EUDES FRANCISCO DA SILVA CUNHA

**AVALIAÇÃO DA RETENÇÃO DE PRÓTESE TOTAL BIMAXILAR EM
FUNÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA ÁREA BASAL**

São Paulo

2004

Eudes Francisco da Silva Cunha

**Avaliação da retenção de prótese total bimaxilar em função das
características da área basal**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo, para obter o Título de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Dr. Atlas E. M. Nakamae

São Paulo

2004

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Cunha, Eudes Francisco da Silva

Avaliação da retenção de prótese total bimaxilar em função das características da área basal / Eudes Francisco da Silva Cunha; orientador Atlas E.M. Nakamae. -- São Paulo, 2004.

166p. : fig., tab., 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Prótese Dentária) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Retenção em prótese dentária – Avaliação

CDD 617.692

BLACK D32

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADO AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

CUNHA EFS. Avaliação da retenção de prótese total bimaxilar em função das características da área basal [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

São Paulo, ____/____/200__

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a).

Titulação: .....

Julgamento:..... Assinatura:

2) Prof(a). Dr(a).

Titulação: .....

Julgamento:..... Assinatura:

3) Prof(a). Dr(a).

Titulação: .....

Julgamento:..... Assinatura:

4) Prof(a). Dr(a).

Titulação: .....

Julgamento:..... Assinatura:

5) Prof(a). Dr(a).

Titulação: .....

Julgamento:..... Assinatura:

DEDICATÓRIA

A Deus, todo poderoso, criador de tudo, que deu ao homem a capacidade de raciocinar e descobrir avanços tecnológicos e científicos em benefício da humanidade. Honrá-Lo é o meu dever.

A São Francisco, Patrono da família, para aqueles que acreditam, sua intervenção nos momentos mais tênues de minha saúde não permitiu que conhecesse o Criador.

Aos meus filhos, PAULA DE OLIVEIRA CUNHA e EUDES FRANCISCO DA SILVA CUNHA JUNIOR, que souberam suportar com altivez a minha ausência e com personalidade e dedicação galgaram êxito em seus estudos e conquistas pessoais.

Ao meu pai, RAIMUNDO PACHECO DA CUNHA, (in-memorian), que se alfabetizou adulto e mais tarde tornou-se professor primário e à minha mãe, EDITE DA SILVA CUNHA, (in-memorian), leiga, que com poucos recursos financeiros, educaram 10 filhos. Da consolidação de minha formação intelectual, desde a Cidade de Coari-Am até a conclusão deste trabalho, devo a estes grandes heróis.

Aos Professores de Pós-Graduação da Disciplina de Prótese Total do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelas transmissões de seus conhecimentos e convivência compartilhada.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Prótese Total, pela amizade e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. NEY SOARES DE ARAÚJO, Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo profícuo plano de administração.

Ao Prof. Dr. CARLOS GIL, Chefe do Departamento de Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que permitiu meu períplo nas Disciplinas afins em busca do conhecimento.

À Profa. Dra. MARIA CECÍLIA MILUZZI YAMADA, Vice-Chefe do Departamento de Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação, pela aceitação de minha inscrição como aluno de Pós-Graduação após vinte anos de ter obtido o título de mestre nessa Faculdade.

Ao Prof. Dr. ATLAS EDSON MOLEROS NAKAMAE, meu Orientador, de quem furtei horas preciosas de suas atividades docentes na orientação deste trabalho, pelo conhecimento científico transmitido. Ter sido orientado por um jovem Professor altamente qualificado e competente, que conheci ainda nos idos da década de 80, é uma honra.

Ao Prof. Dr. MATSUYOSHI MORI e sua esposa Profa. Dra. AIKO TAKAHASHI MORI, pelas confabulações de temas científicos, pela acolhida em seu núcleo familiar como mais um agregado e pela amizade quando fiquei em convalescença pós-hospitalar em sua residência, com tratamento personalizado.

Aos Professores, Dr. GERSON DE ARRUDA CORRÊA, Dr. ROBERTO NOBUAKI YAMADA, Dr. VICTOR KLAUSINS, Dra. REGINA TAMAKI, Dra. MARIA LUIZA MOREIRA ARANTES FRIGÉRIO, da disciplina Prótese Total do Departamento de Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelos ensinamentos transmitidos.

Aos Professores da Disciplina de Prótese Fixa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Dr. TETSUO SAITO, Dr. MATSUYOSHI MORI, Dr. IVO CONTIN, Dr. CLAUDIO LUIZ SENDIK, Dr. FERNANDO DA CUNHA RIBEIRO, Dr. JOSÉ ANTONIO LUPI DA VEIGA, Dra. TOMIE NAKAKUKI CAMPOS, pelos conhecimentos transmitidos e amizade.

Aos Professores da Disciplina de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Dr. CARLOS GIL, Dra. DALVA DA CRUZ LAGANÁ, Dr. HAMILTON NAVARRO, Dr. BRUNO COSTA, e em especial ao Dr. ROBERTO CHAIB STEGUN, pelo convívio nos eventos do Rotary, amizade e partilha de seus conhecimentos.

À colega TATIANA DE CARVALHO GUARNIERI, pela revisão e correção dos textos e amizade.

Ao Prof. Dr. DIORACY FONTEERRADA VIEIRA e sua esposa Dra. DARCY pelos valiosos aconselhamentos e apoio na minha estada em São Paulo.

À Dra. ELIZANGELA MARIA MACELLARO DOS SANTOS, pelo companheirismo, dedicação e constante comunicação nestes tempos de Curso, poupando-me da tortura da ausência.

Ao Dr. WAGNER BELARMINO, Presidente do Rotary Parque São Lucas-São Paulo e do Centro Odontológico de Reabilitação Especializada, pela amizade e colóquios científicos que realizamos.

À Dra. CHRISTIANE TURIANE FURLANETTO e sua mãe Sra. MARLENE, que aplacaram com suas amizades a ausência de meus familiares.

Ao Dr. MIGUEL BELARMINO FILHO e sua esposa LUZIA ELIZABETH DIAS BELARMINO, que me acolheram em sua família sem restrição e pela culinária mineira que já adotei.

Às THDs, FERNANDA CUNHA SILVA e PRISCILLA TURTERO DONATO, pela amizade e sorrisos que deixavam os dias mais alegres.

Ao Dr. ENIO FRANCISCO DA SILVA CUNHA, pela aquisição da multimídia e material de informática sem o qual não seria possível a confecção deste trabalho.

Ao Dr. TRUZINHIUM EBERT FRANCISCO DA SILVA CUNHA, pela manutenção das raízes cabôclas enviando o famoso jaraqui (peixe típico da região Amazônica).

À Dra. EMIDES FRANCISCA DA SILVA CUNHA, pela valiosa presença durante o período do Curso, pelas pinturas e partituras compartilhadas.

Ao meu filho, EUDES FRANCISCO DA SILVA CUNHA JUNIOR, pela ajuda na colagem das fotos, tabelas e gráficos no corpo do trabalho.

Ao Vereador do Município de Jutai no Estado do Amazonas, FÁBIO AUGUSTO DE OLIVEIRA (FABÃO/DUNDUM) pela amizade, companheirismo e dedicação aos familiares.

Aos funcionários do Laboratório de Prótese do Departamento de Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, LUIZ CLAUDIO RODRIGUES CAVALEIRO, ANA PAULA REINGRUBER, pela presteza e sorriso que me receberam a cada dia.

Às Sras. CÁTIA TIEZZI DOS SANTOS, NAIR NATSUKO TANAKA e EMILIA CAETANO PEREIRA, do Serviço de Pós-Graduação pelas orientações dadas.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, em especial às bibliotecárias VÂNIA MARTINS BUENO DE OLIVEIRA FUNARO e AGUIDA FELIZIANI, pelas revisões das referências e configuração desse trabalho.

Ao Prof. Dr. CASEMIRO FERNANDO SOARES LEITE, Dr. ARTURO ZAVALA, pelas interpretações dos dados estatísticos.

À Prof^a. Dra. LÍVIA COSTA BORGES do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo pela consultoria estatística.

À Prof^a. Dra. YVONE DE FARIA LEMOS DELUCCA do Departamento de Hidromecânica do Centro Tecnológico Hidráulico da Universidade de São Paulo, pela consultoria sobre viscosidade e resistência de fluidos.

À Prof^a. Dra. ANA PAULA LIVRINI SILVA, e ao INSTITUTO DE IDIOMAS OVERTIME COMUNICAÇÕES Ltda pelas traduções dos textos em inglês, espanhol e francês.

Aos Professores do Departamento de Reabilitação Bucal da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Amazonas, pela aquiescência na minha liberação para cursar Doutorado.

Ao Técnico de Prótese Dentária, RAIMUNDO SALLES, meu amigo "Raimundinho", do Departamento de Reabilitação Bucal da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Amazonas, pela presteza, sorriso e amizade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DA LITERATURA	28
3 PROPOSIÇÃO	46
4 MATERIAL E MÉTODO	47
4.1 Material.....	47
4.2 Método	54
5 RESULTADOS	74
6 DISCUSSÃO	110
7 CONCLUSÕES.....	115
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES	123
ANEXOS	165

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 - Mensuração da DVO com compasso de pontas secas	56
Figura 4.2 - Compasso de pontas secas, régua milimetrada e caneta Nankin número 5	56
Figura 4.3 - Visualização da área basal da maxila	58
Figura 4.4 - Visualização da área basal da mandíbula	58
Figura 4.5 - Visualização das fovéolas palatinas pigmentadas	60
Figura 4.6 - Visualização das fovéolas palatinas pigmentadas por transparência do palato em resina incolor da prótese total maxilar	60
Figura 4.7 - Teste da retenção vertical anterior da maxila	62
Figura 4.8 - Teste da retenção vertical anterior da mandíbula	62
Figura 4.9 - Teste da retenção lateral direita da maxila	64
Figura 4.10 - Teste da retenção lateral esquerda da maxila	64
Figura 4.11 - Teste da retenção lateral direita da mandíbula	65
Figura 4.12 - Teste da retenção lateral esquerda da mandíbula	65
Figura 4.13 - Teste da retenção pósterio-anterior da prótese total da maxila	67
Figura 4.14 - Teste da retenção pósterio-anterior da prótese total da mandíbula ..	67
Figura 4.15 - Papel carbono dupla face apreendido pelas pinças Muller	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Retenção vertical anterior v. forma do rebordo (maxila)	124
Tabela 5.2 - Retenção vertical anterior v. tamanho (maxila)	124
Tabela 5.3 - Retenção vertical anterior v. altura do rebordo (maxila)	124
Tabela 5.4 - Retenção vertical anterior v. tipo do rebordo (maxila).....	124
Tabela 5.5 - Retenção vertical anterior v. consistência da fibromucosa (maxila)	124
Tabela 5.6 - Retenção lateral direito v. forma do rebordo (maxila)	125
Tabela 5.7 - Retenção lateral direito v. tamanho do rebordo (maxila)	125
Tabela 5.8 - Retenção lateral direito v. altura do rebordo (maxila).....	125
Tabela 5.9 - Retenção lateral direito v. tipo do rebordo (maxila)	125
Tabela 5.10 - Retenção lateral direito v. consistência da fibromucosa (maxila)	125
Tabela 5.11 - Retenção lateral esquerdo v. forma do rebordo (maxila)	126
Tabela 5.12 - Retenção lateral esquerdo v. tamanho do rebordo (maxila)	126
Tabela 5.13 - Retenção lateral esquerdo v. altura do rebordo (maxila)	126
Tabela 5.14 - Retenção lateral esquerdo v. tipo do rebordo (maxila)	126
Tabela 5.15 - Retenção lateral esquerdo v. consistência da fibromucosa (maxila)	126
Tabela 5.16 - Retenção pósterio-anterior v. forma do rebordo (maxila)	127
Tabela 5.17 - Retenção pósterio-anterior v. tamanho do rebordo (maxila)	127
Tabela 5.18 - Retenção pósterio-anterior v. altura do rebordo (maxila)	127
Tabela 5.19 - Retenção pósterio-anterior v. tipo do rebordo (maxila)	127

Tabela 5.20 - Retenção pósterio-anterior v. consistência da	
Fibromucosa (maxila)	127
Tabela 5.21 - Retenção vertical anterior v. forma do rebordo (mandíbula)	128
Tabela 5.22 - Retenção vertical anterior v. tamanho do rebordo (mandíbula)	128
Tabela 5.23 - Retenção vertical anterior v. altura do rebordo (mandíbula)	128
Tabela 5.24 - Retenção vertical anterior v. tipo do rebordo (mandíbula)	128
Tabela 5.25 - Retenção vertical anterior v. consistência da	
fibromucosa (mandíbula)	128
Tabela 5.26 - Retenção lateral direito v. forma do rebordo (mandíbula)	129
Tabela 5.27 - Retenção lateral direito v. tamanho do rebordo (mandíbula)	129
Tabela 5.28 - Retenção lateral direito v. altura do rebordo (mandíbula)	129
Tabela 5.29 - Retenção lateral direito v. tipo do rebordo (mandíbula)	129
Tabela 5.30 - Retenção lateral v. consistência da fibromucosa (mandíbula)	129
Tabela 5.31 - Retenção lateral esquerdo v. forma do rebordo (mandíbula)	130
Tabela 5.32 - Retenção lateral esquerdo v. tamanho do rebordo (mandíbula)	130
Tabela 5.33 - Retenção lateral esquerdo v. altura do rebordo (mandíbula)	130
Tabela 5.34 - Retenção lateral esquerdo v. tipo do rebordo (mandíbula)	130
Tabela 5.35 - Retenção lateral esquerdo v. consistência da	
fibromucosa (mandíbula)	130
Tabela 5.36 - Retenção pósterio-anterior v. formas do rebordo (mandíbula)	131
Tabela 5.37 - Retenção pósterio-anterior v. tamanho do rebordo (mandíbula)	131
Tabela 5.38 - Retenção pósterio-anterior v. altura do rebordo (mandíbula)	131
Tabela 5.39 - Retenção pósterio-anterior v. tipo do rebordo (mandíbula)	131

Tabela 5.40 - Retenção póstero-anterior v. consistência da fibromucosa	
(mandíbula)	131
Tabela 5.41 - Retentividade milo-hióidea v. forma do rebordo (mandíbula)	132
Tabela 5.42 - Retentividade milo-hióidea v. tamanho do rebordo (mandíbula)	132
Tabela 5.43 - Retentividade milo-hióidea v. altura do rebordo (mandíbula)	132
Tabela 5.44 - Retentividade milo-hióidea v. tipo do rebordo (mandíbula)	132
Tabela 5.45 - Retentividade milo-hióidea v. consistência da	
Fibromucosa (mandíbula)	132
Tabela 5.46 - Avaliação visual da área basal (maxila) v. 1º dia	133
Tabela 5.47 - Avaliação visual da área basal (maxila) v. 1ª semana	133
Tabela 5.48 - Avaliação visual da área basal (maxila) v. 1º mês	133
Tabela 5.49 - Avaliação visual da área basal (maxila) v. 2º mês	133
Tabela 5.50 - Retenção vertical anterior (maxila) v. 1º dia	134
Tabela 5.51 - Retenção vertical anterior (maxila) v. 1ª semana	134
Tabela 5.52 - Retenção vertical anterior (maxila) v. 1º mês	134
Tabela 5.53 - Retenção vertical anterior (maxila) v. 2º mês	134
Tabela 5.54 - Retenção lateral direita (maxila) v. 1º dia	135
Tabela 5.55 - Retenção lateral direita (maxila) v. 1ª semana	135
Tabela 5.56 - Retenção lateral direita (maxila) v. 1º mês.	135
Tabela 5.57 - Retenção lateral direita (maxila) v. 2º mês	135
Tabela 5.58 - Retenção lateral esquerda (maxila) v. 1º dia	136
Tabela 5.59 - Retenção lateral esquerda (maxila) v. 1ª semana	136
Tabela 5.60 - Retenção lateral esquerda (maxila) v. 1º mês	136
Tabela 5.61 - Retenção lateral esquerda (maxila) v. 2º mês	136
Tabela 5.62 - Retenção póstero-anterior (maxila) v. 1º dia	137

Tabela 5.63 - Retenção pósterio-anterior (maxila) v. semana	137
Tabela 5.64 - Retenção pósterio-anterior (maxila) v. 1º mês	137
Tabela 5.65 - Retenção pósterio-anterior (maxila) v. 2º mês	137
Tabela 5.66 - Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite	
Posterior v. 1º dia	138
Tabela 5.67- Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite	
Posterior v. 1ª semana	138
Tabela 5.68 - Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite	
Posterior v. 1º mês	138
Tabela 5.69 - Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite	
Posterior v. 2º mês	138
Tabela 5.70 - Oclusão em MIC lado direito (maxila) v. 1º dia	139
Tabela 5.71 - Oclusão em MIC lado direito (maxila) v. 1ª semana	139
Tabela 5.72 - Oclusão em MIC lado direito (maxila) v. 1º mês	140
Tabela 5.73 - Oclusão em MIC lado direito (maxila) v. 2º mês	140
Tabela 5.74 - Oclusão em MIC lado esquerdo (maxila) v. 1º dia.....	141
Tabela 5.75 - Oclusão em MIC lado esquerdo (maxila) v. 1ª semana	141
Tabela 5.76 - Oclusão em MIC lado esquerdo (maxila) v. 1º mês	142
Tabela 5.77 - Oclusão em MIC lado esquerdo (maxila) v. 2º mês	142
Tabela 5.78 - Forma do rebordo (maxila) v. 1º dia.....	143
Tabela 5.79 - Forma do rebordo (maxila) v. 1ª semana	143
Tabela 5.80 - Forma do rebordo (maxila) v. 1º mês.....	143
Tabela 5.81 - Forma do rebordo (maxila) v. 2º mês.....	143
Tabela 5.82 - Tamanho do rebordo (maxila) v. 1º dia	144
Tabela 5.83 - Tamanho do rebordo (maxila) v. 1ª semana	144
Tabela 5.84 - Tamanho do rebordo (maxila) v. 1º mês	144

Tabela 5.85 - Tamanho do rebordo (maxila) v. 2º mês	144
Tabela 5.86 - Altura do rebordo (maxila) v. 1º dia	145
Tabela 5.87 - Altura do rebordo (maxila) v. 1ª semana	145
Tabela 5.88 - Altura do rebordo (maxila) v. 1º mês.....	145
Tabela 5.89 - Altura do rebordo (maxila) v. 2º mês.....	145
Tabela 5.90 - Tipo do rebordo (maxila) v. 1º dia.....	146
Tabela 5.91 - Tipo do rebordo (maxila) v. 1ª semana	146
Tabela 5.92 - Tipo do rebordo (maxila) v. 1º mês	146
Tabela 5.93 - Tipo do rebordo (maxila) vs 1º mês.....	146
Tabela 5.94 - Consistência da fibromucosa (maxila) v. 1º dia	147
Tabela 5.95 - Consistência da fibromucosa (maxila) v. 1ª semana	147
Tabela 5.96 - Consistência da fibromucosa (maxila) v. 1º mês	147
Tabela 5.97 - Consistência da fibromucosa (maxila) v. 2º mês	147
Tabela 5.98 - Avaliação visual da área basal (mandíbula) v. 1º dia.....	148
Tabela 5.99 - Avaliação visual da área basal (mandíbula) v. 1ª semana	148
Tabela 5.100 - Avaliação visual da área basal (mandíbula) v. 1º mês.	148
Tabela 5.101 - Avaliação visual da área basal (mandíbula) v. 2º mês	149
Tabela 5.102 - Avaliação da retenção vertical anterior (mandíbula) v. 1º dia	149
Tabela 5.103 - Avaliação da retenção vertical anterior (mandíbula) v. 1ª semana	149
Tabela 5.104 - Avaliação da retenção vertical anterior (mandíbula) v. 1º mês	149
Tabela 5.105 - Avaliação da retenção vertical anterior (mandíbula) v. 2º mês	150
Tabela 5.106 - Avaliação da retenção lateral direita (mandíbula) v. 1º dia.....	150
Tabela 5.107 - Avaliação da retenção lateral direita (mandíbula) v. 1ª semana	150
Tabela 5.108 - Avaliação da retenção lateral direita (mandíbula) v. 1º mês.....	151
Tabela 5.109 - Avaliação da retenção lateral direita (mandíbula) v. 2º mês.....	151

Tabela 5.110 - Avaliação da retenção lateral esquerda (mandíbula) v. 1º dia	151
Tabela 5.111 - Avaliação da retenção lateral esquerda (mandíbula)	
v. 1ª semana	151
Tabela 5.112 - Avaliação da retenção lateral esquerda (mandíbula)	
v. 1º mês	152
Tabela 5.113 - Avaliação da retenção lateral esquerda (mandíbula)	
v. 2º mês	152
Tabela 5.114 - Avaliação da retenção pósterio-anterior (mandíbula)	
v. 1º dia	152
Tabela 5.115 - Avaliação da retenção pósterio-anterior (mandíbula)	
v. 1ª semana	153
Tabela 5.116 - Avaliação da retenção pósterio-anterior (mandíbula)	
v. 1º mês	153
Tabela 5.117 - Avaliação da retenção pósterio-anterior (mandíbula)	
v. 2º mês	153
Tabela 5. 118 - Retentividade milo-hióidea (mandíbula) v. 1º dia	154
Tabela 5. 119 - Retentividade milo-hióidea (mandíbula) v. 1ª semana	154
Tabela 5. 120 - Retentividade milo-hióidea v. 1º mês	154
Tabela 5. 121 - Retentividade milo-hióidea (mandíbula) v. 2º mês	155
Tabela 5.122 - Oclusão em MIC lado direito v. 1º dia	155
Tabela 5.123 - Oclusão em MIC lado direito (mandíbula) v. 1ª semana	155
Tabela 5.124 - Oclusão em MIC lado direito (mandíbula) v. 1º mês	156
Tabela 5.125 - Oclusão em MIC lado direito (mandíbula) v. 2º mês	156
Tabela 5.126 - Oclusão em MIC lado esquerdo (mandíbula) v. 1º dia	157
Tabela 5.127 - Oclusão em MIC lado esquerdo (mandíbula) v. 1ª semana	157

