoção dos excessos e aplicação do glazer.....	12
Figura 5 - Moldagem funcional superior com pasta Zinco Enólica.....	12
Figura 6 - Delimitação dos planos de orientação em cera para PT definitiva .....	13
Figura 7 - Prótese total superior definitiva e prótese parcial removível definitiva.....	13
Figura 8 - Aspecto da PT superior e PPR inferior após um ano de sua instalação.....	14

## LISTA DE SIGLAS

PPR Prótese Parcial Removível

PTI Prótese Total Imediata

PT Prótese Total.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2 RELATO DE CASO</b> .....	09
<b>3 DISCUSSÃO</b> .....	14
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	16
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	17
<b>APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	20

## ADPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL EM UMA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO

### RESUMO

Como alternativa reabilitadora para pacientes com indicação de exodontia dos remanescentes dentais, as próteses totais imediatas (PTI) são excelentes alternativas que busca as funções orais e psicossociais dentro do período de transição de dentado parcial para o desdentado total. O objetivo desse estudo foi relatar, a relevância da utilização da prótese imediata dentro do processo de confecção da prótese definitiva. Paciente masculino, 62 anos, leucoderma, compareceu a clínica escola da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Araruna/PB, e relatou como queixa principal “prótese frouxa e desgastada”, alegando dificuldade para falar, comer e sorrir. O paciente apresentou uso de Prótese Parcial Removível superior (PPR) com ausência de retenção e estabilidade inadequada. Na arcada inferior, o paciente apresentava cálculo supra gengival nos incisivos inferiores e perda de inserção conjuntiva em alguns dentes (35, 34, 41, 44, 45). No arco superior o paciente havia apenas a presença do 26 e 27, que sustentavam a PPR, mas apresentava lesão de furca, com perda de inserção conjuntiva, indicando a necessidade de exodontia. Um dia após as exodontias foi adaptada a PPR superior, que o paciente já utilizava, para uma PTI utilizando resina acrílica autopolimerizável incolor e resina acrílica para reembasamento. Dentro das limitações deste relato, pôde-se concluir que a PTI mostrou-se como uma alternativa eficaz de tratamento, para a reabilitação provisória imediata de pacientes que necessitam ser submetidos a exodontias, devolvendo função estética até a conclusão da prótese total definitiva.

**Palavras-chave:** Prótese Imediata; Prótese Parcial Removível; Prótese Total.

## ABSTRACT

As a rehabilitative option for patients requiring extraction of dental remnants, immediate complete dentures (ICDs) offer a means to restore oral and psychosocial functions during the transition from partial to complete edentulism. This study aims to highlight the significance of ICDs in the interim phase before fabricating the definitive prosthesis. A 62-year-old male patient presented at the State University of Paraíba (UEPB) clinic in Araruna, PB, with a primary complaint of “loose and worn dentures,” accompanied by difficulties in speech, mastication, and smiling. The patient had been using an upper removable partial denture (RPD) with insufficient retention and stability. Examination of the lower arch revealed supragingival calculus on the incisors and attachment loss affecting teeth 35, 34, 41, 44, and 45. In the upper arch, only teeth 26 and 27 remained, providing support for the RPD; however, both exhibited furcation involvement and connective tissue attachment loss, necessitating extraction. One day post-extraction, the existing upper RPD was modified into an ICD using colorless, autopolymerizing acrylic resin and relined acrylic resin. Within the limitations of this report, it was possible to conclude that ICD proved to be an effective treatment alternative, for the immediate provisional rehabilitation of patients who need to undergo extractions, restoring aesthetic function until the completion of the definitive complete prosthesis.

**Keywords:** Immediate Prosthesis; Removable Partial Prosthesis; Complete Prosthesis.

## 1 INTRODUÇÃO

Os dentes são órgãos que apresentam extrema importância tanto na função, quanto na estética do ser humano, sendo que a sua perda, pode afetar consideravelmente a qualidade de vida. (RAMOS et al., 2022). Dentro da fisiologia oral, a ausência dentária pode acarretar em deformações dos tecidos moles, alteração da dimensão vertical, alteração estética por redução do terço inferior da face e reabsorção do rebordo alveolar. (GIROTTI et al., 2022).

