

PNf001 Associação entre fissura labiopalatina e fatores sócio-culturais de progenitores

Tannure PN*, Soares FMM, Kuchler EC, Matta LG, Granjeiro JM, Costa MC
Odontopediatria e Ortodontia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: patricianivloni@yahoo.com.br

O objetivo deste estudo foi investigar a possível associação entre fissura labiopalatina e fatores sócio-culturais de progenitores. A amostra consistiu de 136 portadores de fissura labiopalatina (média da idade: 19,01 anos \pm 13,86), em acompanhamento no Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais no RJ, e 96 indivíduos não fissurados (média da idade: 28,34 anos \pm 14,19) pacientes e estudantes de instituições de ensino no RJ. Ambos os grupos responderam a uma entrevista sobre tabagismo e consumo de bebida alcoólica dos progenitores e permanência da mãe em área rural durante a gravidez. Dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial (χ^2 e Fisher; $p \leq 0,05$). Entre mães de portadores de fissura labiopalatina, 22,1% eram tabagistas, 23,5% consumiam bebida alcoólica e 19,9% viviam em área rural. Quanto aos pais, 29,4% eram tabagistas e 42,6% consumiam bebida alcoólica. Indivíduos não fissurados relataram que 10,6% das mães eram tabagistas, 5,3% consumiam bebida alcoólica e 7,4% viviam em área rural. Entre pais, 35,1% eram tabagistas e 56,4% consumiam bebida alcoólica. Houve associação positiva entre fissura labiopalatina nos filhos e mães tabagistas ($p=0,010$) que consumiam bebida alcoólica ($p<0,001$) e que viviam em área rural ($p=0,006$). Observou-se associação entre fissura labiopalatina nos filhos e pais que consumiam bebida alcoólica ($p=0,028$). Não foi observada associação entre fissura labiopalatina e tabagismo paterno ($p=0,221$).

Conclui-se que existe uma associação entre fissura labiopalatina e fatores sócio-culturais de progenitores.

PNf002 Ingestão de Etanol durante a Gestação: Aspectos Morfológicos e Expressão da Laminina nos Germes Dentários da Prole

Bento LW*, Bernardi L, Potrich ARV, Araujo FB, Fossati ACM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.
E-mail: lwbento@hotmail.com

O consumo de álcool na gravidez pode ocasionar no feto alterações definidas como: Espectro de Desordens do Alcool Fetal. Alterações crânio-faciais são frequentes e anormalidades dentais já foram descritas. Entretanto, não se conhece os mecanismos biológicos envolvidos no seu surgimento. O objetivo do presente estudo foi avaliar os aspectos morfológicos e a expressão da Laminina em germes dentários (GD) de ratos expostos ao etanol pré-natal. Para tanto, foram utilizadas ratas Wistar divididas em: Grupo Teste (GT), que ingeriu Etanol antes e durante a gestação e Grupo Controle (GC), que ingeriu água. A análise morfológica foi realizada em cortes dos GD da prole nos estágios de Lâmina Dentária, Broto, Casquete, Campânula Precoce e Campânula Tardia corados pela técnica da Hematoxilina e Eosina. A expressão da Laminina foi verificada por reação imunistoquímica onde a porcentagem de área marcada foi calculada pelo software Image J. Verificou-se no GT menor área marcada pela Laminina, alterações morfológicas epiteliais e atraso no desenvolvimento em lamina e broto, mas não em casquete e campânula precoce e atraso na histodiferenciação e na secreção de tecidos dentários em campânula tardia.

A ingestão de etanol na gestação altera a morfologia dos GD da prole e a diminuição da Laminina parece ser um dos mecanismos biológicos envolvidos. (Apoio: CAPES)

PNf003 Efeito do Laser de Baixa Intensidade no Procedimento de Expansão Rápida da Maxila

Brando TM*, Siqueira DF, Cepera F
Odontologia - UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO.
E-mail: tiagobrando@hotmail.com

A proposta do presente estudo foi avaliar os efeitos do laser de baixa intensidade na expansão rápida da maxila (ERM). Analisaram-se 27 indivíduos divididos em dois grupos pareados pela idade inicial, atresia maxilar e densidade óptica inicial: Grupo I-14 indivíduos submetidos a ERM associada a aplicação de laser de baixa intensidade; Grupo II- 13 indivíduos submetidos somente a ERM com o aparelho Hyrax. Para este estudo utilizou-se um protocolo de 10 J/cm², com uma potência de 40 mW, distribuídos por 10 pontos ao redor da sutura palatina mediana por 10 segundos. Os estágios de aplicação foram: L1 (do primeiro ao quinto dia de ativação do Hyrax), L2 (travamento do parafuso e três dias seguidos), L3, L4 e L5 (após 7, 14 e 21 dias do L2, respectivamente). Radiografias oclusais da maxila foram realizadas em diferentes tempos: T1 (inicial), T2 (dia de travamento do parafuso), T3 (3 a 5 dias do T2), T4 (30 dias do T3), T5 (60 dias do T4). Essas radiografias foram digitalizadas e submetidas ao programa Image Tool para mensuração da densidade óptica. Para comparação entre os dois grupos realizou-se a análise de Covariância e o teste de Tukey. O teste "t" pareado e erro de Dahlberg foram utilizados para avaliar os erros sistemático e casual. Nessas avaliações foi possível observar que não houve erro sistemático nem casual, $p > 0,10$.

Com base na metodologia e diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que o laser de baixa intensidade propiciou uma melhor abertura da sutura palatina mediana e influenciou no processo de regeneração óssea da sutura acelerando seus processos de reparo.

PNf004 Avaliação do aquecimento ósseo, viabilidade celular imediata e deformação de fresas após osteotomia para implantes em tíbias de coelhos

Pereira CCS*, Carvalho ACGS, Queiroz TP, Margonar R, Garcia-Junior IR, Magro-Filho O
Cirurgia e Clínica Integrada - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: cassiano pereira@hotmail.com

F foram utilizados 12 coelhos machos brancos (*Oryctolagus cuniculus*, Nova Zelândia) submetidos a 200 sequências de fresagens para implantes na cortical superior de suas tíbias. Foram estabelecidos 6 grupos (G1 a G6) correspondendo ao número de osteotomias realizadas por cada fresa (0, 10, 20, 30, 40 e 50). As áreas osteotomizadas (fresa lança, helicoidais 2,0, 2,8, 3,0 e 3,15 mm) foram coletadas para análise imunistoquímica, as oscilações térmicas foram quantificadas e as fresas utilizadas receberam análise por microscopia eletrônica de varredura. Notou-se uma correlação alta entre a porcentagem de deformação e o número de reutilização de cada fresa (Coeficiente de Correlação de Pearson $r = 0,984$) e também que as fresas do tipo lança apresentaram maior deformação após o uso comparadas às fresas helicoidais (proporção de 2:1). Não houve correlação estatística significativa entre aumento da reutilização da fresa e aquecimento ósseo ($p > 0,05$). No entanto, a oscilação térmica durante a fresagem da lança foi maior que as demais fresagens (proporção de 3:1). A análise imunistoquímica demonstrou um equilíbrio fisiológico da expressão das proteínas Osteoprotegerina e RANKL em todos os grupos, no entanto, houve maior expressão de todas as proteínas no Grupo 6.

Concluímos que as fresas avaliadas não causam aquecimento ósseo significativo em até 50 reutilizações, no entanto, causam maior trauma tecidual na 50ª fresagem. Dessa forma, o sistema avaliado deve ser reutilizado por no máximo 40 vezes, com substituição da fresa lança após 20 osteotomias.

PNf005 Ação do laser sobre o processo de reparo após reimplante dentário: estudo histomorfométrico e imunistoquímico

Gulinelli JL*, Panzarini SR, Saito CTMH, Queiroz TP, Okamoto R, Sonoda CK, Garcia VG, Carvalho ACGS
Cirurgia e Clínica Integrada - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: jessilemos@yahoo.com.br

O objetivo deste estudo foi avaliar por análise histomorfométrica e imunistoquímica, a ação do laser em baixa intensidade (LLLT) sobre o processo de reparo após reimplante dentário em ratos. Sessenta ratos tiveram seus incisivos superiores direitos extraídos e foram divididos em seis grupos: C0, C30 e C45: o reimplante dentário foi realizado imediatamente, trinta e quarenta e cinco minutos após a exodontia respectivamente, sem nenhum tratamento do ligamento periodontal remanescente e L0, L30 e L45: o reimplante foi realizado nos mesmos tempos extra-alveolares dos controles, porém a superfície radicular e alvéolo, com remanescentes do ligamento periodontal, foram tratados com LLLT (Arseneto de Gálio e Alumínio) antes do reimplante. Os animais foram eutanasiados após 60 dias. Os resultados evidenciaram reabsorções radiculares externas por substituição e inflamatória em todos os grupos, não apresentando diferença significativa entre o grupo controle e tratado em cada período de tempo extra-alveolar ($P > 0,05$). A anquiolose, porém, foi maior no grupo L30 em comparação com o C30 ($P < 0,05$). Na análise imunistoquímica houve predominância da proteína RANKL sobre a RANK e OPG no reimplante imediato ($p < 0,05$). No período extra-alveolar de 45 minutos houve predominância da RANK sobre a RANKL ($p < 0,05$). A proteína TRAP foi predominante nos grupos tratados com LLLT no reimplante imediato e com 30 minutos de tempo extra-alveolar ($p < 0,05$).

O tratamento da superfície radicular e alvéolo com LLLT, nas especificações deste estudo, não favoreceu o processo de reparo após reimplante dentário em ratos.

PNf006 Influência da variação do posicionamento do bráquete na superfície lingual de incisivos superiores sobre a expressão do torque

Locatelli A*, Mora A, Bogacz BSS, Moresca RC, Losso EM, Pizzatto E
CENTRO UNIVERSITÁRIO POSITIVO.
E-mail: altairlocatelli@brturbo.com.br

O correto posicionamento dos bráquetes na Técnica Lingual constitui-se num dos maiores desafios, pois pequenas variações no seu posicionamento podem acarretar em grandes erros na posição dos dentes. Este estudo teve a finalidade de pesquisar a variação do torque na superfície lingual dos incisivos superiores, ao alterar a posição do bráquete no sentido vertical. Foram utilizados 30 incisivos superiores escolhidos no banco de dentes da Universidade Federal do Paraná, que apresentavam características anatômicas típicas e a superfície lingual íntegra. Um arco .018"x.025" de aço foi utilizado preenchendo a canaleta do bráquete, que foi colado em duas posições: a 2 mm da margem incisal; e no cingulo. Foi desenvolvida uma mesa de acrílico com uma haste vertical em metal, na qual está apoiado um transferidor. O ângulo formado entre a interseção do segmento vertical do arco e o eixo zero do transferidor foi medido nas duas posições estudadas. Para a comparação desse ângulo foi usado o teste "t" de Student para amostras pareadas. Para determinar o erro metodológico calculou-se o erro sistemático e erro casual. Os resultados mostraram as seguintes variações angulares: 10,47° e 26,07° para as duas alturas estudadas (2 mm da margem incisal e no cingulo respectivamente). A diferença de 15,6° na expressão do torque entre as duas posições foi significativa ($p < 0,05$).

A variação do posicionamento do bráquete na face lingual do incisivo superior pode levar a uma grande alteração na posição vestibulo-lingual deste elemento dentário.

PNf007 Avaliação prospectiva longitudinal da qualidade de vida de indivíduos submetidos à tratamento ortodôntico

Souza DFRK*, Oliveira BH, Quintão CCA, Miguel JAM
Ortodontia - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: danifeutz@yahoo.com.br

Os objetivos desse estudo foram conhecer a qualidade de vida e a auto-percepção estética de adolescentes de 12 a 15 anos de idade em tratamento ortodôntico, durante dois anos de avaliação prospectiva longitudinal. A amostra foi constituída de 402 jovens: 100 que iniciaram tratamento ortodôntico em uma instituição de ensino (Grupo Orto), e 202 que nunca receberam tratamento (Grupo Controle). A qualidade de vida foi mensurada utilizando o OHI-P14, a necessidade normativa e estética de tratamento ortodôntico foi avaliada com o Índice IOTN e o nível social com o Critério de Classificação Econômica Brasil. As avaliações foram repetidas em 3 momentos: no exame inicial (T1), um ano depois do início do tratamento ortodôntico, para o grupo Orto, e um ano após o exame inicial, para o grupo Controle (T2), e dois anos depois do início do tratamento para o grupo Orto, e dois anos depois do exame inicial, para o grupo Controle (T3). Os pacientes do grupo Orto tiveram maloclusões mais graves ($p < 0,001$), pior qualidade de vida ($p < 0,001$) e auto-avaliação estética ($p < 0,001$) do que os pacientes do grupo controle. Não houve diferenças em relação à classe social. Os pacientes do grupo Orto tiveram queda em sua qualidade de vida ($p < 0,01$) em T2, e, posteriormente, em T3, uma melhora significativa ($p < 0,05$) e melhora na auto-percepção estética em T2 e T3 ($p < 0,001$). Os pacientes do Grupo Controle não tiveram alterações significativas durante o período de avaliação.

O tratamento ortodôntico elevou significativamente a qualidade de vida e a auto-avaliação estética dos pacientes tratados, independente do gênero, idade e classe social.

PNf008 O posicionamento do incisivo inferior, conforme o tipo facial

Angélico C*, Ferrer KJN, Almeida RC, Garbui IU, Almeida MHC, Ferrer JMU
Ortodontia - FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: cris.angelico@terra.com.br

O diagnóstico é a maior preocupação dos ortodontistas, e a cefalometria radiográfica é um item indispensável na obtenção de elementos diagnóstico. Logo, o aumento de parâmetros cefalométricos é de grande valia na realização do adequado diagnóstico ortodôntico. O objetivo deste trabalho foi avaliar o posicionamento do incisivo inferior, correlacionando o mesmo com o tipo facial, em pacientes ortodônticos, antes de iniciarem o tratamento, na cidade de Rondonópolis-MT. A amostra foi constituída a partir de 1000 documentações ortodônticas, do arquivo das clínicas radiológicas da cidade; de onde selecionamos indivíduos leucodermas, com dentição permanente completa. Selecionamos 63 indivíduos, conforme a tipologia facial, que foram divididos igualmente em três grupos: 21 retrovertidos (dolicofacial), 21 neutrovertidos (mesofacial) e 21 provertidos (braquifacial). Em cada grupo, foi analisada a posição do incisivo inferior, utilizando 1-Apo linear e angular. Para análise dos dados, aplicamos inicialmente o Erro de Dahlberg, realizada através do teste t de Student pareado, para eliminar o possível erro do operador. Usamos o modelo de ANOVA, seguido do teste de comparação múltipla LSD de Fisher e o coeficiente de correlação de Pearson, para avaliar a correlação entre as variáveis. O nível de confiança considerado nas análises comparativas foi de 95%. Constatamos que, todos os valores ficaram acima dos preconizados por Ricketts.

Concluímos que, os incisivos inferiores, da população ortodôntica de Rondonópolis-MT, independente do tipo facial, apresentaram uma posição mais vestibularizada e protruída que a norma de Ricketts.

PNf009 **Estudo da prevenção da desmineralização do esmalte dentário durante tratamento ortodôntico utilizando selante de fôssulas e fissuras**

Campos MIC*, Vitral RWF, Campos CN
Pós-graduação - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.
E-mail: clinin@terra.com.br

A desmineralização do esmalte dentário durante o tratamento ortodôntico é, ainda, um problema significativo na Ortodontia. A presença de um aparato metálico retentivo sobre uma superfície dentária plana permite um sítio ideal para retenção de bactérias e restos alimentares, dificultando a higienização. O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de um adesivo ortodôntico e um selante de fôssulas e fissuras na prevenção da desmineralização do esmalte ao redor dos bráquetes ortodônticos. Foram utilizados 90 incisivos bovinos separados em três grupos de 30 dentes cada: grupo adesivo (G1), grupo selante de fôssulas (G2) e grupo controle (G3). Após a colagem dos bráquetes, os dentes foram submetidos a uma solução desmineralizadora durante 14 dias com monitoramento do pH através de um peagômetro. A análise por lupa estereoscópica e microscopia eletrônica de varredura (MEV) mostrou que em todos os 90 dentes foram observados a ocorrência de desmineralização ao redor do bráquete ortodôntico. Entretanto, as áreas de perda de esmalte foram diferentes nos três grupos (ANOVA - $p < 0,001$). O G2 apresentou uma redução significativa na incidência de desmineralização do esmalte (71,9%), enquanto esta redução em G1 foi de 38%, quando comparados com G3 (Tukey - $p < 0,001$). Ao MEV pode-se verificar a presença de crateras, poros e perda da camada aprismática do esmalte nos três grupos.

O tratamento da superfície dentária vestibular com selante resultou em significativa redução da desmineralização do esmalte.

PNf010 **Alterações tridimensionais dos arcos dentários de pacientes submetidos a tratamento orto cirúrgico da classe II**

Peixoto AP*, Gonçalves JR, Santos-Pinto A, Pizzol KEDC, Monini AC
Clínica Infantil - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: adrianoporto@hotmail.com

Pacientes que necessitam de tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática são submetidos a alterações dimensionais dos arcos dentários durante a fase ortodôntica, algumas vezes durante a cirurgia ou após a cirurgia. Estas alterações podem afetar os resultados obtidos de maneira negativa, na forma de recidivas. O presente trabalho avaliou as mudanças tridimensionais ocorridas na morfologia dos arcos dentários de pacientes tratados ortodonticamente para correção cirúrgica da má oclusão de classe II/1. Modelos de gesso de 15 pacientes submetidos a tratamento orto-cirúrgico obtidos em três diferentes tempos: (T1) modelos iniciais, (T2) modelos pré-cirúrgicos imediatos (1 a 15 dias antes da cirurgia) e (T3) modelos pós-cirúrgicos, foram digitalizados através do aparelho digitalizador tridimensional denominado MicroScribe-3DX. Para o arco Maxilar as distâncias 7-7 e 6-6 mantiveram-se estáveis, as distâncias 5-5, 4-4 e 3-3 aumentaram do T1 ao T2, mantendo-se estáveis do T2 ao T3. O comprimento do arco manteve-se do T1 ao T2, diminuindo do T2 ao T3. A profundidade do arco demonstrou um comportamento similar. Para o arco Mandibular, as distâncias 6-6, 3-3, comprimento e profundidade do arco mantiveram-se estáveis. As distâncias 5-5 e 4-4 aumentaram do T1 ao T2, mantendo-se estáveis do T2 ao T3.

Concluiu-se que parte das alterações introduzidas durante a fase ortodôntica corrobora no sentido da descompensação das características naturais inerentes aos arcos dentários de pacientes portadores de má oclusões esqueléticas de classe II, não afetando a estabilidade pós-cirúrgica.

PNf011 **Avaliação clínica do laser fluorescente como método de monitoramento da desmineralização do esmalte ao redor de bráquetes ortodônticos**

Leite F*, Nouer PRA, Garbui IU, Queiroz VS
Mestrado - CPO SAO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: fedentedeleite@yahoo.com.br

O objetivo deste estudo foi verificar se a colagem de bráquetes ortodônticos interfere na leitura do DIAGNOdent, detectar, quantificar e monitorar a desmineralização ao redor do bráquete de premolares (PM) de pacientes em tratamento ortodôntico, utilizando-se o aparelho DIAGNOdent, e avaliar a correlação entre a Leitura de Fluorescência (LF) do DIAGNOdent e o Índice de Placa (IP). Em 40 PM superiores e inferiores foram realizadas as leituras do IP e LF, antes da colagem dos bráquetes. Quarenta bráquetes metálicos GAC foram colados na superfície vestibular dos dentes com o composto Transbond XT, sendo que a área de colagem foi delimitada com vaselina sólida. Após a colagem, foi realizada novamente nos mesmos locais a LF. Novas LF e IP foram realizadas nos tempos de 30, 60, 90, 120 e 150 dias, após a colagem inicial dos bráquetes.

Os dados foram submetidos ao teste de Friszman (5%), Mann-Whitney (5%), Kruskal Wallis (5%), t (5%) e Correlação de Spearman (5%) e mostram que a colagem de bráquetes ortodônticos após isolamento com vaselina foi eficiente na proteção do esmalte dentário, pois não houve diferença estatisticamente significante nas LF, antes e após a colagem do bráquete. Não foi detectada desmineralização ao redor do bráquete em todos os dentes, nos diferentes períodos do estudo, sem diferença estatisticamente significante entre as LF. Entre as LF, nos diferentes sítios oclusal-cervical (OC-CE), não houve diferença estatisticamente significante. Não houve correlação entre a LF do DIAGNOdent e os IP de Quigley Hein (modificada) e Bonded-Bracket Index.

PNf012 **Avaliação de métodos diagnósticos para estudo da posição condilar: tomografia de feixe cônico e indicador de posição condilar (IPC)**

Weffort SYK*, Yanikian AK, Boscolo FN, Ambrosano GMB, Fantini SM
Ortodontia e Odontopediatria - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: sookim@terra.com.br

Recentemente, imagens obtidas por meio da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) têm sido utilizadas para avaliação das estruturas dento-maxilofaciais, incluindo as articulações temporomandibulares (ATM). O objetivo deste estudo foi investigar a possível correlação da posição condilar obtida entre dois diferentes métodos de avaliação: um pelo instrumento indicador de posição condilar (IPC-Panadent) e outro pela tomografia de feixe cônico da ATM. A amostra foi composta por vinte e quatro participantes, não desprogrameados. De cada participante, foram obtidos dois registros, um em relação cêntrica (RC) segundo a técnica "power center" (Roth) e outro em máxima intercuspidação habitual (MIH). As diferenças das posições condilares entre RC e MIH foram medidas nos três planos do espaço (horizontal, vertical e transversal) e avaliadas em sua direção e magnitude. Para a obtenção das imagens tomográficas foi utilizado o scanner NewTom 3G (Verona, Itália), operando a 110KV e 15 mA, com tempo de exame de, aproximadamente, 76 segundos. Para as reconstruções coronais e sagitais das ATMs, foi utilizado o programa NemoScan (Nemotec, Madri, Espanha). As medidas dos espaços articulares foram realizadas nos cortes centrais, representativos da posição da cabeça da mandíbula na fossa. Os resultados foram submetidos ao teste de correlação de Pearson. Não foi encontrada correlação significativa.

Nas condições experimentais deste estudo, concluiu-se que cada método diagnóstico estudado deve ser utilizado segundo sua indicação específica. (Apoio: FAPESP - 05/60076-4)

PNf013 **Influência da variação do posicionamento do bráquete na superfície lingual de caninos superiores sobre a expressão do torque**

Lopes SK*, Moro A, Polak PT, Moresca RC, Losso EM, Pizzatto E
Odontologia - CENTRO UNIVERSITÁRIO POSITIVO.
E-mail: saulklopes@hotmail.com

O correto posicionamento dos bráquetes na Técnica Lingual constitui-se num dos maiores desafios, pois pequenas variações no seu posicionamento podem acarretar em grandes erros na posição dos dentes. Este estudo avaliou a variação na expressão do torque do canino superior, ao se alterar o posicionamento do bráquete lingual no sentido vertical. Para esta pesquisa foram utilizados 30 dentes caninos superiores selecionados no acervo de dentes da Universidade Federal do Paraná, que apresentavam características anatômicas típicas e a superfície lingual íntegra. Um arco .018"x.025" de aço foi utilizado preenchendo a canaleta do bráquete, que foi colado em duas posições: a 2,5 mm da cúspide; e no cingulo. Foi desenvolvida uma mesa de acrílico com uma haste vertical em metal, na qual está apoiado um transferidor. O ângulo formado entre a interseção do segmento vertical do arco e o eixo zero do transferidor foi medido nas duas posições estudadas. Para a comparação do ângulo medido foi usado o teste "t" de Student para amostras pareadas. Para determinar o erro metodológico calculou-se o erro sistemático e erro casual. Os resultados mostraram as seguintes variações angulares: 29,72° e 25,65° para as duas alturas de bráquetes estudados (2,5 mm da cúspide e no cingulo respectivamente) com uma diferença significativa entre elas ($p < 0,05$).

Concluiu-se que o deslocamento do bráquete do canino superior para o cingulo proporcionou cerca de 4° de torque lingual de raiz. Esta variação deve ser considerada durante a montagem dos aparelhos.

PNf014 **Eficácia da clorexidina na redução de microrganismos periodontopatogênicos in vivo, pela técnica Checkerboard DNA-DNA Hybridization**

Andrucio MCD*, Nelson-Filho P, Saraiva MCP, Matsumoto MAN, Martins LP
Clínica Infantil - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: marcelaandrucio@gmail.com

O tratamento ortodôntico promove alterações específicas no meio bucal, como a redução do pH, aumento do acúmulo de biofilme dental e dos níveis de microrganismos na saliva, no biofilme e na superfície dos aparelhos. No entanto, a avaliação da contaminação em Ortodontia, na maior parte das vezes, se restringe a microrganismos cariogênicos. O objetivo deste estudo clínico randomizado foi avaliar a contaminação de bráquetes metálicos por 17 sondas de DNA de patógenos periodontais pertencentes aos complexos vermelho e laranja e a eficácia do gluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard®). Participaram do estudo 39 pacientes (11 a 33 anos), em tratamento ortodôntico, nos quais foram colados 2 bráquetes metálicos novos. Os pacientes do grupo Controle (n=18) fizeram 2 bochechos semanais com solução placebo, durante 30 dias e os pacientes do grupo Experimental (n=21), bochechos com clorexidina, da mesma forma que o grupo Controle. Os bráquetes foram removidos após 30 dias e processados pela técnica Checkerboard DNA-DNA Hybridization. Os resultados foram analisados por meio do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis ($\alpha=0,05$). Observou-se redução significativa no número total de bactérias ($p=0,0068$) e no número das bactérias do complexo laranja ($p=0,03$), após a realização dos bochechos com clorexidina. As espécies que apresentaram redução foram C. rectus, F. nucleatum sp nucleatum, F. nucleatum sp vicentii, F. nucleatum sp polymorphum e F. periodonticum.