Tabela 5.128 - Oclusão em MIC lado esquerdo (mandíbula) v. 1º mês	158
Tabela 5.129 - Oclusão em MIC lado esquerdo (mandíbula) v. 2º mês	158
Tabela 5.130 - Forma do rebordo (mandíbula) v. 1º dia	159
Tabela 5.131 - Forma do rebordo (mandíbula) v. 1ª semana	159
Tabela 5.132 - Forma do rebordo (mandíbula) v. 1º mês	159
Tabela 5.133 - Forma do rebordo (mandíbula) v. 2º mês	159
Tabela 5.134 - Tamanho do rebordo (mandíbula) v. 1º dia	160
Tabela 5.135 - Tamanho do rebordo (mandíbula) v. 1ª semana	160
Tabela 5.136 - Tamanho do rebordo (mandíbula) v. 1º mês	160
Tabela 5.137 - Tamanho do rebordo (mandíbula) v. 2º mês	160
Tabela 5.138 - Altura do rebordo (mandíbula) v. 1º dia.....	161
Tabela 5.139 - Altura do rebordo (mandíbula) v. 1ª semana	161
Tabela 5.140 - Altura do rebordo (mandíbula) v. 1º mês	161
Tabela 5.141 - Altura do rebordo (mandíbula) v. 2º mês	161
Tabela 5.142 - Tipo do rebordo (mandíbula) v. 1º dia	162
Tabela 5.143 - Tipo do rebordo (mandíbula) v. 1ª semana	162
Tabela 5.144 - Tipo do rebordo (mandíbula) v. 1º mês	162
Tabela 5.145 - Tipo do rebordo (mandíbula) v. 2º mês	162
Tabela 5.146 - Consistência da fibromucosa (mandíbula) v. 1º dia	163
Tabela 5.147 - Consistência da fibromucosa (mandíbula) v. 1ª semana	163
Tabela 5.148 - Consistência da fibromucosa (mandíbula) v. 1º mês	163
Tabela 5.149 - Consistência da fibromucosa (mandíbula) v. 2º mês	163
Tabela 5.150 - Distribuição de freqüências para grau de satisfação em geral nas quatro épocas de avaliações consideradas	164

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DVO	-	Dimensão vertical de oclusão
DVR	-	Dimensão vertical de repouso
EFL	-	Espaço funcional livre
MIC	-	Máxima intercuspidação
MI	-	mililitro
Mm	-	milímetro
RAAQ-		Resina autopolimerizável ativada quimicamente
TT	-	Tadachi Tamaki
v.	-	versus

CUNHA EFS. Avaliação da retenção de prótese total bimaxilar em função das características da área basal [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

RESUMO

Nesta pesquisa, em 14 pacientes da Clínica de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, foi realizada a avaliação da retenção de prótese total bimaxilar em função das características da área basal por três avaliadores clínicos experientes e calibrados. Foram avaliadas as retenções vertical anterior, laterais direita e esquerda e pósterio-anterior e as características da área basal: forma, tamanho, altura e tipo do rebordo e a consistência da fibromucosa. Por se tratarem de opiniões, os dados foram transformados em escores e submetidos à análise de variância não paramétrica com o teste KRUSKAL-WALLIS e paramétrica com o teste ANOVA. Concluiu-se que, na maxila, a retenção das próteses totais novas foi influenciada positivamente pelo tipo rebordo *paralelo* e pela consistência *resiliente* da fibromucosa, enquanto na mandíbula influenciaram o tamanho *médio* e a forma *oval*. As opiniões sobre a retenção e o grau de satisfação entre os avaliadores e os pacientes foram as mesmas.

Palavras-Chave: Prótese total - Avaliação; Retenção - Rebordo

CUNHA EFS. Evaluation of the retention of bimaxillary complete denture in function of the characteristics of the basal area [Doctorate Thesis]. São Paulo: College of Odontology of USP; 2004.

ABSTRACT

In this research, an evaluation of the retention of bimaxillary complete denture in function of the characteristics of the basal area by three calibrated experienced clinicians was accomplished in 14 patients of the Odontology College of the University of São Paulo. The anterior vertical retention, right lateral retention, left lateral retention, posteroanterior retention and ridge shape, ridge size, ridge height, ridge type and the fibromucosa consistency were evaluated. Because of they are opinions, the data were transformed in scores and submitted to the non parametric variance analysis with the KRUSKAL-WALLIS and ANOVA parametric tests. Conclusion, in the maxilla, the retention of the new complete denture, was positively influenced by the parallel ridge type and by the resilient consistency of the fibromucosa, while in the mandible, the decisive factors of the retention were the medium size of the ridge and the oval shape of this. The opinions about the retention and the level of satisfaction had been the same among the appraisers and patients.

Key-words: Complete Denture-Evaluation; Denture Retention-Ridge

1 INTRODUÇÃO

Para a maioria das pessoas, segundo Mori e Correa (1996), a perda dos dentes remanescentes pode gerar um sofrimento emocional perturbador, com prejuízo da saúde, bem como comprometimentos estético e social do indivíduo. Quando estes pacientes não encontram um amparo científico que equacione seus problemas, eternizam seu padecer.

Os indivíduos portadores de próteses totais que buscam uma qualidade de vida social no substituto artificial, muitas vezes decepcionam-se com a instalação do aparelho protético, cujas expectativas frustradas são vistas em reclamações nos Conselhos Regionais de Odontologia. Oliveira (1999), em um estudo longitudinal sobre este assunto, no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, verificou que a Especialidade de Prótese Dentária apresentava o maior índice de queixas, sendo a retenção das próteses totais o registro de maior incidência.

A retenção das próteses totais tem sido definida como a resistência ao movimento vertical oposto aos tecidos da área basal e depende das forças de deslocamento ao longo da via de inserção (JOOSTE; THOMAS, 1992). É um fenômeno complexo, multifatorial e ainda pouco entendido (MURRAY; DARVELL; CHEM, 1993a), que não depende exclusivamente do profissional. A retenção deve ser obtida no ato clínico de moldagem, com a utilização de materiais e métodos adequados, selecionados de acordo com as condições locais e as componentes associadas à quantidade e à qualidade do fluxo salivar, ao grau de resiliência da

fibromucosa de revestimento da área basal, à altura dos rebordos, à tonicidade das inserções musculares e à definição do selado posterior pela vibração do palato mole.

Para Barbenel (1971), os fatores físicos, tais como adesão, coesão, tensão superficial e pressão atmosférica, contribuem para a retenção das próteses totais apenas na presença de saliva. Quanto maior o número de moléculas no volume de saliva, maior será a viscosidade desta e a área de contato entre as bases das próteses totais e os rebordos alveolares. A tensão superficial favorece a ação de adesão da saliva no selado periférico, propiciando um vedamento entre a borda das próteses totais e a mucosa. A pressão atmosférica atua apenas quando a prótese total sofre uma ação de forças de deslocamento, que são neutralizadas por ela. O fator psíquico dos pacientes na aceitação das próteses totais é também preponderante no sucesso da retenção.

O grau de satisfação dos usuários de próteses totais, segundo Sato et al. (2000), é avaliado através de diversos fatores, tais como: mastigação, gustação, pronúncia, dor, estética, adaptação, conforto e retenção, que apresentou escores semelhantes entre as próteses totais superiores e inferiores. Para Tamaki (1983a), a retenção das próteses totais depende das técnicas de moldagem utilizadas com embasamento científico, da forma e do tamanho dos rebordos alveolares, da consistência da fibromucosa de revestimento e da tonicidade das inserções musculares e tecidos da área peri-basal.

No entanto, quando não há respeito ou conhecimento da ação muscular sobre a mandíbula, incorre-se em erros que levam à perda de retenção das próteses totais. Em sua pesquisa, Chen et al. (2000) relatam que a mandíbula pode defletir de 20 a 427 micrômetros quando a boca é aberta em sua plenitude, fazendo com que, no caso de uma moldagem nesta circunstância, haja uma alteração significativa entre

o modelo mestre e a realidade da prótese total assentada, com reflexo negativo no fator retenção.

Rendell, Grasso e Gay (1995) estudaram a retenção de próteses totais superiores, com vista aos deslocamentos durante a mastigação, a deglutição e a pronúncia em 2 grupos de pacientes, 12 com próteses totais pouco ajustadas e 12 bem ajustadas, não tendo encontrado diferenças significantes entre os grupos.

Cunha, Santos e Muench (1991), em sua investigação a respeito da moldagem funcional com godiva em bastão (tipo I) e pasta zincoeugenólica, verificaram que o selado peri-basal torna-se mais espesso com o emprego da godiva do que com a pasta zincoeugenólica, mas estas espessuras tendem a se tornar uniformes à profundidade de 3 milímetros. Para Tamaki (1983c), a borda grossa do selado periférico propicia maior retenção, principalmente nas porções posteriores.

A retenção faz parte de um dos requisitos de satisfação dos usuários de próteses totais, sendo fundamental seu estudo e compreensão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A retenção da prótese total é conceituada, segundo Floystrand e Orstavik (1984), como a resistência desta à remoção em direção oposta à sua inserção e os fatores que a definem variam em diferentes dias, o que se deve à flutuação de volume salivar e à resiliência do tecido de revestimento da área basal. Lindstrom et al. (1979) definem como a resistência vertical em direção oposta à sua inserção e afirmam que os mecanismos físico-químicos que regem a retenção são altamente complexos. Tamaki (1983a) a define como a resistência às forças que tentam deslocar a prótese total no sentido gângivo-oclusal.

A retenção das próteses totais, segundo Hardy e Kapur (1958), sofre influência de fatores físicos, fisiológicos, psíquicos, mecânicos e cirúrgicos. Os fatores físicos tais como, os fenômenos de adesão, coesão, tensão superficial e pressão atmosférica atuam na retenção. Dentre os fatores fisiológicos, as características anatômicas do rebordo alveolar, o grau de tonicidade dos tecidos, o controle neuromuscular e a qualidade e a quantidade de saliva propiciam uma ótima ou insuficiente retenção das próteses totais. Para Barbenel (1971), Jacobson e Krol (1983), as próteses totais são retidas à área basal pela combinação de forças musculares exercidas pelas bochechas, língua, lábios e pela ação de forças físicas entre os tecidos de suporte da área basal das próteses totais e o filme de saliva,

como adesão, coesão, tensão superficial, viscosidade e pressão atmosférica, atuando individualmente ou em combinações.

Para Colón, Kotwal e Mangelsdorff (1982), três fatores contribuem para a retenção da prótese total: 1. fatores relacionados à moldagem; 2. fatores relacionados à superfície oclusal; 3. fatores relacionados à superfície interna da prótese, que fica em contato com a área basal. Em suas considerações, os fatores ligados à moldagem são a adesão produzida pelo filme de saliva e as forças intermoleculares de viscosidade e tensão superficial, sendo estas as características mais relevantes para fornecer uma efetiva retenção. Ainda, quando o selado periférico da prótese total é corretamente obtido, as forças produzidas em seu interior são menores do que a média externa, portanto a diferença entre estas, conhecida como pressão atmosférica, é que fornece as forças de retenção. Para Monsénégo e Proust (1989), as forças que resistem ao deslocamento das próteses totais são aumentadas pela formação de um menisco salivar nas bordas.

Para Avant (1973b), o fenômeno da retenção depende do íntimo relacionamento dos tecidos de revestimento da área basal com a prótese total e da pressão atmosférica, que apenas atua quando este contato é efetivo. A pressão atmosférica nas próteses maxilares, segundo HtaySaung (1983), resiste a forças de deslocamento vertical, a depender da magnitude das forças no selado periférico e da viscosidade da saliva. Com a alteração da pressão interna provocada pela entrada de ar, há um rompimento do vedamento e uma conseqüente perda do efeito retentivo da prótese total. Darvell e Clark (2000) consideram a pressão atmosférica um fator de falsa influência na retenção, devido a retenção da prótese total ter uma ação dinâmica dependente da espessura e da viscosidade da camada de fluido interposta entre área basal e a prótese total.

Para uma boa retenção em prótese total, no entender de Jooste e Thomas (1992), importa o correto assentamento da base sobre a mucosa, diminuindo assim o espaço entre estas, e também o selado periférico estendido até o limite dos fundos de sulco gângivo-geniano e gângivo-labial, sem ultrapassar o limite de tolerância dos tecidos. Para Davidson e Boere (1990), também é um requisito importante para a retenção das próteses totais a adaptação destas aos tecidos da área basal. No entanto, segundo Stamoulis (1962), a perfeita adaptação da base da prótese total aos tecidos de suporte da área basal é impossível. Vários fatores têm sido associados com a retenção, tais como: pressão atmosférica, vácuo, adesão, coesão, molhabilidade, aspereza de superfície, gravidade, tensão superficial, viscosidade, adaptação, selado periférico e controle muscular, porém nem todos têm um amparo científico, nem existe concordância absoluta entre os autores.

O fator psicológico é importante, pois a aceitação ou não das próteses totais pelo paciente depende da compreensão e cooperação deste, podendo resultar em aumento ou perda de retenção. Alguns pacientes, segundo McCord e Grant (2000a), são incapazes de adaptar-se física e psicologicamente à prótese total. Ainda, quando o procedimento visa o aumento cirúrgico da área basal, este amplia a área de contato, favorecendo a retenção, pois quanto maior a área de contato, maior a adesão.

Para Stamoulis (1962), a adesão é um dos fatores de maior importância para a retenção das próteses totais, pois é uma força de atração canalizada da ação intermolecular de dois corpos de naturezas diferentes em contato.

A coesão, que é uma força de união entre as partículas de um corpo, exercida no caso pela saliva, contribui para o aumento da adesão. Por outro lado, a tensão superficial da saliva também favorece a adesão, com consequente aumento

da retenção. A pressão atmosférica, segundo Snyder et al. (1945), também influi na retenção das prótese totais.

Para Streeter (1963), um fluido é uma substância que se deforma continuamente quando submetido a uma tensão tangencial, por menor que esta seja. Os líquidos pouco espessos se aproximam dos fluidos. A viscosidade é uma propriedade dos fluidos em virtude da qual estes oferecem resistência a tensões tangenciais. A água é um fluido pouco viscoso. A resistência de um fluido a uma tensão depende de sua coesão e do grau de transferência da quantidade de movimentos de suas moléculas. Para Iida (1975), quanto maior a viscosidade de um líquido interposto entre dois corpos, maior será a força requerida para separá-los. A saliva, por ser composta por várias moléculas, apresenta viscosidade. Para Monsénégro et al. (1989), a retenção depende do contato do menisco salivar e da base das próteses totais, sob o efeito das forças de deslocamento.

Algumas redes de glândulas que lubrificam a cavidade oral e formam o menisco salivar são pequenas e isoladas, enquanto outras apresentam-se densamente juntas e largas. As menores situam-se na camada da submucosa e as largas, mais longe do revestimento interno da cavidade. A secreção de todas elas produz a saliva, um fluido que possui funções físicas e químicas. As glândulas salivares maiores são representadas pela parótida, submandibular e sublingual e as menores, pela labial, bucal, palatina lingual e incisiva (SICHER; DuBRUL, 1991).

Segundo Guyton (1989), a secreção diária de saliva é de 800 a 1.500 mililitros, cerca de 0,5 ml/minuto, com dois grandes tipos de secreção protéica: a serosa, contendo amilase salivar para digestão dos amidos, e a mucosa, composta de mucina, com finalidade lubrificante e pH entre 6.0 e 7.4, além de grande quantidade de íons potássio e bicarbonato.

O filme de saliva entre a prótese total e a área basal é importante para a retenção. Tem sido sugerido que o fluxo de saliva diminui com a idade. Yurdukuru, Terzioğlu e Yılmaz (2001), em sua pesquisa para determinar o fluxo, a viscosidade e o pH da saliva antes e depois da instalação de próteses totais, verificaram que a adaptação inicial estimulou significativamente o fluxo salivar, com elevação de pH após inserção das próteses e apenas a viscosidade não teve alteração significativa.

Para Kikuchi, Ghani e Watanabe(1999), a retenção da prótese total depende da adesão do filme de saliva interposto entre o tecido de suporte e a superfície de contato da prótese. No estudo feito com 10 pacientes, sendo 7 homens e 3 mulheres com idade média 27,2 anos, verificaram que, quando a prótese total sofria abrasão por jateamento de pó de alumina de 50 micrômetros por um minuto, a retenção melhorava significativamente.

Para Blahová e Neuman (1971), a adesão e a coesão são fatores importantes na retenção de prótese total e o menisco salivar que contribui para isto é da ordem de 0,1 milímetro de espessura. As glândulas salivares e os capilares sanguíneos localizados sob a prótese total, segundo os autores, tendem a equilibrar rapidamente as diferenças de pressão, pois a pressão atmosférica não é a única responsável pela retenção e sim a diferença entre esta e a pressão interna da prótese. Ainda, a magnitude da atração capilar, criada pelo espaço entre a prótese total e a fibromucosa de revestimento da área basal, é a metade daquela com atração em tubos, o que permite concluir que quanto menor o espaço, maior a atração. Para Abdullah (1972), nas forças intermoleculares da coesão, referidas como de van der Waals, os átomos e moléculas são atraídos entre si pela natureza de seu campo elétrico, favorecendo a retenção.

Brill (1967) afirma que a retenção da prótese total aumenta nas primeiras duas semanas após a instalação, mas, segundo Müller et al. (2002), pode diminuir no decorrer de meses ou anos de uso. Quanto ao peso da prótese total mandibular em relação à retenção, Ohkubo e Hosoi (1999) verificaram que não é significativa.

Para Heartwell Jr. (1972), os dois terços anteriores da fibromucosa do palato duro comportam-se, em uma moldagem, diferentemente das regiões do palato mole e do selado periférico. Quando há perda de retenção no selado posterior, geralmente, segundo o autor, esta é devida à cópia sem fidelidade desta área.

Na revisão da literatura sobre as teorias da retenção de próteses totais, Murray, Darvell e Chem (1993a,b,c,d) verificaram que vários autores advogam que as forças físicas utilizadas para a retenção nas próteses totais são: adesão pelo contato, oclusão balanceada, pressão atmosférica e força de adesão do menisco salivar que atua entre as moléculas encontradas na saliva e a base da prótese. Para Basker, Davenport e Tomlin (1996b), as forças de adesão e coesão aumentam as duas propriedades da saliva que são a tensão superficial e a viscosidade, contribuindo com a retenção das próteses totais.

Segundo Tamaki (1983a), a retenção e a estabilidade das próteses totais propiciam maior eficiência mastigatória e são preocupações constantes do protesistas. A obtenção destas depende de variáveis, tais como: escolha de técnica e material de moldagem adequadas, forma, tamanho, altura do rebordo alveolar e tipo de fibromucosa de revestimento. Basker, Davenport e Tomlin (1976a) fazem menção à presença de mecanorreceptores na mucosa oral e, quando próteses totais novas são instaladas, os estímulos informam o córtex sensorial sobre a presença de alimentos entre os dentes, contribuindo para a retenção. Para os autores, 60% dos pacientes com próteses totais novas instaladas são capazes de falar e comer

satisfatoriamente em um semana; para 20%, é necessário um mês de adaptação e alguns nunca alcançarão êxito. Para Dubojaska, White e Pasiek (1998), o balanceio oclusal é importante para dar maior conforto ao paciente durante as funções.

Para Smith e Hughes (1988) e Oliveira (1999), os usuários de próteses totais relataram que estas se deslocam durante os atos mastigatórios e fonéticos, fenômeno relacionado à falha na retenção e na estabilidade dos aparelhos. Quanto à retenção, Kiausinis et al. (1996), em uma avaliação clínica de duas orientações de montagem de dentes em prótese total, uma com curva de compensação e outra sem, verificaram que, nos rebordos inferiores reabsorvidos, esta não é satisfatória, apesar de ser superior naquelas dotadas de curva. Pressupõe-se que essa distinção seja devida à estabilidade pouco satisfatória da prótese total sem curva de compensação.

Para Darvell e Clark (2000), retenção da prótese total é um momento dinâmico que depende do fluxo de fluidos e da viscosidade e da espessura do menisco salivar. As forças de tensão superficial no selado periférico contribuem para a retenção, porém o mais importante é ter uma boa base de assentamento e selado periférico adequado. A retenção, segundo Levin (1976), é obtida pela moldagem adequada do rebordo e do selado periférico.

Csögör e Michman (1970), em sua pesquisa, já se referiam a dois tipos de retenção na prótese total mandibular: a estática e a dinâmica. A estática se dá quando a prótese total está adaptada em seu sítio, com os músculos da bochecha, lábios e língua em repouso e a dinâmica é a que assegura a fixação propriamente dita durante as atividades fisiológicas, como a mastigação. A força estática de retenção e estabilidade é sempre maior do que a dinâmica e, quanto menor a interferência muscular, maior será esta última. Ainda Kiausinis, Tamaki e Tamaki

(1995), em seu estudo sobre a relação entre o arco dental estabelecido e a crista do rebordo alveolar em próteses totais, verificaram que, do ponto de vista biomecânico, as próteses totais mandibulares apresentaram vantagem sobre as maxilares no quesito estabilidade. Nas próteses totais mandibulares, para Azzam, Yurkstas e Kronman (1992), as variações de forma e anatomia topográfica definem a técnica de moldagem, visando a obtenção de um molde que leve ao sucesso clínico, com a retenção desejada.