A prótese dentária devolve funções orais e psicossociais do indivíduo reabilitado, visto que o edentulismo, parcial ou total, afeta negativamente a saúde do indivíduo, interferindo na alimentação, digestão, na fala, deglutição e na autoestima. (RAMOS et al., 2022).

Para minimizar os potenciais danos da perda dentária, a prótese imediata sendo ela total ou parcial, é uma prótese de caráter provisório podendo ser feita de modo imediato, utilizando a prótese que o paciente já usa ou instalando-se um nova prótese previamente planejada. (TEIXEIRA et al., 2019).

A prótese imediata pode ser viável quanto ao tempo, permitindo maior agilidade no tratamento, devolvendo ao paciente uma prótese para uso imediato, de forma versátil e simples, o que facilita a prática clínica, de modo que ela fica em uso até a prótese definitiva ficar pronta. Promovendo conforto, mantendo as funções básicas como mastigação, fonação, suporte para as estruturas musculares e bases ósseas. (Misch et al., 2004).

Ainda, a utilização da prótese imediata apresenta outras vantagens, como na pós-extração onde ela irá proteger a ferida cirúrgica, evitar a recessão gengival e a perda óssea, permitindo a manutenção dessas áreas antes da instalação da prótese definitiva (TEIXEIRA et al., 2019). Na prótese sobre implante, auxilia na osseointegração além de minimizar complicações de tecidos moles como a peri-implantite. (CANEVA et al., 2013).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi relatar, por meio de um caso clínico, a relevância da utilização da prótese imediata dentro do processo de confecção da prótese definitiva proporcionando melhor conforto, estética e função para o paciente.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 62 anos, leucoderma, compareceu a clínica escola da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Araruna/PB, relatou como queixa principal “prótese frouxa e desgastada”, alegando dificuldade para falar, comer e sorrir (Figura 1) e que gostaria de trocar a atual prótese por uma Prótese Total (PT). No exame clínico intraoral o paciente apresentou uso de Prótese Parcial Removível superior (PPR) com ausência de retenção e estabilidade. Na arcada inferior, o paciente relatou nunca ter usado prótese, mesmo com algumas ausências dentárias (38-36, 33, 46-48). Foi observado sangramento a sondagem nos elementos dentários com cálculo supra gengival nos incisivos inferiores e perda de inserção conjuntiva em alguns dentes (35, 34, 41, 44, 45), revelando a presença e história de doença periodontal não tratada. No arco superior o paciente havia apenas a presença do 26 e 27, que sustentavam a PPR superior com grampo geminado e apresentavam mobilidade, profundidade de sondagem >5 mm, lesão de furca, com perda de inserção conjuntiva, indicando a necessidade de exodontia.

**Figura 1** – (a) Imagem inicial do sorriso do paciente com a prótese parcial removível superior; (b) Imagem frontal da face; (c) imagem lateral da face.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2024.

Ainda na primeira sessão, foi realizada a moldagem de estudo com alginato (Dentsply Sirona), das arcadas superior e inferior e vazados os modelos em gesso tipo III (ASFER). Onde, também foi medido a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) em máxima intercuspidação habitual, igual a 60mm e a Dimensão Vertical de Repouso (DVR) em relação cêntrica, resultando em 63mm. O paciente foi encaminhado para

realização da raspagem e alisamento corono-radicular e uma avaliação mais precisa da condição periodontal dos dentes mandibulares e para exodontia dos dentes 26 e 27 para a confecção da PT superior.