O gluconato de clorexidina a 0,12% foi eficaz na redução dos patógenos periodontais durante o tratamento ortodôntico. (Apoio: CNPq - 481894/2007-1)

PNf015 **Citotoxicidade de Elásticos ortodônticos de Separação**

Santos RL*, Piñon MM, Martins FO, Romanos MTV
Ortodontia e Odontopediatria - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: lacerdaorto@bol.com.br

Os elásticos de separação são utilizados na região interdentária subgingival com finalidade de separar os dentes para colocação das bandas ortodônticas. Entretanto, a proteína do látex é conhecida como alergênicamente. O objetivo do presente estudo foi testar a hipótese que não existe diferença de citotoxicidade entre elásticos de diferentes marcas. Comparou entre si 4 marcas de elásticos de separação intra-orais de látex, divididos em 7 grupos de 9 elásticos cada: grupo A (Cor azul, modular, American Orthodontics), grupos M1 e M2 (Cor azul, modular e a granel respectivamente, Morelli), grupos M3 e M4 (Cor verde, modular e a granel respectivamente, Morelli), grupo U (Cor azul, a granel, Uniden) e grupo T (Cor azul, a granel, Tecnicent) quanto ao possível efeito citotóxico nos tecidos bucais. O ensaio de citotoxicidade foi realizado utilizando cultura de células (linhagem HEP-2, do tipo epitelíode, que tem origem em carcinoma de laringe humana) e submetidos ao Teste para células viáveis em vermelho neutro ("dye-uptake") no tempo de 24, 48, 72 e 168 h. A análise de variância e comparação múltipla (ANOVA) e teste de Tukey foram utilizados ($p < 0,05$). Os resultados evidenciaram diferença estatisticamente significante entre os grupos A, M1, M2, M3, M4 e T com o grupo U nos tempos de 24 h e 48 h ($p < 0,05$).

Pode-se evidenciar que os elásticos da marca Uniden causaram alta quantidade de lise celular com 24 e 48 h, porém todas as marcas mostraram-se biocompatíveis a partir de 72 h.

PNf016 **A morfologia do arco dental mandibular na oclusão normal natural**

Paranhos LR*, Benedicto EN, Triviño T, Berzin F, Daruge-Júnior E
Ortodontia - UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO.
E-mail: Paranhos@ortodontista.com.br

O arco dental é um dos elementos mais importantes na Ortodontia sendo determinante no tratamento das deformidades dentofaciais. Assim, este trabalho analisou a prevalência da morfologia do arco dental mandibular em uma amostra com oclusão normal natural. Os dados foram coletados de 51 pares de modelos de gesso de indivíduos brasileiros com média de idade de 17 anos e 3 meses, de ambos os gêneros. Os modelos foram digitalizados por meio de um scanner 3D e a imagem foi importada para o CorelDRAW X3 que auxiliou na determinação da linha de oclusão de Angle, obtendo a morfologia do arco para cada indivíduo. As imagens obtidas foram apresentadas para 20 ortodontistas, para avaliá-las e classificá-las em quadrangular, ovalar e triangular. Para verificar a concordância entre examinadores, da classificação da forma do arco dental foi utilizada a estatística kappa. Os resultados mostraram que a maioria (41%) da morfologia do arco dental em uma amostra com oclusão normal natural é quadrangular, seguida da ovalar (39%) e triangular (20%).

A partir da análise dos resultados obtidos, verificou-se que não existe uma única forma de arco dental mandibular em indivíduos com oclusão normal natural. Assim, o ortodontista deve utilizar a morfologia mais compatível com a forma inicial do arco do paciente para a execução do tratamento com excelência.

PNf017 Tratamento ortodôntico compensatório da classe II e sua relação com a reabsorção radicular dos incisivos superiores

Provenzano MGA*, Ramos AL, Fracasso MLC, Machado FMC, Martins JMS, Cavalleri SG, Schwab BLR

Odontopediatria - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE MARINGÁ.
E-mail: provenzano@onda.com.br

Este estudo avaliou a relação do tratamento ortodôntico compensatório da classe II com a reabsorção radicular externa (RRE) dos incisivos superiores. A RRE foi avaliada em 44 incisivos superiores de 22 pacientes tratados pela técnica straight wire, sendo 10 com extração e 12 sem extração de pré-molares. Foram usadas as radiografias iniciais e finais, as periapicais com o fator de correção para o registro da RRE e as telerradiografias para medir o deslocamento dos incisivos superiores, e registro dos dados cefalométricos ANB, 1.NA, 1-NA, SnGoGn. As radiografias foram escaneadas na proporção de 1:1 com equipamento HP SmartScan (Califórnia, EUA), 300 dpi. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney e o de correlação múltipla de Pearson. Verificou-se uma RRE média de 1,71 mm, com 25% para até 1mm; 34% entre 1-2 mm; 32% entre 2-3mm e 9% acima de 3mm. As maiores medidas de deslocamento horizontal incisal e de 1-NA e 1.NA iniciais corresponderam a uma maior RRE ($p < 0,05$). Houve uma média de deslocamento horizontal apical de 2,54 mm e incisal de 3,24 mm. Os casos com extração apresentaram maior deslocamento horizontal incisal, bem como maior magnitude de RRE (média RRE com extração = 2,35mm; média RRE sem extração = 1,19 mm).

Concluiu-se que tratamentos ortodônticos da classe II com extração dentária ($r = 0,61$) registraram uma maior reabsorção radicular externa (RRE), provavelmente pelo amplo movimento dentário. O deslocamento horizontal incisal também mostrou relação com a RRE, sendo um movimento de inclinação usado para camuflar a discrepância basal entre os arcos dentários do paciente classe II.

PNf018 Avaliação da resistência à tração, em diferentes períodos de cicatrização, de mini-parafusos utilizados como ancoragem em ortodontia

Ferrazzo VA*, Marea C, Ferrazzo KL, Tortamano A, Carregaro AB, Dominguez GC
Estomatologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.
E-mail: vilmarferrazzo@uol.com.br

Ancoragem proporcionada pela utilização de implantes dentários, mini-placas e mini-parafusos produz uma ancoragem absoluta para a execução dos diferentes tipos de movimentos ortodônticos. O objetivo do estudo foi avaliar a influência do processo de cicatrização sobre o desempenho biomecânico de mini-parafusos utilizados em ortodontia. Inserimos 60 mini-parafusos (1,6 x 6mm) auto-rosqueantes (Tomas® – Dentaurum) na maxila e na mandíbula de 5 cães adultos da Raça Beagle. Os cães foram sacrificados nos dias 0, 2, 7, 15 e 30 após a instalação dos mini-parafusos. Os maxilares foram dissecados e os corpos de provas contendo os mini-parafusos foram preparados para avaliação da resistência à tração na Máquina EMIC 2000. Os resultados demonstraram um índice de sucesso de 100% dos mini-parafusos inseridos. Após a dissecação dos segmentos ósseos, verificou-se que em alguns casos a superfície da rosca ficou parcialmente exposta, razão pela qual o cálculo da resistência à tração foi feito em relação à área real de inserção (maxila: $24,01 \pm 6,09 \text{ mm}^2$ e mandíbula: $22,88 \pm 5,31 \text{ mm}^2$), observando-se um valor médio por mm^2 significativamente maior na mandíbula ($11,60 \pm 5,22 \text{ Ncm}$) quando comparado à maxila ($8,22 \pm 5,04 \text{ Ncm}$). A relação entre a intensidade da força de tração (Ncm), superfície inserida (mm^2) e períodos de cicatrização não apresentaram diferenças significativas ($p = 0,126$).

Concluímos que os mini-parafusos avaliados demonstraram excelente desempenho biomecânico nos diferentes períodos de cicatrização analisados, apresentando maior resistência à tração no osso mandibular. (Apoio: FAPESP - 50572-0)

PNf019 Minimplante e botão lingual como ancoragem para retração inicial de caninos superiores: estudo radiográfico prospectivo*

Mendes CC*, Arantes FM, Kina J, Coclete GA, Santos ECA
Odontologia Infantil e Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: carla_cmendes@hotmail.com

Na ortodontia, procedimentos e dispositivos tem sido aplicados durante a mecânica ortodôntica com finalidade de reforço de ancoragem. O sucesso recente dos minimplantes se explica pela facilidade operacional de sua instalação, menor colaboração do paciente, não prejudica a sua estética e cria um sistema de forças mais definido. O objetivo deste trabalho foi comparar por meio de telerradiografias e panorâmicas a perda de ancoragem após a retração inicial de caninos superiores entre dois grupos. Foram selecionados 18 pacientes, divididos em dois grupos aleatórios de 9 indivíduos (A e B), triados para tratamento ortodôntico na UNESP - Araçatuba. O grupo A utilizou o minimplante enquanto o grupo B utilizou botão lingual. Para todos os pacientes foram realizadas duas telerradiografias (T1 e T2) e duas panorâmicas (P1 e P2). Para comparação entre as fases Início e Após foi utilizado o teste t pareado. Para a comparação entre os grupos de minimplante e botão lingual foi utilizado o teste t de Student para medidas independentes. Em todos os testes foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

As medidas e comparar cefalometricamente e em panorâmicas a perda de ancoragem dos molares após a retração inicial de canino, utilizando dois sistemas de ancoragem distintos (mini-implante e botão lingual), pode-se observar a inexistência de diferença estatisticamente significante entre os dois grupos. (Apoio: FAPs - FAPESP)

PNf020 Avaliação do efeito de diferentes soluções na degradação das forças produzidas por ligaduras elásticas intrabucais

Ronsani MM*, Jeromine JM, Ribeiro JS, Cattani L, Mores AU, Hepp C, Tanaka O, Camargo ES
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.
E-mail: maiara_mr@yahoo.com.br

Ligaduras elásticas são importantes fontes de força na movimentação ortodôntica. Sabe-se que não são consideradas ideais, pois a força gerada diminui em função do tempo de ativação, exposição à água, enzimas e temperatura. Propõe-se verificar o padrão de degradação da força produzida por ligaduras elásticas intrabucais (½) imersas em diferentes soluções após período de 12, 24, 36, 48, 60 e 72 horas. As ligaduras foram divididas em 6 grupos (n=20) de acordo com a solução de imersão: Saliva Artificial, Água Mineral, Coca Cola Zero, Gatorade Tangerina, Suco de Laranja e Refrigerante H2OH. Todas as ligaduras foram estiradas em quatro vezes seu diâmetro interno original e armazenadas em saliva artificial à 37°C. A cada 6 horas as ligaduras foram imersas por 15 minutos nas soluções, de acordo com o grupo pertencente. A determinação das forças liberadas foi realizada na máquina de ensaios de tração EMIC (DL-500). Para análise estatística foi realizado o teste de comparações múltiplas de Kruskal Wallis. Foi observada maior degradação da força no grupo imerso em Gatorade quando comparado com os imersos em saliva artificial, água mineral, Coca Cola Zero e Refrigerante H2OH após períodos de 12 e 24h ($p < 0,05$). Após 72h observou-se degradações equivalentes entre os grupos, exceto no imerso em Coca Cola Zero quando comparado com os imersos em Gatorade e Refrigerante H2OH ($p < 0,05$).

Conclui-se que diferentes soluções podem ocasionar maior degradação das forças produzidas por ligaduras elásticas, principalmente após períodos iniciais. (Apoio: PUCPR)

PNf021 Comparação das angulações e torques de braquetes de diferentes marcas comerciais em relação à prescrição e ao fabricante

Zanesco A*, Angelieri F, Tanaka TG, Scattaregi PL, Siqueira DF
Mestrado - UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO.
E-mail: azanesco@gmail.com

O objetivo deste estudo foi comparar as angulações e torques de braquetes de diferentes marcas tanto em relação à prescrição Roth como também aos valores preconizados pelo fabricante. Foram utilizados 5 braquetes metálicos das marcas comerciais GAC, Dentaurum, 3M Unitek, Morelli e Abzil, respectivos a cada um dos dentes anteriores superiores, totalizando 150 braquetes. Foram mensurados a angulação e o torque dos braquetes por meio de um perfilômetro, sendo comparados ao valor preconizado pelo autor e àquele a que o fabricante se propõe. Para a comparação entre as cinco marcas, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA), seguida do teste de Tukey ($p < 0,05$). Os resultados demonstraram que não houve diferença entre as marcas nos valores de torque, quando comparados à prescrição Roth. Na angulação, os caninos superiores apresentaram valores acima do proposto pelo autor para o fabricante Morelli, e para os dentes 21 e 22, a angulação foi maior para o fabricante Abzil. Na comparação dos valores de torque obtidos com aqueles recomendados pelos fabricantes, a Unitek demonstrou maior fidelidade no torque comparada às demais marcas.

Concluiu-se que as diferenças de torque quando comparados aos valores do autor e à prescrição dos fabricantes, se enquadraram nos valores de tolerância da norma DIN. Para a angulação, as diferenças encontradas quando comparadas com a prescrição do autor, não foram estatisticamente significativas, o que não ocorreu quando comparadas com o fabricante, pois houve diferenças estatisticamente significativas da marca Morelli em relação às demais marcas comerciais.

PNf022 Influência de diferentes protocolos de aplicação de laser de baixa potência na movimentação dentária induzida

Marquezan M*, Araujo MTS
Odontopediatria e Ortodontia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: marianamarquezan@terra.com.br

O objetivo desse trabalho foi avaliar o efeito de dois protocolos de aplicação do laser de baixa potência (LBP) na movimentação dentária induzida: um com irradiações diárias e outro onde irradiações se deram apenas nos períodos iniciais, visto que o efeito bioestimulador do LBP se dá nas fases proliferação e diferenciação celular. Trinta e seis ratos foram divididos em grupos controles (G1, G2, G3) e irradiados (G11, G12, G13) de acordo com a presença de dispositivo ortodôntico, presença de irradiação, protocolo de irradiação e data de eutanásia (3º ou 8º dia de experimento). A força aplicada ao molar murino foi de 40 cN e esse recebeu irradiações de laser de diodo (830 nm) com fluência de 6000 J/cm2. Ao final dos períodos experimentais, a quantidade da movimentação não diferiu entre os grupos num mesmo tempo experimental ($p > 0,05$). A análise qualitativa revelou maior atividade reabsorviva nos grupos irradiados ao final de sete dias, especialmente quando as irradiações foram diárias. O protocolo composto de aplicações diárias de LBP fez aumentar o número de vasos sanguíneos e osteoclastos no ligamento periodontal ao final de sete dias, entretanto, inibiu a deposição de colágeno imaturo no lado de tensão ($p > 0,05$).

Os resultados sugerem que ambos protocolos de irradiação testados não foram capazes de acelerar a movimentação dentária. Embora verificado incremento vascular e no número de osteoclastos quando aplicações diárias de LBP foram executadas, o reparo na zona de tensão foi inibido e reabsorções radiculares foram evidentes.

PNf023 Ação do diclofenaco potássico na movimentação dentária induzida em ratos

Retamoso LB*, Knop LAH, Shintcovsk RL, Ribeiro JS, Molina GF, Tanaka O
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.
E-mail: lucyborges@pop.com.br

A movimentação dentária induzida é baseada no princípio biológico que a pressão prolongada aplicada aos dentes resulta em remodelação óssea. O diclofenaco potássico é um anti-inflamatório não esteroide que inibe a ciclooxigenase 1 e 2, bloqueando a transformação do ácido araquidônico em prostaglandina. As prostaglandinas são mediadores químicos que estimulam a reabsorção óssea. Desta forma, este estudo objetivou avaliar o efeito do diclofenaco potássico na movimentação dentária induzida. Sessenta ratos *Wistar* foram divididos em 3 grupos: C (controle), CM (controle com movimento) e DM (diclofenaco potássico com movimento). Os animais dos grupos C e CM receberam solução salina 0,9% e do grupo DM, 5mg/Kg de diclofenaco potássico. Os animais foram eutanasiados após 3, 7 e 14 dias de uso do acessório ortodôntico e quantificaram-se histologicamente células osteoclasticas, lacunas de Howship e vasos sanguíneos no lado de compressão e tração do ligamento periodontal. A neoformação óssea no lado de tração foi avaliada pela maturação do colágeno por microscopia de luz polarizada. O teste de Kruskal-Wallis indicou redução no número de osteoclastos e lacunas de Howship, no grupo DM, nos dias 3 ($p \leq 0,001$ e $p \leq 0,01$) e 7 ($p \leq 0,01$ e $p \leq 0,001$) e redução de vasos sanguíneos no dia 3 ($p \leq 0,001$). O grupo DM apresentou maior porcentagem de colágeno imaturo ($p \leq 0,001$), nos dias 3 e 14.

Concluiu-se que o diclofenaco potássico interferiu na movimentação dentária induzida em ratos, reduzindo a reabsorção óssea e atrasando o aparecimento de colágeno maduro na matriz óssea neoformada.

PNf024 Estudo foto-elástico da mecânica de preparo de ancoragem inferior na técnica de Tweed-Merrifield utilizando-se forças direcionais

Britto PC*, Nouer PRA, Garbui IU
Ortodontia - FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: cdpierre@oi.com.br

O presente estudo avaliou através de análise foto-elástica o preparo de ancoragem inferior na técnica Tweed-Merrifield utilizando-se forças direcionais. Foi confeccionado um modelo foto-elástico de uma arcada dentária inferior com dentes artificiais de acrílico. Foram instalados sequencialmente 15 arcos ortodônticos ideais de aço inoxidável de calibre 0,019"x 0,025" com dobras progressivas de preparo de ancoragem da mecânica 10-2, na qual 10 dentes servem como ancoragem para movimentação de outros 2 com o aparelho extra-bucal gancho J apoiado nos incisivos inferiores. A distribuição da força gerada nas raízes foi analisada foto-elasticamente, sendo realizadas 12 fotografias para cada um dos 15 arcos. Os dados foram submetidos a análise estatística, nos testes Wilcoxon e U Mann-Whitney. Os resultados mostraram transmissão das forças geradas no preparo de 2 dentes aos demais 10 dentes, e anulação dos componentes anteriores de vestibularização.

Pode-se concluir que o preparo de ancoragem inferior com o uso de forças direcionais utiliza 10 dentes como ancoragem para apoio dos outros dois que são efetivamente movidos, e que os componentes anteriores da dissipação da força, que promoveriam vestibularização dos incisivos inferiores são anulados pela ação do aparelho extra-bucal gancho J. Houve homogeneidade dos resultados para dentes homólogos e também para os incisivos inferiores com o teste de Wilcoxon e somente incisivos inferiores com o teste de Mann-Whitney em todas as fases do preparo de ancoragem.

PNf025 Influência da rugosidade superficial de braquetes ortodônticos na formação de biofilme dental - Estudo *in situ*

Brandão GAM*, Motta RHL, Pereira AC, Meneghim MC, Brandão AMM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ.
E-mail: gb_net@hotmail.com

Objetivo desta pesquisa foi avaliar a influência da rugosidade superficial de braquetes ortodônticos de diferentes composições sobre o acúmulo de biofilme dental *in situ*, através da quantificação por espectrofotometria e análise topográfica em microscopia eletrônica de varredura (MEV). Para isso foi avaliada a rugosidade superficial de 72 braquetes ortodônticos (24 metálicos Morelli®, 24 compostos Morelli® e 24 cerâmicos Abzil-3M®) através de rugosímetro. Para avaliação do acúmulo de biofilme dental *in situ* foram selecionados doze voluntários, os quais utilizaram durante 3 dias dispositivos palatinos em acrílico nos quais foram fixados 6 braquetes, seguindo um esquema de aleatorização, correspondentes a duas amostras de cada tipo. No quarto dia, o biofilme dental formado sobre os braquetes foi extraído em NaOH 1,0M e quantificado em espectrofotômetro. Um ciclo adicional foi realizado para a análise da superfície e verificação da colonização de biofilme através de MEV. De acordo com o teste de análise das variâncias (ANOVA) o braquete composto apresentou maior rugosidade superficial ($p = 0,0150$), bem como, maior acúmulo de biofilme *in situ* ($p = 0,0040$), enquanto que cerâmicos e metálicos apresentaram padrões de rugosidade superficial e acúmulo de biofilme semelhantes ($p > 0,05$). O coeficiente de Pearson demonstrou correlação positiva forte ($r > 0,75$) entre a rugosidade superficial de braquetes metálicos, compostos e cerâmicos e a formação de biofilme.

Concluiu-se que as características de superfície dos braquetes estudados influenciaram positivamente a aderência bacteriana.

PNf026 Comparação entre as necessidades normativas de tratamento ortodôntico e as autopercebidas por adolescentes de Londrina - Pr

Romero E*, Maciel SM, Tambelini CA, Barata TJE, Poli-Frederico RC, Carreiro LS, Ramos AL, Cardoso JR
UNIVERSIDADE NORTE DO PARANÁ.
E-mail: elaine.ortodontia@gmail.com

A utilização de critérios clínicos normativos na seleção de pacientes para o tratamento ortodôntico pode superestimar os problemas de oclusão, em detrimento da percepção do indivíduo. O objetivo deste estudo transversal foi comparar as necessidades ortodônticas tecnicamente definidas (critérios normativos) e as autopercebidas (critérios subjetivos), em uma amostra de 428 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, de ambos os gêneros, da rede de ensino público de Londrina-PR. Para verificar a presença de má oclusões, utilizou-se os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo Índice de Estética Dentária (Dental Aesthetic Index - DAI), de acordo com a Organização Mundial da Saúde. A percepção dos adolescentes quanto à necessidade de tratamento ortodôntico foi identificada pela aplicação de um questionário na forma de entrevista estruturada. De acordo com o índice DAI, a necessidade normativa de tratamento ortodôntico foi detectada em 26,7% dos escolares. Houve associação estatística entre as necessidades normativas e autopercebidas ($p < 0,01$). No grupo de adolescentes que apresentavam necessidade normativa foi encontrada a maior proporção daqueles que julgavam necessitar de tratamento ortodôntico (77,4%). Após análise univariada, apenas duas variáveis mostraram-se significativas com a regressão de Poisson: a satisfação com o sorriso (RP=1,64; IC95%: 1,05-2,56) e estudar na região central da cidade (RP=0,18; IC95%: 0,40-0,86).

Entre os adolescentes estudados, a insatisfação com a aparência foi um fator preditor de necessidade normativa de tratamento ortodôntico, enquanto que estudar na região central da cidade foi um fator protetor dessa necessidade.

PNf027 Avaliação da presença dos segundos molares superiores na distalização com o aparelho Jones Jig

Storniolo JM*, Henriques JFC, Pinzan A, Patel MP
Odontop, Ortodontia e Saúde Coletiva - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURU.
E-mail: justorniolo@yahoo.com.br

Influência dos segundos molares superiores na distalização dos primeiros molares é considerada uma controvérsia na literatura. Alguns autores têm comprovado que a presença dos segundos molares aumenta o tempo de tratamento, resulta em maior angulação e maior perda de ancoragem. Porém outros confirmam que a presença e a posição dos segundos molares não interferem na qualidade e quantidade da distalização. Avaliou-se neste trabalho se a presença dos segundos molares superiores pode interferir na distalização dos primeiros molares superiores, bem como no comportamento dos dentes de ancoragem. Foram avaliados 30 pacientes que utilizaram inicialmente o distalizador Jones Jig para corrigir a má oclusão de Classe II. As telerradiografias foram obtidas em dois estágios de observação: antes e após a distalização. As medidas cefalométricas foram submetidas ao teste t de Student.

Os resultados mostraram que a presença dos segundos molares superiores não interferiu significativamente na perda de ancoragem e na movimentação linear de pré-molares e molares superiores, contudo a angulação distal dos primeiros molares superiores foi significativamente maior ao final da distalização.

PNf028 Contaminação microbiana *in vivo* de braquetes metálicos, por meio da técnica de Checkerboard DNA-DNA Hybridization

Vieira CI V*, Andruccioli MCD, Nelson-Filho P, Saraiva MCP, Matsumoto MAN, Martins LP
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: camilla_ivini@hotmail.com

Vários autores avaliaram a contaminação microbiana em aparelhos ortodônticos empregando técnicas de cultura microbiana. No entanto, novas técnicas de biologia molecular tornaram possível a identificação de espécies bacterianas de maneira mais confiável. Este estudo clínico randomizado avaliou a contaminação de braquetes metálicos por 40 sondas de DNA de diferentes espécies bacterianas. Participaram do estudo 18 pacientes (11 a 33 anos) em tratamento ortodôntico, nos quais foram colados 2 braquetes metálicos novos. Após 30 dias, os braquetes foram removidos e processados pela técnica Checkerboard DNA-DNA Hybridization. A análise descrita dos resultados mostrou que a maioria dos microrganismos estava presente em 100% dos indivíduos, exceto *S. constellatus*, *C. rectus*, *T. forsythia*, *T. socranskii* e *L. acidophilus* (94,4%); *P. acnes* 1 e *E. nodatum* (88,9%) e *T. denticola* (77,8%). Dentre as bactérias cariogênicas, *S. mutans* foi encontrado em maiores quantidades, enquanto que *L. casei* foi a bactéria menos observada. Das bactérias periodontopatógenas, as pertencentes ao complexo laranja estavam em maiores quantidades do que as do complexo vermelho. Dentre as demais espécies não associadas com patologias específicas (demais complexos), a bactéria observada em maior quantidade foi *V. parvula*, enquanto *P. acnes* 1 a que se encontrou em menor quantidade.