Frigério (1990), em um estudo comparativo das formas da face e do rebordo alveolar em edentados completos, encontrou, nos grupos de estudo de brancos e negros de ambos os sexos, três formas básicas de face: triangular, quadrada e oval, que se assemelharam com as dos rebordos. As únicas exceções ocorreram nas formas redonda e oval que, nos brancos, foram mais freqüentes nos homens, enquanto que, nos negros, estas predominaram nas mulheres. Em um estudo computadorizado de Sellen et al. (1998) da correlação entre dentes, face, forma do arco e contorno palatal, foi apresentada uma insignificante correlação entre a face, o dente e a forma do arco.

Rendell, Grasso e Gay (1995) estudaram a retenção de próteses totais superiores com deslocamento durante a mastigação, deglutição e fonética, utilizando uma escala de zero a três (0 a 3), sendo:

- 0 – sem retenção;
- 1 – com mínima retenção;
- 2 – com moderada retenção;
- 3 – com boa retenção.

Para a estabilidade, o escore foi de zero a dois (0 a 2), sendo:

0 – sem estabilidade;

1 – com alguma estabilidade;

2 – com suficiente estabilidade.

Como resultado, observaram que o movimento na vertical apresentava-se significativamente maior do que o movimento pósterio-anterior, em ambos os grupos. O movimento na vertical foi de 1.3mm a 9.6mm, no grupo de próteses totais com assentamento insuficiente e de 1.3mm a 3.0mm, no grupo com ótimo assentamento.

Sato et al. (2000), em uma pesquisa com 302 voluntários, consideraram 12 fatores de satisfação dos usuários de prótese totais, formulando um questionário com 12 itens:

1. mastigação;
2. gustação;
3. pronúncia;
4. dor (prótese total superior);
5. dor (prótese total inferior);
6. estética;
7. adaptação (prótese total superior);
8. adaptação (prótese total inferior);
9. RETENÇÃO (prótese total superior);
10. RETENÇÃO (prótese total inferior);
11. conforto (prótese total superior);
12. conforto (prótese total inferior).

E, 3 grades de satisfação:

- bem satisfeita;
- satisfeita;
- não satisfeita.

Os autores encontraram, no fator retenção, correspondente aos itens 9 e 10, escores similares para as próteses totais superiores e inferiores.

Carlsson, Otterland e Wennström (1967) confrontaram a satisfação de 182 pacientes de próteses totais bimaxilares com o julgamento de avaliadores amparados pelos dados clínicos e condições anatômicas da área basal, tendo como parâmetro uma escala de 2 níveis: boa ou insuficiente retenção. A avaliação da retenção nas próteses mandibulares não mostrou significância, porém a correlação foi maior nas próteses maxilares entre os pacientes e os examinadores. Para Kawazoe e Hamada (1978), a retenção das próteses maxilares é influenciada pelo volume da saliva entre a base e a mucosa da área basal.

Em outro estudo sobre avaliação de qualidade, Fenlon, Sherriff e Walter (2002), utilizando como parâmetros a retenção e a estabilidade, obtiveram resultados diferentes entre os pacientes e os avaliadores, embora ambos tenham considerado superior a retenção das próteses maxilares.

Kreher, Graser e Handelman (1987) pesquisaram, em 49 pacientes desdentados acima de 75 anos, examinados por três avaliadores calibrados, a retenção e os aspectos da área de suporte basal, através de uma escala com intervalo de 1 (sofrível) a 10 (ótimo). Os valores para retenção na maxila foram sempre superiores aqueles da mandíbula.

Garrett et al. (1996b) selecionaram 23 pacientes portadores de próteses bimaxilares com retenção insuficiente que, após a confecção de novas próteses,

foram avaliados por dois profissionais calibrados. Estes verificaram, nas próteses totais antigas, uma carência de retenção em 65% das maxilares e 95% das mandibulares, evidenciando uma correlação muito baixa entre a qualidade clínica das próteses totais e a satisfação dos pacientes com estas.

Magnusson (1986), numa investigação com 43 pacientes que receberam próteses totais novas, confeccionadas pelo autor, considerou a retenção *ótima* quando apresentava uma firme adesão frente a uma tração vertical; *aceitável* se apresentasse alguma adesão e *insuficiente* quando não tinha qualquer adesão. Para a resiliência dos tecidos da área basal, considerou *ótima* quando a fibromucosa de revestimento estava firme; *aceitável* se deslocasse ligeiramente e *insuficiente* se flácida. No geral, a avaliação da retenção foi de *ótima* a *aceitável*. As diferenças entre as opiniões dos avaliadores e dos pacientes não foram estatisticamente significantes e não houve correlação entre a retenção e a resiliência da fibromucosa de revestimento.

Wolff et al. (2003) investigaram uma amostra de 50 pacientes usuários de próteses totais (32 mulheres e 18 homens) com idade entre 52 a 89 anos e sugeriram como parâmetro para avaliação do tipo de rebordo: *ótimo* quando o rebordo for bem desenvolvido com paredes vestibular ou lingual paralelas; *bom* quando o rebordo for moderadamente reabsorvido com alguma parede vertical e *insuficiente* quando o rebordo for reabsorvido e sem paredes verticais. Para a resiliência da fibromucosa de revestimento da área basal, consideraram *ótima* quando firme e resistente à palpação, *boa* quando apresentava ligeira mobilidade na crista do rebordo e *insuficiente* quando apresentava hiper mobilidade. Como resultado, obtiveram que o tipo de rebordo e a resiliência da fibromucosa da maxila foram *ótimos*, enquanto na mandíbula o escore maior foi *bom*. No aspecto da

retenção e do conforto, a prótese maxilar mostrou-se superior à mandibular. A resiliência da fibromucosa de revestimento da maxila e mandíbula não tiveram significativo impacto sobre a satisfação do paciente.

Nevalainen et al. (1997), na investigação sobre a retenção em próteses totais bimaxilares instaladas de 0-5, 6-10, 11-20, 21-30 e acima de 31 anos de uso, utilizaram a seguinte escala: *ótima* quando oferecia uma ótima resistência à tração vertical e suficiente resistência às forças laterais; *satisfatória* quando apresentava ligeira a moderada resistência à tração vertical e pouca ou nenhuma resistência às forças laterais e *insuficiente* quando não oferecia qualquer resistência à tração vertical e às forças laterais. Para a maxila, 38% dos casos apresentaram retenção *satisfatória* e 24%, *insuficiente*. Já para a mandíbula, 29% dos casos com retenção *satisfatória* e 65%, *insuficiente*. Apenas 6% das próteses totais mandibulares foram consideradas com retenção *ótima*. A maior significância estatística se deu entre a diminuição da retenção em decorrência de anos de uso.

A satisfação com a prótese total é definida, segundo Baat et al. (1997), pelo número de fatores adequados presentes, tais como retenção, estabilidade, dimensão vertical, oclusão e estética. Em sua pesquisa com 397 pacientes, 194 homens e 199 mulheres variando de 35 a 74 anos, 44% estavam *insatisfeitos* com a retenção das próteses totais bimaxilares. Em outra pesquisa, Bergman e Carlsson (1985), em 32 pacientes que receberam próteses bimaxilares ou unimaxilares com 21 anos de instalação, 70% dos pacientes estavam *satisfeitos* com a adaptação e a retenção e apenas 6% as consideravam menos do que *boas*. Em contrapartida, os avaliadores verificaram que 63% destes pacientes necessitavam de novas próteses. Lechner, Champion e Tong (1995), numa investigação sobre o descontentamento dos pacientes com as próteses totais novas em um universo de 114 objetos de

estudo, tendo como parâmetros a retenção, a dor e a estética, encontraram como problemas mais comuns a dor e a falta de retenção devida à discrepância oclusal e excessiva DVO. Para Ruffino (1983), as causas mais comuns da retenção insuficiente das próteses totais são os inadequados selados periféricos e o desequilíbrio oclusal.

Do universo de 100 pacientes, sendo 63 homens e 37 mulheres com idade média de 68,7 anos, Brunello e Mandikos (1998), em sua pesquisa, verificaram que, em um período de 11 anos, 59% das próteses totais apresentava pouca retenção, embora não significativa em relação ao paciente e sua idade, sexo e estado geral de saúde. Kalk, Baat e Kaandorp (1991), em estudo comparativo das opiniões dos avaliadores e 139 pacientes usuários de próteses totais há 5 anos quando indagados sobre o grau de retenção das próteses bimaxilares, observaram uma uniformidade nas opiniões.

Dentre as variáveis que propiciam uma ótima retenção nas próteses totais, a técnica de moldagem é primordial. Gomes (2001), em uma proposta alternativa de moldagem de tecido flácido na região anterior da maxila, observou que, quando esta região sofre menor pressão, o molde apresenta melhor desempenho no teste de retenção pósterio-anterior.

As fovéolas palatinas, facilmente visualizadas, servem de referência, segundo Keng e Ow (1983), como guia para localização da borda posterior das próteses totais, pois estas ficam próximas à linha de vibração. Silverman (1971) considera o limite do selado posterior contido em uma variação de 4 a 12mm da linha de vibração entre os palatos duro e mole. Calomeni, Feldmann e Kuebker (1983) consideraram a linha de vibração próxima às fovéolas palatinas. Para Epstein e Epstein (1995), as fovéolas palatinas servem para a delimitação do selado

posterior, embora nem sempre estejam localizadas posteriormente à linha de vibração do palato mole. McCord e Grant (2000b) preferem definir o selado posterior no modelo de trabalho, já que este possui uma maior quantidade de detalhes do que o modelo de estudo.

Em sua pesquisa, Keng e Ow (1983) verificaram que dentre os 168 pacientes desdentados, 160 apresentavam as fovéolas palatinas, sendo 8 com ausência total (4,8%); 25 pacientes com uma (14,9%); 115 pacientes com duas (68,5%); 11 pacientes com três (6,5%); 7 pacientes com quatro (6,5%) e 2 pacientes com cinco (1,2%). Todos os pacientes estudados mostraram que a linha de vibração estava anterior às fovéolas, sendo 33 (20,6%) de 0 a 1mm anterior; 24 (15%) de 1 a 2mm; 35 (21,9%) de 2 a 3mm; 34 (21,3%) de 3 a 4mm; 22 (13,8%) de 4 a 5mm; 7 (4,4%) de 5 a 6mm e 2 (1,8%) com mais de 7mm. Da análise dos resultados, extraíram que, na maioria dos casos (78,8%), a linha de vibração localizava-se de 0 (zero) a 4mm anteriormente às fovéolas, com média de 2,62mm. Narvekar e Appelbaum (1989), em uma investigação com ultrassom da posição anatômica do selado posterior, verificaram que a distância média da linha de vibração entre os palatos duro e mole às fovéolas foi de 2,9 mm.

Para Dawood, Meleka e El-basty (1984), a retenção das próteses totais é superior quando o selado posterior é definido no ato clínico de moldagem, em detrimento de quando é produzido nos modelos mestres. Avant (1973a) comparou 4 tipos e localizações do selado posterior em modelos de gesso, tendo como conclusão que o selado posterior é necessário para obter uma ótima retenção e que, alterando o tipo, a retenção é afetada. O melhor resultado de retenção foi observado com uma canaleta de profundidade 1,5mm esculpida no modelo de gesso na linha de vibração. Jozefowicz (1986) estudou 20 pacientes com e sem o selado posterior

estabelecido, chegando à conclusão de que as próteses totais sem selado apresentavam a retenção *sofrível* em relação às aquelas que tinham o selado definido. Quanto à estabilidade da prótese total inferior, Jooste e Thomas (1992) afirmam que esta está associada à extensão basal na fossa retromilohióidea.

Quando se trata de moldagem funcional em prótese total, deve-se ter a consciência da existência da deflexão da mandíbula quando a boca está aberta em sua plenitude. Chen et al. (2000), em trabalho sobre fatores que contribuem para a deformação da mandíbula durante a abertura de boca, verificaram uma alteração defletora da mandíbula da ordem de 20 a 437 micrômetros à altura dos molares, quando se procedia à abertura máxima da boca. Quanto maior a mandíbula, maior será esta deformação. Foi observado ainda que as mulheres apresentaram maior alteração, embora estatisticamente insignificante.

Cunha, Santos e Muench (1991), em investigação da variação de espessura e profundidade do selado periférico de próteses totais em função dos materiais de moldagem anelásticos, utilizaram godiva tipo I e pasta zincoeugenólica para obter as moldagens funcionais que foram posteriormente cortadas nas seguintes regiões :

- freio labial;
- entre os freios labial e lateral;
- freio lateral;
- entre freio lateral e a região de ligamento pterigomandibular.

Estas regiões foram estudadas em suas profundidades totais e os resultados mostraram que os selados peri-basais tornaram-se mais espessos com o emprego da godiva do que com a pasta zincoeugenólica. No entanto, à profundidade de 3mm, as espessuras tenderam a uma maior uniformidade, concluindo-se portanto que as profundidades totais não foram influenciadas pelos materiais de moldagens. Pellizer

(1965), estudando a influência da espessura das bordas das próteses totais superiores, chegou às seguintes conclusões: as bordas influenciaram a retenção, que decresceu com a diminuição da espessura das mesmas; a ação das bochechas sobre as bordas aumentou a retenção em lateralidade e no sentido ântero-posterior; o travamento posterior teve seu valor diminuído nas primeiras 72 horas e foi recuperado, em parte, no período de 28 dias.

Em um estudo comparativo de três materiais utilizados para a moldagem funcional, pasta de óxido de zinco e eugenol, silicona de condensação de baixa viscosidade e alto escoamento e polissulfeto, Muglia e Abrão (1996) verificaram que o armazenamento destes por até 14 horas após o ato clínico de moldagem não implicou em alteração dimensional dos materiais e, portanto, quando bem aplicados, pouco influenciarão na perda da retenção.

Para Müller et al. (1995), uma boa retenção facilita o processo de adaptação do paciente à prótese total. A saliva produzida pelas glândulas menores da cavidade oral, em especial as palatinas, contém mucina, favorecendo a retenção da prótese total superior, enquanto a inferior mantém-se no seu sítio por sua massa e ação dos músculos faciais. No entanto, não há correlação entre a razão do fluxo salivar e a retenção das próteses totais maxilar e mandibular, assim como não foi encontrada qualquer relação com a idade e o sexo dos pacientes estudados. (NIEDERMEIER; KRÄMER, 1992).

Garrett et al. (1996a) realizaram uma pesquisa em 21 pacientes tratados com reembasamento das próteses antigas ou confecção de novas próteses, a fim de prover melhores retenção e estabilidade e otimizar a oclusão e o suporte facial. Os pesquisados foram avaliados, antes e depois de receber a intervenção clínica, com vistas à dimensão vertical, oclusão, retenção e estabilidade. Os achados mostraram

que o índice de satisfação foi de 55% dos pacientes. Em outra investigação, Garrett, Kapur e Perez (1996a), utilizando a eletromiografia, verificaram que os usuários de próteses totais com insuficiente assentamento, depois de modificadas para prover melhor oclusão, dimensão vertical, retenção e estabilidade, puderam usá-las sem grande esforço muscular.

Na prótese total é desejável, segundo Heartwell Jr. (1972), que ocorra a oclusão em máxima intercuspidação, pois, nesta posição, os músculos elevadores da mandíbula estão em contração fisiológica. Na definição de Planas (1997), a posição postural crânio-mandibular, também chamada posição de repouso ou relação cêntrica, quando condicionada pelo equilíbrio entre os músculos elevadores e depressores da mandíbula, cujos tônus estão no engrama muscular neuralmente informado pelos receptores periodontais, é obtida fechando-se a boca lenta e relaxadamente. A mandíbula irá para a posição de oclusão cêntrica que, por sua vez, pode coincidir com a máxima intercuspidação (MIC) e, neste caso, a oclusão cêntrica será a oclusão funcional.

Para Buxbaum et al. (1982), a MIC refere-se à relação maxilo-mandibular na qual ocorre o maior número de contatos entre os dentes superiores e inferiores, sendo também conhecida como oclusão habitual ou oclusão funcional. No entanto, a MIC, para Wood (1988), é a posição estática mais ocluída da mandíbula, determinada pela completa intercuspidação e total interdigitação aos dentes opostos.

Tamaki, Gomes e Tamaki (1991), em uma revisão da literatura sobre os números de contatos em oclusão e articulação em próteses totais, encontraram valores numéricos dos contatos em oclusão discrepantes entre si, variando de 24 a 32 pontos.

A influência da posição e do contorno dos dentes na estabilidade da prótese total é igual ou maior à de outros fatores. Os dentes, quando montados de acordo com a ação muscular na dita zona neutra, não interferem na função normal dos músculos e fazem com que as forças produzidas por esta musculatura sobre a prótese sejam mais favoráveis à retenção e à estabilidade (BERESIN; SHIESSER, 1976).

Para Kawano et al. (1996), a montagem dos dentes, especificamente dos posteriores, sobre a crista do rebordo, faz com que a pressão no rebordo alveolar seja menor, gerando aumento da estabilidade e da retenção da prótese total. Segundo Schwartz, Kudyba e Kleinman (1984), o plano oclusal guarda relação com a retenção das próteses totais. Takayma et al. (2001) relatam que o deslocamento e a perda da retenção na prótese total são provocados pela distribuição de estresses sobre a mucosa da área basal desencadeados pelos contatos prematuros. Conseqüentemente, o ajuste oclusal inicial contribui para a retenção nas próteses totais.

Para Miller, Monteith e Heath (1998), a retenção pela lingual da prótese total mandibular é favorecida quando o contorno desta está em contato com os tecidos moles da linha milo-hióidea. Quanto à extensão do selado lingual, segundo von Krammer (1982), esta aumenta a retenção e a estabilidade da prótese total da mandíbula, principalmente na região milo-hióidea.

A retenção e a estabilidade da prótese total da mandíbula é mais difícil de ser obtida do que a da maxila, segundo Heartwell Jr. (1972), devido à mandíbula ser móvel, ter proximidade com a língua e membranas móveis.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar a retenção das próteses totais bimaxilares em função das características da área basal: forma, tamanho, altura, tipo e consistência da fibromucosa de revestimento do rebordo alveolar e do grau de satisfação dos pacientes perante as mesmas.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Material

Para a confecção das próteses totais bimaxilares, os instrumentos e aparelhos utilizados foram aqueles preconizados pela Disciplina de Prótese Total do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

4.1.1 Para os exames clínicos extra e intra-oral foram utilizados

- máscaras descartáveis
- gorros descartáveis
- espelho bucal
- afastadores de língua (espátulas de madeira descartáveis)

4.1.2 Moldagem anatômica

- moldeiras de estoque tipo TT

- godiva de alta fusão Godibar® (Lysanda Produtos Odontológicos Ltda, Brasil)
- godiva de baixa fusão em bastão tipo I (Kerr Corporation, Estados Unidos)
- plastificador de godiva
- compressas de gaze
- lamparina a álcool
- lâmpada de Hanau
- álcool 96° GL
- isqueiro
- espátula 7
- espátula 31
- espátula LeCron

4.1.3 Obtenção dos modelos anatômicos

- gesso comum (tipo II)
- gral de borracha
- espátula para gesso
- vibrador de bancada.

4.1.4 Confeção das moldeiras individuais

- modelos anatômicos superior e inferior
- recortador de gesso
- lápis cópia 1800 (Faber Castell, Brasil)
- faca para gesso
- cera rosa 7 em lâminas (Wilson, Brasil)
- isolante para resina acrílica Cel-lac® (SSWhite, Brasil)
- pincel no. 12
- pote para saturação de resina acrílica
- pote Dappen
- resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ) incolor pó e líquido Jet®

(Artigos Odontológicos Clássico, Brasil)

- motor de baixa rotação para peça de mão
- pedras montadas para peça de mão
- mandril fendado para peça de mão
- tira de lixa para madeira no. 150

4.1.5 Moldagem funcional

- moldeiras individuais superior e inferior
- lápis comum

- placa de vidro grossa
- espátula no. 36
- pasta zincoeugenólica (Lysanda Produtos Odontológicos Ltda, Brasil)
- godiva de baixa fusão em bastão tipo I (Kerr Corporation, Estados Unidos)
- cera de baixa temperatura de fusão tipo "Excelsior"
- pincel no. 8

4.1.6 Obtenção dos modelos funcionais

- gesso pedra especial (tipo IV)
- gesso pedra (tipo III)

4.1.7 Confeção das bases de prova

- modelos funcionais superior e inferior
- resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ) incolor pó e líquido Jet® (Artigos Odontológicos Clássico, Brasil)
- espátula 7
- espátula Lecron

- espátula 31
- isolante para resina acrílica Cel-lac® (SSWhite, Brasil)
- pincel No. 18 (Tigre, Brasil)
- pote para saturação da resina
- pote dappen
- modelos de gesso delineados

4.1.8 Confeção dos planos de cera

- bases de prova superior e inferior
- compasso de Willis
- vaselina sólida
- canivete de lâmina reta
- cera rosa 7 em lâminas (Wilson, Brasil)
- lamparina a álcool
- espátula 36

4.1.9 Abertura de canaleta e colocação de pó abrasivo

- planos de cera superior e inferior
- abridor de canaleta

- pó abrasivo (80% de gesso comum e 20% de pó de “carburundum” não ferroso)
- espátula para gesso
- gral de borracha
- lamparina a álcool

4.1.10 Desgaste de Paterson e transferência dos modelos para o articulador

- régua milimetrada flexível
- cera azul (Kerr Corporation, Estados Unidos)
- articulador semi-ajustável e seus componentes
- grampos para fixação

4.1.11 Duplicação das bases de prova e planos de cera

- articulador com modelos montados e planos de orientação

4.1.12 Seleção e montagem dos dentes artificiais

- escala de cor
- espátula 7
- espátula 31
- espátula Lecron
- lamparina a álcool
- lâmpada de Hanau
- cera rosa 7 em lâminas (Wilson, Brasil)

4.1.13 Polimerização

- polimerizadora automática para 30 muflas

4.1.14 Acabamento e polimento

- motor de bancada
- escovas (discos de cerdas grossas e finas)
- abrasivos (pedra pomes e branco espanha)
- pedra montadas tipo Arkansas
- fresas multilaminadas
- mandril fendadotiras de lixas 150 para madeira.