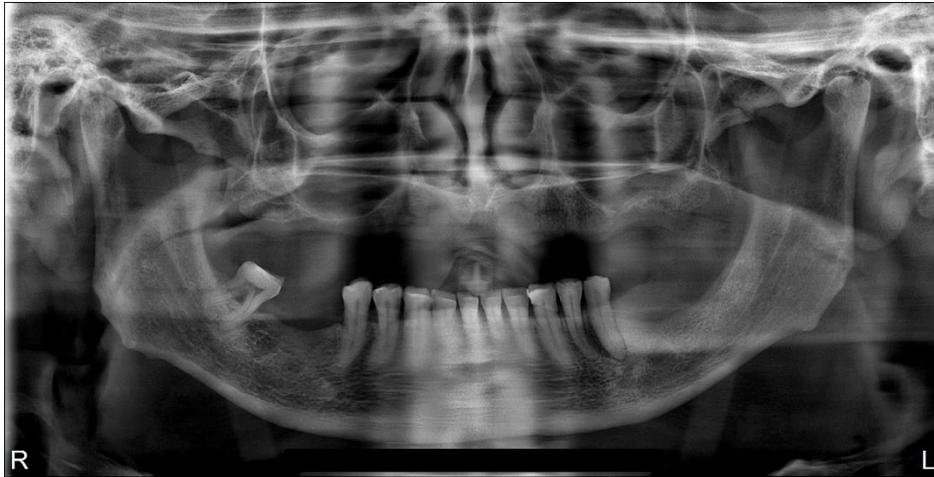
Considerando que os dentes mandibulares permaneceriam em boca e que estes já estavam em tratamento periodontal, na segunda sessão, houve o delineamento no modelo de gesso de estudo inferior. Assim, foram confeccionados casquetes para desgaste de planos guias em resina acrílica (Resinlay Speed Pattern - TDV). Na sessão seguinte, os casquetes foram instalados, e os planos guias, acréscimos em resina composta e nichos foram confeccionados. Uma moldagem de trabalho inferior foi realizada com silicona de condensação (Vigodent) da arcada inferior, sendo o molde vazado com gesso tipo IV (ASFER) e encaminhado para o laboratório para confecção da estrutura metálica da PPR inferior.

Um dia antes da quarta sessão o paciente foi submetido as exodontias. A adaptação da PPR superior em uma PTI superior foi feita com reembasamento em resina acrílica e reembasador macio. O grampo circunferencial geminado foi removido com uma broca de ponta diamantada circunferencial 1014 (KG SORENSEN), em seguida foi realizada a cirurgia do modelo de estudo, com a remoção dos dentes.

Foi adicionado resina acrílica para reembasamento e levada juntamente com a prótese para a boca do paciente, onde foi pedido para o paciente ocluir reembasando toda a área necessária para gerar retenção a PTI, após a resina acrílica tomar presa foi realizado a remoção dos excessos de resina acrílica com broca de tungstênio Maxicut (American Burrs). Logo após o modelo foi encaminhado ao laboratório para confecção da moldeira individual.

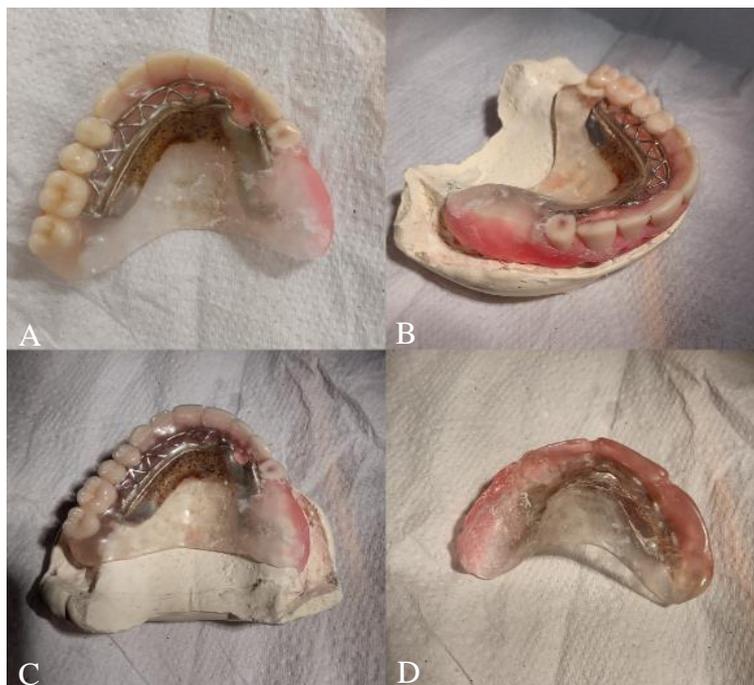
Após reinício do semestre (4 meses), foi realizada nova raspagem e alisamento corono radicular dos dentes inferiores e uma radiografia panorâmica. (Figura 2) Devido à má higiene do paciente, a PTI apresentava condições que indicavam novo reembasamento, sendo necessário refazer a PTI. Sobre o modelo de estudo superior, foi realizada a confecção de uma base em resina acrílica autopolimerizável incolor (Vipiflash) (Figura 3), a base acrílica foi limpa e polida e novo reembasamento foi feito (Figura 4). Logo, nessa mesma sessão foi feita a adaptação da moldeira individual e selamento periférico com Godiva de baixa fusão em bastão (Lysanda).