Os braquetes metálicos encontram-se multicolonizados por diversas espécies bacterianas, sugerindo que medidas preventivas devem ser adotadas para prevenir o desenvolvimento de doenças durante o tratamento ortodôntico (Apoio: CNPq - 0013.0.138.000-)

PNf029 Comparação das forças de atrito geradas em braquetes estéticos com braquetes metálicos

Grillo VR*, Giacomini C, Zamora MS M, Martins MF, Vedovello-Filho M, Vedovello SAS, Flório FM, Motta RHL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: vagrillo@yahoo.com.br

Objetivo do estudo foi avaliar a força de atrito gerada em dois diferentes braquetes: estéticos - Transcend®(G1) e metálico: Monobloc Morelli®(G2), respectivamente. Para tanto, foi utilizado um dispositivo adaptado a máquina EMIC DL2000 para simular uma situação de movimento de retração na mecânica de deslize. A movimentação simulada foi relacionada a um segmento da arcada superior do lado direito, de incisivo central ao segundo pré-molar. Foram realizados 14 testes em duplicatas, com fios de aço inoxidável "019X.025" e ligadura elástica convencional e de mesmo lote. A velocidade do ensaio foi de 10mm/min. Para cada teste realizado, foram trocados os fios e ligaduras. Os parâmetros avaliados foram atrito estático (AE), atrito dinâmico (AD) e força máxima (FM). Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística (Teste t de Student e Mann-Whitney, $\alpha=5\%$). Para G1, os resultados (Média±DP) foram: G1: AE (442,3 gf ± 67,5), AD (466,0 gf ± 77,0) e FM (400,1 ± 44,07) e para G2: AE (349,9b ± 43,1), AD (367,5b ± 43,3) e FM (517,9gf ± 89,4). Houve diferença estatística significativa para todos os parâmetros avaliados ($p < 0,05$).

Concluiu-se que o braquete metálico gera maior atrito que o braquete Transcend®.

PNf030 Efeitos da mordida construtiva do Ativador Elástico Aberto de Klammt no tratamento da má oclusão de Classe II

Gonçalves RC*, Santos-Pinto A, Raveli DB, Gandini-Júnior LG, Meloti AF
Clínica Infantil - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: renata_odonto@hotmail.com

Objetivo foi avaliar a influência da mordida construtiva nas alterações dentoalveolares induzidas pelo ativador. A amostra foi constituída por 10 meninas e 7 meninos, com má oclusão de Classe II e idade média inicial de 8,5 anos. O período de tratamento foi de 1 ano. A mordida construtiva foi obtida com o Exactbite em relação de topo-a-topo no sentido anteroposterior e com 3 mm de altura na região incisiva. As alturas do acrílico foram medidas com paquímetro digital e a quantidade de avanço mandibular foi medida pelo overjet na telerradiografia lateral inicial. As alterações verificadas pelo software DFPPlus foram analisadas pelo teste t de Student e a correlação das dimensões da mordida construtiva com alterações dentoalveolares, pelo índice de correlação de Pearson. Os resultados mostraram que o aumento da altura do acrílico promove maior inibição do deslocamento anterior da espinha nasal posterior e maior diminuição do índice facial de crescimento. Conforme se aumenta a quantidade de avanço, promovem-se maiores: deslocamento inferior da espinha nasal posterior e do pogônio; rotação anti-horária do plano palatino; aumento do comprimento mandibular total, da altura alveolar superior anterior e do ângulo interincisivo; diminuição da altura alveolar inferior anterior; redução da discrepância intermaxilar e do overjet e verticalização dos incisivos superiores.

Concluiu-se que as diferentes dimensões vertical e horizontal da mordida construtiva influenciaram nas alterações dentoalveolares induzidas pelo aparelho no tratamento da Classe II. (Apoio: FAPESP - 2006/01138-2)

PNf031 Influência da maturação óssea no tratamento da Classe II, divisão 1, com Bionator de Balters

Magno AFF*, Santos-Pinto PR, Santos-Pinto CCM, Caldas SGFR, Martins IP, Vieira CI V, Santos-Pinto A, Martins LP
Clínica Infantil - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: mandamagno@yahoo.com.br

O tratamento da má oclusão de Classe II com aparelhos funcionais é capaz de reorganizar o crescimento e desenvolvimento normal da face, com efeitos esqueléticos e dentoalveolares, porém, há controvérsia quanto ao seu real significado sobre estes efeitos. Este estudo propôs avaliar a influência da maturação óssea no processo de crescimento e desenvolvimento mandibular e dentoalveolar na correção da Classe II, divisão 1, com Bionator de Balters. Foram avaliados 3 grupos: Grupos tratados I e 2 (G1 e G2), com 6 crianças de 7 a 8 anos e 10 crianças de 9 a 10 anos, respectivamente; e Grupo controle, sem tratamento, com 7 crianças de 8 a 9 anos. Telerradiografias laterais em 45° foram utilizadas para avaliação das alterações ósseas e dentárias, e implantes metálicos foram inseridos na mandíbula para sobreposições radiográficas. Os dados foram avaliados estatisticamente pelo teste t de Student e pela análise de variância (ANOVA). Os grupos, analisados individualmente, apresentaram crescimento de todos os pontos esqueléticos de forma significativa, mas, comparados entre si, não apresentaram diferenças quanto à quantidade de crescimento mandibular. Quanto às alterações dentárias, verificou-se maior inclinação dos incisivos inferiores para vestibular em G1 e maior extrusão dos 1° molares permanentes em G2.

A maturação óssea não influenciou o tratamento com o Bionator de Balters quanto ao crescimento mandibular, mas mostrou influência sobre as alterações dentoalveolares. Houve maior vestibularização dos incisivos inferiores nas crianças mais imaturas e maior extrusão dos 1° molares permanentes nas menos imaturas.

PNf032 Avaliação histológica da atividade antiinflamatória de Zeyheria montana e Serjania erecta em pulpite experimental em ratos

Nossa PM*, Couto LB, Silva-Sousa YTC, Perez DEC
Odontologia - UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: patty.nossa@ig.com.br

Neste estudo avaliou-se, por meio de análise histológica semi-quantitativa, a atividade antiinflamatória dos extratos etanólicos de *Serjania erecta* e *Zeyheria montana*, em pulpite experimental em ratos. Os extratos vegetais foram preparados a partir de folhas secas moídas das 2 espécies. Para induzir inflamação pulpar, foram realizadas cavidades na face mesial dos primeiros molares inferiores de 45 ratos machos (*Rattus norvegicus albinus* Wistar), sem causar exposição pulpar. Em seguida, os animais foram distribuídos em 4 grupos, de acordo com o tratamento realizado: G1, dentes sem preparo de cavidades; GII, preparo de cavidades e administração IP de solução salina; GIII, dose única IP de 300 mg/Kg de extrato etanólico de *Zeyheria montana*; GIV - dose única IP de 300 mg/Kg de extrato etanólico de *Serjania erecta*. Após 6, 12 e 24 horas, 5 animais de cada grupo foram eutanasiados sob sedação anestésica. A análise histológica do tecido pulpar foi realizada na região imediatamente abaixo da cavidade, atribuindo escores, os quais foram analisados pelo teste múltiplo de Dunn, com significância de 5%. Após 12 horas, o grupo *Zeyheria montana* apresentou índice inflamatório significativamente menor ($p < 0,05$) que o grupo solução salina. Decorridas 24 horas, o grupo *Zeyheria montana* apresentou índice inflamatório significativamente menor que os grupos solução salina ($p < 0,01$) e *Serjania erecta* ($p < 0,05$).

O extrato etanólico de *Zeyheria montana* apresentou melhor atividade antiinflamatória pulpar, quando comparado ao grupo controle positivo e ao extrato etanólico de *Serjania erecta*.

PNf033 Estudo comparativo *in vivo* da confiabilidade dos localizadores apicais Bingo 1020 e Root ZX

Puertas KV*, Lima GRA, Monaco RJ, Martins MD, Bussadori SK, Romero SS, Fernandes KPS
Odontologia - CENTRO UNIVERSITÁRIO NOVE DE JULHO.
E-mail: katiapuertas@uol.com.br

O uso de localizadores apicais tem aumentado a precisão da manobra odontométrica durante a clínica endodôntica. Este estudo avaliou *in vivo* a precisão dos localizadores apicais Bingo 1020 e Root ZX em 21 dentes unirradiculares com indicação para exodontia. Após os procedimentos de anestesia, isolamento e cirurgia de acesso, foi realizada a odontometria com os dois localizadores citados. Os dentes foram extraídos realizou-se a medição do comprimento dos mesmos do ponto de referência incisal até que a ponta da lima surgisse no forame apical dos canais. A comparação das medidas, realizada por meio do teste ANOVA complementado por Tukey (significância de 5%), evidenciou que não houve diferença significativa entre as medidas eletrônicas e a medida real.

Os localizadores apicais Bingo 1020 e Root ZX mostraram ser meios precisos na determinação da medida do canal radicular

PNf034 Avaliação da resposta da polpa dentária de cães após pulpotomia e recobrimento com MTAs brancos

Bortoluzzi EA*, Broon NJ, Consolaro A, Felipe WT, Felipe MCS, Bramante CM
Estomatologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
E-mail: edubortoluzzi@hotmail.com

O objetivo do trabalho foi avaliar a resposta do tecido pulpar de dentes de cães após pulpotomia e recobrimento com ProRoot MTA branco (Dentsply), MTA Branco (Angelus) e cimento Portland branco (Irajazinho). Foram utilizados os 2^o e 3^o pré-molares superiores e os 3^o e 4^o pré-molares inferiores de 3 cães com 8 meses de idade, perfazendo um total de 24 dentes (48 raízes). Após o isolamento e acesso endodôntico, a pulpotomia foi realizada com brocas e curetas de dentina afiadas. Controlada a hemorragia, a polpa radicular remanescente foi recoberta com os materiais e a cavidade de acesso restaurada com uma camada de IRM e outra de amálgama. Para cada material foram empregados 8 dentes num total de 16 raízes. Todos os animais receberam os 3 cimentos, que foram manipulados segundo a proporção pó/líquido estabelecida pelo fabricante do ProRoot. Após 90 dias, os animais foram mortos e os dentes processados para análise histológica, na qual foi avaliada a presença e a qualidade da barreira de tecido mineralizado, tipo e intensidade da reação inflamatória, a presença de dentina reacional, da camada odontoblástica, de células gigantes e de partículas dos cimentos. Em todas as amostras foi observada a formação de uma barreira de tecido mineralizado espessa e completa. Na maioria dos espécimes (n=45) a camada odontoblástica estava preservada e constituída por células alongadas. O tecido pulpar subjacente encontrava-se íntegro e sem inflamação.

Os resultados mostram que a resposta do tecido pulpar foi semelhante independentemente do tipo de cimento empregado. (Apoio: CNPq)

PNf035 Tomografia de feixe cônico X radiografia periapical digitalizada: comparação da mensuração de lesões periapicais

Nakazone PA*, Tanomaru-Filho M, Guerreiro-Tanomaru JM, Gonçalves M
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: paulanakazone@yahoo.com.br

A tomografia computadorizada volumétrica representa importante meio de avaliação das estruturas dentárias e ósseas adjacentes. Uma das indicações de seu uso consiste na avaliação de lesões periapicais visando planejamento cirúrgico ou proervação de casos clínicos. O objetivo deste estudo foi comparar as medidas obtidas de lesões periapicais de dentes tratados endodônticamente, por meio das imagens radiográficas digitalizadas resultantes da técnica periapical e da tomografia computadorizada de feixe cônico. Para a realização deste estudo, foram selecionados 15 dentes com necrose pulpar e lesão periapical crônica visível radiograficamente. Os pacientes previamente selecionados receberam o tratamento endodôntico indicado e ao final deste procedimento, foram submetidos ao exame radiográfico e tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone beam I-CAT). As imagens foram obtidas (em mm) após calibração com os dois métodos utilizando-se programa de imagens. Os dados obtidos (mm²) foram submetidos à análise estatística por meio do Teste T Pareado com P<0,05. Os resultados mostraram que há diferença significativa entre as medidas obtidas por cada método, sendo as mesmas maiores quando analisadas pela tomografia (p<0,05).

Conclui-se que os métodos radiográfico e tomográfico proporcionam diferentes mensurações da lesão periapical, sendo estas maiores quando analisadas pela Tomografia de Feixe Cônico.

PNf036 Estudo *in vitro* da anatomia dos canais da raiz mesiovestibular em primeiros molares superiores utilizando diferentes métodos de estudo

Ferrari VBC*, Pereira RS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO.
E-mail: vivianybc@gmail.com

Este estudo avaliou *in vitro* as variações na anatomia interna da raiz mesiovestibular (MV) de primeiros molares superiores, por meio de raios X, microscopia operatória (MO), Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB) e diafanização. Foram utilizados 50 dentes que foram acessados, radiografados, tomografados, fotografados (soalho) e diafanizados. Os resultados demonstraram que a prevalência de canais MV2 (segundo canal na raiz MV) foi de 70% tanto na diafanização como na TCCB. Nas análises radiográficas e do microscópio operatório foram de 67,3% e 66% respectivamente. As configurações tipo I (um canal e um forame) e II (dois canais e um forame) foram as mais encontradas. Em relação ao número de forames os resultados da diafanização e TCCB também foram idênticos, 40% dois forames e 60% um. As ramificações anômicas como deltas apicais (28%), canais secundários (38%), acessórios (10%), recorrentes (6%) e intercanais (24%) foram visualizadas com bastante nitidez na diafanização e em apenas alguns dentes na TCCB.

Concluiu-se que a diafanização é um excelente método para a avaliação da complexa anatomia interna da raiz MV, porém com limitações por ser tratar de um método laboratorial. Já a TCCB por ser um método não invasivo, passível de ser efetuado em pacientes e, por se mostrar bem confiável, nesta pesquisa, demonstra ser de grande importância para o endodontista, podendo ser utilizado tanto no pré-tratamento, auxiliando o diagnóstico e planejamento como em soluções para problemas encontrados trans e pós endodontia relacionados à raiz MV de primeiros molares superiores

PNf037 Estudo comparativo da flexibilidade de instrumentos endodônticos rotatórios ProTaper Universal, K3 e Endosequence

Viana ACD*, Bahia MGA, Buono VTL
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.
E-mail: acdviana@yahoo.com.br

A elevada flexibilidade dos instrumentos rotatórios de NiTi depende de suas características estruturais e geométricas. Foi realizado um estudo comparativo entre instrumentos de NiTi ProTaper Universal (PTU), K3 e EndoSequence (ES). A composição química e as temperaturas de transformação dos instrumentos foram caracterizadas através de EDS, DRX e DSC. O diâmetro a 3mm da ponta e a área da seção transversal dos instrumentos foram determinados por meio de análise de imagens empregando o programa Image-Pro Plus 6.0. Os instrumentos (n = 10) foram submetidos a ensaios de flexão a 45° de acordo com a especificação ISO 3630-1. Os resultados foram analisados estatisticamente pelo teste ANOVA ($\alpha = 0,05$). Todas as limas apresentaram adequada razão estequiométrica entre Ni e Ti e temperaturas de transformação favoráveis à ocorrência da super-elasticidade. Foi observada uma correlação direta entre a flexibilidade e os parâmetros área da seção e diâmetro dos instrumentos a 3 mm da ponta. Os instrumentos K3 apresentaram maiores momentos de dobramento a 45°, seguidos pelos instrumentos PTU e ES, embora para os dois últimos só haja diferença significativa entre instrumentos de maior calibre.

Conclui-se que, embora tenham sido identificadas pequenas diferenças entre as características estruturais destes sistemas de instrumentos de NiTi, parâmetros geométricos constituem bons indicadores para avaliação da flexibilidade dos mesmos. (Apoio: FAPs - FAPEMIG)

PNf038 Determinação *in vivo* da precisão e confiabilidade de um novo modelo de localizador foraminal eletrônico

Onoda HK*, Pereira KFS, Yoshinari GH, Guerisoli DMZ, Silva PG
Odontologia Clínica - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.
E-mail: helio_onoda@hotmail.com

O estabelecimento do correto comprimento real de trabalho é de fundamental importância para o êxito do tratamento endodôntico. Avaliou-se *in vivo* a precisão e confiabilidade de leitura do localizador foraminal eletrônico Quill Apex Locator®. Foram triados para o estudo, pacientes com indicação para exodontia por motivos ortodônticos e periodontais, o que resultou numa amostra de 24 canais. Os dentes foram previamente radiografados com a intenção de detectar perfurações, tratamentos endodônticos prévios e calcificações. Realizadas as aberturas coronárias, procederam-se às leituras no ponto correspondente do aparelho ao forame apical. Após, recuou-se 1mm para, então, fixar o instrumento e realizar a extração. Na sequência, os ápices foram desgastados, objetivando visualizar a ponta do instrumento fixado e a continuidade do canal até o forame apical. A distância entre a extremidade final da lima e a real saída foraminal foram medidas com o MEV. O aparelho obteve média de 1,089 mm e o teste t bicaudal revelou não haver diferenças significativas ($p = 0,338$) entre os valores experimentais encontrados e o valor hipotético testado de 1 mm.

O estudo demonstrou que o localizador foraminal eletrônico Quill Apex Locator® foi preciso e confiável na determinação de um comprimento de trabalho aceitável no tratamento endodôntico.

PNf039 Conhecimento dos socorristas da VIAPAR (Paraná, Brasil) sobre traumatismo dentário

Nagata JY*, Hidalgo MM
Odontologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ.
E-mail: ju_nagat@hotmail.com

O tratamento imediato de um traumatismo dentário é determinante para o seu prognóstico favorável, e uma parcela da população que pode estar diretamente envolvida com estes incidentes são os bombeiros socorristas. Neste contexto, a proposta deste trabalho foi avaliar o nível de conhecimento sobre traumatismo dentário de socorristas das Rodovias Integradas do Paraná (VIAPAR) por meio de um questionário. A pesquisa contou com 80 participantes, dentre eles bombeiros socorristas e auxiliares de enfermagem dos sete postos de atendimento da empresa. Dados como gênero, idade, escolaridade, tempo de trabalho e função exercida foram coletados, assim como perguntas referentes ao reconhecimento e conduta diante de uma avulsão, fratura, intrusão e luxação dentária. A maioria dos entrevistados avalia que reconhece com certeza uma avulsão (51%), uma fratura (45%) e uma luxação dentária (36%), porém não reconhece uma intrusão dentária (35%). Quanto à conduta dos participantes diante desses traumas, observou-se que tanto para a avulsão como fratura dentária não foi observado conhecimento adequado. Por outro lado, notou-se conhecimento satisfatório frente à intrusão e luxação dentária. Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre o número de respostas corretas e o tempo de formado dos entrevistados.

Diante disso, observa-se que os socorristas da VIAPAR não se consideram capazes de reconhecer uma intrusão, e não agiriam corretamente diante de uma avulsão ou fratura dentária, o que mostra a necessidade de estratégias voltadas para uma capacitação continuada destes profissionais.

PNf040 Preenchimento de canais laterais simulados por diferentes tipos de guta-percha e Resilon pelo Sistema Obtura II

Sant'Anna-Júnior A*, Guerreiro-Tanomaru JM, Bosso R, Faria-Júnior NB, Duarte MAH, Tanomaru-Filho M
Endodontia - FACULDADES INTEGRADAS DE SANTA FÉ DO SUL.
E-mail: arnaldo.santanna@telefonica.com.br

O Sistema de Obturação termoinjetável Obtura II utiliza guta-percha previamente aquecida. Diferentes marcas de guta-percha em bastão podem ser usadas. O Resilon é um material resinoso semelhante à guta-percha, podendo ser adaptado para uso no Sistema Obtura II. Este estudo avaliou a capacidade de preenchimento de canais radiculares laterais simulados após obturação pelo Sistema Obtura II com os seguintes materiais: Obtura Regular (OBR), EndoFlow (EDF) e dos cones Resilon (RE). Foram confeccionados canais laterais com brocas de 0,3 mm de diâmetro nos três terços do canal radicular de dentes de resina. O preenchimento foi avaliado por meio de radiografias digitalizadas em software Image Tool, sendo delimitada área total do canal lateral e área de preenchimento. Os dados obtidos foram submetidos ao teste ANOVA e Tukey com 5% de significância. Os resultados demonstraram para os 3 terços do canal radicular maior capacidade de preenchimento dos canais laterais para o EDF e RE ($p<0,05$) em relação a OBR.

Concluiu-se que a guta-percha EDF e o material Resilon apresentam boa capacidade de termoplastificação para uso no Sistema Obtura II. (Apoio: FAPs - Fapesp. - 07/00424-4)

PNf041 Eficácia anestésica da mepivacaína e da lidocaína em molares inferiores com pulpite irreversível

Visconti RP*, Adde CA, Tortamano IP, Buscariolo JA

Estomatologia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.

E-mail: dravisconti@gmail.com

O objetivo deste estudo é comparar a eficácia anestésica da mepivacaína 2% com a lidocaína 2%, ambas associadas à epinefrina 1:100.000 no bloqueio do nervo alveolar inferior (BNAI), na pulpectomia, de molares inferiores com pulpite irreversível, diagnosticada com teste térmico (positivo ao frio e declínio lento), e com relato de dor moderada ou intensa (escala verbal de dor). Pacientes do Setor de Urgência com pulpite receberam, aleatoriamente, 3,6 ml de uma das soluções, depois da primeira injeção e para confirmar o bloqueio é aplicado teste elétrico (Vitality Scanner-SybronEndo, USA). Quando não efetivado o bloqueio do NAI em 10 minutos, se injetará outro tubete. E se confirmado o procedimento de pulpectomia será iniciado, onde o paciente relatará qualquer incomodo. E quando necessário se complementar a anestesia com as técnicas intraligamentar e /ou pulpar. A estatística utilizada é o Qui-quadrado. Resultados parciais: 1)No BNAI todos os pacientes demonstraram anestesia do lábio e língua; 2)O sucesso no bloqueio do nervo alveolar inferior foi de 100% nos dois grupos (lidocaína e mepivacaína), confirmado pelo teste no dente adjacente (sadio); 3)Mesmo instalado o BNAI não foi possível realizar a pulpectomia sem complementação anestésica; 4)Quanto a complementação anestésica (intraaligamentar) a lidocaína teve eficiência em 40% dos casos, já a mepivacaína em 44%.

Concluímos com esses resultados preliminares que as soluções bloquearam o nervo alveolar inferior, porém foram ineficientes para a realização da pulpectomia em dentes com pulpite, necessitando da complementação anestésica. (Apoio: CAPES)

PNf042 Avaliação da remoção da camada residual das paredes dentinárias após o uso de diferentes substâncias químicas e agulhas de irrigação

Oliveira AP*, Raldi DP, Habitante SM, Lage-Marques JL

Odontologia - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ.

E-mail: adriana_pacheco@uol.com.br

Este estudo objetivou avaliar a remoção da camada residual das paredes dentinárias, empregando-se o EDTA-T e MTAD com três tipos de agulhas de irrigação. Para tanto, foram utilizados 21 dentes unirradiculares, que após a instrumentação dos canais radiculares foram alocados, de acordo com a solução irrigadora, em 3 grupos: G1 (n=9)- EDTA-T, G2 (n=9)- MTAD e G3 (n=3)- controle -soro fisiológico. Estes por sua vez, de acordo com a agulha testada, foram subdivididos em subgrupos A,B e C: A- agulha BD PrecisionGlide, 24G-3/4; B- agulha Squirt Brush Professional XS e C- agulha ProRinse 28G. Os espécimes foram seccionados longitudinalmente e preparados para análise em MEV. Foram realizadas 20 eletromicrografias por subgrupo experimental e 8 por subgrupo controle, sendo selecionadas 4 áreas centrais ao nível do terço médio e apical de cada espécime. As imagens foram digitalizadas e o grau de limpeza das paredes dentinárias foi avaliado por 3 examinadores calibrados por meio do programa Fotoscore, a partir de escores pré-determinados. Após análise estatística pelo teste Kruskal-Wallis constatou-se maior remoção da camada residual nos subgrupos 1B, 2B e 1C, sem diferença estatisticamente significante entre os dois últimos (p>0.05) e um menor grau de limpeza nos subgrupos 2A, 2C e 1A, sem diferença significante entre os mesmos (p>0.05).

Concluiu-se que tanto as substâncias químicas quanto as agulhas de irrigação influenciaram na qualidade de limpeza obtida e a associação EDTA-agulhas Squirt Brush representou o regime de maior eficácia para a remoção da camada residual.

PNf043 Estudo, in vitro, da infiltração marginal coronária de materiais restauradores provisórios utilizados na Endodontia

Carvalho FB*, Cerqueira EGCF, Miranda CB, Rasquin LC

Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

E-mail: fabiolabcarvalho@ig.com.br

O uso de restauradores provisórios entre sessões é um dos fatores que determina o sucesso do tratamento endodôntico, uma vez que evita a percolação de bactérias e toxinas para o sistema de canais radiculares. O objetivo deste estudo foi avaliar a infiltração marginal coronária de quatro restauradores provisórios utilizados na Endodontia: Dentalville, Bioplic, Vidron R e IRM. Foram utilizados 80 molares humanos extraídos que após a realização da abertura coronária tiveram o fundo da câmara pulpar preenchido com uma bolinha de algodão impregnada com a solução de dimetilglioxina 1%. Em seguida os dentes foram divididos em quatro grupos de vinte dentes cada e selados com os materiais restauradores a serem avaliados. Os espécimes foram submetidos à ciclagem térmica por 30 minutos e em seguida, imersos na solução de sulfato de níquel 5% por 24 e 48 horas. Após esses períodos os dentes foram clivados longitudinalmente e analisada a infiltração marginal. Os resultados mostraram que houve diferença significativa entre os diferentes materiais avaliados nos dois períodos (Kruskal-Wallis). O teste de comparações múltiplas de Dunn demonstrou que entre os materiais avaliados, o Bioplic apresentou melhor capacidade de selamento marginal. No período de 48 horas, o IRM apresentou comportamento inferior aos demais materiais.

Pode-se concluir que nenhum material foi capaz de impedir totalmente a infiltração coronária, porém o Bioplic foi superior aos demais materiais nos períodos avaliados.