4.2 Método

O levantamento dos dados foi realizado através de ficha clínica (Apêndice A) elaborada com diversas alternativas e preenchidas por três avaliadores previamente aferidos e calibrados, visando avaliar a retenção de próteses totais bimaxilares confeccionadas pelos alunos de graduação na Clínica da Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Os procedimentos foram de natureza observatória e de exames não invasivos e efetuados em 3 tempos, sendo o primeiro no início do semestre letivo, o segundo ao final deste, quando da instalação das próteses totais nos pacientes, e o terceiro no período de preservação de até 2 meses, para avaliar a satisfação dos pacientes com a retenção das próteses totais novas. Tendo em vista a legislação vigente, o Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo aprovou o protocolo de pesquisa com o parecer número 57/02 protocolo 44/02 (Anexo A).

Para a seleção dos pacientes, foram utilizados os seguintes critérios: pacientes cooperativos; estados de saúde geral e local adequados e sítio de adaptação das próteses totais sem qualquer lesão. Os pacientes de ambos os sexos inscritos no tratamento receberam informações preliminares sobre o trabalho aquiescendo com suas assinaturas o termo de consentimento (Anexo B).

As alternativas propostas na ficha (Apêndice A) totalizaram 14 itens que, a fim de possibilitar a avaliação, foram transformados em escores em ordem crescente, como a seguir:

1. moldagem preliminar: 1, 2, 3, 4;
2. moldagem funcional: 1, 2, 3, 4;
3. avaliação visual da área basal: 1, 2, 3,4
4. avaliação da retenção vertical anterior: 1, 2, 3, 4;
5. avaliação da retenção lateral D (direita): 1, 2, 3, 4;
6. avaliação da retenção lateral E (esquerda): 1, 2, 3, 4;
7. avaliação da retenção póstero-anterior: 1, 2, 3, 4;
8. avaliação da retentividade milo-hióidea: 1, 2, 3, 4;
9. posição das fovéolas em relação à linha do limite posterior das próteses: 1, 2, 3,4;
10. forma do rebordo: 1,2,3;
11. tamanho do rebordo: 1,2,3;
12. altura do rebordo: 1,2,3;
13. tipo do rebordo: 1,2,3,4;
14. consistência da fibromucosa de revestimento: 1,2,3,4.

Para a mensuração da dimensão vertical de oclusão (DVO), tanto na prótese antiga como na nova, o procedimento empregado foi aquele preconizado por Pleasure (1951), ou seja, paciente com as próteses totais bimaxilares em seu sítio, tatuam-se referências na ponta do nariz e no mento com caneta Nankin número 5 de tinta removível (Figura 4.1), e, com compasso de pontas secas, transfere-se a distância entre os dois pontos para a régua milimetrada em aço, obtendo a medida desejada (Figura 4.2).

A diferença de DVO entre as próteses antigas e as novas é dada pela subtração dos valores obtidos para cada uma delas.

Figura 4.1 - Mensuração da DVO com compasso de pontas secas

Figura 4.2 - Compasso de pontas secas, régua milimetrada e caneta Nankin número 5

Na grade moldagem anatômica, constaram as seguintes alternativas:

1 [ ] alginato;

2 [ ] godiva em placa;

3 [ ] silicone por condensação pesada;

4 [ ] outros.

Para a moldagem funcional :

1 [ ] godiva em bastão;

2 [ ] pasta zincoeugenólica;

3 [ ] silicone por condensação leve;

4 [ ] godiva + pasta.

Nestas duas grades não houve objetivo pertinente à pesquisa em questão, sendo relacionados apenas para registro.

Para a avaliação visual da área basal (Figuras 4.3 e 4.4) :

1. SOFRÍVEL: quando o rebordo alveolar apresentar estrutura de suporte basal insuficiente para a retenção;

2. REGULAR: quando apresentar estrutura de suporte basal mediana e ainda capaz de reter;

3. BOA: quando apresentar estrutura de suporte basal relativa e propiciar uma boa retenção;

4. ÓTIMO: quando apresentar suficiente estrutura de suporte basal e oferecer uma ótima retenção.

Figura 4.3 - Visualização da área basal da maxila

Figura 4.4 - Visualização da área basal da mandíbula

Para a avaliação das retenções vertical anterior, direita , esquerda e pósterio-anterior, quando submetidas ao teste de retenção, as alternativas foram:

1. INSUFICIENTE : sem retenção alguma.
2. REGULAR : quando forças contrárias ao deslocamento movem ligeiramente a prótese total, causando perda da retenção.
3. BOA : quando forças contrárias ao deslocamento movem ligeiramente a prótese total, mas sem perda total da retenção.
4. ÓTIMA : quando forças contrárias ao deslocamento não movem a prótese total e a retenção desta é mantida.

A posição das fovéolas palatinas em relação à linha do limite posterior das próteses antigas foi avaliada através da pigmentação das concavidades deste acidente anatômico com lápis cópia (Figuras 4.5 e 4.6). Assentadas as próteses, a pigmentação visível pela transparência da base incolor da prótese ou a transferência dos pigmentos à base possibilitaram a mensuração com régua milimetrada da distância entre a borda destas e as fovéolas. Este procedimento permitiu a classificação abaixo:

1. posterior à linha;
2. no limite da linha.
3. pouco anterior (até 2mm) ;
4. muito anterior (+ de 2mm) ;

Figura 4.5 - Visualização das fovéolas palatinas pigmentadas

Figura 4.6 - Visualização das fovéolas palatinas pigmentadas por transparência do palato em resina incolor da prótese total maxilar

Os testes para avaliação da retenção foram aqueles preconizados pela Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (TAMAKI 1983b).

A avaliação da retenção vertical anterior (Figuras 4.7 e 4.8) foi feita com a boca do paciente ligeiramente aberta, o avaliador segurando com os dedos indicador e polegar os dentes incisivos centrais da prótese total assentada e realizando uma leve tração para baixo, considerando a maxila, ou para cima, se a mandíbula. Não havendo o deslocamento, entendeu-se que havia um perfeito vedamento periférico na região compreendida de canino a canino.

Figura 4.7 - Teste da retenção vertical anterior da maxila

Figura 4.8 - Teste da retenção vertical anterior da mandíbula

Para os testes das retenções laterais direita e esquerda (Figuras 4.9 e 4.10, 4.11 e 4.12), o avaliador verificou se o lado oposto ao que recebeu a tração apresentava-se com selamento satisfatório. Para esta avaliação, estando o paciente com a boca ligeiramente aberta e a mandíbula em repouso, o avaliador, com o dedo indicador na altura dos pré-molares de um lado, induziu uma força de tração para o lado vestibular. Havendo quebra do vedamento do lado oposto, entendeu-se que o vedamento da região do selado peri-basal de canino à tuberosidade não estava adequado.

Figura 4.9 - Teste da retenção lateral direita da maxila

Figura 4.10 - Teste da retenção lateral esquerda da maxila

Figura 4.11 - Teste da retenção lateral direita da mandíbula

Figura 4.12 - Teste da retenção lateral esquerda da mandíbula

Para o teste de avaliação da retenção pósterio-anterior (Figuras 4.13 e 4.14), o grau de retenção é aquele obtido na região do selado posterior. O teste foi executado com a prótese total assentada em seu sítio e com a boca ligeiramente aberta e a mandíbula em posição de repouso. Tracionou-se a prótese com o dedo indicador na altura dos dentes incisivos, pela parte palatina na maxila e lingual na mandíbula, no sentido pósterio-anterior.

Figura 4.13 - Teste da retenção pósterio-anterior da prótese total da maxila

Figura 4.14 - Teste da retenção pósterio-anterior da prótese total da mandíbula

Para a retentividade milo-hióidea, as alternativas foram:

1. INSUFICIENTE: Inexistência da linha milo-hióidea devido à reabsorção óssea
2. REGULAR: Existência da linha milo-hióidea no nível do assoalho da boca
3. BOA: Existência da linha milo-hióidea com altura mediana em relação ao assoalho da boca
4. ÓTIMA: Existência da linha milo-hióidea com altura elevada em relação ao assoalho da boca.

Para a contagem dos pontos de contatos em MIC, fez-se uso de pinças Muller e papel carbono fino dupla face, pois este evidencia as áreas de contato com maior fidelidade segundo Furuyama, Tamaki e Nakamae (2001). O papel utilizado foi o Arti-Fol® Articulating Film 8 Micra BK 1023 da Bausch Articulating Papers, Alemanha (Figura 4.15).

Figura 4.15 - Papel carbono dupla face apreendido pelas pinças Muller

O grau de satisfação do paciente com a retenção da prótese nova foi obtido através de uma escala linear de zero a cem (0 – 100), com intervalo de um quarto (exemplo abaixo), transformada em escores, no qual o próprio paciente colocou um X:

ESCALA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM A RETENÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS NOVAS:

1º DIA	0[.....1..... .....2..... .....3..... .....4.....]100
1º SEMANA	0[.....1..... .....2..... .....3..... .....4.....]100
1º MÊS	0[.....1..... .....2..... .....3..... .....4.....]100
2º MÊS	0[.....1..... .....2..... .....3..... .....4.....]100

1 - 0 a 25 - Insatisfeito

2 - 26 a 50 - Pouco satisfeito

3 - 51 a 75 - Satisfeito

4 - 76 a 100 - Muito satisfeito

4.2.1 Exame clínico

Os exames clínicos extra e intrabucal, as tomadas radiográficas e os modelos foram realizados de acordo com as técnicas preconizadas pela Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Após explicitados os objetivos da pesquisa ao paciente, foi lido o termo de consentimento (anexo B) e assinado por este, procedendo às avaliações do estado atual da prótese total antiga. Após as devidas observações pelo três avaliadores, os

atos clínicos de moldagem foram realizados para a confecção das novas próteses totais.

4.2.2 Moldagem anatômica

A posição do paciente em relação ao profissional foi aquela utilizada pela Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Seleccionadas as moldeiras e, plastificando-se e homogeneizando-se a godiva de alta temperatura de fusão, procedeu-se às moldagens da maxila e da mandíbula.

4.2.3 Confecção dos modelos anatômicos e das moldeiras individuais

Os moldes foram vazados em gesso comum e, após a presa final, removeram-se os modelos. Recortadas as bordas dos modelos de forma padrão, foram delimitados os limites da área basal e, com cera rosa no. 7 fundida, aliviaram-se as porções retentivas. Foram então confeccionadas as moldeiras individuais superior e inferior, sobre os modelos, com RAAQ incolor.

4.2.4 Moldagem funcional

Procedeu-se ao ajuste das moldeiras individuais, com estas assentadas na boca do paciente e, quando necessário, foram desgastados os locais onde havia interferência dos tecidos moles da área basal. As técnicas de moldagem e os materiais foram selecionados conforme a altura dos rebordos alveolares, características da fibromucosa de revestimento e tonicidade da musculatura do paciente.

4.2.5 Confeção dos modelos funcionais, bases de prova e planos de cera, desgaste de Paterson e montagem dos modelos no articulador.

Os modelos funcionais foram obtidos pelo vazamento do molde com uma primeira camada de gesso pedra especial tipo IV e outra para formar a base do modelo, com gesso pedra tipo III. As bases de prova foram confeccionadas sobre estes modelos em RAAQ incolor.

Para a confecção dos planos de cera, utilizou-se compasso de Willis para determinar a DVR e, subtraindo-se o EFL, obteve-se a DVO.

Em um primeiro ato, confeccionou-se o plano de cera superior, com aproximadamente 2mm, abaixo do tubérculo do lábio na região anterior e, nas laterais, à altura das comissuras labiais e com uma curvatura ascendente no sentido ântero-posterior.

O plano inferior foi confeccionado diretamente na boca do paciente, através da oclusão de uma lâmina e meia de cera no. 7 bem plastificada, de encontro ao plano superior isolado com vaselina sólida, até atingir a DVO aferida com o compasso de Willis. Terminados os planos, verificou-se se estes estavam adequados, através dos testes fonético e estético.

Para a obtenção da curva de compensação, foi aberta uma canaleta na superfície oclusal dos dois planos e estas foram preenchidas com pó abrasivo espatulado com água até conseguir-se um excesso aproximadamente 2mm de altura em ambos os planos. Após a presa, os planos foram adaptados à área basal do paciente que foi orientado a realizar repetidos movimentos da mandíbula para ambos os lados, para frente e para trás, até o restabelecimento da DVO. Desta forma, obteve-se a conformação individualizada da curva de compensação. Com a espátula LeCron, na face vestibular do plano de cera, foram traçadas as linhas de referência para a seleção dos dentes artificiais.

A montagem dos modelos no articulador semi-ajustável modelo GNATUS 8300 e o ajuste do mesmo seguiram as instruções dadas pela disciplina de Prótese Total do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

4.2.6 Seleção e montagem dos dentes e polimerização

Para a seleção da cor dos dentes foi utilizada uma escala de cores fornecida pelo fabricante dos mesmos e foram levados em consideração a cor, a raça, a idade e a opinião dos pacientes. Já o tamanho e a forma destes foram determinados de

acordo com as linhas de referências marcadas no plano de cera superior ,a forma do rosto e o biótipo.

Na montagem dos dentes, foram levados em consideração a disposição, o alinhamento, a oclusão, a articulação e a posição dos dentes no arco. Ao final, as próteses foram enceradas e esculpidas para a prova em boca. Aprovada a montagem, procedeu-se à polimerização das próteses, utilizando o ciclo lento (75°C por 12 horas e 1 hora a 100 °C). Ao final do ciclo, o resfriamento foi lento e, após 24 horas, foram demufladas as próteses totais.

O acabamento e o polimento das próteses totais foram realizados de acordo com as instruções da Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Durante a instalação das próteses, foi feito o ajuste em oclusão e em articulação. No dia e no momento da instalação, foi feita a avaliação destas pelos três avaliadores.

5 RESULTADOS

Da amostragem de 14 pacientes, 85,71% destes eram do sexo feminino e 14,29%, do masculino, 71,43% apresentavam faixa etária entre 60 e 80 anos, 21,43% com menos de 60 anos e 7,14% com mais de 80 anos. As considerações emitidas pelos avaliadores em forma de opiniões foram transformadas em escores e submetidas à análise de variância não paramétrica com o teste KRUSKAL-WALLIS, a fim de verificar as diferenças entre os avaliadores.

Na análise descritiva, pôde-se observar que mais de 50% dos pacientes apresentaram tempos de uso similares das próteses totais antigas maxilares e mandibulares, variando entre 10 e 20 anos.

Da avaliação visual da área basal, os avaliadores concordaram que a maioria (71,43%) dos pacientes tinha uma área basal *favorável* para o uso de próteses totais na maxila, o mesmo não ocorrendo para a mandíbula.

Gráfico 5.1 - Distribuição da avaliação da retenção vertical anterior – prótese total antiga

Nas observações da retenção vertical anterior das próteses totais antigas (Gráfico 5.1), os avaliadores não tiveram opiniões coincidentes. Para a maxila, em média, os avaliadores consideraram que a retenção vertical anterior na maioria dos pacientes foi *ótima*, enquanto esta foi *insuficiente* na mandíbula.

Gráfico 5.2 - Distribuição da avaliação da retenção lateral da maxila – prótese total antiga

Na avaliação das retenções laterais direita e esquerda da maxila (Gráfico 5.2), os avaliadores não tiveram um mesmo juízo para indicar a pontuação. Em geral, o lado direito foi considerado como *regular* e o lado esquerdo, *insuficiente*.

Gráfico 5.3 - Distribuição da avaliação da retenção lateral da mandíbula – prótese total antiga

Na mandíbula, os avaliadores apresentaram discrepâncias de opiniões na avaliação das retenções laterais direita e esquerda (Gráfico 5.3). Em termos gerais, estes consideraram que, tanto do lado direito quanto do esquerdo, estas foram *insuficientes*.

Gráfico 5.4 - Distribuição da avaliação da retenção pósterio-anterior – prótese total antiga

Na avaliação da retenção pósterio-anterior (Gráfico 5.4), os avaliadores, consideraram que a maioria dos pacientes tem uma retenção pósterio-anterior *insuficiente* tanto na maxila, quanto na mandíbula.

Gráfico 5.5 - Distribuição da posição das fovéolas em relação à linha do imite posterior - prótese total antiga

Na avaliação da posição das fovéolas palatinas em relação à linha do limite posterior (Gráfico 5.5) das próteses totais antigas, os avaliadores tiveram a mesma opinião quanto à localização destas e consideraram que, na maioria dos pacientes, ficaram situadas anteriormente à linha do limite posterior.

Gráfico 5.6 - Oclusão em MIC - prótese total antiga

Nas próteses totais antigas (Gráfico 5.6), a MIC, na maioria dos pacientes, apresentou um número de pontos de contatos igual a 4 no lado direito e 4 ou 6 no lado esquerdo.

Para todas as próteses totais novas, as moldagens anatômicas foram realizadas com godiva de alta fusão em placa, enquanto as moldagens funcionais tiveram como material de eleição, tanto para maxila quanto para a mandíbula, a pasta zincoeugenólica.

Gráfico 5.7 - Distribuição da avaliação da retenção vertical anterior - prótese total nova

Quanto à retenção vertical anterior (Gráfico 5.7), os avaliadores emitiram opiniões semelhantes tanto para a maxila, como para a mandíbula, considerando o item *ótimo*.

Gráfico 5.8 - Distribuição da avaliação da retenção lateral da maxila – prótese total nova

Na avaliação das retenções laterais direita e esquerda da maxila (Gráfico 5.8), os avaliadores concordaram com a maioria dos pacientes que as considerou *ótimas* nas próteses totais novas.

Gráfico 5.9 - Distribuição da avaliação da retenção lateral da mandíbula - prótese total nova

Na retenção lateral da mandíbula (Gráfico 5.9), os avaliadores observaram que, tanto para o lado direito, quanto para o esquerdo, a retenção foi considerada pela maioria dos pacientes *ótima* nas próteses novas.

Gráfico 5.10 - Distribuição da avaliação da retenção pósterio-anterior – prótese total nova

Na avaliação da retenção pósterio-anterior (Gráfico 5.10), os avaliadores tiveram opiniões semelhantes, considerando que a maior parte das próteses novas apresentaram retenção *ótima* na maxila e na mandíbula.

Gráfico 5.11 - Distribuição da avaliação de retentividade milo-hióidea - prótese total nova

Na distribuição da avaliação de retentividade milo-hióidea (Gráfico 5.11) das próteses novas, os avaliadores não tiveram a mesma opinião mas, a retentividade foi considerada *regular*.

Gráfico 5.12 - Oclusão em MIC-prótese total nova

A maioria dos pacientes apresentou MIC nas próteses totais novas (Gráfico 5.12) com 5 ou 8 pontos de contatos no lado direito e 8 no lado esquerdo.

Gráfico 5.13 - Distribuição da forma do rebordo - prótese total nova

Gráfico 5.14 - Distribuição do tamanho do rebordo - prótese total nova

Quanto à forma do rebordo (Gráfico 5.13), a maioria recebeu próteses novas sobre rebordos do tipo *ova/* e tamanho m(Gráfico 5.14) tanto na maxila, quanto na mandíbula.

Gráfico 5.15 - Distribuição da altura do rebordo - prótese total nova

Para a distribuição da altura do rebordo (Gráfico 5.15), a maioria dos pacientes apresentou a altura *normal* para a maxila e *reabsorvido* para mandíbula.

Gráfico 5.16 - Distribuição do tipo do rebordo - prótese total nova

Para a distribuição do tipo de rebordo (Gráfico 5.16), a maioria das próteses totais foram instaladas em rebordos *paralelos*, tanto na maxila, quanto na mandíbula.

Gráfico 5.17 - Distribuição da consistência da fibromucosa – prótese total nova

Para a distribuição da consistência da fibromucosa (Gráfico 5.17), os avaliadores distinguiram que a *resiliente* é a mais freqüente nos pacientes, tanto na maxila, quanto na mandíbula.

Na comparação entre próteses totais novas e antigas (Gráficos 5.18 e 5.19), com relação à retenção vertical anterior, observa-se que:

- Na maxila, as próteses totais novas têm maior número de pacientes com retenção vertical anterior *ótima* do que as próteses totais antigas.
- Na mandíbula, as próteses totais novas têm maior número de pacientes com retenção vertical anterior *ótima*, ao passo que as próteses totais antigas apresentaram maior número de pacientes com retenção vertical anterior *insuficiente*.
- Estatisticamente, os dois tipos de próteses totais (nova e antiga) têm comportamentos parecidos. O resultado do teste KRUSKAL-WALLIS para a maxila e mandíbula foram não significativos.

Gráfico 5.18 - Avaliação da retenção vertical anterior na maxila

Gráfico 5.19 - Avaliação da retenção vertical anterior na mandíbula

Maxila

valor-p = 0.1991 (não significativa)

Mandíbula

valor-p = 0.857 (não significativa)

Na avaliação da retenção lateral da maxila (Gráficos 5.20 e 5.21), ao ser feita a comparação entre próteses totais novas e antigas, pode-se notar que:

- Tanto para o lado direito como para o esquerdo das próteses totais novas, mais pacientes atribuíram o critério *ótima*;
- Estatisticamente, os dois tipos de próteses totais (novas e antigas) têm comportamentos parecidos. O resultado do teste KRUSKAL-WALLIS para a maxila, lados direito e esquerdo, foi não significativo.

Gráfico 5.20 - Avaliação da retenção lateral direito da maxila

Gráfico 5.21 - Avaliação da retenção lateral esquerdo da maxila

Lado direito

valor-p = 0.3697 (não significativa)

Lado esquerdo

valor-p = 0.4868 (não significativa)

Na avaliação das retenções laterais direita e esquerda das próteses mandibulares (Gráficos 5.22 e 5.23), ao comparar próteses totais novas e antigas, pode-se dizer que as novas têm mais pacientes com avaliação *ótima*, enquanto para as antigas, a avaliação mais observada foi a *insuficiente*.