**Figura 2 – Radiografia Panorâmica.**



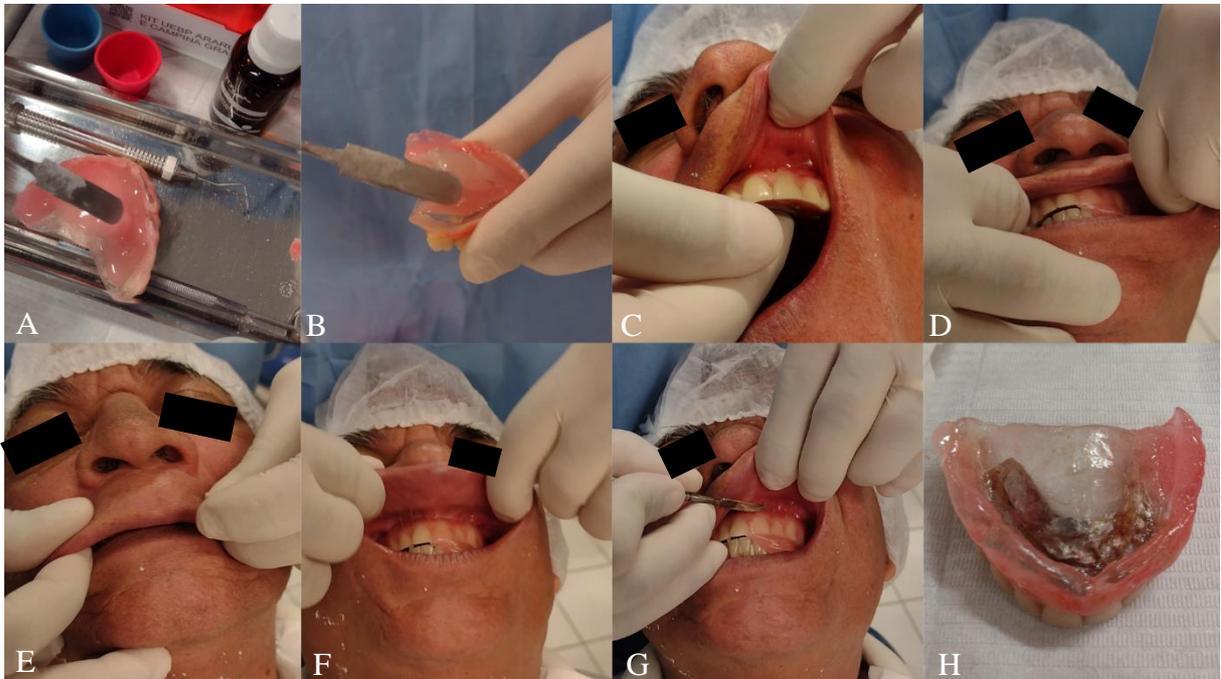
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

**Figura 3 – (c, b) Base em resina acrílica incolor na região de remoção dos grampos circunferencial gêmeos, feitas sobre o modelo de estudo; (a) base em resina acrílica na região de contato oclusal; (d) base em resina acrílica na região de rebordo alveolar.**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

**Figura 4** – (a; b) Adaptação da resina para reembasamento sobre a PTI; (c; d; e; f) manobras para melhor escoamento do material reembasador pressionando e copiando todo o rebordo do paciente; (g) recorte do excesso com lecron; (h) prótese após reembasamento e remoção dos excessos e aplicação do glazer.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A partir da quinta sessão, foi realizada a confecção convencional de uma prótese total superior e dado-se continuidade a confecção da prótese parcial removível inferior (Figura 5) e (Figura 6).