PNf044 Investigação microbiológica e de endotoxinas em infecções endodônticas e avaliação da esterilização de limas endodônticas contaminadas

Martinho FC*, Chiesa WMM, Zaia AA, Ferraz CCR, Almeida JFA, Souza-Filho FJ, Gomes BPFA

Dentística Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: frederico@fop.unicamp.br

Endotoxinas de bactérias Gram-negativas (G-) presentes nas infecções endodônticas primárias (IEPs) apresentam potente efeito citotóxico aos tecidos periapicais em baixas concentrações. A porção tóxica das endotoxinas (Lipídio A) é capaz de resistir a temperaturas extremas. Limas endodônticas (LEs) utilizadas durante o tratamento estão sujeitas a tal contaminante, podendo resistir a métodos de esterilização. Os objetivos foram: 1) Investigar bactérias (G-) nas IEPs 2) Verificar e quantificar endotoxinas em LEs utilizadas na exploração dos canais radiculares 3) Avaliar protocolos de esterilização na eliminação de microrganismos (MO) e de endotoxinas destas mesmas LEs. 22 amostras microbiológicas e 44 amostras de endotoxinas foram coletadas de dentes com necrose pulpar. As amostras de endotoxinas foram divididas em: G1: autoclave 121 °C / 15 minutos (n= 22) e G2: estufa 170 °C / 1 hora (n=22). Cultura/PCR (16rRNA) e teste turbidimétrico foram utilizados. Entre as espécies (G-) investigadas, P. nigrescens (31,8%) e P. endodontalis (22,7%) foram as mais frequentes. Não foram encontrados MO nas LEs esterilizadas. Endotoxina foi detectada em 100% das LEs antes da esterilização (n=44) - média =2,62 EU/mL. A mediana do percentual de redução de endotoxina foi de 98,35% (86,44 - 99,94%) no G1 e de 75,96% (12,19 - 99,82%) no G2 (p<0,05). viáveis

Concluiu-se que nenhum dos protocolos de esterilização testados (utilizados em consultório) foi capaz de eliminar endotoxina das LEs, sendo eficazes apenas na eliminação de MO viáveis. (Apoio: FAPs - FAPESP - 07/58518-4)

PNf045 Citocompatibilidade de um cimento biocerâmico nanoparticulado comparado ao MTA em extratos de células mesenquimais humanas

De-Deus G, Senne MIA*

Procedimentos Clínicos Integrados - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

E-mail: endogus@gmail.com

Este estudo teve como objetivo avaliar e comparar os efeitos citotóxicos do MTA branco e o BioAggregate, cimento nanoparticulado, em cultura primária de células mesenquimais humanas. Para o experimento foram utilizados 56 incisivos superiores que foram submetidos a técnica de instrumentação step-back e obturados com cimento a base de óxido de zinco e eugenol e guta percha. Após cada raiz retroburada com MTA, BioAggregate ou raízes vazias (grupo controle) foi exposta ao meio de cultura por 24, 48 e 72 horas, fornecendo vários meios de extração. As células mesenquimais foram incubadas com cada meio do extrato por 24h e a toxicidade foi avaliada por três diferentes parâmetros de sobrevivência celular e integridade de cada amostra: XTT, Neutral Red (NR) e Solução o corante de cristal de violeta (CVDE). Nenhuma diferença estatística significante foi encontrada entre o MTA e o BioAggregate nos períodos experimentais (p>0.05).

Concluímos que o DiaRoot BioAggregate comportou-se in vitro semelhante a compatibilidade do MTA.

PNf046 Avaliação da composição da obturação obtida pelas técnicas da condensação lateral, técnica híbrida de Tagger, Microseal e Guttaflow

Silva MAM*, Delgado RJR, Consolmagno EC, Moraes IG, Garcia RB, Bernardineli N, Bramante CM

Dentística, Materiais Dentários e Endod - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.

E-mail: marinangelica@usp.br

Avaliando a presença de espaços vazios e a proporção entre guta-percha e cimento obturador, verificou-se a qualidade da obturação proporcionada por quatro diferentes técnicas de obturação. No estudo, 52 dentes humanos unirradiculares, foram divididos em quatro grupos (n=13), de acordo com a técnica de obturação empregada: CL - condensação lateral, HT - híbrida de Tagger, MS - Microseal, GF - Guttaflow, e tiveram o canal instrumentado através da técnica de Oregon modificada tendo como comprimento de trabalho 1 mm aquém do comprimento real do canal e batente apical confeccionado com a lima # 40. Após 48 horas da obturação, foram realizadas três seções transversais uma em cada terço do dente (cervical, médio e apical). Os fragmentos foram fotografados por meio de microscópio digital Dino Lite Plus® e analisados posteriormente, através do software Image Tools 3.0®. Para análise estatística dos resultados foram selecionados os testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis e Miller (p ≤ 0,05). Os resultados mostraram que todas as técnicas apresentaram a mesma eficácia de obturação para o terço apical. A técnica MS apresentou os melhores resultados para obturação do terço médio sendo superior à técnica GF que apresentou o pior desempenho. As técnicas MS e HT apresentaram os melhores resultados para obturação do terço cervical sendo superiores à técnica GF que obteve pior desempenho.

A técnica CL mostrou-se durante o estudo como sendo eficaz apresentando, inclusive, resultados sem diferença significante para as técnicas MS e HT que se destacaram na obturação do terço médio e apical.

PNf047 Eficácia da instrumentação rotatória com o uso do sistema Protaper em comparação com o sistema K3 frente à infecção por Enterococcus faecalis

Reis LC*, Tancredi F, Sassone LM, Souza MC, Fidel SR, Fidel RAS, Alvares GR

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

E-mail: lucianacarvalho@yaho.com.br

O objetivo deste trabalho *ex vivo* foi investigar a eficácia da instrumentação rotatória do sistema Protaper em comparação com o sistema K3 frente à infecção por *Enterococcus faecalis*. Para tal, 40 incisivos superiores foram selecionados e padronizados com patência forominal apical com lima tipo K # 20. Os dentes foram posicionados em uma haste plástica com resina fotopolimerizável pré-fixada na tampa de um tubo do tipo BD vacutainer de 10ml. Após a esterilização por óxido de etileno, os dentes foram inoculados com cepa de *E. faecalis* por 48 horas. Posteriormente, foram divididos em dois grupos, de acordo com o sistema rotatório utilizado: Grupo I - Protaper e Grupo II - K3. Nos 2 grupos a instrumentação foi realizada com o auxílio do creme Endo PTC e NaOCl a 4,5%. Em seguida, os espécimes foram imersos em meio de cultura *enterococcosel* por 7 dias. Grupos controle positivo e negativo para crescimento bacteriano foram realizados (n=5, cada). No Grupo I, 70% das amostras apresentaram turvamento do meio de cultura demonstrando persistência da infecção. Já no Grupo II, 20% das amostras tiveram crescimento bacteriano (p<0,05; teste t). O resultado foi confirmado repicando as amostras em novos meios de cultura.

Pode-se concluir que a instrumentação rotatória com os sistemas Protaper e K3 associadas ao creme Endo PTC e NaOCl a 4,5% foi capaz de reduzir mas não de eliminar a contaminação bacteriana por *E. faecalis* de todas as amostras.

PNf048 Avaliação da limpeza da superfície dentinária radicular utilizando diferentes substâncias químicas

Silva JM*, Pessoa OF, Zaia AA, Prado LC, Silveira AC, Santos ESC, Andrade-Junior CV

Clínica Odontológica - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ.

E-mail: melo_juliana@yahoo.com.br

O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficiência de remoção do Hidróxido de Cálcio [Ca(OH)2] utilizando diferentes substâncias químicas. Para isto, foram utilizados 48 molares humanos. As amostras foram preparadas através da técnica escalonada regressiva e preenchidas com Ca(OH)2 associado a soro fisiológico (2:1), em seguida armazenadas à 37°C em 100% de umidade relativa por 7 dias, sendo então divididas de acordo com a técnica de remoção da medicação. Em todos os grupos, os canais foram irrigados com 10 ml de soro fisiológico associada à imagem com instrumento memória (#35). No G1, além do procedimento citado, os canais foram irrigados com 10 ml de NaOCl 2,5%; no G2, os canais foram preenchidos com EDTA-T 17% por 3 min.; no G3, utilizou-se ácido cítrico 10% por 30 segundos e no G4 ácido fosfórico 37% por 30 segundos. A irrigação final foi realizada com 5ml de soro fisiológico. Nos dentes controle positivo não foi feita remoção do Ca(OH)2 e os controle negativo não foram preenchidos com medicação. As amostras foram avaliadas qualitativamente nos testes cervical, médio e apical através de microscopia eletrônica de varredura. Os valores foram submetidos aos testes de Kruskal-Wallis, Dunn e Friedman para o valor crítico p<0,05. O EDTA-T 17% foi o único grupo que não diferiu estatisticamente do controle negativo, representando melhor efetividade de limpeza.

De acordo com a metodologia empregada, o EDTA-T e o Ácido fosfórico foram estatisticamente mais eficazes quando comparados aos demais grupos testes, apesar de nenhuma substância utilizada ser totalmente eficaz quanto a limpeza da superfície dentinária.

PNf049 Análise da composição química da guta-percha após a desinfecção com hipoclorito de sódio em diferentes tempos e concentrações

Oliveira SHG*, Carvalho AS, Valera MC, Palo RM, Camargo CHR, Camargo SEA
Bióciências e Diagnóstico Bucal - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: simone@fosjc.unesp.br

A proposta deste estudo foi avaliar a composição química da guta-percha, através de Espectroscopia de Energia Dispersiva (EDS), após a desinfecção em soluções de hipoclorito de sódio (NaOCl) a 1% e 2,5%. Foram utilizados 110 cones de guta-percha distribuídos em 3 grupos controle (GC1, GC2 e GC3) e 8 grupos experimentais, da seguinte forma: GC1 - sem desinfecção; GC2 - NaOCl 1%, 20 minutos; GC3 - NaOCl 2,5%, 10 minutos; G1A - NaOCl 1%, 30 minutos; G2A - NaOCl 1%, 6 horas; G3A - NaOCl 1%, 12 horas; G4A - NaOCl 1%, 24 horas; G1B - NaOCl 2,5%, 30 minutos; G2B - NaOCl 2,5%, 6 horas; G3B - NaOCl 2,5%, 12 horas; G4B - NaOCl 2,5%, 24 horas. As maiores variações dos componentes químicos da guta-percha foram encontradas na porção inorgânica para oxigênio e zinco. A perda de carbono, referente à porção inorgânica, não foi significativa. A aplicação dos testes estatísticos ANOVA e Tukey ($p < 0,05$), mostrou diferenças significativas entre os grupos controles. Para o oxigênio GC2 diferiu de GC3; e para o zinco GC2 diferiu de GC1 e GC3. A comparação entre os controles e os demais grupos experimentais mostra que o aumento da concentração de hipoclorito e do tempo de desinfecção da guta-percha provoca uma diminuição na concentração de zinco e um aumento da concentração de oxigênio, com perda considerável destes elementos especialmente quando imersos por longos períodos de tempo (a partir de 6 horas).

Conclui-se que a imersão da guta-percha em hipoclorito de sódio a 1% ou a 2,5% provoca perda estrutural da mesma, de forma diretamente proporcional ao tempo de exposição à solução.

PNf050 Análise dos efeitos citotóxicos da instrumentação com sálvia e diferentes medicações intracanal sobre endotoxinas em canais radiculares

Brito EG*, Oliveira LD, Carvalho CAT, Koga-Ito CY, Valera MC, Jorge AOC
Bióciências e Diagnóstico Bucal - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: emanuele.brito@yahoo.com.br

Bactérias Gram-negativas liberam endotoxinas, com potente ação citotóxica, após morte celular. A proposta foi avaliar produção de IL-1 β e TNF- α por macrófagos estimulados pelas amostras coletadas dos canais radiculares contaminados com *E. coli* após instrumentação com óleo essencial de sálvia e diferentes medicações. Foram utilizados 64 dentes humanos unirradiculados. Os canais foram contaminados com *E. coli* por 14 dias e foram instrumentados, sendo divididos em 2 grupos (n=32), de acordo com irrigante: G1) óleo essencial de sálvia; G2) solução fisiológica. Foram realizadas 2 coletas: 1ª) imediata; 2ª) após 7 dias da instrumentação. Após, cada grupo foi subdividido em 4 (n=8), de acordo com medicação intracanal (MIC): A) Ca(OH) $_2$; B) polimixina B; C) clorexidina gel 2% + Ca(OH) $_2$; D) clorexidina gel 2%. Após 14 dias, MIC foi removida e foram realizadas 3ª coleta (imediata) e 4ª coleta (após 7 dias). Culturas de macrófagos RAW 264.7 foram estimuladas com amostras de todas as coletas e produção de citocinas foi avaliada por ELISA. Os resultados foram analisados (ANOVA e teste de Tukey, 5%). Grupos G1 e G2 apresentaram valores semelhantes da produção de IL-1 β e TNF- α na 1ª e 2ª coletas ($p > 0,05$). Com relação MIC, os grupos G1A, G1C, G2A e G2C apresentaram produção significativamente menor de citocinas ($p < 0,05$).

Conclui-se que instrumentação com sálvia não diminuiu os efeitos citotóxicos das endotoxinas, entretanto, utilização de hidróxido de cálcio ou hidróxido de cálcio + clorexidina gel como MIC induziu menor produção de IL-1 β e TNF- α , demonstrando menor efeito citotóxico. (Apoio: FAPs - FAPESP - 05/57668-7)

PNf051 Identificação da microbiota das lesões endo-periodontais e suscetibilidade ao preparo químico-mecânico e medicações intracanal

Berber VB*, Vianna ME, Ferraz CCR, Zaia AA, Souza-Filho FJ, Almeida JFA, Gomes BPFA
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: bellocchio@yahoo.com

O objetivos deste estudo foram identificar a microbiota dos canais radiculares (CR) e bolsas periodontais (BP) de dentes com lesões endo-perio por cultura e PCR; verificar a capacidade do preparo químico-mecânico (PQM) e uso de medicação intracanal em reduzir a contagem de unidades formadoras de colônias (UFC/mL) nos CR e BP. Amostras foram coletadas dos CR (E1) e BP (P1) antes e após o PQM (E2, P2) e após o uso de medicação (E3, P3). Foram utilizados meio de transporte, cultura, incubação e testes bioquímicos adequados. "Primers" de *T. denticaulis* (Td), *T. soeranskiti*, *G. morbillorum* (Gm), *Tjorsythia*, *A. actinomycetemcomitans* (Aa), *P. endodontalis*, *P. gingivalis* (Pge), *P. intermedia* (Pi), *P. tanneriae* (Pt), *P. nigrescens* (Pn), *F. nucleatum*, *F. alocis*, *P. micra* (Pm) foram utilizados para detecção por PCR. Os resultados mostraram as UFC/mL iniciais médias de 17,33 x 10⁶ nos CR e 17,93 x 10⁶ nas BP, após o PQM 15,25 x 10⁶ nos CR e 8,53 x 10⁶ nas BP e após o uso das medicações intracanal 7,6 x 10⁶ nos CR e 3,88 x 10⁶ nas BP. Por cultura, foram encontrados nos CR Pi/Pn/Pt e Fn em 45% de E1; Pi/Pn/Pt, *P. propionicum*, *S. salivarius*, *M. varians* em 5% de E2. A *naeslundii* e *P. propionicum* em 36,6% de E3. Nas BP, Pge e Gm em 50% de P1, Pm em 62,5% de P2 e Fn em 73,3% de P3. Por PCR, nos CR e nas BP, Pm foi o microrganismo mais frequente.

Conclui-se que, os CR e BP apresentaram-se infectados por bactérias anaeróbias estritas e facultativas, gram-positivas; PQM foi o responsável pela redução dos microrganismos nos CR, as medicações intracanal testadas não foram capazes de alterar a microbiota da bolsa periodontal associada. (Apoio: FAPs - Fapesp - 07/58518-4)

PNf052 Estudo da Dentina infectada por Enterococcus faecalis em condições In vivo e de laboratório

Perochena AEC*, Ordinola-Zapata R, Bramante CM, Moraes IG, Bernardineli N, Garcia RB
Dentística, Endodontia e Materiais Dent - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: aldo_delpc@hotmail.com

Enterococcus faecalis é um dos microrganismos mais resistentes ao tratamento endodôntico. Encontra-se nos condutos expostos ao meio bucal durante tempo prolongado. O Enterococcus é resistente ao hidróxido de cálcio mas o iodoformio apresenta bons resultados em infecções fúngicas no periápice. O objetivo deste estudo foi comparar o padrão da infecção dentinária induzida pela bactéria Enterococcus faecalis em condições de laboratório e em dentes de cão infectados in vivo. Cinco blocos de dentina bovina foram esterilizados e infectados pela bactéria E. faecalis utilizando caldo BHI por 21 dias. Para a análise da infecção in vivo cinco incisivos de cão foram inoculados utilizando 50 μ l de uma suspensão contendo a bactéria E. faecalis. Após 60 dias, os dentes foram extraídos e cortados transversalmente utilizando uma máquina de corte tipo Isomet e corados com Laranja de Acridina. Os dentes foram analisados utilizando microscopia confocal de varredura laser. Os dentes infectados em laboratório apresentaram pouca ou nenhuma aderência das bactérias às paredes do canal radicular embora a infecção nos túbulos dentinários esteja presente. Os dentes infectados in vivo apresentaram colonização da parede do canal radicular na forma de biofilme. Os túbulos dentinários estiveram infectados em todos os casos. Adicionalmente os túbulos dentinários infectados in vivo apresentavam-se preenchidos de material extracelular ou restos necróticos.

Conclui-se que a infecção da dentina in vivo pela bactéria Enterococcus faecalis difere da infecção in vitro pela presença dos biofilmes aderidos às paredes do canal radicular (Apoio: FAPESP - 2007-01838-7)

PNf053 Avaliação In Vitro da Infiltração Apical em Raízes Reobturadas com Resilon/Epiphany, sob a Ação Prévia de Duas Técnicas de Desobturação

Botelho TCF*, Vale MS
Clínica Odontológica - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.
E-mail: therezacfb@hotmail.com

O adequado selamento apical tem sido uma busca constante em Endodontia, por sua relação com o sucesso do tratamento endodôntico. Analisando a possibilidade de interferência do material obturador residual na qualidade do selamento, em casos de retratamento, o propósito deste estudo in vitro foi comparar a qualidade do selamento apical em canais radiculares reobturados com Resilon/Epiphany, quando inicialmente obturados com a guta-percha/Endofill, guta-percha/AH-Plus ou Resilon/Epiphany, após duas técnicas de desobturação (com e sem cloroformio). Cem canais radiculares foram instrumentados e divididos em três grupos experimentais, de acordo com o material obturador, e dois grupos controle. Após sete dias em estufa a 37°C e 100% de umidade, os canais foram desobturados mecanicamente e cada grupo experimental subdividido em dois subgrupos (com e sem solvente). A seguir, todos os canais foram reinstrumentados e reobturados com Resilon/Epiphany. Após mais sete dias em estufa, as raízes foram imersas em tinta Nanquim e diafanizadas. A medida linear de infiltração apical do corante foi obtida pelo programa NIH Image J. Aplicaram-se os testes Anova e Tukey para comparação das medidas de infiltração. O subgrupo 1 (Guta-percha/Endofill/desobturação sem solvente) mostrou os maiores valores de infiltração apical; já o subgrupo 6 (Resilon/Epiphany/desobturação com solvente) mostrou as menores medidas.

Conclui-se que a desobturação auxiliada pelo solvente em canais obturados e reobturados com Resilon/Epiphany promoveu os menores valores de infiltração apical.

PNf054 Avaliação do tempo de presa e solubilidade de cinco materiais reobturadores

Midena RZ*, Vivian RR, Duarte MAH, Moraes IG, Garcia RB, Bramante CM, Bernardineli N, Tanomaru-Filho M
Dentística, Endodontia e Mat. Dentários - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: raquelmidena@yahoo.com.br

O material reobturador deve apresentar um tempo de presa não muito alto, podendo aumentar as possibilidades de contração, deslocamento, solubilização. O objetivo do presente trabalho foi analisar o tempo de presa e solubilidade de cinco materiais reobturadores (MTA Angelus branco, MTA Bio, MTA fotopolimerizável, Sealepox RP e o Clinquer do cimento Portland associado ao óxido de bismuto e ao sulfato de cálcio). Os testes foram realizados de acordo com a norma # 57 da ADA, com o acréscimo da agulha de 456,6 g para o tempo de presa final, de acordo com a norma #C266-03 da ASTM. Em relação ao tempo de presa, os resultados mostraram que o MTA Angelus apresentou o menor tempo de presa inicial, juntamente com o MTA Bio, seguidos do Clinquer associado ao radiopacificador e ao sulfato de cálcio. O maior tempo foi do Sealepox RP. O clinquer associado ao radiopacificador e ao sulfato de cálcio foi o material que apresentou o maior tempo de presa final, seguido do Sealepox RP e, por último, MTA Angelus e Bio, ambos, com os mesmos tempos. Em relação a solubilidade, os menores valores foram encontrados no cimento MTA fotopolimerizável, seguido pelo Sealepox RP. Os cimentos MTA Angelus e MTA Bio apresentaram os maiores valores, seguidos pelo clinquer associado ao radiopacificador e ao sulfato de cálcio.

Conclui-se que o tempo de presa foram bem diferentes entre os materiais avaliados, e em relação a solubilidade, os cimentos MTA fotopolimerizável e o Sealepox RP apresentaram valores dentro dos padrões da norma ISO 6876 de 2001. (Apoio: CAPES)

PNf055 Nova metodologia para o estudo da infecção dentinária

Ordinola-Zapata R*, Bramante CM, Moraes IG, Bernardineli N, Campanelli AP, Garcia RB
Endodontia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: ronaldordinola@gmail.com

O objetivo deste estudo foi desenvolver um protocolo para a análise de dentina infectada utilizando Microscopia confocal. Para o estudo da infecção dentinária in vitro foram utilizados 5 cilindros de dentina bovina infectados com solução de BHI contendo a bactéria Enterococcus faecalis. Para o estudo da infecção in vivo foram utilizados 10 incisivos de 2 cães. Os dentes foram inoculados com a bactéria E. faecalis e deixados sem tratamento por 60 dias. Após o período, 5 dentes foram tratados endodonticamente e obturados pela técnica de compactação lateral. Os 5 dentes restantes foram deixados sem tratamento. Após 24 horas os dentes foram extraídos e seções transversais foram realizadas utilizando uma máquina tipo Isomet. Em seguida, as fatias foram coradas utilizando Laranja de acridina (marcador de ácidos nucleicos). Os segmentos foram montados num dispositivo de alumínio que permite a interposição de uma lamínula entre a amostra e a lente do microscópio. Algumas fatias foram fixadas em Formalina para ver o efeito do fixador no corante. Dentes autoclavados foram utilizados como controle. Os resultados mostraram que alta qualidade óptica pode ser obtida utilizando a técnica descrita. Os dentes infectados demonstraram a presença de biofilmes e infecção nos túbulos dentinários. O processamento das amostras não afetou a interface entre os materiais obturadores e a dentina. A fixação das amostras não afeta a qualidade da Laranja de acridina para marcar os ácidos nucleicos.

Podem-se concluir que a metodologia descrita permite a detecção bacteriana dentro dos túbulos dentinários sem alterar as interfaces existentes entre o material obturador e a dentina. (Apoio: FAPESP - 2007-01838-7)

PNf056 Efetividade da terapia fotodinâmica em canais radiculares frente a diferentes potências e períodos de irradiação

Nunes MR*, Lage-Marques JL, Santos SSF, Rodrigues JRDD, Medeiros JMF, Raldi DP
Odontologia - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ.
E-mail: mara_sjc@hotmail.com

A terapia fotodinâmica apresenta grande potencial antimicrobiano em canais radiculares. Entretanto, a necessidade do uso de corante pode provocar alteração cromática dental. O objetivo desse estudo foi avaliar a eficiência antibacteriana da terapia frente a diferentes potências e tempos de irradiação, na tentativa de reduzir o período de permanência do corante no interior dos canais. Foram utilizados 50 dentes unirradiculados humanos que, após instrumentação, foram contaminados com Enterococcus faecalis e aleatoriamente divididos em 5 grupos (n=10). Três grupos receberam solução de azul de metileno 0,01% por 5 minutos seguidos de irradiação com laser diodo (685 nm), por meio de fibra óptica intracanal (216 μ m). De acordo com os parâmetros empregados foram divididos em: G1 - potência (P) de 50 mw e tempo de irradiação (t) de 3 min; G2 - P=90 mw e t=3 min; G3 - P=90 mw e t=1 min 30s; G4 (controle positivo)- hipoclorito de sódio 1% por 15 minutos e G5 (controle negativo)- sem tratamento. Amostras bacterianas foram coletadas por meio de cones de papel, antes e após os respectivos tratamentos, para a determinação das unidades formadoras de colônia (UFC/mL). Todos os tratamentos resultaram na redução dos microrganismos apresentando-se em ordem decrescente: G4 (100%), G2 (99,59%), G3 (98,72%) e G1 (83,93%), havendo diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$) entre os grupos 1 X 2, 1 X 3 e 1 X 4.

Conclui-se que a utilização de potências maiores permitiu redução do tempo de irradiação sem interferir na ação antimicrobiana da terapia, diminuindo a permanência do corante nos canais radiculares.