O resultado do teste KRUSKAL-WALLIS permite concluir que, entre as próteses totais novas e as antigas, não existem grandes diferenças.

Gráfico 5.22 - Avaliação da retenção lateral direito da mandíbula

Gráfico 5.23 - Avaliação da retenção lateral esquerda da mandíbula

Lado direito

valor-p = 0.6751 (não significativa)

Lado esquerdo

valor-p = 0.8459 (não significativa)

Ao fazer a comparação entre as próteses totais novas e antigas na retenção pósterio-anterior (Gráfico 5. 24 e 5.25), pode-se notar que:

- Na maxila, foi encontrado que as próteses totais novas têm mais pacientes com uma avaliação *ótima*;
- Na mandíbula, a maioria dos pacientes considerou a retenção das próteses totais novas *ótima* e das antigas, *insuficiente*;
- Estatisticamente, os dois tipos de próteses totais (novas e antigas) têm comportamentos parecidos.

Gráfico 5.24 - Avaliação da retenção pósterio-anterior da maxila

Gráfico 5.25 - Avaliação da retenção pósterio-anterior da mandíbula

Maxila

valor-p= 0.5881 (não significativa)

Mandíbula

valor-p= 0.9067 (não significativa)

Para a MIC, ao fazer a comparação entre as próteses totais novas e as antigas, pode-se notar que:

- No lado direito (Gráfico 5.26), evidencia-se que as próteses totais antigas tiveram mais pacientes com 4 pontos de contatos e as novas, 5 ou 8 pontos de contatos.
- No lado esquerdo (Gráfico 5.27), observa-se que, nas próteses totais antigas, a maioria dos pacientes teve 4 ou 6 pontos de contatos e as novas, 8 pontos de contatos.
- As próteses totais novas e antigas apresentaram, em média, uma mesma quantidade de pontos de contatos, tanto do lado direito quanto do esquerdo.

Gráfico 5.26 - Oclusão do lado direito em MIC

Gráfico 5.27 - Oclusão do lado esquerdo em MIC

Foram feitos cruzamentos das avaliações das retenções na maxila (Apêndice B) e na mandíbula (Apêndice C) com a forma, o tamanho, a altura, o tipo e a consistência da fibromucosa, com a finalidade de verificar possíveis correlações.

Para a maxila, apresentaram dependência:

- Retenção vertical anterior vs tipo do rebordo
- Retenção vertical anterior vs consistência da fibromucosa
- Retenção lateral direita vs tipo do rebordo
- Retenção lateral direita vs consistência da fibromucosa
- Retenção lateral esquerda vs tipo do rebordo
- Retenção lateral esquerda vs consistência da fibromucosa
- Retenção pósterio-anterior vs consistência da fibromucosa

Para a mandíbula, apresentaram dependência:

- Retenção vertical anterior vs tamanho do rebordo
- Retenção lateral direita vs forma do rebordo
- Retenção lateral direita vs tamanho do rebordo
- Retenção lateral esquerda vs tamanho do rebordo
- Retentividade milo-hióidea vs forma do rebordo

Após a instalação das próteses novas e utilizando-se a escala de satisfação dos pacientes com a retenção, observou-se que, à medida que os dias passaram, o grau de satisfação dos pacientes aumentou. No primeiro dia, nenhum paciente estava *insatisfeito* e, ao final do segundo mês, o número de pacientes que afirmou que a prótese total nova estava *ótima* migrou para a avaliação *muito satisfeito*.

5.1 Escala de satisfação do paciente com a retenção das próteses totais novas na maxila (Apêndice D)

5.1.1 Avaliação visual da área basal

- Na escala de satisfação dos pacientes com as próteses totais maxilares novas, em relação à avaliação visual da área basal, no primeiro dia, todos os pacientes de escore *regular* estavam *pouco satisfeitos*, de escore *boa*, 70% *muito satisfeitos* e 30% *satisfeitos*, ao passo que os de escore *ótima*, 100% estavam *muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, dentre aqueles de escore *regular*, 66,67% estavam *satisfeitos* e 33,33%, *pouco satisfeitos*; de escore *boa*, 90% *muito satisfeitos* e 10% *satisfeitos* e de escore *ótima*, todos *muito satisfeitos*.

- No primeiro e segundo meses, dos pacientes de escore *regular*, 33,33% estavam *muito satisfeitos*, 33,33%, *satisfeitos* e 33,33%, *pouco satisfeitos*. Para os escores *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.

5.1.2 Avaliação da retenção vertical anterior

- Na avaliação da retenção vertical anterior das próteses superiores, no primeiro dia, daqueles pacientes que consideraram a retenção *regular*, todos estavam *pouco satisfeitos* e de *escore ótima*, 66,67% *muito satisfeitos* e 25% *satisfeitos*.
- Na primeira semana, para *regular*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e para *ótima*, 16,67% *satisfeitos* e 83,33% *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, para *regular*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e para *ótima*, 100% *muito satisfeitos*.

5.1.3 Avaliação da retenção lateral direita

- Na avaliação da retenção lateral direita das próteses superiores, no primeiro dia, dos pacientes com retenção *regular*, 75% estavam *pouco satisfeito*, dos com *boa*, 100% *satisfeitos* e dos com *ótima*, 89% *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, os com retenção *regular*, *satisfeitos* e os com *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, daqueles com *regular*, 50% *muito satisfeitos*, 25% *satisfeitos* e 25% *pouco satisfeitos* e com *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.

5.1.4 Avaliação da retenção lateral

- Na avaliação da retenção lateral esquerda das próteses superiores, no primeiro dia, dos pacientes com retenção *insuficiente* e *boa*, todos *pouco satisfeitos* e com *ótima*, 8,33% *pouco satisfeitos*, 25% *satisfeitos* e 66,67% *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, dos com *insuficiente*, todos *pouco satisfeitos*, com *boa*, *satisfeitos* e com *ótima*, 16,67% *satisfeitos* e 83,33% *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, com *insuficiente*, *pouco satisfeitos*, com *boa*, todos *satisfeitos* e com *ótima*, todos *muito satisfeitos*.

5.1.5 Avaliação da retenção pósterio-anterior

- Na avaliação da retenção pósterio-anterior das próteses superiores, no primeiro dia, dos pacientes com retenções *regular* e *boa*, todos *pouco satisfeitos* e com *ótima*, 27,27% *satisfeitos* e 72,73% *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, dos com *regular*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos*, com *boa*, todos *satisfeitos* e com *ótima*, 9,09% *satisfeitos* e 90,91% *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, os com *regular*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos*, com *boa*, todos *satisfeitos* e com *ótima*, 100% *muito satisfeitos*.

5.1.6 Avaliação da posição das fovéolas

Todos os pacientes apresentaram a posição das fovéolas em relação à linha do limite posterior com avaliação muito anterior (mais de 2 mm).

- No primeiro dia, 21,43% estavam *pouco satisfeitos*, 21,43% *satisfeitos* e 57,14% *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, 7,14% estavam *pouco satisfeitos*, 21,43% *satisfeitos* e 71,43% *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, 7,14% estavam *pouco satisfeitos*, 7,14% *satisfeitos* e 85,71% *muito satisfeitos*.

5.1.7 Oclusão em MIC lado direito

- Na avaliação da oclusão em MIC do lado direito das próteses superiores, no primeiro dia, todos com 2 ou 3 pontos de contato apresentaram-se *pouco satisfeitos*, com 5, todos *satisfeitos*, com 6 pontos, 50% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e com 7,8,10 e 12, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, todos com 2 pontos de contato, *pouco satisfeitos*, com 3, todos *satisfeitos*, com 5 pontos, 50% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e com 6, 7, 8, 10 e 12, todos *muito satisfeitos*.

- No primeiro e segundo meses, aqueles com 2 pontos de contato, todos *pouco satisfeitos*, com 3 pontos, 50% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e com 5,6,7,8,10 e 12, todos *muito satisfeitos*.

5.1.8 Oclusão em MIC lado esquerdo

- Na avaliação da oclusão em MIC do lado esquerdo das próteses superiores, no primeiro dia, os pacientes com 2 ou 4 pontos de contato apresentaram-se *pouco satisfeitos*, com 6, todos *satisfeitos*, com 7, 66,67% *satisfeitos* e 33,33% *muito satisfeitos* e com 8, 9, 10, e 12, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, todos com 2 pontos *pouco satisfeitos*, com 3 ou 4, *satisfeitos* e com 7, 8, 9, 10 e 12, todos *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, aqueles com 2 pontos de contato, todos *pouco satisfeitos*, com 4 pontos, 50% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e com 6, 7, 8, 9, 10 e 12, todos *muito satisfeitos*.

5.1.9 Forma do rebordo

- Na avaliação da forma do rebordo maxilar, no primeiro dia, para *triangular* e *quadrada*, todos *pouco satisfeitos*, para *oval*, 27,27% *satisfeitos* e 72,73% *muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, *triangular* com 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos*, *quadrada*, todos *satisfeitos* e *oval*, 9,09% *satisfeitos* e 90,91% *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, *triangular* com 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e *quadrada* e *oval*, todos *muito satisfeitos*.

5.1.10 Tamanho do rebordo

- Na avaliação do tamanho do rebordo maxilar, no primeiro dia, para rebordo *grande*, todos *pouco satisfeitos*, *médio* com 27,27% *satisfeitos* e 63,64% *muito satisfeitos* e *pequeno*, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, dos com tamanho *grande*, 50% estavam *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos*, com *médio*, 18,18% *satisfeitos* e 81,82% *muito satisfeitos* e *pequeno*, todos *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, dos com tamanho *grande*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e com *médio* e *pequeno*, todos *muito satisfeitos*.

5.1.11 Altura do rebordo

- Na avaliação da altura do rebordo maxilar, no primeiro dia, todos aqueles com rebordo *alto* estavam *pouco satisfeitos*, com normal, 16,67% *pouco satisfeitos*, 25% *satisfeitos* e 58,33% *muito satisfeitos* e com *reabsorvido*, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, com *alto*, *pouco satisfeitos*, com normal, 25% *satisfeitos* e 75% *muito satisfeitos* e com *reabsorvido*, todos *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, com *alto*, *pouco satisfeitos*, com normal, 8,33% *satisfeitos* e 91,67% *muito satisfeitos* e com *reabsorvido*, todos *muito satisfeitos*.

5.1.12 Tipo do rebordo

- Na avaliação do tipo de rebordo maxilar, no primeiro dia, dos pacientes com rebordo *estrangulado*, 75% estavam *pouco satisfeitos* e 25% *satisfeitos* e com *paralelo*, 20% *satisfeitos* e 80% *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, com *estrangulado* mantiveram o mesmo grau de satisfação do primeiro dia, enquanto com *paralelo*, 100% estavam *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, com rebordo *estrangulado*, 25% *pouco satisfeitos*, 25% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos*, enquanto com *paralelo*, todos *muito satisfeitos*.

5.1.13 Consistência da fibromucosa

- Na avaliação da consistência da fibromucosa de revestimento do rebordo maxilar, no primeiro dia, os com consistência rígida apresentaram-se todos *pouco satisfeitos*, com *resiliente*, 18,18% *pouco satisfeitos*, 27,27% *satisfeitos* e 54,55% *muito satisfeitos* e com *flácida* ou *mista*, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, com rígida, *flácida* e *mista*, todos mantiveram o grau de satisfação obtido no primeiro dia, enquanto com *resiliente*, 27,27% estavam *satisfeitos* e os outros 72,73%, *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, com rígida, *flácida* e *mista*, os pacientes mantiveram o grau de satisfação da primeira semana e com *resiliente*, 9,09% *satisfeitos* e 90,91% *muito satisfeitos*.

5.2 Escala de satisfação do paciente com a retenção das próteses totais novas na mandíbula (Apêndice E)

5.2.1 Avaliação visual da área basal

- No caso das próteses novas mandibulares, no primeiro dia, dos pacientes com aspecto *sofrível*, 42,86% estavam *pouco satisfeitos*, 42,86%

satisfeitos e 14,29% *muito satisfeitos* e os com aspectos *regular, boa e ótima, muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, dos com aspecto *sofrível*, 14,29% estavam *pouco satisfeitos*, 42,86% *satisfeitos* e 42,86% *muito satisfeitos*. Já aqueles com aspectos *regular, boa e ótima* mostraram o mesmo grau de satisfação do primeiro dia.

- No primeiro e segundo meses, com *sofrível*, 14,29% *pouco satisfeitos*, 14,29% *satisfeitos* e 71,43% *muito satisfeitos* e com *regular, boa e ótima*, todos com mesmo grau de satisfação do primeiro dia.

5.2.2 Avaliação da retenção vertical anterior

- No caso das próteses mandibulares novas, no primeiro dia, para retenção *insuficiente*, todos estavam *insatisfeitos*, para *regular*, todos *satisfeitos* e para *boa e ótima*, todos *muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, para retenção *insuficiente*, todos estavam *pouco satisfeitos*, para *regular*, *satisfeitos* e para *boa e ótima*, *muito satisfeitos*.

- No primeiro e segundo meses, dos pacientes com retenção *insuficiente*, 33,33% estava *pouco satisfeitos*, 33,33% *satisfeitos* e 33,33% *muito satisfeitos* e com *regular, boa e ótima*, todos *muito satisfeitos*.

5.2.3 Avaliação da retenção lateral direita

- No caso das próteses mandibulares novas, no primeiro dia, para pacientes com retenção *insuficiente*, 75% mostraram-se *pouco satisfeitos* e 25% *satisfeitos*, com *regular*, 66,67% *satisfeitos* e 33,33% *muito satisfeitos* e com *boa* e *ótima*, todos estavam *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, com *insuficiente*, 25% *pouco satisfeitos* e 75% *satisfeitos* e com *regular*, *boa* e *ótima*, *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, com *insuficiente*, 25% *pouco satisfeitos*, 25% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e com *regular*, *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.

5.2.4 Avaliação da retenção lateral esquerda

- No caso das próteses mandibulares, no primeiro dia, para *insuficiente*, todos *pouco satisfeitos*, para *boa*, 33,33% *satisfeitos* e 66,67% *muito satisfeitos* e para *ótima*, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, para *insuficiente*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos*, para *regular*, todos *satisfeitos* e para *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, para *regular*, *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.

5.2.5 Avaliação da retenção pósterio-anterior

- No caso das próteses mandibulares, no primeiro dia, dos pacientes com retenção *insuficiente*, todos estavam *pouco satisfeitos*, com *regular*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e com *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, com *insuficiente*, 50% estavam *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos*, com *regular*, 50% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e com *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, com *insuficiente*, 50% estavam *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e com *regular*, *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.

5.2.6 Avaliação da retentividade milo-hióidea

- Na avaliação da retentividade milo-hióidea, no primeiro dia, dos pacientes com avaliação *insuficiente*, todos estavam *pouco satisfeitos*, com *regular*, 16,67% *pouco satisfeitos*, 50% *satisfeitos* e 33,33% *muito satisfeitos* e com *boa* e *ótima*, todos *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, com *insuficiente*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos*, com *regular*, 33,33% *satisfeitos* e 66,67% *muito satisfeitos* e com *boa* e *ótima*, foi verificado o mesmo grau de satisfação do primeiro dia.

- No primeiro e segundo meses, pacientes com avaliação *insuficiente* mostraram mesmo grau de satisfação da primeira semana, com *regular*, todos *muito satisfeitos* e com *boa e ótima*, o mesmo grau de satisfação do primeiro dia.

5.2.7 Oclusão em MIC lado direito

- No caso das próteses mandibulares, no primeiro dia, todos com 2 ou 3 pontos de contato estavam *pouco satisfeitos*, com 5 pontos, *satisfeitos* e com 6, 7, 8, 10, e 12 pontos, *muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, todos com 2 ou 3 pontos estavam *satisfeitos*, com 5 pontos, 33,33% *satisfeitos* e 66,67% *muito satisfeitos* e com 6, 7, 8, 10 e 12 pontos, o mesmo grau do primeiro dia.

- No primeiro e segundo meses, todos com 2 pontos de contato, *pouco satisfeitos*, com 3 pontos, 50% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e com 5, 6, 7, 8, 10 ou 12 pontos, o mesmo grau do primeiro dia.

5.2.8 Oclusão em MIC lado esquerdo

- No caso das próteses mandibulares, no primeiro dia, os pacientes com 3 ou 4 pontos de contato estavam *pouco satisfeitos*, com 6 pontos, *satisfeitos*, com 7

pontos, 66,67% *satisfeitos* e 33,33% *muito satisfeitos* e com 8, 9, 10 ou 12 pontos, todos *muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, todos com 4 pontos estavam *satisfeitos* e com 3, 6, 7, 8, 9, 10 ou 12 pontos apresentaram-se *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, dos com 4 pontos de contato, 50% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e os com 3, 6, 7, 8, 9, 10 ou 12 pontos permaneceram com o mesmo grau de satisfação da primeira semana.

5.2.9 Forma do rebordo

- No caso do rebordo mandibular, no primeiro dia, todo paciente com forma *triangular* ou *quadrada* estava *pouco satisfeito* e com forma *oval*, 27,27% *satisfeitos* e 72,73% *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, dos com forma *triangular*, 50%, *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos*, todos com forma *quadrada* estavam *satisfeitos* e com forma *oval*, 9,09% *satisfeitos* e 90,91% *muito satisfeitos*.
- No primeiro e segundo meses, dos com forma *triangular*, 50% *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e com formas *quadrada* ou *oval*, todos mostraram-se *muito satisfeitos*.

5.2.10 Tamanho do rebordo

- No caso do rebordo mandibular, no primeiro dia, todos com rebordo *grande* estavam *pouco satisfeitos*, com *médio*, 30% *satisfeitos* e 70% *muito satisfeitos* e todos com *pequeno*, *muito satisfeitos*.
- Na primeira semana, dos com rebordo *grande*, 33,33% continuavam *pouco satisfeito* e 66,67% migraram para *satisfeito*, enquanto com *médio*, 10% *satisfeitos* e 90% *muito satisfeitos* e com rebordo *pequeno*, foi observado na primeira semana o mesmo grau de satisfação do primeiro dia.
- No primeiro e segundo meses, dos com *grande*, 50% mostraram-se *pouco satisfeitos* e 50% *satisfeitos* e todos com *médio* e *pequeno* mostraram-se *muito satisfeitos*.

5.2.11 Altura do rebordo

- No caso do rebordo mandibular, no primeiro dia, todos com rebordo *alto* ou *normal* mostraram-se *pouco satisfeitos*, com *reabsorvido*, 8,33% *pouco satisfeito*, 25% *satisfeito* e 66,67% *muito satisfeito*.
- Na primeira semana, todos com *alto* estavam *pouco satisfeitos*, com *normal*, todos *satisfeitos* e dos com *reabsorvido*, 16,67% *satisfeitos* e 83,33% *muito satisfeitos*.

- No primeiro e segundo meses, todos com *alto* mostraram-se *pouco satisfeitos*, todos com *normal*, *satisfeitos* e todos com *reabsorvido*, *muito satisfeitos*.

5.2.12 Tipo do rebordo

- No caso do rebordo mandibular, no primeiro dia, dos pacientes com rebordo *estrangulado*, 75% estavam *pouco satisfeitos* e 25% *satisfeitos*, daqueles com *paralelo*, 25% *satisfeito* e 75% *muito satisfeitos* e todos com rebordo *em lâmina* estavam *muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, daqueles com *estrangulado*, 25% *pouco satisfeitos* e 75% *satisfeitos* e dos com *paralelo* ou *em lâmina*, todos *muito satisfeitos*.

- No primeiro e segundo meses, dos com *estrangulado*, 25% *pouco satisfeitos*, 25% *satisfeitos* e 50% *muito satisfeitos* e todos com *paralelo* ou *em lâmina*, *muito satisfeitos*.

5.2.13 Consistência da fibromucosa

- No caso do rebordo mandibular, no primeiro dia, não foi verificada a consistência rígida na amostra. Para pacientes com consistência *resiliente*, 30%

mostraram-se *pouco satisfeitos*, 30% *satisfeitos* e 40% *muito satisfeitos* e todos com consistência *flácida* ou *mista* mostraram-se *muito satisfeitos*.

- Na primeira semana, dos com consistência *resiliente*, 10% *pouco satisfeitos*, 30% *satisfeitos* e 60% *muito satisfeitos* e os com *flácida* ou *mista*, o mesmo grau de satisfação do primeiro dia.
- No primeiro e segundo meses, dos com consistência *resiliente*, 10% *pouco satisfeitos*, 10% *satisfeitos* e 80% *muito satisfeitos* e com consistência *flácida* ou *mista*, mesmo grau de satisfação do primeiro dia no primeiro e segundo mês.

5.2.14 Satisfação do paciente de modo geral

Ao considerar o grau de satisfação no geral, em relação à maxila e mandíbula, pode-se dizer que 57,14% dos pacientes apresentaram-se *muito satisfeitos* no primeiro dia, enquanto 21,43% deles apresentaram-se *satisfeitos* e 21,43%, *pouco satisfeitos*. Ao avaliar o grau de satisfação na segunda semana, pode-se dizer que 71,43% dos pacientes mostraram-se *muito satisfeitos*, enquanto 21,43%, *satisfeitos* e 7,14%, *pouco satisfeitos*. Ao avaliar a satisfação no primeiro e segundo meses, pode-se dizer que 85,71% dos pacientes mostraram-se *muito satisfeitos*, enquanto 7,14% mostraram-se *satisfeitos* e os outros 7,14%, *pouco satisfeitos*.

Foi verificada uma evolução positiva no grau de satisfação do primeiro dia para o segundo mês. Durante esta pesquisa nenhum paciente relatou estar *insatisfeito* com as próteses novas instaladas.