**Figura 5** – Moldagem funcional superior com pasta Zinco Enólica, para a PT.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

**Figura 6** – Delimitação dos planos de orientação em cera para PT definitiva.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Na instalação das próteses, foi observada que a PTI ainda apresentava boa adaptação, retenção e estabilidade, com aspecto de boa conservação e higiene mantida (Figura 7). Após um ano de uso das próteses definitivas o paciente demonstrava boa adaptação, retenção e estabilidade da PT (Figura 8).

**Figura 7** – Prótese total superior definitiva e prótese parcial removível definitiva.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

**Figura 8** – Aspecto da PT superior e PPR inferior após um ano de sua instalação.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

### 3 DISCUSSÃO

Um dos principais fatores que levam a perda dentária está associada a falta de manutenção na saúde oral, visto que muitos pacientes apresentam desinformação no que tange a sua importância. As exodontias são muitas vezes decorrentes de cáries extensas, doenças periodontais, dentes fraturados, mobilidade, falta de acesso a um tratamento mais conservador. (LOPES et al., 2024). Quando a solução passa pela remoção de todos os dentes do arco, tem-se uma clara indicação do uso da PTI. Segundo Goiato et al., (2013) essa remoção é indicada em casos onde a condição dos dentes remanescentes não permite a produção de nenhuma outra reabilitação. Assim, para muitas pessoas, a perda de um dente ou dentes pode ser psicologicamente angustiante. A prótese imediata ajuda a suavizar esse impacto, proporcionando um sorriso mais natural e aumentando o conforto emocional do paciente durante a recuperação. (LOPES et al., 2024).

A PTI, evita que os pacientes permaneçam desdentados por longo período após múltiplas exodontias, mantendo funções orais enquanto as próteses finais estão sendo confeccionadas (SANTOS et al., 2015) (SECO et al., 2019). Para o caso aqui relatado, a PTI foi indicada pela necessidade de manter as funções básicas do paciente como a fonação, estética e mastigação, durante o tempo de confecção da prótese total definitiva. Adicionalmente, a PTI reduz o trauma decorrente das exodontias ao ocupar o espaço da extração, a prótese imediata pode ajudar a reduzir a reabsorção óssea que ocorre após a perda de dentes além de proteger a ferida cirúrgica. (LOPES et al., 2024).

O paciente desse caso já era usuário de PPR, na arcada superior, possuindo apenas dois dentes 26 e 27, após as exodontias dos mesmos e confecção da PTI um dia após as extrações, foi observado uma boa cicatrização dos tecidos moles e não houve relato de hemorragia durante o processo cicatricial, corroborando os achados de estudos que mostram que os pacientes que usam PTI em pós cirúrgicos, apresentam um bom processo de reparo dos tecidos ósseos e da fibromucosa, pois a base da PTI protege do trauma, reduzindo chance de infecções e hemorragias pós cirúrgicas. (HESPANHOL et al., 2018).

A técnica utilizada para a confecção da PTI nesse caso foi uma adaptação da PPR já usada pelo paciente, sendo removido os grampos circunferenciais e realizado uma base de resina acrílica e posteriormente um reembasamento com resina acrílica para reembasamento. Assim, essa adaptação de uma prótese já utilizada pelo paciente, tem a finalidade de restabelecer de forma provisória a condição oral do paciente de modo fácil, com tempo clínico reduzido e custos minimizados. (TEIXEIRA et al., 2019).

Contudo, há na literatura técnicas onde são semelhantes a confecção da prótese total convencional, por meio das quais, esse dispositivo apresenta suporte, estabilidade e retenção. Porém, existe uma controvérsia entre os autores, com relação as técnicas de moldagem (TURANO et al., 2010); (TELLES et al., 2011); (JÚNIOR et al., 2010); (MÜLLER et al., 2014), onde eles demonstram técnicas de moldagens diferentes com pequenas variações, alguns usando para moldagem elastômero sob toda a área a ser moldada (TURNER et al., 1984), enquanto outros observam que a melhor técnica é uma moldagem da área dentada com alginato e depois a moldagem com pasta Zinco Enólica da região desdentada, como mais eficiente (SHIBAYAMA et al., 2006). No entanto, ambas as técnicas obtiveram sucesso.