PNf057 **Fatores envolvidos na formação de fendas apicais em canais radiculares obturados com cimentos resinosos**

Souza SFC*, Bombana AC, Braga RR, Gonçalves F, Castellán CS, Francci C
Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.
E-mail: sosocarvalho@usp.br

Analisou-se *in vitro* a formação de fendas apicais e sua relação com o escoamento (E), tensão de polimerização (TP) e resistência de união à dentina (RU) de dois cimentos resinosos. O comprimento de fendas apicais na interface dentina/cimento em canais radiculares obturados com AH Plus/guta-percha (G1) ou sistema Epiphany (G2) foi mensurado em réplicas de resina epóxica (n=11) sob Microscopia Eletrônica de Varredura (MEV, 20x e 250x; software Image J). O E foi obtido medindo-se o diâmetro de 0,5 mL de cimento, após 7 min entre 2 placas de vidro (20N; n=5). A TP foi monitorada por 60 min em disco de cimento (espessura=1 mm) aderido a 2 bastões de vidro (Ø=5mm) adaptados a uma máquina universal de ensaios mecânicos (n=3). A RU foi avaliada por meio do ensaio de *push out* (n=10) e o padrão de fratura em MEV (100x e 2500x). Os dados obtidos foram submetidos ao teste "t" de Student ($\alpha=0,05$). O percentual de fendas apicais foi para o G1 (2,0 ± 3,3) e G2 (23,6 ± 11,1) (p<0,001). A TP foi 0,32 ± 0,07 MPa para o Epiphany-SC (self-cure), 0,65 ± 0,08 MPa para Epiphany-LC (light-cure) e zero para o AH Plus (p<0,05). Os valores de E e RU foram 30,9 ± 1,1, 28,6 ± 0,7 mm e 6,3 ± 5,3, 17,8 ± 7,5 MPa para o Epiphany e AH Plus, respectivamente (p<0,001). As fraturas foram predominantemente coesivas em cimento para os dois materiais.

O G2 evidenciou a maior incidência de fendas apicais, o que pode estar relacionado com a alta TP e os baixos valores de RU do cimento Epiphany. Sua baixa viscosidade parece não favorecer adesão à dentina. (Apoio: CAPES - 0090/03-04)

PNf058 **In vitro antimicrobial activity of bacteriophages in root canals infected with clinical isolates of Enterococcus faecalis**

Paisano AF*, Bombana AC, Cai S, Spira B
Pós-graduação Em Odontologia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: apaisano@terra.com.br

There are several treatment alternatives for the control of intracanal infections processes, especially in cases of microbial resistance to normal disinfection procedures. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of five natural isolates of bacteriophages in the eradication of *E. faecalis* in root canals. The effect of bacteriophages was evaluated in two separate studies. In the first study, individual human roots were divided into five groups. Three specimens of each group were inoculated with a bacterial culture and the corresponding bacteriophage in a proportion of 1:1, and incubated for three hours at 37 °C; the other two specimens were controls in which the roots were inoculated only with bacteria or with the sterilized culture medium. In the second study, the roots were inoculated with each of the five bacterial strains and incubated for 10 days at 37 °C in order to allow bacteria to penetrate the interior of the dental tubules. Following incubation, a phage cocktail prepared with all five bacteriophages was added to the roots and incubated for further 24 hours at 37°C. In the first study, samples were taken from the lumen of all canals before and after contact with bacteriophages; in the second, aliquots were also taken 1, 2 and 10 days after the bacteria were exposed to the phages. In the first study there was a 100% reduction in bacterial growth. In the second study, the number of bacteria was reduced by 50% to 100%.

These results suggest that bacteriophages are effective in eliminating or in reducing the number of bacteria inside the root canal and in the dental tubules. (Apoio: CNPq - 142874/2005-1)

PNf059 **Diagnóstico endodôntico: estudo comparativo entre tomografia volumétrica Cone-Beam e radiografias periapicais**

D'Addazio PSS*, Campos CN
Clo - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.
E-mail: pdaddazio@gmail.com

A radiografia convencional, devido às suas características como limitação de visualização, ausência de profundidade e sobreposição de imagens, apresenta deficiências na observação de determinadas condições de interesse endodôntico. O objetivo deste estudo foi comparar a radiografia periapical com a tomografia computadorizada Cone-Beam (TCCB), na identificação de acidentes e complicações endodônticas simuladas. Dezesesseis dentes humanos, em três mandíbulas, foram submetidos ao preparo de 20 alterações, divididas em quatro grupos: (G1) lima furada; (G2) perfurações; (G3) núcleos metálicos com desvio; (G4) reabsorções externas. Cada dente foi submetido a exame radiográfico periapical, em três ângulos, e exame por TCCB. As análises foram realizadas por observador calibrado, especialista em radiologia odontológica. Foi aplicado tratamento estatístico pelo teste de McNemar, para avaliação geral, e pelo teste de Wilcoxon, para resultados específicos. Nos resultados individuais sobre cada alteração, houve superioridade da TCCB somente na identificação de reabsorções externas (p < 0,05). Na avaliação geral, a TCCB apresentou resultados superiores em relação às radiografias periapicais (p<0,05).

Concluímos que a TCCB mostrou-se superior às radiografias periapicais, em especial na detecção e avaliação de reabsorções externas. (Apoio: CAPES)

PNf060 **Estrutura química dos polissacarídeos solúveis e insolúveis sintetizados por Streptococcus mutans**

Aires CP*, Tenuta LMA, Del-bel-Cury AA, Koo H, Sasaki GL, Iacomini M, Cury JA
Ciências Fisiológicas - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: airesfop@hotmail.com

Polissacarídeos extracelulares solúveis (PECS) e insolúveis (PECI), sintetizados por glicosiltransferases (GTFs), compõem a estrutura da matriz do biofilme dental formado na presença de sacarose. Os PECS são formados predominantemente por ligações químicas α -D-(1→6) e os PECI por ligações glicosídicas α -D-(1→3), os quais são respectivamente sintetizados por GTFD e GTFB de *S. mutans*. Os PECI facilitam a aderência bacteriana a superfície dental e entre si, modificando a matriz do biofilme, enquanto os PECS seriam metabólicamente, funcionando como fonte energética extracelular. O objetivo do presente estudo foi determinar a proporção de ligações α -D-(1→6) e α -D-(1→3) nos polissacarídeos produzidos por enzimas purificadas, desde que há limitados dados sobre esse assunto. GTFD e GTFB de *S. mutans*, obtidas através de bactérias geneticamente modificadas, foram incubadas com sacarose à 37°C por 18 h para a formação de PEC puros. PECS foi precipitado com etanol enquanto PECI foi coletado por centrifugação. Os PEC foram analisados por espectroscopia de ressonância magnética e cromatografia gasosa associada à espectrometria de massa. A composição monossacarídica mostrou que os PECS e PECI são glucanos, que 60% das ligações glicosídicas dos PECS são α -D-(1→6), sendo que no PECI predominam ligações α -D-(1→3) embora 28% de suas ligações são α -D-(1→6).

Os resultados sugerem que PECS e PECI apresentam diferentes tipos e proporções de ligações glicosídicas e estas características podem contribuir de maneira distinta na formação de um biofilme dental cariogênico. (Apoio: CNPq - 15230220077)

PNf061 **Título: Efeito de adoçantes comerciais no pH de biofilme cariogênico**

Giango FCMS*, Parola CCF, Mui B, Maltz M
Odontologia Preventiva e Social - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.
E-mail: fernandamendes@hotmail.com

O objetivo deste ensaio clínico randomizado duplo-cego cruzado foi avaliar o potencial cariogênico de adoçantes comerciais à base de esteviosídeo com diferentes composições através da medição do pH do biofilme dentário. Participaram deste estudo, 10 voluntários orientados a não escovar os dentes posteriores, acumulando biofilme durante 3 dias/semana em 4 fases experimentais. No 4º dia de cada fase experimental foram realizadas medições do pH do biofilme com fita indicadora de pH (Merck®) entre o segundo pré-molar e o primeiro molar superior do lado direito e esquerdo. Após bochechos com 10 ml de soluções-teste por 1 minuto: solução I - Sóstevia Lowçucar® (lactose e esteviosídeo), solução II - Stevia Plus Lowçucar® (sacarina, ciclamato e esteviosídeo), solução III - sacarose (controle positivo) e solução IV - água mineral (controle negativo) foram realizadas novas medições nos tempos de 5, 15, 20, 30 e 60 minutos. A média dos valores do lado direito e esquerdo foi utilizada para calcular a área abaixo da curva para o pH 7,0 (ANOVA, Teste Turkey). A Sacarose e Sóstevia apresentaram diferença em relação a água e Stevia plus, os quais foram semelhantes entre si (p<0,05). A queda do pH abaixo do pH crítico para desmineralização do esmalte (5,5) ocorreu em 5 voluntários após bochecho com Sóstevia e 1 voluntário com Stevia Plus.

Adoçantes à base de esteviosídeo associado à lactose podem apresentar efeito cariogênico para os dentes. (Apoio: Lowçucar® - 1164)

PNf062 **Perfil epidemiológico de cárie dentária em escolares de 12 anos em dois municípios da região metropolitana de Curitiba**

Pizzatto E*, Falavinha AL, Novak JMW, Losso EM, Correr GM, Moro A, Locatelli A
Mestrado Em Odontologia Clínica - CENTRO UNIVERSITÁRIO POSITIVO.
E-mail: epizzatto@ig.com.br

O presente estudo tem por objetivo avaliar as condições de saúde bucal de escolares aos 12 anos nos municípios de Campo Largo/PR e Rio Branco do Sul/PR e correlacionar tais condições com as seguintes variáveis: sexo, renda familiar, tipo de moradia, número de pessoas na família, grau de escolaridade do chefe da família e grau de escolaridade do cuidador. O índice CPO-D foi utilizado por duas cirurgiões-dentistas previamente calibradas a fim de avaliar a condição de saúde bucal dos escolares. Os exames foram realizados, após devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido, na própria escola sob luz natural com examinador em pé e a criança sentada. Foram examinadas 142 crianças matriculadas na rede pública de ensino. O índice CPO-D médio da amostra foi de 1,29 sendo de 0,94 para o município de Campo Largo e 1,64 para o município de Rio Branco do Sul (p<0,05). Outra variável que mostrou associação foi a experiência de cárie (CPO-D) e grau de escolaridade do cuidador (p=0,0092). As demais variáveis estudadas não apresentaram associação com experiência de cárie nesta população.

Os resultados apresentados permitem concluir que se faz necessário a implementação de políticas públicas abrangentes, bem como desenvolvimento de ações coletivas de educação em saúde que propiciem maior impacto epidemiológico na prevalência da cárie dentária nesta população.

PNf063 **Prevalência de fluorose em escolares de Paracambi-RJ**

Silva RP*, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC
Odontologia Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: rpereira77@hotmail.com

Simultaneamente ao declínio mundial de cárie dentária, um aumento na prevalência de fluorose dentária tem sido percebido. O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de fluorose dentária dentre escolares do município de Paracambi-RJ, e as possíveis variáveis associadas à sua presença nesta população. A amostra foi composta por 263 escolares, na faixa etária de 12 anos, sendo empregado o índice de Dean para a avaliação da presença/grau de fluorose. A prevalência de fluorose foi de 40,6%, com a maioria dos casos apresentando o grau "muito leve" (31,2%), sem impacto estético. Ao se realizar a análise estatística univariada, verificou-se que as variáveis "tipo de escola", "instrução do pai", "instrução da mãe", "naturalidade", "ingestão de água de abastecimento público", apresentaram significância estatística (p<0,05), tendo algum impacto positivo sobre o desenvolvimento da fluorose. Contudo a análise de regressão logística multivariada, somente a variável "tipo de escola" apresentou significância estatística, confirmando o seu impacto sobre a fluorose.

Conclui-se que a prevalência de fluorose dentária em Paracambi-RJ, para escolares na faixa etária de 12 anos, é alta, todavia sem impacto estético em nível populacional.

PNf064 **Avaliação microbiológica de lesões de cárie profundas tratadas pela terapia fotodinâmica**

Guglielmi CAB*, Pinheiro SL, Imparato JCP, Simonato MRL, Luz MA CA
Dentística - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: camigugli@usp.br

Este trabalho *in vivo* teve como objetivo avaliar a redução microbiana em lesões de cárie profundas tratadas pela terapia fotodinâmica (PDT), de acordo com técnicas minimamente invasivas. Receberam o tratamento 21 molares permanentes que apresentavam lesão em metade interna de dentina, sem sinais de comprometimento pulpar. O tecido cariado foi mantido sobre a parede pulpar da cavidade, da qual foi removida uma amostra inicial de dentina com auxílio de uma *micropunch* e imediatamente transferida para o meio de transporte VMGA. O fotossensibilizador azul de metileno (0,01%) foi então aplicado sobre a dentina cariada, permanecendo por 5 minutos, seguindo-se a irradiação com laser em baixa intensidade no comprimento de onda de 660 nanômetros e densidade de energia de 320 J/cm². Nova amostra de dentina foi coletada e transferida para o meio VMGA após a PDT. Posteriormente, os dentes foram lavados e restaurados com cimento de ionômero de vidro. As amostras foram processadas em laboratório, semeadas em meio ágar-sangue e incubadas em câmara de anaerobiose a 37 °C por 7 dias, para a contagem do total de bactérias viáveis. Os resultados foram submetidos ao teste de Wilcoxon e as médias aritméticas e os desvios padrão da contagem de unidades formadoras de colônias (log10) antes e após a realização da PDT encontrados foram 2.14(0.79) e 1.56(0.62), respectivamente, com diferença estatisticamente significante entre elas (p ≤ 0,05%).

A terapia fotodinâmica mostrou-se capaz de reduzir a microbiota presentes em lesões de cárie profunda, com média de 74,28% de diminuição do total de bactérias viáveis. (Apoio: Fapesp - 08/54903-3)

PNf065 Efeito do laser de Er,Cr:YSGG sobre a estrutura e resistência à desmineralização da dentina

Ana PA*, Albero FG, Tabchoury CPM, Cury JA, Zezell DM
Centro de Lasers e Aplicações - IPEN-USP.
E-mail: paana@usp.br

O presente estudo *in vitro* determinou os efeitos do laser de Er,Cr:YSGG sobre a microestrutura da dentina e avaliou a influência deste laser na resistência à desmineralização quando associado ou não à aplicação tópica de fluor fosfato acidulado (FFA). 40 blocos de dentina bovina foram aleatoriamente distribuídos em 4 grupos: G1 - sem tratamento; G2 - aplicação de FFA (1,23% F) por 4 minutos; G3 - irradiação com laser de Er,Cr:YSGG ($\lambda=2078$ nm, 2,5 J/cm²); G4 - aplicação de FFA e irradiação com laser de Er,Cr:YSGG. As amostras foram submetidas à análise composicional por ATR-FTIR (técnica da reflexão total atenuada da espectroscopia no infravermelho por transformada de Fourier), avaliando-se as concentrações de carbonato e matéria orgânica (amidas I, II e III). Em seguida, as amostras foram submetidas à ciclagem de pH por 8 dias e, após, a resistência à desmineralização foi avaliada por meio de microdureza seccional. A análise estatística foi realizada (ANOVA + Tukey, $\alpha=0,05$). A irradiação laser promoveu o decréscimo das quantidades de carbonato e amidas I e II; contudo, a associação do laser com o FFA não promoveu alterações adicionais na estrutura quando comparado ao grupo G3. A desmineralização da dentina foi significativamente reduzida após a irradiação laser, entretanto, o grupo G4 foi o que apresentou maior resistência à desmineralização.

O laser de Er,Cr:YSGG altera significativamente a composição da dentina, reduzindo seu conteúdo orgânico, o que propicia um aumento da resistência à desmineralização deste tecido, principalmente quando associado ao fluor. (Apoio: FAPs - FAPESP - 2006/06746-0)

PNf066 Avaliação de microesferas de hidroxiapatita e zinco-apatita 1% no reparo ósseo: Estudo histológico em tíbias de coelhos

Resende RFB*, Calasans-Maia MD, Rossi AM, Áscoli FO, Granjeiro JM
Biologia Celular e Molecular - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
E-mail: resende.r@hotmail.com

A hidroxiapatita é amplamente utilizada como substituto ósseo devido às suas características de osteocondução e biocompatibilidade. A presença de elementos traço (Zn) afeta a formação e a reabsorção óssea através de efeitos diretos ou indiretos nas células ósseas. A forma esférica é adequada para avaliação da biocompatibilidade de materiais, em função da sua uniformidade, área de superfície regular, ausência de arestas ou ângulos vivos que funcionarão como agentes pró-inflamatórios. O objetivo deste trabalho foi avaliar, *in vivo*, a capacidade reparadora e a biocompatibilidade da hidroxiapatita (HA) e da zinco-apatita (ZnHA) no preenchimento de defeitos ósseos em tíbia de coelho. Foram produzidas e caracterizadas microesferas de HA e ZnHA, com dimensão de $425 > \Phi > 500$ μ m, para implantação em 24 coelhos Nova Zelândia Branco. Após anestesia geral, anti-sépsia e exposição óssea foi realizada uma perfuração (2 mm) em cada tíbia para implantação de ZnHA (esquerda) e HA (direita). Após 12, 26, 52 e 78 semanas os coelhos foram mortos e os blocos implantados removidos, fixados em álcool e processados para inclusão em resina, com cortes de 50 μ m de espessura para análise em Microscopia Eletrônica de Varredura e Transmissão. Evidenciou-se uma maior formação óssea ao redor das microesferas de ZnHA em todos os períodos estudados e ausência de resposta inflamatória.

Concluiu-se que os materiais são biocompatíveis, osteocondutores e promovem osteogênese local, sendo que a incorporação de 1% de zinco à hidroxiapatita acelerou a osteogênese e promoveu maior formação de tecido. (Apoio: CNPq)

PNf067 Comportamento *in vivo* da zinco-apatita 1%. Estudo histomorfométrico em tíbias de coelhos

Calasans-Maia MD*, Rossi AM, Alves ATNN, Melo BR, Granjeiro JM
Odontoclínica - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
E-mail: monicacalasans@terra.com.br

O objetivo deste estudo foi de investigar o efeito da zinco-apatita 1% (ZnHA) em comparação com a hidroxiapatita (HA), no reparo ósseo de tíbias de coelhos. Foram confeccionados cilindros (2X6mm) de ambos materiais de acordo com a norma ISO 10993-6. Quinze coelhos Nova Zelândia Branco foram submetidos à anestesia geral para a realização de duas perfurações em cada tíbia para a implantação dos cilindros de HA (tíbia direita) e ZnHA (tíbia esquerda). Após 1, 2 e 4 semanas os animais foram mortos e um fragmento de cada tíbia com o cilindro foi obtido, desmineralizado e cortes de 6 μ m de espessura foram realizados para análise histomorfométrica. Outro fragmento foi incluído em resina, cortado com 200 μ m de espessura em disco diamantado para análise em Microscopia Eletrônica de Varredura (Elétrons Secundários, Elétrons Retrospalhados e Energia Dispersiva Superficial), Microscopia Eletrônica de Transmissão, Fluorescência de Raios X e Espectroscopia do Infravermelho. O grupo da HA mostrou maior área de osso neoformado aos 7 dias ($p=0,039$), mas nenhuma diferença foi encontrada entre os grupos aos 14 dias ($p>0,05$). Em ambos os grupos a área de osso neoformado aumentou do 7^o ao 14^o dia ($p<0,05$). Após 28 dias o grupo ZnHA mostrou uma área de osso neoformado maior e menor área de tecido conjuntivo ($p<0,05$).

Concluiu-se que ambos os materiais são biocompatíveis e osteocondutores e o grupo da zinco-apatita apresentou maior área de osso neoformado quando comparado ao grupo da hidroxiapatita aos 28 dias. (Apoio: CNPq)

PNf068 Análise microestrutural e fractográfica de esmalte e dentina humana e bovina variando idade dental bovina

Fonseca RB*, Branco CA, Carlo HL, Soares CJ, Quagliatto PS, Correr-Sobrinho L
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.
E-mail: rodrigogoiiano@yahoo.com

A anisotropia dos tecidos dentais está ligada a sua estrutura e pode exercer influência em pesquisas. Este estudo analisou a microestrutura do esmalte e dentina de dentes humanos e bovinos, variando a idade bovina, correlacionando com padrões fractográficos coesivos experimentais. Amostras de 30s molares humanos (20-30 anos) e dentes bovinos com 20, 30, 38 e 48 meses de idade foram fraturadas paralela/perpendicularmente aos prismas e túbulos e observadas em MEV. A análise microestrutural revelou presença de grande quantidade de substância interprismática com estruturas minerais e fibrilares no esmalte dos dentes bovinos, independente da idade; no esmalte humano notou-se pouca substância interprismática. O esmalte bovino apresentou trincas nos espaços interprismáticos e deslocamento de prismas com fraturas irregulares; o humano demonstrou fraturas menos irregulares com prismas unidos. A dentina bovina apresentou melhor definição/menor espessura da estrutura peritubular com o aumento da idade tornando-a estruturalmente mais similar à humana. Fraturas irregulares com desvios e vários planos de progressão foram notadas em dentes jovens (mecanismo de resistência dentinária) também presente na dentina humana.

A similaridade entre dentes humanos e bovinos e o tipo de fratura estão ligados à idade dental e orientação da carga aplicada.

PNf069 Esterilização de esmalte bovino por microondas: Efeito sobre a microdureza superficial e resistência à desmineralização

Viana PGS*, Silva MM, Macedo PD, Machado AL, Giampaolo ET, Pavarina AC, Vergani CE
Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: paty.sabino@bol.com.br

O processo de esterilização não deve alterar a integridade estrutural das amostras de esmalte. Considerando que a irradiação por microondas resulta na esterilização de esmalte bovino, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência deste método sobre a microdureza superficial e resistência à desmineralização do esmalte. Dezoito amostras de esmalte bovino foram embutidas em resina acrílica, sequencialmente polidas, seccionadas na região mediana e divididas em dois grupos: controle (não irradiado) e irradiado por microondas (3 minutos a 650 W). A avaliação da microdureza superficial foi realizada em Microdúrometro equipado com diamante Knoop (25 gf por 5 s). Em seguida, as amostras tiveram a face vestibular de esmalte (8 mm²) submetida a ciclagem de pH durante 5 dias. Posteriormente, foi realizada análise de microdureza em secção longitudinal (25 gf por 5 s). As indentações foram realizadas em 3 séries, nas profundidades de 10, 30, 50, 70, 90, 110 e 300 μ m. A resistência à desmineralização foi avaliada em % perda mineral, calculada a partir dos valores de microdureza em secção longitudinal. O teste t de Student (pareado), com $\alpha=0,05$, foi utilizado na análise estatística. Os resultados indicaram que a não houve diferença estatisticamente significante entre os valores de microdureza superficial e perda mineral dos grupos controle e irradiado.

Foi possível concluir que a irradiação por microondas durante 3 minutos a 650 W não promove alterações na microdureza superficial e na resistência à desmineralização das amostras de esmalte bovino. (Apoio: FAPs - Fapesp - 2007/02277-9)

PNf070 Análise da ação antimicrobiana dos extratos vegetais aroeira-da-praia, aroeira-do-sertão e ameixa-do-mato

Sousa JNL*, Barbosa AS, Arruda TA, Dametto FR, Oliveira PT, Carvalho RA, Costa EMMB, Carvalho MG
UNIVERSIDADE POTIGUAR.
E-mail: joao_nilton_lopes@hotmail.com

Esta pesquisa avaliou a ação antimicrobiana dos extratos etanólicos da aroeira-da-praia (*Schinus terebinthifolius*), aroeira-do-sertão (*Astronium urundeuva*) e ameixa-do-mato (*Ximenia americana* L.) e do hipoclorito de sódio (NaOCl 2,5%) contra o *Enterococcus faecalis* (ATCC 29212). Foi realizado teste de difusão em ágar, pelo método do poço, utilizando-se como controle positivo a clorexidina 0,12%. Os microrganismos foram semeados em caldo BHI e incubados a 37°C por 24 horas. Posteriormente, as suspensões microbianas foram semeadas em placas Petri, com ágar Mueller Hinton, e foram confeccionados seis poços equidistantes. As placas foram mantidas à temperatura ambiente por 2 horas, para ocorrer a pré-difusão das substâncias, incubadas a 37°C por 48 horas. Foram feitas as análises e medições dos halos de inibição em triplicata e os resultados foram analisados estatisticamente (ANOVA). A análise dos dados mostrou que a ameixa da praia apresentou os menores halos de inibição, e que a clorexidina 0,12% e os extratos vegetais aroeira-do-sertão, aroeira-da-praia na concentração 100% induziram maiores halos, com diferença estatisticamente significante ($p\leq 0,05$) do NaOCl 2,5%.

Concluiu-se que a clorexidina 0,12% apresentou ação antimicrobiana contra o *Enterococcus faecalis* superior às demais substâncias testadas. (Apoio: CNPq - 485013/2007-0)

PNf071 Ação antibacteriana de extratos vegetais em biofilmes formados em resina acrílica por estafilococos coagulase-negativo e positivo

Rasteiro VMC*, Pereira CA, Freire F, Costa ACB, Machado AKS, Junqueira JC, Jorge AOC
Bióciências - UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA.
E-mail: vanessam.campos@yahoo.com.br

As bactérias em biofilmes apresentam maior resistência aos tratamentos convencionais, sendo de interesse avaliar a ação de fitoterápicos nestas situações. O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos dos extratos glicólicos de *Rosmarinus officinalis* (alecrim) e *Syzygium cumini* (jambolão), em biofilmes formados por cepas de estafilococos coagulase-negativa (*S. epidermidis* e *S. saprophyticus*) e positiva (*S. aureus* e *S. schleiferi*) isoladas da cavidade bucal. Os biofilmes foram formados em discos de resina acrílica em caldo BHI (2 mL com 5% de sacarose e 100 μ L da suspensão do microrganismo, incubados a 37°C/48 h. Após, os discos foram lavados com solução fisiológica e imersos, por 5 min, em 2 mL do extrato ou 2 mL de solução fisiológica (controle). Os biofilmes foram desprendidos em solução fisiológica em agitador ultra-sônico. Foram realizadas diluições e alíquotas semeadas em ágar BHI, incubadas a 37°C/48 h. Os números de UFC/mL em Log₁₀ foram analisados estatisticamente (ANOVA, teste de Tukey, $p<0,05$). As reduções dos biofilmes em Log₁₀ foram para jambolão e alecrim, respectivamente: 0,75 e 0,76 em *S. schleiferi*; 1,85 e 3,95 em *S. aureus*; 3,26 e 3,27 em *S. epidermidis*; e 0,36 e 0,42 em *S. saprophyticus*. Com exceção de *S. saprophyticus*, os extratos produziram reduções estatisticamente significantes nos biofilmes.