6 DISCUSSÃO

Na visão geral dos avaliadores sobre a área basal, o prognóstico de sucesso das próteses totais maxilares foi maior que as mandibulares, devido ao maior número de opiniões no aspecto *boa* (71,43%) na maxila, enquanto, na mandíbula, o predomínio indicativo de *sofrível* direcionava a um provável insucesso, demonstrando desta forma que os avaliadores tiveram as mesmas opiniões e que estavam calibrados.

A diminuição da retenção das próteses antigas foi devida aos longos anos de uso e falta de preservação, o que está em concordância com achados de Müller, Health e Ferman (2002) e Garrett et al. (1996b), que encontraram 65% das próteses totais maxilares antigas e 95% das mandibulares com carência de retenção. A perda lenta da retenção ao longo dos anos de uso das próteses totais antigas sugere que as condições locais modificadas pela reabsorção óssea possam contribuir para esse fenômeno, embora Brunello e Mandikos (1998) tenham encontrado 59% destas com pouca retenção, sem qualquer relação significativa com a idade, sexo e estado geral do paciente.

Quanto à posição das fovéolas em relação à linha do limite posterior das próteses totais antigas, 28,57% estavam no limite da linha e a maioria, 71,43%, um pouco anterior (até 2mm). Esta definição sugere que a referência foi a linha de vibração entre o palato duro e o mole, o que contraria Silverman (1971) que considera uma variação de 4 a 12mm da flexão da linha de vibração. Calomeni,

Feldman e Kuebker (1983) consideram a linha de vibração próxima à fovéola palatina. Epstein e Epstein (1995) advogam que as fovéolas nem sempre ficam posteriores à linha de vibração, ao passo que Keng e Ow (1983) confirmam que a linha de vibração localiza-se anteriormente às fovéolas de 0 (zero) a 4mm.

A retenção pósterio-anterior da maioria das próteses totais antigas da maxila com a linha do limite posterior pouco anterior (até 2mm) em relação às fovéolas ou no limite da linha sugere que esta delimitação influenciou negativamente o resultado, pois as opiniões dos avaliadores foram retenção *insuficiente*. Por outro lado, nas próteses totais novas da maxila, a linha do limite posterior em relação às fovéolas foram definidas de acordo com o preconizado pela Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, com mais de 2mm (muito anterior) da posição das fovéolas, o que resultou em *ótima* retenção pósterio-anterior, sugerindo ser este o posicionamento mais adequado para obtermos maior retenção. O resultado do teste Kruskal-Wallis para as próteses totais antigas e novas não apresentou diferenças entre as mesmas.

Para as próteses totais novas na maxila e na mandíbula, as retenções vertical anterior, lateral direita, lateral esquerda e pósterio-anterior, na maioria das opiniões, foram classificadas como *ótimas*, resultado este devido à seleção e escolha das técnicas e materiais adequados a cada caso, permitindo um correto assentamento da prótese total à área basal, o que está de acordo com Azzam, Yurkstas e Kronman (1992), Chen et al. (2000), Cunha, Santos e Muench (1991), Davidson e Boere (1990), Gomes (2001), Jooste e Thomas (1992), Levin (1976), Muglia e Abrão (1996), Pellizer (1965), Tamaki (1983a), embora contrarie Stamoulis (1962), para quem a perfeita adaptação seria impossível.

Na avaliação da retentividade milo-hióidea, apenas nas próteses novas, os avaliadores optaram pelo escore *regular*, devido ao fato de a maioria dos casos estudados serem de rebordo *reabsorvido*.

Os achados de MIC em próteses totais antigas e novas evidenciaram que, nas primeiras, o lado direito teve mais pacientes com 4 pontos de contatos e 2 com 8 pontos, enquanto, nas novas, a maioria apresentou de 5 a 8 pontos e 2 com 12 pontos. Para o lado esquerdo, a maioria apresentou de 4 a 6 pontos e 1 com 9 pontos e, nas novas, a maioria apresentou 8 pontos e apenas 1 com 12 pontos de contato. O tratamento estatístico ANOVA, para as próteses totais antigas e novas, em média, apresentou a mesma quantidade de pontos de contato tanto para o lado direito quanto para o esquerdo, sugerindo que o número de contatos não influenciou a retenção tanto das próteses antigas como das novas. As menores quantidades de contatos oclusais encontradas nas próteses totais antigas aliam-se ao pensamento de Lechner, Champion e Tong (1995) de que estes contatos concorrem para a perda da retenção, contrariando os achados com as novas. O número de contatos obtidos nas próteses totais antigas e novas difere daqueles citados na revisão de Tamaki, Gomes e Tamaki (1991), que variavam de 24 a 32 pontos desejáveis. Entretanto, deve-se levar em consideração que as próteses novas foram confeccionadas e instaladas pelos estudantes de Graduação da Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e que mais tarde foram ajustadas adequadamente.

Os achados da correlação da retenção da maxila que apresentavam dependência com a consistência da fibromucosa *resiliente* estão em concordância com Tamaki (1983b) e Levin (1976), para os quais os bons resultados de uma moldagem funcional dependem da seleção do material de moldagem de acordo com

esta resiliência e Heartwell Jr. (1972) que acredita no comportamento diferente da fibromucosa nos 2/3 anteriores do palato duro, palato mole e selado periférico durante uma moldagem funcional adequada, resultando em uma prótese total com maior contato entre a base e os tecidos de revestimento da área basal. Por outro lado, contraria Magnusson (1986) que, em sua pesquisa, não encontrou correlação entre a retenção e a resiliência da fibromucosa. Para Wolf et al. (2003), a resiliência da fibromucosa da maxila e da mandíbula não foi significativa para a satisfação do paciente. As correlações da retenção da maxila com o tipo de rebordo *paralelo* estão de acordo com Wolf et al. (2003), que afirma que as paredes vestibular e lingual dos rebordos *paralelos* oferecem *ótima* retenção. Como a maioria dos casos estudados, o material eleito para moldagem funcional foi a pasta zinco-eugenólica, conforme preconizado por Tamaki (1983b) para os rebordos *paralelos*, que parece ser o melhor material de moldagem para estas condições locais.

As correlações da retenção da mandíbula com o tamanho de rebordo *médio* sugerem que este é melhor do que as outras formas para próteses totais mandibulares, enquanto a forma de rebordo *oval* parece favorecer a retenção. Na correlação da retentividade milo-hióidea com a forma de rebordo *oval*, foi observada dependência, sugerindo que a forma também contribui para um bom resultado.

O resultado da retenção das próteses totais novas após instalação mostrou crescente satisfação e as opiniões dos pacientes na escala de satisfação com a retenção concordaram com aquelas dos avaliadores, confirmando o encontrado por Carlsson, Otterland e Wennström (1967), Baat et al. (1997) e Kalk, Baat e Kaandorp (1991).

Para as outras correlações na maxila e na mandíbula, os achados não foram significativos.

Pelos resultados dos dados estatísticos, mostram-se necessários novos estudos que possam contribuir para esta linha de pesquisa.

7 CONCLUSÕES

Pelos resultados dos tratamentos estatísticos parece lícito concluir:

7.1 Na maxila, a retenção das próteses totais foi influenciada pelo tipo de rebordo *paralelo* e pela consistência *resiliente* da fibromucosa.

7.2 Na mandíbula, os fatores determinantes da retenção foram o tamanho *médio* do rebordo e a forma *oval* deste.

7.3 Nas próteses totais antigas, maxilares e mandibulares, não foi possível afirmar que a forma, o tamanho do rebordo, a altura e o tipo do rebordo, bem como a consistência da fibromucosa, contribuíram com o resultado da retenção.

7.4 As opiniões dos avaliadores e pacientes quanto a retenção e o grau de satisfação foram as mesmas.

REFERÊNCIAS¹

Abdullah MA. Surface tension in retention of complete dentures. J Prosthet Dent 1972;28(2):141-4.

Avant WE. A comparison of the retention of complete denture bases having different types of posterior palatal seal. J Prosthet Dent 1973a;29(5):484-93.

Avant WE. A study of some factors associated with denture retention. J Prosthet Dent 1973b;29(4):383-9.

Azzam MKA, Yurkstas AA, Kronman J. The sublingual crescent extension and relation to the stability and retention of mandibular complete dentures. J Prosthet Dent 1992;67(2):205-10.

Baat C, van Aken AAM, Mulder J, Kalk W. "Prosthetic condition" and patients' judgment of complete dentures. J Prosthet Dent 1997;78(5):472-8.

Barbenel JC. Physical retention of complete dentures. J Prosthet Dent 1971;26(6):592-600.

Basker RM, Davenport JC, Tomlin HR. The patient's contribution to prosthetic treatment. London: Mac Millan Press; 1976a. cap. 2, p. 7-15.

Basker RM, Davenport JC, Tomlin HR. Stability of dentures. London: Mac Millan Press; 1976b. cap. 3, p. 16-26.

Bergman B, Carlsson GE. Clinical long-term study of complete denture wearers. J Prosthet Dent 1985;53(1):56-61.

Beresin VE, Shiesser FJ. The neutral zone in complete dentures. J Prosthet Dent 1976;36(4):356-67.

Blàhová Z, Neuman M. Physical factors in retention of complete dentures. J Prosthet Dent 1971;25(3):230-5.

Brill N. Factors in the mechanism of full denture retention: a discussion of selected papers. Dent Pract 1967;18(1):9-16.

---

¹ De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo Bases de Dados MEDLINE.

Brunello DL, Mandikos MN. Constructions faults, age, gender, and relative medical health: Factors associated with complaints in complete denture patients. *J Prosthet Dent* 1998;79(5):545-4.

Buxbaum JD, Parente FJ, Ramsey WO, Staling LM. A comparison of centric relation with maximum intercuspation based on quantitative electromyography. *J Oral Rehabil* 1982;9(1):45-51.

Calomeni, AA, Feldman, EE e Kuebker, WA. Posterior palatal seal location and preparation on the maxillary complete denture cast. *J Prosthet Dent* 1983;49(5):628-30.

Carlsson GE, Otterland A, Wennström A. Patient factors in appreciation of complete dentures. *J Prosthet Dent* 1967;17(4):322-8.

Colón A, Kotwal K, Mangelsdorff AD. Analysis of the posterior palatal seal and the palatal form as related to the retention of complete denture. *J Prosthet Dent* 1982; 47(1):23-7.

Chen DC, Lai YL, Chi LY, Lee SY. Contributing factors of mandibular deformation during mouth opening. *J Dent* 2000;28(8):583-8.

Csögör A, Michman J. Initial retention of complete mandibular dentures. *J Prosthet Dent* 1970;23(5):503-11.

Cunha EFS, Santos JFF, Muench A. Variação da espessura e profundidade do selado periférico de próteses totais em função de materiais de moldagem anelásticos. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1991;5(1):43-6.

Darvell BW, Clark KF. The physical mechanisms of complete denture retention. *Br Dent J* 2000;189(5):248-52.

Davidson CL, Boere G. Liquid-supported dentures: Part I : Theoretical and technical considerations. *J Prosthet Dent* 1990;63(3):303-6.

Dawood DY, Meleka AA , El-Basty AS. Effect of post damming techniques on retention of maxillary complete dentures. *Egypt Dent J* 1984;3(1):57-66.

Dubojska AM, White GE, Pasiek S. The importance of occlusal balance in the control of complete dentures. *Quintessence Int* 1998;29(6):389-94.

Epstein DD, Epstein PL. Clinical determination of the posterior palatal seal. *Dent Today* 1995;14(7):34-9.

Fenlon MR, Sherrieff M, Walter JD. Agreement between clinical measures of quality and patients' rating of fit of existing and new complete dentures. *J Dent* 2002; 30(30):135-9.

Floystrand F, Orstavik JS. Retention of complete maxillary dentures measured as resistance against unilateral occlusal loading. *Acta Odontol Scand* 1984;42(1):29-6.

Frigério MLMA. Forma da face e do rebordo alveolar em edentados completos: Estudo comparativo [Tese Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1990.

Furuyama RJ, Tamaki R, Nakamae AEM. Comparação das marcas oclusais em prótese total obtidas por papel carbono de articulação de duas espessuras diferentes e seu significado clínico. *RPG* 2001;8(3):279-80.

Garrett NR, Kapur KK, Perez P. Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on patient satisfaction. *J Prosthet Dent* 1996;76(4):403-13.

Garrett NR, Perez P, Elbert C, Kapur KK. Effects of improvements of poorly fitting dentures and new denture on masseter activity during chewing. *J Prosthet Dent* 1996a;76(4):394-402.

Garrett NR, Perez P, Elbert C, Kapur KK. Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on masticatory performance. *J Prosthet Dent* 1996b;75(3):269-75.

Gomes FAP. Avaliação da técnica de moldagem funcional por injeção de silicone, proposta para maxilas edentadas que apresentam tecido flácido anterior [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2001.

Guyton AC. Funções secretoras do tubo digestivo. In: *Tratado de fisiologia médica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989. cap. 64, p. 611-23.

Hardy IR, Kapur KK. Posterior border seal: its rationale and importance. *J Prosthet Dent* 1958;8(3):386-97.

Heartwell Jr CH. Complete denture failures related to improper interpretation and improper preparation of the anatomy of the mouth. *Dent Clin North Am* 1972; 16(1):127-4.

HtaySaung MB. On complete denture retention. *Aust Dent J* 1983;28(5):277-80.

Iida Y. Physical factors in denture retention. *Bull Tokyo Med Dent Univ* 1975;22(1):113-25.

Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors invlved in complete denture retention, stability, and support. Part I: Retention. *J Prosthet Dent* 1983;49(1):5-15.

Jooste CH, Thomas CJ. The influence of the retromylohyoid on mandibular complete denture stability. *Int J Prosthodont* 1992;5(1):34-8.

Jozefowicz W. Empirical and functional posterior palatal sealing of full upper dentures: a comparative study. *J Dent* 1986;14(2):82-3.

Kalk W, Baat C de, Kaandorp AJG. Comparison of patients' views and dentists' evaluations 5 years after complete denture treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19(4):213-16.

Kawano F, Nagao K, Inoue S, Masumoto N. Influence of the buccolingual position of the artificial posterior teeth on the pressure distribution on the supporting tissue under a complete denture. *J Oral Rehabil* 1996;23(3):456-63.

Kawazoe Y, Hamada T. The role of saliva in retention of maxillary complete dentures. *J Prosthet Dent* 1978;40(2):131-6.

Keng SB, Ow R. The relation of the vibrating line to the fovea palatini and soft palate contour in edentulous patients. *Aust Dent J* 1983;28(3):166-70.

Kiausinis V, Tamaki ST, Hvanov ZV, Yamada RN. Avaliação clínica de duas orientações de montagem de dentes em prótese total: uma com curva de compensação e outra sem. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1996;81(4):287-93.

Kiausinis V, Tamaki ST, Tamaki T. Relação entre o arco dental estabelecido e a crista do rebordo alveolar em prótese total. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1995;9(2):109-13.

Kikuchi M, Ghani F, Watanabe M. Method for enhancing retention in complete denture bases. *J Prosthet Dent* 1999;81(4):399-403.

Kreher JM, Graser GN, Handelman SL. The relationship of drug use to denture function and saliva flow rate in a geriatric population. *J Prosthet Dent* 1987;57(5):631-8.

Lechner SK, Champion H, Tong TK. Complete denture problem solving: A survey. *Aust Dent J* 1995;40(6):377-80.

Levin B. Current concepts of obtaining stability and retention for complete dentures. *General Dent* 1976;24(1):27-9.

Lindstrom RE, Pawelchak J, Heyd A, Tarbet WJ. Physical-chemical aspects of denture retention and stability: A review of the literature. *J Prosthet Dent* 1979;42(4):371-5.

Magnusson T. Clinical judgement and patients' evaluation of complete dentures five years after treatment. A follow-up study. *Swed Dent J* 1986;10(1-2):29-35.

McCord JF, Grant AA. Identification of complete denture problems: a summary. *Br Dent J* 2000a;187(3):128-34.

McCord JF, Grant AA. Registration: Stage I – Creating and outlining the form of the upper denture. *Br Dent J* 2000b;188(10):529-36.

Miller WP, Monteith B, Heath MR. The effect of variation of the lingual shape of mandibular complete dentures on lingual resistance to lifting forces. *Gerodontology* 1998;15(2):113-9.

Monsénégo Ph, Baszkin A, Costa ML, Lejoyeux J. Complete denture retention. Part II: wettability studies on various acrylic resin denture base materials. *J Prothet Dent* 1989;62(3):308-12.

Monsénégo Ph, Proust J. Complete denture retention. Part I: Physical analysis of the mechanism. Hysteresis of the solid-liquid contact angle. *J Prosthet Dent* 1989;62(2):189-96.

Mori M, Correa GA. Estética em prótese total híbrida e prótese total. In: Correa GA. *Prótese total híbrida*. São Paulo: Ed. Santos; 1996. cap. 8, p. 105-28.

Muglia VA, Abrão W. Estudo comparativo de três materiais utilizados para moldagem final em prótese total. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1996;10(1):25-32.

Müller F, Link I, Fuhr K, Utz KH. Studies on adaptation to complete dentures .Part II. oral stereognosis and tactile sensibility. *J Oral Rehabil* 1995;22(10):759-67.

Müller F, Heath MR, Ferman AM, Davis GR. Modulation of mastication during experimental loosening of complete dentures. *Int J Prosthodont* 2002;15(6):553-8.

Murray MD, Darvell BW, Chem C. The evolution of the complete denture base. Theories of complete denture retention: a review . Part 1. *Aust Dent J* 1993a; 38(3):16-9.

Murray MD, Darvell BW, Chem C. The evolution of the complete denture base. Theories of complete denture retention: a review. Part 2. *Aust Dent J* 1993b; 38(4):299-304.

Murray MD, Darvell BW, Chem C. The evolution of the complete denture base. Theories of complete denture retention: a review. Part. 3. *Aust Dent J* 1993c; 38(5):389-93.

Murray MD, Darvell BW, Chem C. The evolution of the complete denture base. Theories of complete denture retention: a review. Part. 4. *Aust Dent J* 1993d; 38(6):450-5.

Narvekar RM, Appelbaum MB. An investigation of the anatomic position of the posterior palatal seal by ultrasound. *J Prosthet Dent* 1989;61(3):331-6.

Nevalainen MJ, Rantanen T, Närhi T, Ainamo A. Complete dentures in the prosthetic rehabilitation of elderly persons: five different criteria to evaluate the need for replacement. *J Oral Rehabil* 1997; 24(4):251-8.

Niedermeier WHW, Krämer R. Salivary secretion and denture retention. *J Prosthet Dent* 1992;67(2):211-6.

Ohkubo C, Hosoi T. Effect of weight change of mandibular complete dentures on chewing and stability: a pilot study. *J Prosthet Dent* 1999;82(6):636-42.

Oliveira IR. Causas mais freqüentes que levaram os pacientes a reclamarem ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, em relação à prótese dentária: Estudo longitudinal [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1999.

Pellizer AJ. Retenção em dentaduras artificiais superiores [Tese Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1965.

Planas P. Lei Planas da mínima dimensão vertical e ângulo funcional mastigatório Planas. In: Reabilitação neuroclusal. 2^a ed. Barcelona: Medsi; 1997. cap. 3; p. 27-33.

Pleasure MA. Correct vertical dimension and freeway space. *J Am Dent Assoc* 1951;43(1):160-63.

Rendell J, Grasso JE, Gay T. Retention and stability of the maxillary denture during function. *J Prosthet Dent* 1995;73(4):344-7.

Ruffino AR. Complete denture problems: A review of post-insertion correction. *NY State Dent J* 1983;49(9):668-74.

Sato Y, Hamada S, Akagawa Y, Tsuga K. A method for quantifying overall satisfaction of complete denture patients. *J Oral Rehabil* 2000;27(11):252-7.

Schwartz R, Kudyba P, Kleinman D. The undesirable effects of various changes of monoplaneocclusion on complete denture retention. *J Am Dent Assoc* 1984; 109(2):273-6.

Sellen PN, Phil B, Jagger DC, Harrison A. Computer-generated study of the correlation between tooth, face, arch forms, and palatal contour. *J Prosthet Dent* 1998;80(2):163-8.

Sicher H, DuBrul EL. As vísceras orais. In: Anatomia oral. 8^a ed. São Paulo: Artes médicas; 1991. cap. 6, p. 183-201.

Silverman SI. Dimensions and displacement patterns of the posterior palatal seal. *J Prosthet Dent* 1971;25(5):470-88.

Smith JP, Hughes D. A survey of referred patients experiencing problems with complete dentures. *J Prosthet Dent* 1988;60(5):583-6.

Snyder FC, Kimball HD, Bunch WB, Beaton J. Effect of reduced atmospheric pressure upon retention of dentures. *J Am Dent Assoc* 1945;32(7):445-50.

Stamoulis S. Physical factors affecting the retention of complete dentures. *J Prosthet Dent* 1962;12(5):857-64.

Streeter VL. Propriedades de los fluidos y definiciones. In: Mecanica de los fluidos. 2^a.ed. London: McCraw-Hill Book. 1963. cap. 1; p. 3-17.

Takayama Y, Yamada T, Araki O, Seki T, Kawasaki T. The dynamic behaviour of a lower complete denture during unilateral loads: analysis using the finite element method. J Oral Rehabil 2001;28(11):1064-71.

Tamaki ST, Gomes MAO, Tamaki T. Número de contatos em oclusão e articulação em prótese total. Rev Bras Odontol 1991;48(1):40-6.

Tamaki T. Considerações gerais sobre dentaduras completas. In: Dentaduras completas. 4^a. ed. São Paulo: Sarvier; 1983a. cap. 3, p. 17-21.

Tamaki T. Moldagem funcional. In: Dentaduras completas. 4^a. ed. São Paulo: Sarvier; 1983b. cap. 10, p. 77-101.