A literatura relata a importância dos cuidados pós-instalação da PTI, tais como: a não remoção da prótese imediata, no período de 24h após uma extração, uma preservação em 7 dias, retornos de acordo com a necessidade do paciente, reembasamento, ajustes oclusais, polimentos, além de manter o paciente instruído de como fazer uma boa higiene oral e da prótese. (TORCATO et al., 2012); (SHIBAYAMA et al., 2006); (TURANO et al., 2010); (TELLES et al., 2011); (TURNER et al., 1984).

Em relação a manutenção da PTI, foi necessária a realização de uma sessão para polimentos e ajustes na PTI durante o tempo em que a PT definitiva estava sendo confeccionada, apenas um reembasamento e um ajuste oclusal foi necessário

tendo em vista que o paciente se queixava de odor, ao longo do tratamento a PTI não apresentou perda de retenção e nem perda de estabilidade. Vale ressaltar que é necessário um maior número de consultas, para ajustes e reembasamento com material resiliente reembasador, tanto no pós cirúrgico quanto após a entrega da prótese. (SANTOS et al., 2023); (KROLL et al., 2011); (ZUCKERMAN et al., 1986).

Estudos apontam como vantagem da PTI, a redução da reabsorção óssea alveolar nos 3-4 primeiros meses no pós cirúrgico. Tendo em vista que o período pós cirúrgico a reabsorção é mais intensa, a PTI propicia o tecido do rebordo mais satisfatório, quando comparado com uma cicatrização sem a PTI. (MARCHINI et al., 2000). Além disso, esse tipo de reabilitação está diretamente relacionada a recuperação da fisiologia da mastigação e da dimensão vertical de oclusão, evitando também, colapso dos músculos da face (SECO et al., 2019), ponto esse observado nesse caso, visto que o paciente manteve de forma satisfatória a simetria facial, com a utilização da PTI.

Já as desvantagens podem estar relacionadas ao período após as exodontias, o tecido gengival tende a se modificar, o que pode levar a um desalinhamento da prótese com o tempo. Isso pode exigir ajustes contínuos ou até mesmo a substituição da prótese após o período de cicatrização completo. Em casos de grandes perdas ósseas, a prótese imediata pode não se adaptar bem ao rebordo, o que pode comprometer a funcionalidade e a estabilidade da prótese. Há um risco de infecção nas gengivas ou complicações pós-cirúrgicas, pois ela pode dificultar a higiene adequada da área de extração ou gerar acúmulo de resíduos alimentares e bactérias na boca. (LOPES et al., 2024). Contudo as desvantagens são superadas pelas vantagens em se realizar esse tratamento com PTI. (MARCHINI et al., 2000).

No caso clínico relatado, tivemos como limitação para execução dos passos clínicos e laboratoriais os recessos e paralizações que ocorreram no cronograma da clínica escola da UEPB, afetando diretamente o tempo para o preparo das próteses definitivas, gerando também um tratamento mais demorado e prolongando os passos da elaboração das próteses. Tendo em vista que o paciente passou 11 meses usando a PTI, até a instalação das próteses definitivas.

#### **4 CONCLUSÃO**

A PTI apresentou-se como uma excelente escolha clínica para a reabilitação das funções fundamentais como a: oclusão, mastigação e fonação, restabelecendo

dimensão vertical e favorecendo o processo cicatricial pós exodontias. A indicação correta da técnica associada a boa conduta clínica trouxeram benefícios para a reabilitação protética, garantindo qualidade de vida para o paciente.

## REFERÊNCIAS

CANEVA, M.; BOTTICELLI, D.; VIGANÒ, P.; MORELLI, F.; REA, M.; LANG, N. P. Connective tissue grafts in conjunction with implants installed immediately into extraction sockets. Na experimental study in dogs. **Clin Oral Implants Res.** v. 24, n. 1, p. 50-6. 2013.

FEITOSA, S. G.; SOUZA, C. V.; FREIRE, S. J. I.; VIEIRA, S. G. C. E.; FONSECA, R.; BATISTA, S. P. M. Reabilitação com prótese total imediata superior: relato de caso. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences.** v. 5, n. 2, p. 141–152, 2023.