Concluiu-se que os extratos de alecrim e jambolão apresentaram efetiva ação antibacteriana nos biofilmes formados pelas cepas de *Staphylococcus spp.*, o que pode significar uma alternativa no controle dos mesmos no tratamento de doenças por eles ocasionadas.

PNf072 Ação antimicrobiana de Taninos isolados de *Mimosa tenuiflora* e *Mimosa arenaosa* sobre microrganismos bucais

Macedo-Costa MR*, Pereira MSV, Lima KC, Pereira AV, Azevedo TKB, Paes JB, Rodrigues OG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE.
E-mail: mariareginamacedo@yahoo.com.br

Taninos são polifenóis que inibem enzimas bacterianas e fúngicas, e modificam o metabolismo de membranas celulares. O objetivo do estudo foi avaliar a atividade antibacteriana e antifúngica de taninos condensados isolados das cascas de *Mimosa tenuiflora* (jurema preta) e *Mimosa arenaosa* (jurema vermelha). Foram extraídos segundo o Método de Stiasny, 17,74% e 18,11% de substâncias tânicas em jurema preta e vermelha, respectivamente. Posteriormente, foi avaliada a atividade inibitória, em meio sólido e em triplicata, dos taninos frente a *Streptococcus mutans*, *S. sanguinis*, *S. salivarius*, *S. mitis*, *S. oralis*, *Lactobacillus casei*, *Candida guilliermondii*, *C. tropicalis*, *C. krusei* e *Staphylococcus epidermidis*. Após obtenção dos dados, utilizou-se os testes de Kolmogorov-Smirnov e Levene, e ao nível de 5% de significância, aplicou-se o teste t-Student mediante o Statistical Package for Social Sciences 17.0. Como controle positivo, usou-se o digluconato de clorexidina a 0,12%. As substâncias tânicas isoladas apresentaram eficácia antimicrobiana frente a todas as linhagens. No entanto, o tanino da jurema preta (halos de 15 a 21 mm) apresentou desempenho médio significativamente inferior à clorexidina. Em relação à jurema vermelha (halos de 18 a 26 mm), a clorexidina não apresentou desempenho médio superior significativo.

Concluiu-se, que os taninos têm significante atividade inibitória frente aos microrganismos, ressaltando a importância do isolamento de princípios ativos vegetais e a utilização de meios alternativos e economicamente viáveis para prevenção e tratamento de afecções orais. (Apoio: CAPES)

PNf073 Comparação da eficácia do rosa bengal e eritrosina na terapia fotodinâmica sobre *Escherichia coli*

Vilela SFG*, Rossini RD, Forte LFBP, Santos ELS, Jorge AOC, Junqueira JC
Biotécnicas e Diagnóstico Bucal - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: simone.vilela@alunos.fosjc.unesp.br

O desenvolvimento de resistência aos antibióticos por bactérias patogênicas é um dos maiores problemas da medicina atual. Assim, torna-se importante o estudo de novas modalidades de tratamento, como a terapia fotodinâmica. O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos dos fotossensibilizadores rosa bengal e eritrosina associados a um diodo emissor de luz (LED) sobre *Escherichia coli*. Foi preparada uma suspensão padronizada de *E. coli* a partir de uma cepa clínica isolada da cavidade bucal humana. Essa cepa foi submetida aos seguintes tratamentos: laser e rosa bengal (L+RB+), laser e eritrosina (L+E+), laser e solução fisiológica (L+F-) e apenas solução fisiológica como controle (L-F-) nos tempos de 60, 120 e 180 segundos de exposição à luz. Foi utilizado diodo emissor de luz azul (460 nm), rosa bengal e eritrosina na concentração de 50 µM. A seguir, foram realizadas culturas em ágar Infuso Cérebro-Coração para a contagem de unidades formadoras de colônias (UFC/mL) e os dados submetidos à análise de variância. A terapia fotodinâmica utilizando rosa bengal foi capaz de reduzir o número de UFC/mL de 5,58 log₁₀ no tempo de exposição do LED de 60 seg até eliminação completa do microorganismo no tempo de 180 seg. Entretanto, a terapia fotodinâmica com eritrosina apresentou discreta redução do número de UFC/mL (0,30 log₁₀) quando comparada ao grupo controle. O uso isolado do LED não apresentou toxicidade para as cepas testadas.

Concluiu-se que o Rosa Bengal foi mais eficaz do que a eritrosina como fotossensibilizador na terapia fotodinâmica sobre *Escherichia coli*. (Apoio: FAPs - Fapesp - 08/54442-3)

PNf074 Infecções por herpesvírus em crianças e jovens com insuficiência renal crônica: caracterização molecular e clínica

Otero RA*, Oliveira CM, Ferreira DC, Castro GFBA, Santos NSO
Odontopediatria - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: re.a@globo.com

O objetivo foi identificar a presença do HSV-1, HSV-2, VZV, HCMV, EBV, HHV-6, HHV-7 e HHV-8, na cavidade bucal de crianças e jovens com IRC comparando com crianças e jovens clinicamente saudáveis. Os tipos virais foram correlacionados com manifestações bucais, tipo de tratamento para IRC e terapia medicamentosa. A amostra foi composta por dois grupos, Grupo Renal (GR) e Grupo Saudável (GS), cada um com 30 crianças e jovens. Os indivíduos do GR apresentavam diagnóstico de IRC e os do GS eram clinicamente saudáveis. Foi realizado exame intra-oral e coleta de material da mucosa bucal através do esfregaço com swab. Para análise molecular, foi realizada nested-PCR. A análise estatística foi feita através do Epi info 3.2.2, com intervalo de confiança de 95%. Os tipos HSV-1, HSV-2, VZV e HHV-8 não foram identificados em ambos os grupos. Contudo, dos tipos virais presentes na cavidade bucal da amostra estudada (EBV, CMV e HHV-6), maior prevalência foi observada no GR comparado ao GS (GR:20%, 13,3% e 19,4%; GS: 14,3%, 0%; 19,4%, respectivamente) (p<0,05). O GS não apresentou qualquer manifestação bucal e, dentre as apresentadas pelo GR, as mais frequentes foram sensação de boca seca (60%) e alteração do paladar (33,3%). Houve correlação entre presença do HHV-7 com uso de anticoagulantes (p<0,05) e HHV-6 com uma sensação de boca seca no GR (p<0,01).

Concluiu-se que, devido ao maior acometimento do GR pelos vírus da família herpesviridae, maior atenção deve ser dedicada à saúde bucal de indivíduos com IRC para prevenir a infecção por patógenos oportunistas decorrentes da condição sistêmica.

PNf075 Atividade metabólica e propriedades estruturais de biofilmes de *Candida albicans* e não-*albicans*

Lucena SC*, Silva WJ, Seneviratne J, Rosa EAR, Del-bel-Cury AA, Samaranyake LP
Prótese e Periodontia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: silvia_lucena@hotmail.com

O objetivo deste trabalho foi avaliar a atividade metabólica e estrutura do biofilme formado por diferentes espécies de *Candida*. Para isso, biofilmes de espécies de *Candida* (*C. albicans* ATCC 90028; *C. albicans* SC5314; *C. dubliniensis* MTA 646; *C. krusei* ATCC L252; *C. krusei* CAM L25; *C. parapsilosis* ATCC 22019; *C. parapsilosis* H46b; *C. tropicalis* ATCC 13803 e *C. tropicalis* CAM L21) foram desenvolvidos sobre superfície de poliestireno e as propriedades relacionadas à atividade metabólica e estrutura do biofilme foram avaliadas após 24, 48 e 72h. A atividade metabólica foi mensurada com o teste de redução de XTT e as imagens da microscopia confocal foram utilizadas para mensuração da biomassa, espessura, rugosidade, difusão e proporção de células vivas/mortas. Os resultados mostraram diferença na atividade metabólica do biofilme entre as espécies (P<0,05) e foi observado um aumento progressivo da biomassa nos três tempos avaliados. A *C. tropicalis* CAM L21 foi a espécie com maior espessura de biofilme; a *C. albicans* SC5314 apresentou um biofilme com maior coeficiente de rugosidade e *C. krusei* ATCC L252, biofilme com maior possibilidade de difusão.

Concluiu-se que as diferentes espécies de *Candida* avaliadas demonstraram características próprias no desenvolvimento do biofilme. (Apoio: CAPES - BEX 4621/06-9)

PNf076 Efeito da Atividade Física sobre o Processo de Reparo de Lesões Ulceradas do Músculo Gastrocnêmio de Ratos

Namba EL*, Grégio AMT, Machado MAN, Lima AAS, Jung MT, Yamashita C, Ignácio SA
Pós Graduação Em Odontologia - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.
E-mail: nambaodonto@yahoo.com.br

O objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito do exercício físico no processo de reparo de uma lesão muscular. Foram utilizados 62 ratos machos da linhagem Wistar com idade aproximada de 45 a 50 dias. Os animais foram divididos em 2 grupos. O grupo experimental (G1) caracterizou-se pela associação da atividade física e a lesão muscular e o grupo controle (G2) por animais sedentários com a presença da lesão muscular. A atividade física de escolha foi a natação, onde os animais realizaram um treinamento padronizado. Em ambos os grupos as lesões no músculo gastrocnêmio foram instaladas pela aplicação de NaOH a 40% de forma sub-cutânea. Após a lesão instalada os animais foram sacrificados no período de 2, 7, 14 e 21 dias. As lesões foram removidas e avaliadas qualitativamente em HE e na coloração de Picrosirius Red através de um programa de computador (image pro plus). Os resultados demonstraram diferença significativa na deposição de colágeno imaturo no T3 e T4 entre os grupos e ainda uma proliferação de células inflamatórias no grupo experimental.

Concluiu-se que a atividade física acelera o processo de reparo de lesões musculares.

PNf077 Efeito da fototerapia com laser em baixa intensidade após injúria traumática em cérebro de ratos na produção de citocinas inflamatórias

Ferreira LS*, Moreira MS, Velasco IT, Ariga SK, Abatepaulo F, Marques MM
Dentística - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: leilafaser@yahoo.com.br

A fototerapia com laser em baixa intensidade (FTLBI) apresenta efeitos moduladores do processo inflamatório podendo ser indicada como terapia alternativa ou auxiliar nos processos traumáticos no cérebro. O objetivo do estudo foi avaliar o efeito da FTLBI na produção de citocinas inflamatórias produzidas pelo tecido cerebral após trauma focal por lesão criogênica (TFLC). O TFLC foi realizado no córtex cerebral de 50 ratos Wistar que foram divididos em 5 grupos experimentais (n=10): C (controle)-sem irradiação, LV3-660nm/3J/cm²; LV5-660nm/5J/cm²; LV3-780nm/3J/cm² e LV5-780nm/5J/cm². Foram realizadas 2 irradiações com intervalo de 3 horas, em dois pontos e em contato com os seguintes parâmetros: 1W/cm², 40mW, 0,04 cm², 3J/cm² ou 5J/cm², durante 3s e 5s, e energia total de 0,24J e 0,40J, respectivamente. Produção de IL-1β, IL-6, IL-10 e TNF-α no cérebro e no sangue foi analisada em 6 e 24 h pós trauma pelo teste ELISA e comparada pelo ANOVA e Tukey (p<0,05). A concentração da IL-1β no cérebro de animais do grupo C, LV5 e LV3 diminuiu significativamente em 24 h (p<0,01), mas foi prevenida nos grupos LV3 e LV5. As concentrações de TNF-α e IL-6 aumentaram significativamente (p<0,01 e p<0,05, respectivamente) no sangue de todos os grupos, exceto no LV3. A concentração de IL-10 se manteve estável em todos os grupos.

A FTLBI mostrou ser capaz de controlar os níveis de TNF-α, IL-1β e IL-6 no modelo de injúria criogênica cerebral. Este achado pode ser de relevância na prevenção ou controle de danos cerebrais após traumas no cérebro. (Apoio: FAPESP - 2007/50582-5)

PNf078 Influência do estresse agudo e crônico sobre a nociceção e o nível de ansiedade em ratas na fase de estro e proestro

Botelho AP*, Veiga MCFA
Ciências Fisiológicas - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: anapbotelho@terra.com.br

As disfunções na ATM são mais prevalentes em mulheres e a exposição ao estresse pode apresentar diferentes respostas comportamentais; neste estudo foram avaliados os efeitos do estresse agudo e crônico sobre a nociceção e ansiedade em ratas nas fases de estro e proestro. Ratas Wistar foram submetidas a uma sessão de estresse agudo por imobilização (1 h), ou expostas ao estresse crônico (40 dias - 1 h/dia). Logo depois, (1) teste da formolina na ATM para avaliação da nociceção; ou (2) teste do labirinto em cruz elevado para a avaliação da ansiedade; ou (3) mortas imediatamente para mensuração hormonal da corticosterona plasmática por radioimunoensaio. Foi avaliado o papel do receptor κ-opiídeo nas alterações nociceptivas induzidas pelo estresse. O antagonista seletivo κ-opiídeo, nor-BNI (200 µg/25 µl) ou salina foi administrado 24 h antes da avaliação da nociceção. Os dados foram analisados pelo teste Two-way ANOVA-R seguido de Tukey (p<0,05). Os protocolos de estresse aumentaram os níveis de corticosterona, e o estresse agudo (1 h) diminuiu as respostas comportamentais nociceptivas (analgesia). A injeção local de nor-BNI reverteu parcialmente a analgesia em proestro. O estresse agudo aumentou a ansiedade e o estresse crônico aumentou a atividade locomotora.

Os resultados sugerem que: 1) o estresse agudo (1 h) causa analgesia, sendo este efeito maior em proestro; 2) o receptor κ-opiídeo reverte parcialmente a analgesia induzida pelo estresse na fase proestro; e 3) o estresse agudo aumenta o nível de ansiedade em estro e de proestro. (Apoio: CNPq - 141514/2007-8)

PNf079 Efeito da aplicação de TIF₄ e AmF combinados com irradiação com laser de CO₂ sobre a erosão do esmalte e dentina

Comar LP*, Wiegand A, Magalhães AC, Navarro RS, Schmidlin PR, Rios D, Buzalaf MAR, Attin T
Ciências Biológicas - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURU.
E-mail: liviacomar@usp.br

Este estudo in vitro analisou a influência da irradiação com laser sobre a eficácia de soluções fluoretadas em prevenir a erosão do esmalte e dentina. Amostras de esmalte e dentina radicular bovina (n=10) foram tratadas com: laser de CO₂ (grupo I); solução de TIF₄ (1% F, grupo II); laser de CO₂ antes (grupo III) ou durante (grupo IV) a aplicação de TIF₄; AmF (1% F, grupo V); laser de CO₂ antes (grupo VI) ou durante (grupo VII) aplicação de AmF. Os grupos controles permaneceram sem tratamento. Em seguida, as amostras foram submetidas a ciclos de desmineralização (Sprite Zero, 4x90s/dia) e remineralização (saliva artificial) por 5 dias. A perda de esmalte e dentina foi mensurada por perfilometria (µm) após o tratamento e o 5º dia de ciclagem. Os dados foram analisados por ANOVA e Scheffé (p<0,05). Adicionalmente amostras foram avaliadas por microscópio eletrônico de varredura (MEV) após o tratamento (n=2). Após 5º dia, a perda do esmalte foi significativamente menor para os grupos IV e V, enquanto que a perda da dentina foi menor apenas no grupo V. Os demais grupos não diferiram dos controles. Superfícies tratadas com laser (grupo I) apresentaram-se microscopicamente inalteradas. No entanto, as imagens microscópicas do esmalte, mas não da dentina, mostraram que a formação de precipitados de fluor foi afetada pela irradiação com laser.

Portanto, o AmF reduziu a erosão do esmalte e da dentina mas a sua eficácia não foi melhorada pela irradiação com laser. Já o TIF₄ apresentou uma capacidade limitada em prevenir a erosão do esmalte, mas a irradiação com laser aumentou essa capacidade.

PNf080 Efeito dos íons Cu, Mg, Mn e Zn na desmineralização do pó de esmalte bovino provocado por dois tipos de refrigerante

Pereira HABS*, Kato MT, Italiani FM, Leite AL, Pessan JP, Buzalaf MAR
Ciências Biológicas - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURU.
E-mail: biohelop@gmail.com

O objetivo do trabalho foi avaliar o efeito da adição individual ou simultânea de diferentes concentrações de íons metálicos a refrigerantes no potencial dos mesmos em dissolverem o pó de esmalte bovino. O pó de esmalte bovino foi submetido in vitro a desafios erosivos com Coca Cola® ou Sprite Zero®, em quintuplicata (1 mg pó de esmalte/ 10 µL de refrigerante). As bebidas foram testadas puras ou suplementadas com Cu²⁺, Mg²⁺, Mn²⁺ e Zn²⁺ (1,25-60mmol/L). Os melhores resultados obtidos foram combinados com a adição do Fe²⁺. A perda de fósforo e cálcio a partir do pó de esmalte foi avaliada espectrofotometricamente. Os dados foram analisados por ANOVA e teste de Tukey (p<0,05). O Mg²⁺ adicionado ao Sprite®, aumentou significativamente a dissolução do pó de esmalte (20%-33%) em relação ao controle, nas concentrações de 30 e 60 mmol/L. A adição do Zn²⁺ à Coca Cola®, a partir de 10 mmol/L, provocou uma redução significativa na dissolução em relação ao controle, da ordem de 10-20% e na Sprite®, uma inibição de 8% para a concentração de 2,5 mmol/L. Adição de Cu à Sprite® diminuiu a dissolução até a concentração de 30 mmol/L, variando de 9 a 22%. A adição simultânea de Fe²⁺, Cu²⁺, Zn²⁺ e Mn²⁺ à Coca Cola® na concentração de 1 mmol/L resultou em uma significativa redução (27%) na dissolução em relação ao controle. Mas, na concentração de 10 mmol/L, potencializou a perda mineral (115%).

Dentre as estratégias avaliadas, a que apresentou melhores resultados para a Sprite Zero® foi a adição de Cu²⁺, nas concentrações de 15 e 30 mmol/L. Já para a Coca Cola®, a melhor estratégia foi a adição combinada de Fe²⁺, Zn²⁺, Cu²⁺ e Mn²⁺ a 1 mmol/L. (Apoio: FAPESP - 2007/04222-7)

PNf081 Modelo experimental para bloqueio do nervo alveolar inferior em ratos

Groppo FC*, Silva RAP, Berto LA, Volpato MC, Ranali J, Paula E
Ciências Fisiológicas - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: fcgroppo@top.unicamp.br

O objetivo deste estudo foi avaliar um modelo in vivo para testar anestésicos locais odontológicos no bloqueio do nervo alveolar inferior (BNAI) em ratos. Um fio elétrico de cobre (0,3 mm, flexível e isolado) foi fixado por resina na superfície oclusal dos molares inferiores direito e esquerdo em 20 ratos após anestesia geral induzida por tiopental sódico (40mg/kg). Após o fim da anestesia, ainda em sedação leve, 0,2 mL de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (LIDO) ou 0,2 mL de solução salina (SS) foram aleatoriamente injetadas. A injeção foi feita com uma agulha (13x3,5) extra oralmente na parte inferior do ângulo da mandíbula em direção à incisura da mandíbula. O lado injetado com SS foi controle. A latência (AP) e duração (DP) da anestesia pulpar foram avaliadas pela observação das respostas físicas após aplicação de estímulo com um pulp tester elétrico (EPT), nos fios de cobre. O sucesso (mínimo de 10min de anestesia) da injeção foi 95% e 0% para LIDO e SS, respectivamente. LIDO induziu 55 (±31,7) minutos de DP e 4,75 (±3,45) minutos de AP. A DP obtida neste estudo não foi diferente (teste t, p=0,8055) de valores obtidos em humanos (58±30,0 min). Os valores de AP foram também similares (teste t, p=0,6848) àqueles previamente observados em humanos (5,3±5,6 min). Os valores dos parâmetros de anestesia em humanos foram obtidos previamente em humanos usando o EPT (Oder et al., 1994; Steinkruger et al., 2006).

O modelo apresentado é prático e preciso para estimar os valores de latência e duração da anestesia pulpar após o BNAI, apresentando variabilidade similar a valores obtidos em humanos. (Apoio: FAPs - Fapesp - 2006/00121-9)

PNf082 Diagnóstico e controle da prática da automedicação em pacientes HIV positivos ou não

Souza RC*, Caputo BV, Santos CC, Giovani EM
Ciências da Saúde - Odontologia - UNIVERSIDADE PAULISTA - SÃO PAULO.
E-mail: rafact@gmail.com

O objetivo da pesquisa foi comparar a prática da automedicação entre pacientes HIV positivos ou não, com a média de idade de 43 anos. Os dados foram obtidos através de questionários de 164 pacientes divididos em 2 grupos. Grupo I – 82 HIV positivos, 51% melanoderma, 29% concluíram ensino fundamental, 71% se automedicavam, 30% já tomaram analgésico sem prescrição e 23% antitérmicos. Em relação à frequência de uso, 62% realizavam às vezes e 78% afirmaram que é um costume. Os motivos mais frequentes foram cefaléia 28% e febre 16%. Grupo II – 82 HIV negativos, 61% leucoderma, 52% ensino fundamental incompleto, 83% afirmaram que se automedicavam, 100% já tomaram analgésico sem prescrição, 73% antitérmicos, 64% anti-inflamatório. Em relação à frequência de uso, 68% realizavam às vezes e 73% afirmaram que é um costume. Sendo os motivos de uso mais frequentes cefaléia 27% e dor muscular 17%. Em ambos os grupos dentre os analgésicos mais utilizados o princípio ativo foi a dipirona, dos anti-inflamatórios, foi o diclofenaco e antitérmico a dipirona. O que nos chamou a atenção foi que apesar dos pacientes HIV serem acometidos de constantes episódios de manifestações oportunistas, e ainda administrarem a terapia antiretroviral, foi o grupo que menos praticaram a automedicação.

É necessário uma maior efetividade em campanhas de informações quanto aos efeitos indesejáveis e riscos dessa prática, um maior controle de propagandas permissivas através da mídia, e além do cirurgião dentista diagnosticar a prática da automedicação que pode interferir no tratamento odontológico e é um grave problema de saúde pública.

PNf083 Alterações nas glândulas salivares de ratos e resistência periférica à insulina devido ao uso crônico de dexametasona

Bighetti BB*, Vieira DC, Rafacho A, Bosqueiro JR, Cestari TM, Taga R, Assis GF
Ciências Biológicas - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: brunabbighetti@gmail.com

O uso crônico de glicocorticóides pode levar ao quadro de resistência periférica à insulina (RPI) e alterar o fluxo e a composição da saliva. O objetivo deste trabalho foi avaliar a RPI após a administração crônica de dexametasona (Dex) em ratos e as modificações morfométricas provocadas nas suas glândulas salivares. Os animais do grupo Dex (N = 24) receberam injeção diária de dexametasona (0,1mg/Kg) e o controle (N = 24) solução salina a 0,9% (1mL/Kg) durante 10 dias. Foram determinados os parâmetros metabólicos de glicose sanguínea, insulina sérica e glicogênio hepático, realizado os testes de tolerância à glicose (KGT) e à insulina (KIT) e os vários parâmetros morfométricos das glândulas salivares. Nos ratos do grupo Dex houve aumento de 2,9 vezes na insulina sérica, normoglicemia e o KGT e KIT 33% e 30% menores. A massa das glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais foi, respectivamente, 30%, 16% e 15% menores em relação ao controle, devido à redução de 51% no volume das células acinosas da parótida e de 43% e 33% no estroma das submandibulares e sublinguais, respectivamente. Nas glândulas submandibulares embora o volume das células acinosas tenha reduzido 27%, ocorreu respectivo aumento em seu número.

Portanto, o uso crônico de Dex induz a RPI e a diferentes alterações morfológicas conforme o tipo da glândula salivar, sendo a parótida a mais sensível.

PNf084 As percepções de atores sociais sobre mudança no modelo de atenção primária em uma cidade do RS

Batista A*, Unfer B
Estomatologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.
E-mail: alinebatista@gmail.com

A introdução da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se constituído em um desafio para a reorganização da atenção básica. Na maioria dos municípios brasileiros este modelo convive com o modelo tradicional de atenção em saúde. O objetivo deste trabalho foi comparar os modelos de atenção em saúde bucal vigentes em um município do RS, e analisar as mudanças sob a perspectiva de usuários, profissionais de saúde bucal e gestores. O estudo é do tipo qualitativo e realizado em um município do RS, constituindo um estudo de caso. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista que seguiu um roteiro semi-estruturado. As questões norteadoras diziam respeito à percepção de ações de saúde bucal e processo de trabalho nos dois modelos, e processo de transição para o novo modelo. Os resultados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. O novo modelo de atenção se caracteriza pelo atendimento mais humanizado, pelo aumento da oferta de atendimento clínico devido ao aumento da carga horária do profissional, mas ainda reproduz o modelo tradicional pela ênfase nas atividades assistenciais individuais. O profissional de saúde bucal mostra ter perfil voltado predominantemente para a prática clínica. Quanto aos usuários percebe-se a falta de compreensão sobre a ESF.

Sugere-se que o novo modelo de atenção não está consolidado como proposta de reorganização da atenção tendo em vista que reproduz características do modelo tradicional. Contribui para avaliação da implantação da ESF no Brasil e sugere a necessidade de implementação de estratégias para efetivar as mudanças do modelo de atenção básica.