Tamaki T. Requisitos físicos e funcionais das dentaduras. In: Dentaduras completas. 4^a. ed. São Paulo: Sarvier; 1983c. cap. 9, p. 71-5.

von Krammer R. Principles and technique in sublingual flange extension of complete mandibular dentures. J Prosthet Dent 1982;47(5):479-82.

Yurdukoru B, Terzioglu H, Yilmaz T. Assessment of whole saliva flow rate in denture wearing patients. J Oral Rehabil 2001;28 (1):109-12.

Wolff A, Gadre A, Begleiter A, Moskona A, Cardash H. Correlation between patient satisfaction with complete dentures and denture quality, oral condition, and flow rate of submandibular/sublingual salivary glands. Int J Prosthodont 2003;16(1):45-8.

Wood GN. Centric relation and the treatment position in rehabilitating occlusions: A physiologic approach. Part II: The treatment position. J Prosthet Dent 1988; 60(1):15-8.

Apêndice A - Modelo ficha de exame do paciente

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO									
DEPARTAMENTO DE PROTESE									
DISCIPLINA DE PROTESE TOTAL									
CURSO DE POS-GRADUAÇÃO EM PROTESE									
Data:					Curso:				
Aluno:					Matricula:				
Paciente:					Bairro:				
Endereço:					Tel:				
Idade:	Profissão:	Cor:	Sexo:	EXAME DO PACIENTE					
				AVALIADOR: [1] [2] [3]					
PROTESE TOTAL ANTIGA				PROTESE TOTAL NOVA					
Anos de uso:		S=10 anos I=10 anos		63 mm		DIFERENÇA: 3 mm			
Dimensão vertical de oclusão		60 mm							
Moldagem anatômica:				MAXILA		MANDIBULA			
				alginato 1 [ ] godiva em placa 2 [x] silicone pesada 3 [ ] outros 4 [ ]		alginato 1 [ ] godiva em placa 2 [x] silicone pesada 3 [ ] outros 4 [ ]			
Moldagem funcional:				godiva em bastao 1 [ ] pasta zincoeugenólic 2 [x] silicone leve 3 [ ] godiva + pasta 4 [ ]		godiva em bastao 1 [ ] pasta zincoeugenólic 2 [x] silicone leve 3 [ ] godiva + pasta 4 [ ]			
MAXILA		MANDIBULA							
Avaliação visual da área basal:									
sofrível 1 [ ]		sofrível 1 [x]							
regular 2 [ ]		regular 2 [ ]							
boa 3 [x]		boa 3 [ ]							
ótima 4 [ ]		ótima 4 [ ]							
MAXILA		MANDIBULA		MAXILA		MANDIBULA			
Avaliação da retenção vertical anterior:									
Insuficiente 1 [ ]		Insuficiente 1 [x]		Insuficiente 1 [ ]		Insuficiente 1 [x]			
regular 2 [ ]		regular 2 [ ]		regular 2 [ ]		regular 2 [ ]			
boa 3 [x]		boa 3 [ ]		boa 3 [ ]		boa 3 [ ]			
ótima 4 [x]		ótima 4 [ ]		ótima 4 [x]		ótima 4 [ ]			
Avaliação da retenção lateral direita:									
Insuficiente 1 [x]		Insuficiente 1 [x]		Insuficiente 1 [ ]		Insuficiente 1 [x]			
regular 2 [ ]		regular 2 [ ]		regular 2 [ ]		regular 2 [ ]			
boa 3 [ ]		boa 3 [ ]		boa 3 [x]		boa 3 [ ]			
ótima 4 [ ]		ótima 4 [ ]		ótima 4 [x]		ótima 4 [ ]			
Avaliação da retenção lateral esquerda:									
Insuficiente 1 [x]		Insuficiente 1 [x]		Insuficiente 1 [ ]		Insuficiente 1 [x]			
regular 2 [ ]		regular 2 [ ]		regular 2 [ ]		regular 2 [ ]			
boa 3 [ ]		boa 3 [ ]		boa 3 [x]		boa 3 [ ]			
ótima 4 [ ]		ótima 4 [ ]		ótima 4 [x]		ótima 4 [ ]			
Avaliação da retenção postero-anterior:									
Insuficiente 1 [x]		Insuficiente 1 [x]		Insuficiente 1 [ ]		Insuficiente 1 [x]			
regular 2 [ ]		regular 2 [ ]		regular 2 [x]		regular 2 [ ]			
boa 3 [ ]		boa 3 [ ]		boa 3 [ ]		boa 3 [ ]			
ótima 4 [ ]		ótima 4 [ ]		ótima 4 [x]		ótima 4 [ ]			
Avaliação de retentividade milo-hióidea:									
						Insuficiente 1 [x]			
						regular 2 [ ]			
						boa 3 [ ]			
						ótima 4 [ ]			
Posição das foveolas em relação à linha do limite posterior:									
posterior a linha 1 [ ]		posterior a linha 1 [ ]		posterior a linha 1 [ ]		posterior a linha 1 [ ]			
no limite da linha 2 [x]		no limite da linha 2 [ ]		no limite da linha 2 [ ]		no limite da linha 2 [ ]			
pouco anterior (até 2 mm) 3 [ ]		pouco anterior (até 2 mm) 3 [ ]		pouco anterior (até 2 mm) 3 [ ]		pouco anterior (até 2 mm) 3 [ ]			
muito anterior (mais de 2 mm) 4 [ ]		muito anterior (mais de 2 mm) 4 [ ]		muito anterior (mais de 2 mm) 4 [ ]		muito anterior (mais de 2 mm) 4 [ ]			
Oclusão em MIC:	No. de contatos	D: 1	No. de contatos		D: 12				
		E: 3 T: 4			E: 9 T: 21				
MAXILA		MANDIBULA							
Forma do rebordo:	triangular 1 [ ]	triangular 1 [ ]		triangular 1 [ ]		triangular 1 [ ]			
	quadrado 2 [ ]	quadrado 2 [ ]		quadrado 2 [ ]		quadrado 2 [x]			
	oval 3 [x]	oval 3 [ ]		oval 3 [ ]		oval 3 [ ]			
Tamanho do rebordo:	grande 1 [x]	grande 1 [ ]		grande 1 [ ]		grande 1 [x]			
	medio 2 [ ]	medio 2 [ ]		medio 2 [ ]		medio 2 [ ]			
	pequeno 3 [ ]	pequeno 3 [ ]		pequeno 3 [ ]		pequeno 3 [ ]			
Altura do rebordo:	alto 1 [ ]	alto 1 [ ]		alto 1 [ ]		alto 1 [ ]			
	normal 2 [x]	normal 2 [ ]		normal 2 [ ]		normal 2 [ ]			
	reabsorvido 3 [ ]	reabsorvido 3 [ ]		reabsorvido 3 [ ]		reabsorvido 3 [x]			
Tipo do rebordo:	estrangulado 1 [x]	estrangulado 1 [ ]		estrangulado 1 [ ]		estrangulado 1 [ ]			
	paralelo 2 [ ]	paralelo 2 [ ]		paralelo 2 [ ]		paralelo 2 [ ]			
	em lâmina 3 [ ]	em lâmina 3 [ ]		em lâmina 3 [ ]		em lâmina 3 [ ]			
	cordão fibroso 4 [ ]	cordão fibroso 4 [ ]</							

ESCALA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM A RETENÇÃO DAS PROTESES TOTAIS NOVAS:

1º DIA

0f.....1.....|.....2.....|.....3.....**x**.....|.....4.....1100

1 [ ]   2 [ ]   3 [x]   4 [ ]

1º SEMANA 0 1 2 3 4 100

1 [ ]   2 [ ]   3 [ ]   4 [x]

1º MÊS 0 | 1 | 2 | 3 | 4 **x** | 100

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒

2º MÊS

1 [ ]   2 [ ]   3 [ ]   4 [x]

Apêndice B - Maxila

Tabela 5.1 - Retenção vertical anterior versus forma do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total retenção vertical
2	0	0	1	1
4	2	1	10	13
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,8634208

Tabela 5.2 - Retenção vertical anterior versus tamanho do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total retenção vertical
2	0	1	0	1
4	2	10	1	13
Total tamanho rebordo	2	11	1	14

Valor p = 0,8634208

Tabela 5.3 - Retenção vertical anterior versus altura do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total retenção vertical
2	0	1	0	1
4	1	11	1	13
Total altura rebordo	1	12	1	14

Valor p = 0,9141656

Tabela 5.4 - Retenção vertical anterior versus tipo do rebordo
Existe dependência

	1	2	Total retenção vertical
2	1	0	1
4	3	10	13
Total tipo rebordo	4	10	14

Valor p = 0,1008337

Tabela 5.5 - Retenção vertical anterior versus consistência da fibromucosa
Existe dependência

	1	2	3	4	Total retenção vertical
2	0	0	0	1	1
4	1	11	1	0	13
Total cons. fibromucosa	1	11	1	1	14

Valor p = 0,002905153

Apêndice B - Maxila

Tabela 5.6 - Retenção lateral direita versus forma do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total lateral direita
2	0	0	1	1
4	2	1	10	13
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,8634208

Tabela 5.7 - Retenção lateral direita versus tamanho do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total lateral direita
2	0	1	0	1
4	2	10	1	13
Total tamanho rebordo	2	11	1	14

Valor p = 0,8634208

Tabela 5.8 - Retenção lateral direita versus altura do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total lateral direita
2	0	1	0	1
4	1	11	1	13
Total altura rebordo	1	12	1	14

Valor p = 0,9141656

Tabela 5.9 - Retenção lateral direita versus tipo do rebordo
Existe dependência

	1	2	Total lateral direita
2	1	0	1
4	3	10	13
Total tipo rebordo	4	10	14

Valor p = 0,1008337

Tabela 5.10 - Retenção lateral direita versus consistência da fibromucosa
Existe dependência

	1	2	3	4	Total lateral direita
2	0	0	0	1	1
4	1	11	1	0	13
Total cons. fibromucosa	1	11	1	1	14

Valor p = 0,002905153

Apêndice B - Maxila

Tabela 5.11 - Retenção lateral esquerda versus forma do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total lateral esquerda
1	0	0	1	1
4	2	1	10	13
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,8634208

Tabela 5.12 - Retenção lateral esquerda versus tamanho do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total lateral esquerda
1	0	1	0	1
4	2	10	1	13
Total tamanho rebordo	2	11	1	14

Valor p = 0,8634208

Tabela 5.13 - Retenção lateral esquerda versus altura do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total lateral esquerda
1	0	1	0	1
4	1	11	1	13
Total altura rebordo	1	12	1	14

Valor p = 0,9141656

Tabela 5.14 - Retenção lateral esquerda versus tipo do rebordo

Existe dependência				
	1	2		Total lateral esquerda
1	1	0		1
4	3	10		13
Total tipo rebordo	4	10		14

Valor p = 0,1008337

Tabela 5.15 - Retenção lateral esquerda versus consistência da fibromucosa

Existe dependência					
	1	2	3	4	Total lateral esquerda
1	0	0	0	1	1
4	1	11	1	0	13
Total cons. fibromucosa	1	11	1	1	14

Valor p = 0,002905153

Apêndice B - Maxila

Tabela 5.16 – Retenção pósterio-anterior versus forma do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total pósterio-anterior
2	0	0	1	1
3	0	0	2	2
4	2	1	8	11
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,9034668

Tabela 5.17 - Retenção pósterio-anterior versus tamanho do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total pósterio-anterior
2	0	1	0	1
3	1	1	0	2
4	1	9	1	11
Total tamanho rebordo	2	11	1	14

Valor p = 0,6109511

Tabela 5.18 - Retenção pósterio-anterior versus altura do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total pósterio-anterior
2	0	1	0	1
3	0	2	0	2
4	1	9	1	11
Total altura rebordo	1	12	1	14

Valor p = 0,9589384

Tabela 5.19 - Retenção pósterio-anterior versus tipo do rebordo
Existe dependência

	1	2	Total pósterio-anterior
2	1	0	1
3	1	1	2
4	2	9	11
Total tipo rebordo	4	10	14

Valor p = 0,1710312

Tabela 5.20 - Retenção pósterio-anterior versus consistência da fibromucosa
Existe dependência

	1	2	3	4	Total pósterio-anterior
2	0	0	0	1	1
3	0	2	0	0	2
4	1	9	1	0	11
Total cons.fibromucosa	1	11	1	1	14

Valor p = 0,02487262

Apêndice C - Mandíbula

Tabela 5.21 - Retenção vertical anterior versus forma do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total retenção vertical
1	0	1	1	2
2	1	0	3	4
3	0	0	4	4
4	1	0	3	4
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,2414524

Tabela 5.22 - Retenção vertical anterior versus tamanho do rebordo

Existe dependência				
	1	2	3	Total retenção vertical
1	2	0	0	2
2	1	2	1	4
3	0	4	0	4
4	0	4	0	4
Total tamanho rebordo	3	10	1	14

Valor p = 0,04984649

Tabela 5.23 - Retenção vertical anterior versus altura do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total retenção vertical
1	0	0	2	2
2	0	0	4	4
3	1	1	2	4
4	0	1	3	4
Total altura rebordo	1	2	11	14

Valor p = 0,5732755

Tabela 5.24 - Retenção vertical anterior versus tipo do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total retenção vertical
1	2	0	0	2
2	0	3	1	4
3	1	2	1	4
4	1	3	0	4
Total tipo rebordo	4	8	2	14

Valor p = 0,2474049

Tabela 5.25 - Retenção vertical anterior versus consistência da fibromucosa

Existe independência				
	2	3	4	Total retenção vertical
1	1	0	1	2
2	2	1	1	4
3	3	0	1	4
4	4	0	0	4
Total consistência fibromucosa	10	1	3	14

Valor p = 0,5416773

Apêndice C - Mandíbula

Tabela 5.26 - Retenção lateral direita versus forma do rebordo
Existe dependência

	1	2	3	Total lateral direita
1	0	1	0	1
2	0	0	3	3
3	1	0	2	3
4	1	0	6	7
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,01740438

Tabela 5.27 - Retenção lateral direita versus tamanho do rebordo
Existe dependência

	1	2	3	Total lateral direita
1	1	0	0	1
2	1	2	0	3
3	1	1	1	3
4	0	7	0	7
Total tamanho rebordo	3	10	1	14

Valor p = 0,10233556

Tabela 5.28 - Retenção lateral direita versus altura do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total lateral direita
1	0	0	1	1
2	0	0	3	3
3	0	0	3	3
4	1	2	4	7
Total altura rebordo	1	2	11	14

Valor p = 0,7012655

Tabela 5.29 - Retenção lateral direita versus tipo do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total lateral direita
1	1	0	0	1
2	0	2	1	3
3	1	1	1	3
4	2	5	0	7
Total tipo rebordo	4	8	2	14

Valor p = 0,3695667

Tabela 5.30 - Retenção lateral direita versus consistência da fibromucosa
Existe independência

	2	3	4	Total lateral direita
1	1	0	0	1
2	1	1	1	3
3	2	0	1	3
4	6	0	1	7
Total consistência fibromucosa	10	1	3	14

Valor p = 0,4963502

Apêndice C - Mandíbula

Tabela 5.31 - Retenção lateral esquerda versus forma do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total lateral esquerda
2	0	1	3	4
3	1	0	2	3
4	1	0	6	7
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,4142701

Tabela 5.32 - Retenção lateral esquerda versus tamanho do rebordo

Existe dependência				
	1	2	3	Total lateral esquerda
2	2	2	0	4
3	1	1	1	3
4	0	7	0	7
Total tamanho rebordo	3	10	1	14

Valor p = 0,07322103

Tabela 5.33 - Retenção lateral esquerda versus altura do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total lateral esquerda
2	0	0	4	4
3	0	0	3	3
4	1	2	4	7
Total altura rebordo	1	2	11	14

Valor p = 0,4311711

Tabela 5.34 - Retenção lateral esquerda versus tipo do rebordo

Existe independência				
	1	2	3	Total lateral esquerda
2	1	2	1	4
3	1	1	1	3
4	2	5	0	7
Total tipo rebordo	4	8	2	14

Valor p = 0,6077572

Tabela 5.35 - Retenção lateral esquerda versus consistência da fibromucosa

Existe independência				
	2	3	4	Total lateral esquerda
2	2	1	1	4
3	2	0	1	3
4	6	0	1	7
Total consistência fibromucosa	10	1	3	14

Valor p = 0,5001784

Apêndice C - Mandíbula

Tabela 5.36 - Retenção pósterio-anterior versus forma do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total pósterio-anterior
1	0	1	1	2
2	1	0	2	3
3	1	0	3	4
4	0	0	5	5
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,1946149

Tabela 5.37 - Retenção pósterio-anterior versus tamanho do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total pósterio-anterior
1	1	1	0	2
2	1	2	0	3
3	1	2	1	4
4	0	5	0	5
Total tamanho rebordo	3	10	1	14

Valor p = 0,4787749

Tabela 5.38 - Retenção pósterio-anterior versus altura do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total pósterio-anterior
1	0	0	2	2
2	0	0	3	3
3	0	1	3	4
4	1	1	3	5
Total altura rebordo	1	2	11	14

Valor p = 0,748198

Tabela 5.39 - Retenção pósterio-anterior versus tipo do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total pósterio-anterior
1	1	1	0	2
2	0	2	1	3
3	1	2	1	4
4	2	3	0	5
Total tipo rebordo	4	8	2	14

Valor p = 0,7283885

Tabela 5.40 - Retenção pósterio-anterior versus consistência da fibromucosa
Existe independência

	2	3	4	Total pósterio-anterior
1	2	0	0	2
2	1	1	1	3
3	3	0	1	4
4	4	0	1	5
Total consistência fibromucosa	10	1	3	14

Valor p = 0,5160612

Apêndice C - Mandíbula

Tabela 5.41 – Retentividade milo-hióidea versus forma do rebordo
Existe dependência

	1	2	3	Total milo-hióidea
1	0	1	1	2
2	0	0	8	8
3	2	0	1	3
4	0	0	1	1
Total forma rebordo	2	1	11	14

Valor p = 0,02146847

Tabela 5.42 - Retentividade milo-hióidea versus tamanho do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total milo-hióidea
1	1	1	0	2
2	2	6	0	8
3	0	2	1	3
4	0	1	0	1
Total tamanho rebordo	3	10	1	14

Valor p = 0,4694537

Tabela 5.43 - Retentividade milo-hióidea versus altura do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total milo-hióidea
1	0	0	2	2
2	1	1	6	8
3	0	1	2	3
4	0	0	1	1
Total altura rebordo	1	2	11	14

Valor p = 0,90034

Tabela 5.44 - Retentividade milo-hióidea versus tipo do rebordo
Existe independência

	1	2	3	Total milo-hióidea
1	1	1	0	2
2	3	3	2	8
3	0	3	0	3
4	0	1	0	1
Total tipo rebordo	4	8	2	14

Valor p = 0,5398114

Tabela 5.45 - Retentividade milo-hióidea versus consistência da fibromucosa
Existe independência

	2	3	4	Total milo-hióidea
1	2	0	0	2
2	4	1	3	8
3	3	0	0	3
4	1	0	0	1
Total consistência fibromucosa	10	1	3	14

Valor p = 0,6496314

Apêndice D - Maxila

RESULTADO DA ESCALA DE SATISFAÇÃO - MAXILA

AVALIAÇÃO VISUAL DA ÁREA BASAL

Tabela 5.46 - Avaliação visual da área basal versus primeiro dia

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	3	0	0	3
Boa	0	3	7	10
Ótimo	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.47 - Avaliação visual da área basal versus primeira semana

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	2	0	3
Boa	0	1	9	10
Ótimo	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Tabela 5.48 - Avaliação visual da área basal versus primeiro mês

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	1	3
Boa	0	0	10	10
Ótimo	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Tabela 5.49 - Avaliação visual da área basal versus segundo mês

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	1	3
Boa	0	0	10	10
Ótimo	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

AVALIAÇÃO DA RETENÇÃO VERTICAL ANTERIOR

Tabela 5.50 - Retenção vertical anterior versus primeiro dia

Retenção vertical anterior	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	2	0	0	2
Ótimo	1	3	8	12
Total	3	3	8	14

Tabela 5.51 - Retenção vertical anterior versus primeira semana

Retenção vertical anterior	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	0	2
Ótimo	0	2	10	12
Total	1	3	10	14

Tabela 5.52 - Retenção vertical anterior versus primeiro mês

Retenção vertical anterior	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	0	2
Ótimo	0	0	12	12
Total	1	3	10	14

Tabela 5.53 - Retenção vertical anterior versus segundo mês

Retenção vertical anterior	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	0	2
Ótimo	0	0	12	12
Total	1	3	10	14

Apêndice D - Maxila

RETENÇÃO LATERAL DIREITA

Tabela 5.54 - Retenção lateral direita versus primeiro dia

Retenção lateral direita	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	3	1	0	4
Boa	0	1	0	1
Ótimo	0	1	8	9
Total	3	3	8	14

Tabela 5.55 - Retenção lateral direita versus primeira semana

Retenção lateral direita	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	3	0	4
Boa	0	0	1	1
Ótimo	0	0	9	9
Total	1	3	10	14

Tabela 5.56 - Retenção lateral direita versus primeiro mês

Retenção lateral direita	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	2	4
Boa	0	0	1	1
Ótimo	0	0	9	9
Total	1	1	12	14

Tabela 5.57 - Retenção lateral direita versus segundo mês

Retenção lateral direita	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	2	4
Boa	0	0	1	1
Ótimo	0	0	9	9
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

RETENÇÃO LATERAL ESQUERDA

Tabela 5.58 - Retenção lateral esquerda versus primeiro dia

Retenção lateral	Grau de satisfação 1º dia			
esquerda	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	0	0	1
Boa	1	0	0	1
Ótimo	1	3	8	12
Total	3	3	8	14

Tabela 5.59 - Retenção lateral esquerda versus primeira semana

Retenção lateral	Grau de satisfação 1ª semana			
esquerda	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	0	0	1
Boa	0	1	0	1
Ótimo	0	2	10	12
Total	1	3	10	14