GOIATO, M. C.; SANTOS, D. M.; MEDEIROS, R. A.; PAULINI, M. B.; MATHEUS, H. R. Técnicas de reembasamento para prótese total. **Rev Odont Araçatuba.** v. 34, n. 2, p. 61-6, 2013.

GONÇALVES, W. C.; FERNANDES, S. L.; SANTOS, D. M.; ALVES, S. D.; CARRIJO, M. O.; GONÇALVES JÚNIOR, U.; SANTANA, T. M. Reabilitação oral com prótese provisória imediata: relato de caso. **Journal of Multidisciplinary Dentistry,** v. 10, n. 1, p. 70–3. 2020.

HESPANHOL, T.; GODOI, A. P.; CUSTODIO, W.; BIANCO, V. Prótese total imediata bimaxilar: caso clínico. **ClipeOdonto.** v. 9, n. 1, p. 30-6. 2018.

JÚNIOR, J. F. S.; VERRI, F. R.; PELLIZZER, E. P.; MORAES, S. L. D.; CARVALHO, B. M. Short dental implants: alternative conservative in the oral rehabilitation. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.** v. 10 n. 2, p. 67-76. 2010.

KROL, A. A.; BRENKMAN, R. M.; KALK, W. An immediate removable complete denture for the transition from a natural to a prosthetic occlusal system. **Ned Tijdschr Tandheelkd.** v. 118, n. 11, p. 537-43. 2011.

MARCHINI, L.; SANTOS, J.; CUNHA, V. Prótese total imediata: considerações clínicas. **Robrac.** v. 9, n. 27, p. 45-9. 2000.

MISCH, C. M. Immediate loading of definitive implants in the edentulous mandible using a fixed provisional prosthesis: The denture conversion technique. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 62, n. 9, p. 106-15. 2004.

MÜLLER, F. Interventions for edentate elders – what is the evidence? **Gerodontol.**v. 31, n. 1, p. 44-51. 2014.

RAMOS, V. Factores asociados al nivel de conocimiento de la población sobre el uso, cuidado e higiene en pacientes portadores de prótesis dentales removibles. **Rev. Odonto. Estomatol.** v. 38, n. 4, p. 137 – 142. 2022.

SANTOS, J. C. A.; SILVA, J. D.; HADDAD, M. F. Reabilitação com prótese total imediata, relato de caso clínico. **Rev Odontol Araçatuba.** v. 36, n. 2, p. 24-8. 2015.

SECO, F.; OZELAME, A.; BALDISSEROTTO, S.; MIOSO, F. Planejamento cirúrgico-prótese na confecção de prótese total imediata: relato de caso clínico. **Rev Odontol Araçatuba.** v. 4, n. 2, p. 27-32. 2019.

SHIBAYAMA, R.; SHIBAYAMA, B.; GENNARI FILHO, H.; SAEZ, D.; WATANABE, E. Próteses totais imediatas convencionais. **Rev Odontol Araçatuba.** v. 27, n.1, p. 67-72. 2006.

TEIXEIRA, A. B. V.; VALENTE, M. L. C.; CASTRO, D. T.; MORELLI, V. G.; REIS, A. C. Prótese de Transição x Prótese sobre Implantes: Relato de Caso. **ROBRAC.** v. 28, n. 84, p. 30-34. 2019.

TELLES, D. Prótese total – convencional. São Paulo: **Livraria Santos Editora**; v. 38, n. 4, p. 137 – 142. 2011.

TORCATO, L. B.; PELLIZZER, E. P.; GOIATO, M. C.; FÁLCON- ANTENUCCI, R. M. Prótese total imediata: relato de caso clínico. **Rev Odontol Araçatuba**. v. 33, n. 2, p. 66-69. 2012.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M.; TURANO, M. V. B. Fundamentos de prótese total. São Paulo: **Livraria Santos Editora**. v. 10 n. 2, p. 67-76. 2010.

TURNER, K. A.; MISSIRLIAN, D. M.; Restoration of the extremely worn dentition. **J Prosthet Dent**. v. 52, n. 4, p. 467-474. 1984.