PNf085 Fluorose dentária, níveis de flúor nas unhas e fatores sócio-comportamentais, em crianças residentes em município fluoretado

Carvalho FS*, Carvalho CAP, Sales-Peres A, Bastos JRM, Buzalaf MAR, Sales-Peres SHC
Saúde Coletiva - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: fasicar@usp.br

As unhas têm sido utilizadas como biomarcadores de exposição ao flúor (F). Os objetivos deste estudo foram verificar a associação de fluorose dentária e de fatores sócio-comportamentais com os níveis de F nas unhas de crianças em idade de risco para a fluorose. Realizou-se um levantamento epidemiológico em escolas públicas e privadas de Baurur-SP (0,7 ppm F). Uma única examinadora avaliou 242 crianças entre 4 a 6 anos, utilizando-se o índice de Dean ($kappa=0,78$), segundo critérios da OMS. As unhas dos pés das crianças foram coletadas pelos pais. A análise de F foi feita com um eletrodo ion-específico, após difusão facilitada por HMDS. Para a análise estatística foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (significância de 5%). A prevalência de fluorose foi de 11,57% e as concentrações de F nas unhas variaram entre 0,02 e 6,64 mg/g. Crianças sem fluorose tiveram concentração média de flúor nas unhas maior quando comparadas às com fluorose, entretanto essa diferença não foi significativa ($p>0,05$). Não foram observadas diferenças significativas entre os níveis de F com as variáveis idade, intolerância à lactose, uso de alimentos de soja, escovação e ingestão de dentifício ($p>0,05$). No entanto, houve uma tendência de maiores níveis de F em crianças de escolas privadas ($p=0,08$).

As crianças de escolas privadas parecem estar mais expostas à ingestão de F. Estudos posteriores podem vir a esclarecer melhor tal fato e a reavaliação desta amostra, por meio de um estudo longitudinal, pode contribuir para uma melhor análise da influência dos níveis de F encontrados, na dentição permanente.

PNf086 Impacto da experiência em obstetria e das experiências pessoais com o dentista sobre as atitudes profissionais em Medicina Periodontal

Rocha JM*, Chaves VR, Baldissera R, Rosing CK
Periodontia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.
E-mail: jmrocha@email.com

O período gestacional tem sido associado a uma alta prevalência de alterações periodontais. Fatores como a experiência em obstetria e as experiências pessoais dos médicos em relação à saúde bucal podem estar relacionados às atitudes destes profissionais frente às recomendações durante o pré-natal. O objetivo deste estudo foi comparar o tempo de experiência em obstetria e as experiências pessoais dos médicos com as suas atitudes frente aos pacientes. Um questionário validado composto de 19 questões foi respondido por 826 médicos obstetas. Desdes, 20% tem menos de 5 anos de prática em obstetria, 32% tem de 5 a 15 anos e 48% tem mais de 15 anos de experiência em obstetria. Mais da metade (428 (52,1%)) foi submetido a exame periodontal nos últimos 6 meses e 57 (6,9%) nunca foram periodontalmente examinados. Os resultados foram associados através do teste do qui-quadrado. O tempo de experiência em obstetria não interferiu nas recomendações em relação a orientação sobre amamentação, aulas sobre o parto, consultas sobre nutrição e realização de exames genéticos, porém, médicos com mais experiência em obstetria encaminham mais seus pacientes para exames odontológicos ($p<0,001$). Em relação às experiências pessoais, médicos que realizaram exames periodontais mais recentemente, encaminham mais seus pacientes para realização de exames odontológicos durante a gestação ($p<0,001$).

Conclui-se que a inter-relação pessoal e profissional entre médicos e dentistas e a experiência profissional tem impacto nas atitudes em interdisciplinares em saúde.

PNf087 Odontologia internacional: um novo segmento de atuação profissional no mercado de trabalho odontológico

Miamoto PE*, Beaini TL, Francisquini-Junior L, Melani RFH
Odontologia Social - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: dr.miamoto@gmail.com

Estima-se que no ano de 2008, tenham passado pelo porto de Santos-SP, cerca de 93.445 tripulantes provenientes de diversas partes do mundo. A concentração de CDs nos grandes centros portuários exige soluções alternativas para uma atuação clínica eficiente e satisfatória. Buscou-se traçar o perfil do atendimento odontológico a aquaviários estrangeiros em passagem (embarcados) pela cidade de Santos, um segmento de atuação profissional pouco estudado. Através de 200 questionários, os CDs responderam sobre a forma de atendimento, o tempo empregado e seu vínculo com as agências marítimas para desenvolverem o tratamento a aquaviários estrangeiros. Os resultados apontaram um retorno de 32,5% (n=65), dentre os quais 15,3% (n=5) declararam atender a este tipo de paciente regularmente. Estes avaliam que o tempo disponível para atender aos aquaviários é insuficiente para um tratamento odontológico seguro, embora criem ser financeiramente vantajoso atuar neste nicho. Três desses profissionais foram contratados por agências marítimas para prestar atendimento, ficando à disposição 24 horas, sujeitos aos horários de chegada dos navios. Analisando dados do CROSP, há no segmento 48 potenciais pacientes por CD.

Embora desgastante, atuar nas cidades portuárias a serviço de agências marítimas é um novo e promissor segmento para os recém formados.

PNf088 Seminário para a sensibilização da importância do acolhimento e enfoque humanizado: uma disciplina, um novo olhar

Pereira MN*, Almeida LE, Chaves MGAM, Chaves-Filho HDM, Devito KL, Souza TS, Reis WCFB, Rodrigues CM
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.
E-mail: marilialon@yahoo.com.br

O distanciamento entre os mundos acadêmico e o dos serviços de saúde vem sendo apontado como um dos fatores responsáveis pela crise do setor da saúde. Pensando nisso é oferecido ao segundo período do curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora a disciplina Sensibilização da Importância do Acolhimento e Enfoque Humanizado. Nela propôs-se uma reorientação do processo formativo, de modo a ofertar à sociedade odontólogos habilitados às reais necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS, além de introduzir precocemente o estudante ao universo prático de sua profissão. Baseada na metodologia da problematização, a disciplina ofertou em seu conteúdo seis unidades teóricas: As dimensões do processo saúde-doença; Técnicas e motivação de higiene bucal; Planejamento de ações coletivas em saúde geral e bucal; A humanização do atendimento odontológico; O SUS no ensino superior; Noções de Bioética. Cada unidade foi desenvolvida em cinco tempos: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Além de uma avaliação continuada, a disciplina foi avaliada pelos discentes, que contaram com cinco escores (excelente, muito bom, bom, regular e ruim); destacando que 92,31% consideraram o trabalho excelente e ninguém o caracterizou por regular ou ruim.

Enfim, acredita-se que a presente metodologia foi capaz de atuar na formação profissional, tornando os acadêmicos do curso de Odontologia mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada, de alta qualidade e resolutividade.

PNf089 Estudo dos atendimentos de urgência realizados na FOSJC no período de 2004 a 2008

Almeida JD*, Tiradentes N, Balducci I, Kubo CH, Gomes APM

Biociências e Diagnóstico Bucal - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

E-mail: janete@fosjc.unesp.br

As urgências odontológicas destinam-se principalmente ao alívio da dor, devolução da estética e restabelecimento da função mastigatória ao paciente. A dor, a perda da função mastigatória e a estética são as principais razões que levam o paciente a buscar atendimento de urgência. As urgências estão amparadas pela ampliação e qualificação da atenção básica propostas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde 2004, que prevê a implantação e o aumento da resolutividade do pronto-atendimento. O objetivo desse estudo foi avaliar os atendimentos realizados no Serviço Odontológico de Urgência (SOU) da FOSJC - UNESP entre 2004 e 2008 quanto ao perfil dos pacientes atendidos, diagnóstico e tratamento. Foi realizado um estudo transversal e descritivo e os resultados foram analisados através de estatística descritiva. O número total de atendimentos realizados foi 23.895, com uma média mensal de 400 atendimentos, dos quais foram coletados 10 prontuários odontológicos de cada mês através de uma tabela de números aleatórios. Com desenho amostral de 600 prontuários odontológicos, constatou-se predomínio do sexo feminino (59,17%), leucodermas (80,83%) e faixa etária entre 20 e 39 anos (49,67%). A maioria dos procedimentos foi realizada para solucionar urgências endodônticas (37,5%), relacionados a curativos (10,6%), exodontias (8,9%), problemas periodontais (4,6%), cimentação de provisórios ou próteses definitivas (4,5%) e traumatismos dentários (1,6%).

O estudo permitiu constatar que a cárie e suas conseqüências foram os principais responsáveis pelos atendimentos de urgência.

PNf090 Análise da reprodutibilidade de cárie, fluorose e desgaste dentário durante processo de calibração

Moura PG*, Sales-Peres AC, Carvalho FS, Carvalho CAP, Sales-Peres A, Sales-Peres SHC

Odontoped, Ortodontia e Saúde Coletiva - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.

E-mail: paty_garcia_@hotmail.com

Diferentes medidas têm sido propostas para identificar e quantificar a concordância inter e intra-examinadores (índice de Dice, porcentagem geral de concordância- PGC e Kappa) em estudos epidemiológicos. Este estudo objetivou analisar a reprodutibilidade intra e inter-examinadores em um processo de calibração para cárie dentária, fluorose e desgaste dentário. Dois examinadores participaram de um processo de calibração, incluindo atividades teóricas e práticas, para cada um dos 3 desfechos, sendo avaliadas 60 crianças. Os índices adotados foram CPOD para cárie, IDD para desgaste e índice de Dean para fluorose. Para mensurar a reprodutibilidade dos examinadores utilizou-se a PGC e o Kappa por serem medidas mais abrangentes. Os resultados encontrados para o examinador 1 e 2 e as respectivas médias foram: cárie (PGC- 0,95; 0,95; 0,95 e Kappa 0,91; 0,92; 0,91), fluorose (PGC- 0,92; 0,70; 0,79 e Kappa - 0,82; 0,30; 0,49) e desgaste dentário (PGC- 0,91; 0,91; 0,88 e kappa- 0,87; 0,86; 0,82). A concordância encontrada para cárie e desgaste dentário foi considerada quase perfeita (>0,81) e para a fluorose foi como sofrível concordância.

Concluiu-se que estudos epidemiológicos devem ter uma padronização criteriosa dos examinadores para que a reprodutibilidade possa representar o panorama do desfecho. Cuidados adicionais devem ser adotados quando for identificar fluorose.

PNf091 Avaliação do conhecimento, atitudes e percepção de cirurgiões-dentistas frente aos resíduos gerados em serviço de saúde

Eid NLM*, Li-Min L

Neurologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS .

E-mail: nayene_eid@yahoo.com.br

As atividades exercidas nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde podem gerar resíduos de alta periculosidade que, uma vez descartados incorretamente, criam condições capazes de colocar em risco e comprometer os recursos naturais e a qualidade de vida das atuais e futuras gerações. O objetivo do presente trabalho foi avaliar o conhecimento, atitudes e percepção dos cirurgiões-dentistas de Palmas e Gurupi/ Tocantins frente ao descarte dos resíduos gerados em seu consultório e nos demais serviços de saúde. Foram entrevistados 93 cirurgiões-dentistas, dos quais, 81,7% trabalhavam em clínica particular e já haviam cursado alguma pós-graduação (79,6%). Avaliados quanto a sua percepção, alguns cirurgiões-dentistas afirmaram acreditar que os resíduos de amálgama, oriundos de procedimentos restauradores, eram descartados em lixo comum (30,1%) ou esgoto (8,6%), além de acreditarem que, eventualmente, se praticasse o descarte em lixo comum (9,7%) ou recipientes plásticos (14,0%) dos resíduos perfurocortantes. A maioria dos entrevistados (88,0%) afirmou que descartava no esgoto as soluções químicas de processamento radiográfico e 62,4% deles afirmaram acreditar que o lixo contaminado era disposto juntamente com o lixo comum.

Concluiu-se que, em geral, os cirurgiões-dentistas entrevistados desconheciam sobre o correto descarte dos resíduos de serviço de saúde, uma vez que foi observada negligência desta prática por muitos deles, e percepção de que outros profissionais também realizavam o descarte incorreto dos resíduos gerados em seu ambiente de trabalho.

PNf092 Os processos de responsabilidade profissional: repercussão em alunos de graduação

Onesti A*, Melani RFH

Odontologia Social - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.

E-mail: adriana.onesti@usp.br

A responsabilidade profissional do Cirurgião-Dentista tem sido tema de preocupação, em virtude do aumento de questionamentos jurídicos, envolvendo sua atuação. Conhecer o nível de preocupação dos alunos com relação a processos poderá ajudar em sua orientação nas especialidades onde há maior número de ações judiciais. Buscamos avaliar o grau de preocupação dos alunos de graduação em Odontologia da Universidade de São Paulo (n = 183) com a finalidade de verificar em que momento esta surge e como se desenvolve no decorrer do curso. Questões semi-estruturadas, permitindo a escolha de mais de uma alternativa, foram respondidas e tratadas através de percentual simples. Verificou-se que 62% dos 102 alunos do primeiro semestre afirmaram ter recebido de sofrer um processo quando formados. Este percentual aumenta para 85% quando a pergunta envolve alunos do último semestre, os quais já possuem experiência de atendimento clínico. Destes, 21% assinalaram já terem sofrido algum tipo de constrangimento durante o atendimento e 77% apontam a conduta do paciente como elemento responsável pela não obtenção de êxito no tratamento proposto.

Concluiu-se que os graduandos sofrem com a perspectiva de se verem acionados pela justiça, tal preocupação já se apresenta na maioria dos alunos ingressantes e aumenta nos concluintes.

PNf093 Relação entre intenção e adesão às práticas de aleitamento materno e utilização de chupeta e mamadeira entre gestantes e lactantes

Costa LST*, Possobon RF, Carrascoza KC, Tomita LM

Odontologia Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: ludtavares@fop.unicamp.br

O Programa de Orientação à Gestante (POG) e o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), oferecidos pelo Cepae-FOP-Unicamp, disponibilizam aconselhamento a gestantes e lactantes a fim de contribuir para elevar os índices de aleitamento materno exclusivo (AME) e diminuir do uso de chupeta/mamadeira. Pesquisas recentes mostram que conhecer as intenções das mães pode nortear o planejamento de condutas mais específicas e, portanto, potencialmente mais eficientes, de prevenção do desmame precoce e da introdução de hábitos orais deletérios. Este estudo investigou a intenção e a decisão de 141 mães em relação à amamentação e ao uso de chupeta e mamadeira, comparando dados coletados, por meio de questionário, antes e após o POG e após o GIAME. Os resultados mostraram que, embora as gestantes aceitem mais a informação de não utilizar chupeta (84,2%) do que mamadeira (77,1%), o índice de utilização de chupeta ao 6º mês de vida da criança é maior (43,3%) do que de mamadeira (41,8%). Houve relação positiva entre intenção de amamentar por mais de 6 meses e o índice de AME ao 6º mês (p=0,02).

Concluiu-se que obter informação sobre o período de tempo que a gestante deseja manter o aleitamento pode indicar risco de desmame precoce, sugerindo a necessidade da atuação preventiva do profissional de saúde junto à mãe, a fim de garantir a manutenção do AME até o 6º mês de vida. Entretanto, em relação à chupeta e mamadeira, parece que, mais importante do que conhecer a intenção da gestante, é oferecer alternativas para seu uso, acompanhando mãe ao longo do primeiro ano de vida da criança.

PNf094 Análise de fatores associados a traumatismos dentários em pré-escolares: uma alternativa para regressão logística

Scapini A*, Feldens CA, Kramer PF, Ferreira SH, Tovo MF

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL.

E-mail: annascapini@terra.com.br

O objetivo deste estudo transversal foi investigar os fatores associados a traumatismos alvéolo-dentários em pré-escolares usando dois métodos de análise estatística multivariável. A amostra compreendeu 888 crianças com idade de 3 a 5 anos de creches públicas em Canoas-RS. Um questionário para coleta das variáveis independentes (idade, sexo, raça, nível educacional da mãe e renda familiar) foi preenchido pelos pais. Os traumatismos dentários foram registrados de acordo com a classificação de Andreasen por 5 examinadores calibrados. Testes de Regressão Logística e Regressão de Poisson com variância robusta foram usados para determinar os fatores associados com traumatismos e quantificar a força de associação. Observou-se uma prevalência de 36,4% de traumatismo dentário nas crianças examinadas. A Regressão de Poisson mostrou que a probabilidade do desfecho foi 30% maior para filhos de mães com mais de 8 anos de escolaridade e 63% maior para crianças com um overjet maior que 2mm. Os mesmos fatores foram identificados pela regressão logística, contudo com valores claramente superestimados em relação à Regressão de Poisson, tendo em vista a alta frequência do desfecho.

Estes resultados indicam a necessidade de orientações específicas para prevenção de traumatismos dentários, especialmente para responsáveis por crianças com overjet acentuado e filhos de mães com maior escolaridade. A Regressão de Poisson com variância robusta representa uma melhor alternativa para estimar o risco de desfechos de alta frequência, como traumatismos dentários em pré-escolares.

PNf095 Prevalência de dilacerações radiculares em pacientes portadores de fissuras labiopalatais

Sabóia TM*, Kuchler EC, Motta LG, Costa MC, Garcia LS

Ortodontia e Odontopediatria - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.

E-mail: ticianamedeiros@hotmail.com

As alterações dentárias são fatos comuns em pacientes portadores de fissuras orais, sendo a dilaceração radicular uma das alterações caracterizada por uma angulação anormal da raiz. O diagnóstico dessa alteração é feito por exame radiográfico, sendo fundamental no planejamento do tratamento endodôntico, cirúrgico e ortodôntico. Dessa forma, objetivou-se avaliar a prevalência de dilacerações radiculares em pacientes portadores de diferentes tipos de fissuras orofaciais. Foram avaliadas 157 radiografias panorâmicas e prontuários, sendo 59,2% do sexo masculino, de pacientes atendidos no Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais da cidade do Rio de Janeiro, na faixa etária de 7 a 51 anos. Foram incluídos, unicamente, dentes permanentes e excluídos os pacientes síndromicos. Os dados foram analisados pelo Teste χ^2 (p<0,05). Quanto aos tipos de fissuras, 73,8% foram de lábio isolado, 18,5% labiopalatais e 7,6% de palato isolado. Do total de pacientes, 26 (16,5%) apresentavam dilaceração em, pelo menos, um dente. Pacientes com fissuras de lábio isolado apresentaram dilacerações em 10,3% dos casos. Os fissurados labiopalatais foram 19,8%. Não foi encontrada dilaceração nos pacientes com fissura isolada de palato. A maxila foi o arco mais afetado (62,19%), sendo os molares superiores os dentes mais acometidos (10,38%).

Apesar das alterações dentárias serem achados comuns em pacientes fissurados, evidenciando a importância da documentação clínica e o plano de tratamento adequado, nesse estudo não foi encontrada diferença estatística significativa entre o tipo de fissura e dilaceração (p=0,14).

PNf096 Distúrbios do movimento e parâmetros salivares em indivíduos com paralisia cerebral

Ferreira MCD*, Guaré RO, Leite MF, Bassoukou IH, Chamlian TR, Santos MTBR

Pós Graduação e Pesquisa - UNIVERSIDADE CRUZEIRO DO SUL.

E-mail: duarteferreira@uol.com.br

São observados diferentes distúrbios de movimento na paralisia cerebral, representados por comprometimento motor global e oral. O objetivo foi avaliar fluxo salivar (FS), pH e capacidade tampão (CT) nos distúrbios de movimento de indivíduos com paralisia cerebral (IPC), e comparar com um grupo de voluntários normoreativos. Após aprovação do Comitê de Ética (1034/06), foram avaliados 71 IPC espásticos, 15 coreoatetóides, 7 atáxicos e 35 normoreativos pareados por gênero e idade, nas faixas etárias de 3-8 e 9-16 anos. A saliva não estimulada foi coletada por sucção através de cateter plástico durante 5 minutos para o cálculo do FS (ml/min). Imediatamente após coleta, uma alíquota da saliva foi usada para mensuração do pH e CT (titulação HCl 0,01 N até ser alcançado pH inferior a 5) com pHmetro digital (DigMed DU-2). Os resultados foram comparados entre os grupos (t de Student, Anova e Bonferroni, p<0,05). IPC apresentaram redução no FS apenas na faixa etária entre 9 e 16 anos (p<0,05). Entretanto, IPC apresentaram redução do pH inicial, nas diferentes faixas de pH e na CT total para as faixas etárias estudadas (p<0,05). Não foram observadas alterações nos parâmetros salivares comparando os distúrbios de movimento.

IPC entre 3 e 8 anos secretam a mesma quantidade de saliva que indivíduos normoreativos, mas com deficiência em eletrólitos envolvidos com o pH inicial e a CT. IPC entre 9 e 16 anos secretam menos saliva que os normoreativos e apresentam comprometimento de funções como CT salivar. As alterações observadas independem do tipo de distúrbio do movimento. (Apoio: FAPs - Fapesp - 08/0960-6)

PNf097 **Divulgação de informação científica baseada em evidência para a melhoria da saúde bucal de crianças**

Santos APP*, Oliveira BH, Nadanovsky P

Instituto de Medicina Social - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

E-mail: ana.paulapires@uol.com.br

Diante de informações contraditórias, torna-se difícil tomar decisões que resultem em melhoria da qualidade de vida associada à saúde. O objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão sistemática sobre a efetividade da higiene bucal para o controle da cárie dentária em crianças e elaborar um material de divulgação científica baseado na melhor evidência disponível. Inicialmente, fez-se contato com órgãos governamentais e associações profissionais e científicas do Brasil e do exterior para conhecer que orientações sobre saúde bucal de crianças são fornecidas. Das 110 entidades contatadas (61 nacionais e 49 internacionais), 80% responderam e enviaram 47 materiais de divulgação impressos ou eletrônicos. Os temas citados nesses materiais foram higiene bucal, fluoroterapia, dieta, selantes, consultas, traumatismos, erupção dentária, hábitos de sucção, uso de medicamentos, ortodontia e orientações para gestantes. O tema abordado com maior frequência foi a higiene bucal (98%), mas houve grande divergência nas recomendações sobre frequência e supervisão de escovação e concentração de fluoreto no dentífrico.

Após busca bibliográfica, constatou-se que não há revisão sistemática que proporcione evidência conclusiva para embasar essas recomendações e conclui-se ser oportuna a realização de uma revisão sistemática incluindo estes tópicos. (Apoio: FAPERJ)

PNf098 **Propriedades psicométricas das formas curtas da versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄)**

Torres CS*, Vale MPP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira AC, Allison P, Paiva SM

Odontopediatria e Ortodontia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

E-mail: cintiasilt@hotmail.com

As formas curtas do Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄-ISF:8 e ISF:16) são instrumentos que avaliam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 11 a 14 anos. O presente estudo objetivou traduzir e adaptar transculturalmente as formas curtas do CPQ₁₁₋₁₄ e avaliar suas propriedades psicométricas para uso no Brasil. Após tradução e adaptação transcultural, o ISF:8 e o ISF:16 foram testados em 136 crianças de 11 a 14 anos em Belo Horizonte, Brasil. Avaliou-se a validade de critério, validade de construto, consistência interna e confiabilidade teste-reteste. A validade discriminante foi testada, comparando-se 3 grupos (crianças sem cárie dentária e sem maloclusão, crianças com cárie dentária e sem maloclusão e crianças com cárie dentária e com maloclusão). A média do escore total foi 6,8(±4,2) e 11,9 (±7,6) para o ISF:8 e ISF:16 (p<0,001). Associações estatisticamente significativas foram encontradas entre alterações bucais e os domínios do ISF:8 e ISF:16 (p<0,05). Consistência interna e confiabilidade teste-reteste foram testadas através do alfa de Cronbach (ISF:8=0,70 e ISF:16=0,84) e do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) (ISF:8=0,98 e ISF:16=0,97), respectivamente. A validade de construto foi confirmada pela correlação entre os escores das versões curtas e os indicadores de saúde bucal e bem-estar social. A validade de critério mostrou-se adequada (p<0,05).

As formas curtas da versão brasileira do CPQ₁₁₋₁₄-ISF:8 e ISF:16 mostraram propriedades psicométricas satisfatórias, demonstrando aplicabilidade em crianças brasileiras. (Apoio: CNPq - 130818/2007-0)

PNf099 **Injúrias não intencionais na infância: estudo piloto com mães que frequentam a Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina**

Santos BZ*, Silva JYB, Cordeiro MMR, Bosco VL, Grossemann S

Estomatologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

E-mail: biancasantos@hotmail.com

As injúrias não intencionais, com ou sem envolvimento buco-dental, são apontadas como uma das principais causas de morbimortalidade em crianças de 1 a 14 anos. Este estudo piloto transversal descritivo, com eixo temporal contemporâneo, teve por objetivo identificar a ocorrência de injúrias não intencionais em crianças de até 3 anos de idade, que frequentam a Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina e os fatores associados. Foram feitas entrevistas guiadas por questionário, com questões abertas e fechadas, a 28 mães. Dez mães referiram a ocorrência de injúrias não intencionais em seus filhos, perfazendo um total de 21 casos. A residência das crianças foi o local onde ocorreram 12 (57,1%) das 21 injúrias citadas, e 15 (71,4%) delas foram causadas por quedas. Em 18 (85,7%) casos a mãe ou o pai acompanhavam a criança no momento do agravamento, e 12 (57,1%) das injúrias tiveram gravidade moderada, com atendimento hospitalar sem internação. Em relação ao recebimento de informações sobre a prevenção desse tipo de injúrias, 10 mães afirmaram nunca terem sido orientadas a respeito.

Como cirurgiões dentistas, especialmente odontopediatras, têm contato regular com crianças e suas famílias, é de grande valia sua participação em ações conjuntas entre governo, profissionais da saúde e sociedade civil, visando à promoção da segurança infantil.