Tabela 5.60 - Retenção lateral esquerda versus primeiro mês

Retenção lateral	Grau de satisfação 1º mês			
esquerda	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	0	0	1
Boa	0	1	0	1
Ótimo	0	0	12	12
Total	1	1	12	14

Tabela 5.61 - Retenção lateral esquerda versus segundo mês

Retenção lateral	Grau de satisfação 2º mês			
esquerda	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	0	0	1
Boa	0	1	0	1
Ótimo	0	0	12	12
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

RETENÇÃO PÓSTERO-ANTERIOR

Tabela 5.62 - Retenção pósterio-anterior versus primeiro dia

Retenção pósterio- anterior	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	2	0	0	2
Boa	1	0	0	1
Ótimo	0	3	8	11
Total	3	3	8	14

Tabela 5.63 - Retenção pósterio-anterior versus primeira semana

Retenção pósterio- anterior	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	0	2
Boa	0	1	0	1
Ótimo	0	1	10	11
Total	3	3	8	14

Tabela 5.64 - Retenção pósterio-anterior versus primeiro mês

Retenção pósterio- anterior	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	0	2
Boa	0	0	1	1
Ótimo	0	0	11	11
Total	1	1	12	14

Tabela 5.65 - Retenção pósterio-anterior versus segundo mês

Retenção pósterio- anterior	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Regular	1	1	0	2
Boa	0	0	1	1
Ótimo	0	0	11	11
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

Tabela 5.66 - Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior versus 1º dia

Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior	Grau de Satisfação 1º dia			
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Muito anterior (mais de 2 mm)	3	3	8	14

Tabela 5.67 - Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior versus 1ª semana

Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior	Grau de Satisfação 1ª semana			
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Muito anterior (mais de 2 mm)	1	3	10	14

Tabela 5.68 - Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior versus 1º mês

Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior	Grau de Satisfação 1º mês			
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Muito anterior (mais de 2 mm)	1	1	12	14

Tabela 5.69 - Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior versus 2º mês

Avaliação da posição das fovéolas em relação a linha do limite posterior	Grau de Satisfação 2º mês			
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Muito anterior (mais de 2 mm)	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

OCLUSÃO EM MIC LADO DIREITO

Tabela 5.70 - Oclusão em MIC lado direito versus primeiro dia

Tabela 3.70 - Oclusão em MIC lado direito versus primeiro dia					
Oclusão me MIC	Grau de satisfação 1º dia				
	direito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
2		1	0	0	1
3		2	0	0	2
5		0	2	0	2
6		0	1	1	2
7		0	0	1	1
8		0	0	3	3
10		0	0	1	1
12		0	0	2	2
Total		3	3	8	14

Tabela 5.71 - Oclusão em MIC lado direito versus primeira semana

Tabela 3.7.1 - Oclusão em MIC lado direito versus primeira semana				
Oclusão me MIC	Grau de satisfação 1 ^a semana			
direito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
2	1	0	0	1
3	0	2	0	2
5	0	1	1	2
6	0	0	2	2
7	0	0	1	1
8	0	0	3	3
10	0	0	1	1
12	0	0	2	2
Total	1	3	10	14

Apêndice D - Maxila

Tabela 5.72 - Oclusão em MIC lado direito versus primeiro mês

Oclusão me MIC	Grau de satisfação 1º mês			Total
	direito	Pouco satisfeito	Satisfeito	
2		1	0	1
3		0	1	2
5		0	0	2
6		0	0	2
7		0	0	1
8		0	0	3
10		0	0	1
12		0	0	2
Total		1	1	14

Tabela 5.73 - Oclusão em MIC lado direito versus segundo mês

Oclusão me MIC	Grau de satisfação 2º mês			Total
	direito	Pouco satisfeito	Satisfeito	
2		1	0	1
3		0	1	2
5		0	0	2
6		0	0	2
7		0	0	1
8		0	0	3
10		0	0	1
12		0	0	2
Total		1	1	14

Apêndice D - Maxila

OCLUSÃO EM MIC LADO ESQUERDO

Tabela 5.74 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus primeiro dia

Oclusão me MIC esquerdo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2	1	0	0	1
4	2	0	0	2
6	0	1	0	1
7	0	2	1	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.75 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus primeira semana

Oclusão me MIC esquerdo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2	1	0	0	1
4	0	2	0	2
6	0	1	0	1
7	0	0	3	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Apêndice D - Maxila

Tabela 5.76 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus primeiro mês

Oclusão me MIC esquerdo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2	1	0	0	1
4	0	1	1	2
6	0	0	1	1
7	0	0	3	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Tabela 5.77 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus segundo mês

Oclusão me MIC esquerdo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2	1	0	0	1
4	0	1	1	2
6	0	0	1	1
7	0	0	3	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

FORMA DO REBORDO

Tabela 5.78 - Forma do rebordo versus primeiro dia

Forma do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	2	0	0	2
Quadrado	1	0	0	1
Oval	0	3	8	11
Total	3	3	8	14

Tabela 5.79 - Forma do rebordo versus primeira semana

Forma do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	1	1	0	2
Quadrado	0	1	0	1
Oval	0	1	10	11
Total	1	3	10	14

Tabela 5.80 - Forma do rebordo versus primeiro mês

Forma do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	1	1	0	2
Quadrado	0	0	1	1
Oval	0	0	11	11
Total	1	1	12	14

Tabela 5.81 - Forma do rebordo versus segundo mês

Forma do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	1	1	0	2
Quadrado	0	0	1	1
Oval	0	0	11	11
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

TAMANHO DO REBORDO

Tabela 5.82 - Tamanho do rebordo versus primeiro dia

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	2	0	0	2
Médio	1	3	7	11
Pequeno	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.83 - Tamanho do rebordo versus primeira semana

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	1	1	0	2
Médio	0	2	9	11
Pequeno	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Tabela 5.84 - Tamanho do rebordo versus primeiro mês

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	1	1	0	2
Médio	0	0	11	11
Pequeno	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Tabela 5.85 - Tamanho do rebordo versus segundo mês

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	1	1	0	2
Médio	0	0	11	11
Pequeno	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

ALTURA DO REBORDO

Tabela 5.86 - Altura do rebordo versus primeiro dia

Altura do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	2	3	7	12
Reabsorvido	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.87 - Altura do rebordo versus primeira semana

Altura do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	0	3	9	12
Reabsorvido	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Tabela 5.88 - Altura do rebordo versus primeiro mês

Altura do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	0	1	11	12
Reabsorvido	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Tabela 5.89 - Altura do rebordo versus segundo mês

Altura do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	0	1	11	12
Reabsorvido	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

TIPO DO REBORDO

Tabela 5.90 - Tipo do rebordo versus primeiro dia

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	3	1	0	4
Paralelo	0	2	8	10
Total	3	3	8	14

Tabela 5.91 - Tipo do rebordo versus primeira semana

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	1	3	0	4
Paralelo	0	0	10	10
Total	1	3	10	14

Tabela 5.92 - Tipo do rebordo versus primeiro mês

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	1	1	2	4
Paralelo	0	0	10	10
Total	1	1	12	14

Tabela 5.93 - Tipo do rebordo versus segundo mês

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	1	1	2	4
Paralelo	0	0	10	10
Total	1	1	12	14

Apêndice D - Maxila

CONSISTÊNCIA DA FIBROMUCOSA

Tabela 5.94 - Consistência da fibromucosa versus primeiro dia

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Rígida	1	0	0	1
Resiliente	2	3	6	11
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.95 - Consistência da fibromucosa versus primeira semana

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Rígida	1	0	0	1
Resiliente	0	3	8	11
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Tabela 5.96 - Consistência da fibromucosa versus primeiro mês

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Rígida	1	0	0	1
Resiliente	0	1	10	11
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Tabela 5.97 - Consistência da fibromucosa versus segundo mês

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Rígida	1	0	0	1
Resiliente	0	1	10	11
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

RESULTADOS DA ESCALA DE SATISFAÇÃO - MANDÍBULA

AVALIAÇÃO DO VISUAL DA ÁREA BASAL

Tabela 5.98 - Avaliação visual da área basal versus primeiro dia

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Sofrível	3	3	1	7
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0		1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.99 - Avaliação visual da área basal versus primeira semana

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Sofrível	1	3	3	7
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Tabela 5.100 - Avaliação visual da área basal versus primeiro mês

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Sofrível	1	1	5	7
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.101 - Avaliação visual da área basal versus segundo mês

Avaliação visual da área basal	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Sofrível	1	1	5	7
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

RETENÇÃO VERTICAL ANTERIOR

Tabela 5.102 - Avaliação da retenção vertical anterior versus primeiro dia

Retenção vertical anterior	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	3	0	0	3
Regular	0	3	0	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	5	5
Total	3	3	8	14

Tabela 5.103 - Avaliação da retenção vertical anterior versus primeira semana

Retenção vertical anterior	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	1	2	0	3
Regular	0	1	2	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	5	5
Total	1	3	10	14

Tabela 5.104 - Avaliação da retenção vertical anterior versus primeiro mês

Retenção vertical anterior	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	1	1	1	3
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	5	5
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.105 - Avaliação da retenção vertical anterior versus segundo mês

Retenção vertical	Grau de satisfação 2º mês			
anterior	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	1	1	3
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	5	5
Total	1	1	12	14

RETENÇÃO LATERAL DIREITA

Tabela 5.106 - Avaliação da retenção lateral direita versus primeiro dia

Retenção lateral	Grau de satisfação 1º dia			
direita	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	3	1	0	4
Regular	0	2	1	3
Boa	0	0	2	2
Ótimo	0	0	5	5
Total	3	3	8	14

Tabela 5.107 - Avaliação da retenção lateral direita versus primeira semana

Retenção lateral	Grau de satisfação 1ª semana			
direita	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	3	0	4
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	2	2
Ótimo	0	0	5	5
Total	1	3	10	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.108 - Avaliação da retenção lateral direita versus primeiro mês

Retenção lateral	Grau de satisfação 1º mês			
direita	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	1	2	4
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	2	2
Ótimo	0	0	5	5
Total	1	1	12	14

Tabela 5.109 - Avaliação da retenção lateral direita versus segundo mês

Retenção lateral	Grau de satisfação 2º mês			
direita	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	1	2	4
Regular	0	0	3	3
Boa	0	0	2	2
Ótimo	0	0	5	5
Total	1	1	12	14

RETENÇÃO LATERAL ESQUERDA

Tabela 5.110 - Avaliação da retenção lateral esquerda versus primeiro dia

Retenção lateral	Grau de satisfação 1º dia			
esquerda	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	2	0	0	2
Regular	1	1	0	2
Boa	0	2	1	3
Ótimo	0	0	7	7
Total	3	3	8	14

Tabela 5.111 - Avaliação da retenção lateral esquerda versus primeira semana

Retenção lateral	Grau de satisfação 1ª semana			
esquerda	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	2	0	2
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	7	7
Total	1	3	10	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.112 - Avaliação da retenção lateral esquerda versus primeiro mês

Retenção lateral esquerda	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	0	2	2
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	7	7
Total	1	1	12	14

Tabela 5.113 - Avaliação da retenção lateral esquerda versus segundo mês

Retenção lateral esquerda	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	0	2	2
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	7	7
Total	1	1	12	14

RETENÇÃO PÓSTERO-ANTERIOR

Tabela 5.114 - Avaliação da retenção póstero-anterior versus primeiro dia

Retenção póstero- anterior	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	2	0	0	2
Regular	1	3	0	4
Boa	0	0	4	4
Ótimo	0	0	4	4
Total	3	3	8	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.115 - Avaliação da retenção pósterio-anterior versus primeira semana

Retenção pósterio-anterior	Grau de satisfação 1ª semana			
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	2	2	4
Boa	0	0	4	4
Ótimo	0	0	4	4
Total	1	3	10	14

Tabela 5.116 - Avaliação da retenção pósterio-anterior versus primeiro mês

Retenção pósterio-anterior	Grau de satisfação 1º mês			
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	0	4	4
Boa	0	0	4	4
Ótimo	0	0	4	4
Total	1	1	12	14

Tabela 5.117 - Avaliação da retenção pósterio-anterior versus segundo mês

Retenção pósterio-anterior	Grau de satisfação 2º mês			
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Total
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	0	4	4
Boa	0	0	4	4
Ótimo	0	0	4	4
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

RETENTIVIDADE MILO-HIÓIDEA

Tabela 5.118 - Retentividade milo-hióidea versus primeiro dia

Retentividade milo- hióidea	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	2	0	0	2
Regular	1	3	2	6
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	3	3
Total	3	3	8	14

Tabela 5.119 - Retentividade milo-hióidea versus primeira semana

Retentividade milo- hióidea	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	2	4	6
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	3	3
Total	1	3	10	14

Tabela 5.120 - Retentividade milo-hióidea versus primeiro mês

Retentividade milo- hióidea	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	0	6	6
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	3	3
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.121 - Retentividade milo-hióidea versus segundo mês

Retentividade milo- hióidea	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Insuficiente	1	1	0	2
Regular	0	0	6	6
Boa	0	0	3	3
Ótimo	0	0	3	3
Total	1	1	12	14

OCLUSÃO EM MIC LADO DIREITO

Tabela 5.122 - Oclusão em MIC lado direito versus primeiro dia

Oclusão em MIC direito	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2	1	0	0	1
3	2	0	0	2
5	0	3	0	3
6	0	0	2	2
7	0	0	1	1
8	0	0	2	2
10	0	0	1	1
12	0	0	2	2
Total	3	3	8	14

Tabela 5.123 - Oclusão em MIC lado direito versus primeira semana

Oclusão em MIC direito	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2	1	0	0	1
3	0	2	0	2
5	0	1	2	3
6	0	0	2	2
7	0	0	1	1
8	0	0	2	2
10	0	0	1	1
12	0	0	2	2
Total	1	3	10	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.124 - Oclusão em MIC lado direito versus primeiro mês

Oclusão em MIC	Grau de satisfação 1º mês			Total
	direito	Pouco satisfeito	Satisfeito	
2		1	0	1
3		0	1	2
5		0	0	3
6		0	0	2
7		0	0	1
8		0	0	2
10		0	0	1
12		0	0	2
Total		1	1	14

Tabela 5.125 - Oclusão em MIC lado direito versus segundo mês

Oclusão em MIC	Grau de satisfação 2º mês			Total
	direito	Pouco satisfeito	Satisfeito	
2		1	0	1
3		0	1	2
5		0	0	3
6		0	0	2
7		0	0	1
8		0	0	2
10		0	0	1
12		0	0	2
Total		1	1	14

Apêndice E - Mandíbula

OCLUSÃO EM MIC LADO ESQUERDO

Tabela 5.126 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus primeiro dia

Oclusão em MIC esquerdo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
3	1	0	0	1
4	2	0	0	2
6	0	1	0	1
7	0	2	1	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.127 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus primeira semana

Oclusão em MIC esquerdo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
3	1	0	0	1
4	0	2	0	2
6	0	1	0	1
7	0	0	3	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Apêndice E - Mandíbula

Tabela 5.128 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus primeiro mês

Oclusão em MIC esquerdo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
3	1	0	0	1
4	0	1	1	2
6	0	0	1	1
7	0	0	3	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Tabela 5.129 - Oclusão em MIC lado esquerdo versus segundo mês

Oclusão em MIC esquerdo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
3	1	0	0	1
4	0	1	1	2
6	0	0	1	1
7	0	0	3	3
8	0	0	4	4
9	0	0	1	1
10	0	0	1	1
12	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

FORMA DO REBORDO

Tabela 5.130 - Forma do rebordo versus primeiro dia

Forma do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	2	0	0	2
Quadrado	1	0	0	1
Oval	0	3	8	11
Total	3	3	8	14

Tabela 5.131 - Forma do rebordo versus primeira semana

Forma do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	1	1	0	2
Quadrado	0	1	0	1
Oval	0	1	10	11
Total	1	3	10	14

Tabela 5.132 - Forma do rebordo versus primeiro mês

Forma do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	1	1	0	2
Quadrado	0	0	1	1
Oval	0	0	11	11
Total	1	1	12	14

Tabela 5.133 - Forma do rebordo versus segundo mês

Forma do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Triangular	1	1	0	2
Quadrado	0	0	1	1
Oval	0	0	11	11
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

TAMANHO DO REBORDO

Tabela 5.134 - Tamanho do rebordo versus primeiro dia

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	3	0	0	3
Médio	0	3	7	10
Pequeno	0	0	1	1
Total	3	3	8	14

Tabela 5.135 - Tamanho do rebordo versus primeira semana

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	1	2	0	3
Médio	0	1	9	10
Pequeno	0	0	1	1
Total	1	3	10	14

Tabela 5.136 - Tamanho do rebordo versus primeiro mês

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	1	1	1	3
Médio	0	0	10	10
Pequeno	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Tabela 5.137 - Tamanho do rebordo versus segundo mês

Tamanho do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Grande	1	1	1	3
Médio	0	0	10	10
Pequeno	0	0	1	1
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

ALTURA DO REBORDO

Tabela 5.138 - Altura do rebordo versus primeiro dia

Altura do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	1	0	0	1
Reabsorvido	1	3	8	12
Total	3	3	8	14

Tabela 5.139 - Altura do rebordo versus primeira semana

Altura do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	0	1	0	1
Reabsorvido	0	2	10	12
Total	1	3	10	14

Tabela 5.140 - Altura do rebordo versus primeiro mês

Altura do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	0	1	0	1
Reabsorvido	0	0	12	12
Total	1	1	12	14

Tabela 5.141 - Altura do rebordo versus segundo mês

Altura do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Alto	1	0	0	1
Normal	0	1	0	1
Reabsorvido	0	0	12	12
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

TIPO DE REBORDO

Tabela 5.142 - Tipo do rebordo versus primeiro dia

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	3	1	0	4
Paralelo	0	2	6	8
Em Lâmina	0	0	2	2
Total	3	3	8	14

Tabela 5.143 - Tipo do rebordo versus primeira semana

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	1	3	0	4
Paralelo	0	0	8	8
Em Lâmina	0	0	2	2
Total	1	3	10	14

Tabela 5.144 - Tipo do rebordo versus primeiro mês

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	1	1	2	4
Paralelo	0	0	8	8
Em Lâmina	0	0	2	2
Total	1	1	12	14

Tabela 5.145 - Tipo do rebordo versus segundo mês

Tipo do rebordo	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Estrangulado	1	1	2	4
Paralelo	0	0	8	8
Em Lâmina	0	0	2	2
Total	1	1	12	14

Apêndice E - Mandíbula

CONSISTÊNCIA DA FIBROMUCOSA

Tabela 5.146 - Consistência da fibromucosa versus primeiro dia

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 1º dia			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Resiliente	3	3	4	10
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	3	3
Total	3	3	8	14

Tabela 5.147 - Consistência da fibromucosa versus primeira semana

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 1ª semana			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Resiliente	1	3	6	10
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	3	3
Total	3	3	8	14

Tabela 5.148 - Consistência da fibromucosa versus primeiro mês

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 1º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Resiliente	1	1	8	10
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	3	3
Total	1	1	12	14

Tabela 5.149 - Consistência da fibromucosa versus segundo mês

Consistência da fibromucosa	Grau de satisfação 2º mês			Total
	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Resiliente	1	1	8	10
Flácida	0	0	1	1
Mista	0	0	3	3
Total	1	1	12	14

Apêndice F - Maxila/Mandíbula

Tabela 5.150 - Distribuição de frequências para grau de satisfação em geral nas quatro épocas de avaliações consideradas

Grau de satisfação	Época de avaliação			
	1º dia	1ª semana	1º mês	2º mês
Insatisfeito	0%	0%	0%	0%
Pouco Satisfeito	21,43%	7,14%	7,14%	7,14%
Satisfeito	21,43%	21,43%	7,14%	7,14%
Muito satisfeito	57,14%	71,43%	85,71%	85,71%

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética

Faculdade de Odontologia
Universidade de São Paulo

PARECER nº 57/02
Protocolo 44/02

O Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa **"Avaliação na performance da retenção entre próteses totais antigas e novas em função das características da área basal"**, de responsabilidade do pesquisador **Eudes Francisco da Silva Cunha**, sob orientação da Professora Doutora **Maria Cecília Miluzzi Yamada**.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios referentes ao andamento da pesquisa em 08 de novembro de 2002 e em 08 de maio de 2003. Ao término da pesquisa, cópia do trabalho deve ser encaminhada a este CEP.

São Paulo, 08 de maio de 2002

Profa.Dra. **Célia Regina Martins Delgado Rodrigues**
Coordenadora do CEP-FOUSP

Anexo B - Termo de consentimento

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE PRÓTESE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,.....portador(a) do R.G
ou CPF. No. .... residente
em.....

.....,
paciente da clínica de .....da Faculdade de
Odontologia da USP, aceito participar da pesquisa que está sendo conduzida pelo
Prof. Dr. Atlas Edson Moleros Nakamae, No. Funcional 633 020 e pelo aluno de
pós-graduação **Eudes Francisco da Silva Cunha**, No. USP 227 434; permitindo
que eles realizem procedimentos odontológicos, tais como exames, moldagens e
fotografias e que divulguem tais dados colhidos, exclusivamente para fins científicos
ou didáticos.

Ficaram esclarecidas as condições da pesquisa com relação à duração,
custo e procedimentos clínicos.

Ainda, declaro que entendi todas as perguntas que me foram feitas e que
me foi esclarecido que poderia não ter respondido, ou respondido apenas as que
desejassem sem qualquer prejuízo para o tratamento. Sei que os dados não serão
divulgados com meu nome, embora, para melhor organizá-los, este esteja contido na
ficha clínica. E , finalmente, entendi que posso retirar essa autorização, sem prejuízo
para meu tratamento.

São Paulo, .../...../.....

.....
Assinatura