ZUCKERMAN, G. R.; Interim immediate complete denture. **J Prosthet Dent**. v. 55, n. 1, p. 146. 1986.

## APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do relato de caso intitulada: **Adaptação de uma Prótese Parcial Removível em uma Prótese Total Imediata: Relato de Caso**, sob a responsabilidade de David Bezerra dos Santos Filho e do orientador Prof. Dr. José Renato Cavalcante de Queiroz, de forma totalmente voluntária. Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

O relato de caso tem como objetivo observar a relevância da prótese total imediata, foi realizado a reabilitação protética da arcada superior do paciente, de forma imediata, adaptando a Prótese Parcial Removível (PPR) em uma Prótese Total Imediata (PTI), por meio da técnica de reembasamento com resina acrílica e resina para reembasamento macia; E logo após, foi dado continuidade a reabilitação protética da arcada inferior por meio de uma PPR, e concomitantemente a confecção da Prótese Total (PT) superior definitiva.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O relato de caso não trará despesa ao participante, pois será realizada no próprio ambiente escolar, e não apresenta potencial de causar danos, porém, se necessário, os pesquisadores se responsabilizam pela garantia de qualquer assistência e/ou indenização diante de eventuais intercorrências e danos derivados da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV, 3. g. e. h.).

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com David Bezerra dos Santos Filho, através dos telefone (88) 99665-3130 ou através dos e-mails: davidbezerra336@gmail.com, ou do endereço: Rua Manoel Borges de Morais, nº 399, Centro, Araruna – PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP.

### CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa "Adaptação de uma Prótese Parcial Removível em uma Prótese Total Imediata: Relato de Caso" e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu Alberci Fernandes da Silva autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Araruna, 08 de Junho de 2024.

Alberci Fernandes da Silva  
Assinatura do Participante



David Bezerra dos Santos Filho  
Assinatura do Pesquisador

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a Ele dou todo o mérito, honra e glória; por estar concluindo essa missão por estar dando esse passo tão importante na minha vocação. Agradeço a Deus, porque desde que eu era criança, Ele colocou essa linda profissão no meu coração.

Agradeço a Santa mãe do Deus, Maria Santissima e a São José, por tanto amor e cuidado, por intercederem a Deus por mim.

Agradeço a minha família, pois desde o dia que eu soube que vinha estudar em outro Estado, eles me apoiaram, me ajudaram nos momentos mais difíceis e nunca desistiram; a minha mãe Luzia, agradeço por ser meu grande amor, é a minha conselheira mais forte; ao meu pai David, agradeço por se sacrificar todos os dias, derramando suor pra me manter aqui todos esses anos, pois nunca faltou nada; ao meu irmão Darlison agradeço, por sempre me ouvir e sempre me ajudar, pois quando lhe pedia um favor ele sempre esteve lá; A minha tia Joana e meu vô Cícero agradeço por todo o amor cuidado e zelo.

A minha finada vó, Dona Luiza, minha segunda mãe, agradeço por sempre me apoiar, desde pequeno até o dia em que Deus a levou nunca largou minha mão, foi meu maior porto seguro, sei que você esta orgulhosa e muito feliz em me ver realizando aquilo que era só um sonho pra nós.

Agradeço a minha namorada Mariana, minha parceira pra vida, agradeço por todos os dias despertar em mim um homem melhor, por estar comigo no dias difíceis e nos dias bons, por sempre estar comigo.

Agradeço a Comunidade Católica Shalom, a todos os meus irmãos da Missão de João Pessoa e Difusão de Tianguá, por serem luz na minha vida por me ajudarem a viver a minha vocação a viver uma vida missionária e de consagração a Deus.

Agradeço ao meus colegas de turma por dividirem esses cinco anos de graduação comigo, tenho a todos um grande carinho e admiração.

Agradeço a toda a instituição UEPB, todos os Funcionários, aos meu professores que tive a honra de ter, em especial ao Professor José Renato, meu orientador, por me acolher, por não desistir de mim, por me dar esse voto de confiança. Jamais esquecerei e serei sempre grato. Agradeço aos professores, João Paulo e Ana Karoline por aceitarem o convite de participar da banca examinadora, por todos os ensinamentos e zelo por minha formação.