PNf100 **Avaliação antibacteriana do preparo biomecânico e de uma pasta à base de hidróxido de cálcio em dentes deciduos necrosados após trauma**

Sousa DL*, Pinto DN, Carvalho CBM, Moreira-Neto JJS

Clínica Odontológica - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

E-mail: didhilins@yahoo.com.br

Este trabalho propõe-se a avaliar o efeito antibacteriano do preparo químico-mecânico e de uma pasta à base de hidróxido de cálcio sobre bactérias presentes em canais radiculares de dentes deciduos necrosados após trauma e verificar a presença dos microorganismos *Fusobacterium nucleatum* e *Bacilo Pigmentado Negro* nestes dentes. Foram realizadas três coletas microbiológicas (após a abertura coronária, C1, após a instrumentação, C2, e 72h após a remoção da medicação intracanal, C3). Na C1, os microorganismos foram isolados em 17/18 (94,4%) dos canais radiculares, sendo a média de CFU's de 5,4 x 10⁵, na C2, em apenas 1/10 (10%), com uma média de 4,3 x 10², e na C3 em 15/18 (83,3%), com média de 1,5 x 10⁵. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre C1 e C2, e o mesmo não ocorrendo entre C1 e C3 e entre C2 e C3. O *Fusobacterium nucleatum* e o *Bacilo Pigmentado Negro* foram observados em 55,5% (10/18) e 11,1% (2/18), respectivamente, na C1, não sendo detectados na C2, e na C3 estavam presentes em 16,6% (3/18) e 5,5% (1/18), respectivamente. Na C1, observou-se uma predominância de cocos gram-negativos (15/18) e bacilos gram-negativos (14/18), representando 83,3% e 77,8%, respectivamente. Na C2, os únicos morfotipos detectados foram cocos gram-positivos (1/10), presente em 10% das amostras positivas, e na C3, os cocos-gram positivos predominaram (66,7%).

O preparo químico-mecânico reduziu significativamente o número de microorganismos do canal principal, porém o hidróxido de cálcio não foi capaz de prevenir o recrescimento de bactérias. (Apoio: Funcap)

PNf101 **Uso de dentífrico com baixa concentração de fluoreto com trimetafosfato sobre a erosão do esmalte dentário bovino: estudo in vitro**

Moretto MJ*, Magalhães AC, Sassaki KT, Delbem ACB, Martinhon CCR

Odontologia Infantil e Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.

E-mail: mjmoretto@terra.com.br

O objetivo desse estudo foi avaliar in vitro a ação de um dentífrico com baixa concentração de fluoreto suplementado com trimetafosfato sobre a erosão dentária. Para tal foram utilizados blocos de esmalte bovino (4x4mm) que após polimento foram selecionados através da microdureza de superfície (SMH inicial) (n=60) e divididos em 4 grupos de acordo com o dentífrico a ser utilizado: placebo (sem fluór), 1100 µg F/g - Crest™, 1100 µg F/g e 500 µg F/g TMP 3. Os blocos foram submetidos ao desafio ácido com Sprite Zero® por 5 minutos 4 vezes ao dia por um período de 7 dias. Na sequência os blocos receberam tratamento com slurry dos dentífricos (1:3) por 15 segundos, e foram mantidos em saliva artificial (37°C). De acordo com os resultados as médias da porcentagem de perda de dureza da superfície (% SMHC) e os valores médios do desgaste (µm) foram: placebo (sem fluór) 82,26% e 3,36 µm, 1100 µg F/g - Crest™ 73,38% e 2,46 µm, 1100 µg F/g, 72,86% e 2,46 µm, 500 µg F/g TMP 3% 62,41% e 1,29 µm, respectivamente (p<0,05).

Concluiu-se que o uso de dentífrico 500 µg F/g suplementado com 3% de trimetafosfato apresentou os melhores resultados quando aplicado sobre o esmalte dentário submetido a desafios ácidos, entretanto, não foi capaz de inibir totalmente o desgaste pela erosão. (Apoio: CNPq - 133837/2007-7)

PNf102 **Experiência de cáries em crianças brasileiras e sua associação com a amamentação e hábitos de higiene bucal**

Faustino-Silva DD*, Figueiredo MC, Kneist S, Borutta A, Sieber VM, Moura R L

Cirurgia e Ortopedia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.

E-mail: ddemetrio@gmail.com

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e severidade da cárie dental em crianças brasileiras e sua relação com amamentação e hábitos de higiene bucal em Ouro Preto, Minas Gerais. Amostra de 83 crianças randomicamente selecionadas (média de idade 29,2 meses, 47 meninos e 36 meninas) foram incluídas no estudo. Mães responderam um questionário validado relativo a amamentação no peito, cuidado com a saúde oral das crianças e aspectos sociais. As crianças foram examinadas por um dentista treinado e calibrado, usando o índice ceod modificado. 82% das crianças eram livres de lesões cavitadas. No entanto, 26% delas apresentavam lesões iniciais. O índice ceod foi de 1,36. Não houve diferenças significativas entre os grupos de amamentação ou não (p<0,05) e entre os grupos etários. A higiene oral das crianças foi insatisfatória.

Para as crianças estudadas o índice de cárie aumenta com o aumento da idade. Período regular ou prolongado de amamentação no peito não foi um fator de risco para cárie para essas crianças. Para evitar a destruição dental nas crianças de Ouro Preto, as mães necessitam mais educação em saúde baseada na prevenção com foco na higiene oral diárias das crianças.

PNf103 **Análise Bibliométrica de Periódicos Internacionais de Odontopediatria**

Poletto VC*, Faraco-Junior IM, Faccin ES, Kramer PF, Ruschel HC

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL.

E-mail: vpoletto@terra.com.br

A valorização de condutas clínicas baseadas em evidências não é mais considerada simples filosofia, mas sim resultado da evolução das ciências da saúde paralelamente a decadência crescente de antigos dogmas. Assim, o objetivo deste estudo transversal foi avaliar os resumos de todos os artigos publicados no Journal of Dentistry for Children e Pediatric Dentistry no período dos anos de 2001 a 2007, de modo a coletar dados referentes aos delineamentos utilizados, os temas mais pesquisados e os países com maior produção científica, totalizando 837 resumos. A categorização dos dados foi realizada pela revisão física manual direta do resumo por dois examinadores treinados, de modo independente. Os resultados demonstraram que os delineamentos mais utilizados nas duas revistas foram estudos transversais e relatos de caso. As categorias temáticas mais pesquisadas foram Cariologia e Crescimento e Desenvolvimento das Dentições, acompanhadas por Odontologia Restauradora/Materiais Dentários e Pacientes Especiais. O país que mais publicou foi os Estados Unidos.

Concluiu-se que a maioria dos artigos publicados refere-se a estudos de baixo potencial de estabelecer evidências científicas, mostrando a necessidade de desenvolvimento de pesquisas embasadas em delineamentos de melhor qualidade. Além disso, a literatura avaliada mostra o reflexo das tendências na prática clínica da odontopediatria e identifica carências de temas que possam ser pesquisados futuramente. Ainda, esclarece disparidades entre países no desenvolvimento de projetos e produção científica.

PNf104 **Controle Clínico após 48 meses de selantes de fósfolas e fissuras em molares deciduos em Pacientes de uma Clínica para Bebês**

Faria MD*, Bianco KG, Cunha RF

Odontologia Infantil e Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.

E-mail: maxdouglassfaria@bol.com.br

Recentes pesquisas apontam a ocorrência da doença cárie, principalmente na superfície oclusal de molares deciduos, em pacientes inseridos em programas de assistência odontológica a bebês. Dessa maneira, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia do selante oclusal na prevenção da cárie dentária em pacientes de 3 a 4 anos de idade na fase final de atendimento odontológico em uma clínica para bebês. Foram selecionados 31 pacientes que apresentaram 212 molares deciduos indicados ao selamento, utilizando selante fotopolimerizável aplicado de acordo com as recomendações do fabricante. Os dentes selados foram avaliados semestralmente durante 48 meses, utilizando os parâmetros clínicos da presença do selante e da condição da superfície selada. Os resultados mostraram que após 4 anos, os selantes mantiveram-se presentes em 32%, parcialmente presentes em 26% e ausentes em 42%. As superfícies dentárias seladas mantiveram-se hígidas em 72% e 28% apresentaram lesões cariosas.

Concluiu-se que apesar do baixo índice de retenção dos selantes em dentes deciduos, a prevenção de cárie foi considerada satisfatória, requerendo, porém acompanhamento clínico periódico

PNf105 Ensaio clínico controlado randomizado duplo-cego sobre a influência da smear layer no desempenho de pulpectomias em dentes deciduos

Barcelos R*, Tannure PN, Gleiser R, Lutz RR, Primo LG

Odontopediatria e Ortodontia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.

E-mail: robertabps@bol.com.br

Avaliou-se a influência da *smear layer* no desempenho de pulpectomias em dentes deciduos com comprometimento pulpar irreversível através de ensaio clínico controlado randomizado duplo-cego, com 68 pacientes saudáveis, 2-9 anos (média=4,4 ± 1,6). Após preparo químico-cirúrgico, os dentes (n=82) receberam, aleatoriamente, irrigação com hipoclorito de sódio (NaOCl) 2,5% e ácido cítrico 6% (G1: remoção da *smear layer*) ou NaOCl 2,5% (G2: controle) e obturação dos canais com pasta de óxido de zinco eugenol. Pacientes e avaliadores estavam cegos para irrigação. Após 24 meses de acompanhamento, clínico e radiográfico, 67 dentes (n=55 pacientes) foram avaliados e a taxa de sucesso foi 88,1% (G1=93,9%; G2= 82,4%). O sucesso e análise de sobrevivência não foram diferentes entre grupos (p<0,05). Em G2 o desempenho foi menor nos casos de necrose pulpar (p=0,03) e radiolucidez pré-operatória (p=0,02). As variáveis diagnósticas pulpar, motivo da terapia, sintomatologia clínica pré-operatória, extensão da obturação do canal e restauração coronária não influenciaram o desempenho da terapia (p<0,05). Retenção prolongada ocorreu em 4,5% dos casos e destes, 66,7% (n=2) apresentaram desvio no trajeto eruptivo do sucessor permanente sendo extraídos para evitar maloclusão. Nenhum permanente sucessor apresentou opacidade no esmalte.

Conclui-se que a remoção da smear layer não influenciou no desempenho das pulpectomias em dentes deciduos. Contudo, dentes com necrose pulpar ou com radiolucidez periapical pré-operatória foram significativamente favorecidos pela remoção desta camada. (Apoio: CNPq - 303351/2005-2)

PNf106 Comparação da eficácia entre uma escova de dente manual e outra elétrica (manipulada com e sem o acréscimo de movimentos manuais)

Sari GT*, Piva F

Curso de Odontologia - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL.

E-mail: gilbertosari@terra.com.br

As escovas dentais elétricas têm demonstrado um considerável aumento de popularidade e preferência, em especial entre o público infantil. Apesar do efeito motivacional a prática mais efetiva da higiene bucal que estas escovas produzem sobre as crianças, existem ainda muitas dúvidas quanto à eficácia deste novo instrumento em relação às escovas manuais. Diante disso, o presente estudo se propôs a comparar, em termos de efetividade na redução de placa bacteriana, um modelo de escova manual e outro de escova elétrica, sendo esta trabalhada em duas modalidades de prática diferentes (com e sem o acréscimo de movimentos manuais). Os pais de 19 crianças da faixa etária de 6 a 10 anos, todos pacientes em tratamento ortodôntico na ULBRA - Campus Cachoeira do Sul - RS, foram instruídos a escovarem os dentes de seus filhos durante três semanas consecutivas, entre as quais se alternaram de forma aleatória e seguindo cronograma previamente elaborado, as três modalidades de escovação propostas. Ao final de cada etapa de sete dias, todos os integrantes da amostra eram submetidos ao registro do índice de placa de Quigley, Hein modificado. Considerados globalmente todos os dentes e terços das faces dentárias submetidas ao índice, os resultados demonstraram não haver diferença estatística significante entre as quantidades de placa removidas pelas três modalidades de escovação avaliadas (p=0,50).

Pode-se concluir que a qualidade da escovação dentária de um paciente infantil está muito mais relacionada ao grau de motivação obtido junto ao seu núcleo familiar do que no tipo de instrumento utilizado.

PNf107 Avaliação in vitro dos efeitos da terapia fotodinâmica sobre microrganismos cariogênicos presentes na saliva de crianças

Paschoal MAB*, Oliveira TM, Silva TC, Abdo RCC, Campanelli AP, Machado MAAM

Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Cole - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.

E-mail: marcoabp@usp.br

A utilização da terapia fotodinâmica (TFD) é sugerida como alternativa para o controle do crescimento de microrganismos patogênicos envolvidos na gênese da cárie. O objetivo do presente estudo foi avaliar *in vitro* o efeito antimicrobiano da TFD sobre três culturas de *S. mutans*: uma cepa padrão (ATCC 25175) e dois isolados clínicos oriundos da saliva de crianças. O corante (C) azul de orto-toluidina (TBO) foi utilizado associado à iluminação com LED's (L) no comprimento de onda vermelho. Estas suspensões foram transferidas para placas de 96 orifícios, tratadas com quatro concentrações de TBO (0,25; 2,5; 25 e 250 µg/mL) e expostas a quatro dosimetrias (12; 24; 36 e 48 J/cm²) constituindo o grupo C+L+ (TFD). Suspensões adicionais foram tratadas somente com as quatro concentrações de TBO (C+L-) ou apenas com as quatro dosimetrias (C-L+). Amostras não submetidas ao tratamento com a fonte de luz nem ao corante, constituíram a condição C-L- (controle positivo). Aliquotas de 25 µL do grupo correspondente a TFD (C+L+) foram semeadas em placas de Petri, as quais foram incubadas a 37°C por 48 horas para posterior visualização de inibição e/ou crescimento microbiológico correspondente a efetividade ou ineficiência da TFD, respectivamente. Com o intuito de confirmar os achados, essas mesmas amostras foram submetidas à análise por microscopia confocal a laser.

A concentração mínima de TBO necessária para a inativação in vitro das três culturas de S. mutans foi de 2,5 µg/mL associada à dosimetria mínima de 24 J/cm² da fonte de luz LED utilizada no estudo. (Apoio: CNPq)

PNf108 Efeitos da fotopolimerização na dureza de cimentos de ionômeros de vidro modificados por resina

Alves FBT*, Pazinato C, Will JP, Pereira SK, Carvalho TS, Raggio DP

Odontologia - Pós Graduação - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.

E-mail: fabi.teixeira@uol.com.br

Os cimentos de ionômeros de vidro modificados por resina (CIVMRs) são ativados por aparelhos fotopolimerizadores que podem interferir na dureza do material. O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre a dureza superficial de três CIVMRs comumente utilizados (Vitremar™ -3M/ESPE, Vitro Fil LC® -DFL, Resiglass® - Biodinâmica) e um de nanopartículas (Ketac™ N100-3M/ESPE) empregando-se dois tipos de fotopolimerizadores. Dez espécimes de cada material foram preparados de acordo com instruções do fabricante e inseridos em matriz de PVC (Φ 6mm; 2mm de espessura). Cinco espécimes de cada material foram fotopolimerizados com luz halógena (Optilux 401, Demetron) ou LED (LEDemtron I, Kerr) por 20 segundos, com exceção do material Vitremar (40 segundos). Os espécimes foram armazenados em saliva artificial por 24 horas, a 37 °C. As superfícies foram polidas e as medidas de dureza Knoop foram obtidas em 24 horas, 1 e 2 semanas. Cada espécime foi submetido a cinco indentações na superfície de topo dos materiais com carga de 25g e tempo de 30s com um indentador Knoop (Shimadzu HMV-2T). Os resultados foram analisados utilizando análise de medidas repetidas e pós teste de Bonferroni com intervalo de confiança de 95%. As médias de dureza Knoop (KHN) foram respectivamente (LED; Halógeno): Vitremar (40,54; 49,81); N100 (27,05; 29,98); Vitro Fil LC (29,65; 24,88); Resiglass (34,54; 39,81). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os valores de dureza em relação ao tipo de luz para cada material.

Conclui-se que o tipo de luz não influencia na dureza da superfície dos CIVMRs. (Apoio: CAPES)

PNf109 Efetividade antimicrobiana de pastas usadas na terapia pulpar de dentes deciduos

Praetzel JR*, Ferreira FV, Ardenghi TM, Guedes-Pinto AC

Estomatologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.

E-mail: praetzel@uol.com.br

A terapêutica pulpar na dentadura decidua é considerada complexa, uma vez que esses dentes apresentam características tangentes a sua anatomia e a topografia do sistema de canais radiculares; ao ciclo biológico; a relação de proximidade entre suas raízes e os germes dos dentes permanentes; a reabsorção radicular fisiológica e, também, pelo tempo de trabalho, um inconveniente em Odontopediatria. O objetivo deste estudo foi avaliar a ação antimicrobiana da pasta preconizada por Guedes-Pinto et al (1981) - controle e uma pasta modificada (pasta teste) pela adição de digluconato de clorexidina a 2% em substituição ao PMCC da formulação original, contra *Staphylococcus aureus* (ATCC 29213); *Staphylococcus epidermidis* (ATCC 12228); *Streptococcus oralis* (ATCC 10557); *Enterococcus faecalis* (ATCC 29212); *Escherichia coli* (ATCC 25922) e *Bacillus subtilis* (ATCC 6633). O método empregado foi o de Diluição em Meio Sólido. Difusão em Ágar e os testes foram realizados em duplicata. A análise estatística foi realizada utilizando o teste U de Mann-Whitney. Os resultados obtidos demonstraram que a pasta Guedes-Pinto original mostrou-se bacteriostática contra todos os microrganismos e também bactericida para quase todos eles, exceto para o *Enterococcus faecalis* e para o *Bacillus subtilis*. A pasta modificada apresentou ação bacteriostática e bactericida contra todos os microrganismos da amostra. Não houve diferença estatística significante quanto à efetividade antimicrobiana entre as pastas avaliadas.

Conclui-se que de acordo com a metodologia empregada, as duas pastas apresentaram ação antimicrobiana contra microrganismos.

PNf110 Crescimento Infantil no Primeiro Semestre - Análise de Fatores Intervinentes

Lolli LF*, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS

Odontologia Infantil e Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.

E-mail: luphernan@hotmail.com

A saúde infantil é uma das metas da Política Nacional de Saúde no Brasil e a investigação sobre o crescimento, um dos melhores indicadores para avaliar a saúde das crianças. O presente estudo de coorte objetivou investigar fatores influentes no padrão de crescimento infantil no primeiro semestre de vida. Foram acompanhadas, por visitas mensais domiciliares, 90 pares mãe-filho. Na primeira visita, um questionário semi-estruturado foi aplicado às mães, contendo variáveis sobre o nível sócio-educacional e econômico, estado civil, o tipo de parto, dentre outras. Mensalmente, elas responderam sobre o padrão de amamentação, que foi classificado segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). A cada visita, as medidas de peso e estatura das crianças foram registradas. Análises de regressão linear e regressão linear múltipla foram realizadas para investigar os efeitos das variáveis de estudo sobre o ganho de peso e estatura dos bebês. Em relação ao padrão de amamentação, os resultados demonstraram que o aleitamento complementar foi o mais prevalente no primeiro semestre. Considerando aleitamento materno exclusivo, materno predominante, materno complementar e artificial, o ganho de peso e estatura foi de 3.763g - 12cm; 4.141g - 16cm; 4.933g - 20cm e 4.760g - 22cm, respectivamente. De modo geral, houve tendência de maior ganho de peso no aleitamento predominante e de estatura no aleitamento artificial. As demais variáveis do estudo não interferiram no peso / estatura das crianças.

Conclui-se que, das variáveis em estudo, o padrão de aleitamento foi o determinante mais significativo do crescimento infantil nos primeiros 6 meses de vida. (Apoio: CAPES)

PNf111 Acesso às consultas odontológicas e interação profissional no atendimento às gestantes durante o pré-natal no SUS na região de Araçatuba-SP

Costa ACO*, Yariid SD, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Saliba O, Sumida DH

Odontologia Social Preventiva - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.

E-mail: costa_a@ig.com.br

O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento norteia a assistência integral à saúde da mulher no pré-natal, parto, puerpério e neonatal. Recomenda-se neste programa que a mulher realize ao menos uma consulta odontológica. Com o objetivo de verificar o acesso às consultas odontológicas no pré-natal no Sistema Único de Saúde e a interação entre dentista e os profissionais envolvidos no atendimento às gestantes neste período, realizou-se um estudo transversal com gestantes (n=95) nos municípios de Birigui-SP e Piacatu-SP. Foram realizadas entrevistas domiciliares; os dados obtidos foram analisados e os resultados descritos qualitativamente. Todas parturientes relataram ter realizado o pré-natal; 88% realizaram mais de seis consultas; 15% participaram de ações educativas; nenhuma gestante foi orientada a fazer ao menos uma consulta odontológica, porém 28% (n=27) foram ao dentista por livre iniciativa, sendo quase a totalidade destes 23% (n=6) por motivos de dor de dente, restaurações fraturadas, para realizar profilaxia e manutenção do aparelho ortodôntico e apenas 5% (n=1) para consulta de rotina. Do total pesquisado, 72% (n=68) não procuraram atendimento odontológico por não sentirem necessidade; ausência de ator de dente; falta de dinheiro ou tempo; crença que mulher grávida não pode ir ao dentista; recusa do dentista em atender mulher grávida.

Foi possível concluir que a Saúde Bucal constitui um desafio no atendimento multidisciplinar da gestante e que há falta de interação entre os profissionais que prestam assistência à gestante.

PNf112 Efeito do laser de CO2 pulsado (λ = 10,6 µm) e do fluoreto na prevenção da erosão do esmalte e dentina bovinos

Oliveira MPM*, Steiner-Oliveira C, Nobre-dos-Santos M, Hara AT

Odontologia Infantil - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: mapmoliveira@yahoo.com.br

Esse estudo verificou a efetividade do laser de CO2 na prevenção da erosão do esmalte e dentina. Blocos de esmalte e dentina radiculares bovinos (64) foram divididos em 4 grupos (n=8): fluoreto (F), laser (L), fluoreto+laser (FL) ou nenhum tratamento (C). Os blocos foram polidos e desmineralizados com ácido cítrico a 0,3% e pH 2,45 por 5 min e remineralizados em saliva artificial por 60 min, 3x/dia, por 3 dias. A seguir, a perda de superfície foi mensurada com perfilômetro e as concentrações de cálcio (Ca), fósforo (P) e fluoreto (FL) na solução desmineralizadora (DES) foram determinadas. Os dados foram analisados pelos testes ANOVA e Tukey (p < 0,05). Para o esmalte, o desgaste acumulado foi de -2,5 (±0,8); -2,3 (±1,0)^{ns}; -2,3 (±1,1)^{ns}; -1,5 (±0,5)^{ns} e para a dentina -10,6 (±1,8)^{ns}; -10,7 (±1,2)^{ns}; -8,3 (±2,6)^{ns}; -7,5 (±1,9)^{ns} para os grupos C, L, F e FL, respectivamente. As concentrações de Ca, P e FL acumuladas para o esmalte foram de 2,0 (±0,3)^{ns}, 1,8 (±0,2)^{ns}, 1,5 (±0,1)^{ns}, 1,7 (±0,2)^{ns}; 1,7 (±1,4)^{ns}, 1,8 (±2,1)^{ns}, 1,7 (±2,2)^{ns}, 1,1 (±2,1)^{ns} e 0,05 (±0,0)^{ns}, 0,03 (±0,0)^{ns}, 0,62 (±0,57)^{ns}, 0,39 (±0,3)^{ns} para os grupos C, L, F e FL, respectivamente. Para a dentina foram de 2,2 (±0,3)^{ns}, 2,8 (±1,4)^{ns}, 1,4 (±0,8)^{ns}, 2,2 (±0,4)^{ns}; 3,2 (±2,1)^{ns}, 2,5 (±2,7)^{ns}, 3,2 (±3,8)^{ns}, 2,8 (±2,8)^{ns} e 0,01 (±0,0)^{ns}, 0,01 (±0,0)^{ns}, 0,22 (±0,2)^{ns} e 0,31 (±0,2)^{ns} para os grupos C, L, F e FL, respectivamente.

O laser de CO2 não preveniu a perda de estrutura superficial do esmalte e da dentina causada pela erosão e sua combinação com o F não produziu interação sinérgica.

PNf113 Alterações no esmalte submetido à ação de medicamentos ácidos e simulação do meio bucal

Valinoti AC*, Pierro VSS, Silva EM, Maia LC

Odontopediatria - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: anavalinoti@ufrj.br

O objetivo deste estudo foi investigar o efeito de diferentes intensidades de energia do laser de Er:YAG na rugosidade superficial e características morfológicas de uma cerâmica reforçada por alumina. Trinta placas de cerâmica (Procera Alumina) foram obtidas e aleatoriamente distribuídas em cinco grupos (n=6) de acordo com o tratamento de superfície recebido [nenhum (controle), jateamento com óxido de alumínio e irradiação com laser de Er:YAG com três intensidades de energia (200mJ, 400mJ e 600mJ)]. Depois do respectivo tratamento, as placas foram cobertas com ouro e a rugosidade superficial média (Ra/mm) foi mensurada em microscópio confocal. Mudanças nas características morfológicas foram examinadas em microscópio óptico e eletrônico de varredura. A irradiação com 400mJ ou 600mJ apresentou o mesmo efeito sobre as superfícies de Procera Alumina, aumentando os valores de Ra comparado aos demais grupos: controle, jateamento e irradiação com 200mJ; os quais foram similares entre si (ANOVA/Tukey, $\alpha=5\%$).

Pode-se concluir que a irradiação com altas intensidade de energia (400mJ e 600mJ) é um tratamento de maneira menos agressiva para a cerâmica a base de alumina. Por outro lado, os protocolos menos severos, irradiação com 200mJ e jateamento com óxido de alumínio, não foram capazes de alterar a superfície da cerâmica. (Apoio: CAPES - 3600/06-8)

PNf114 Avaliação da ação do extrato do alecrim do campo sobre microrganismos viáveis na dentina infectada de molares decíduos

Silva SREP*, Pinheiro SL, Imparato JCP

Odontopediatria - UNIVERSIDADE CAMILO CASTELO BRANCO.
E-mail: sreps@usp.br

O alecrim do campo é a principal fonte botânica para a produção da própolis verde apresentando propriedades antibacterianas e antifúngicas. O objetivo desse trabalho foi avaliar as propriedades antimicrobianas do Alecrim do Campo em dentina infectada de lesões cáries classe I em molares decíduos. Coletou-se 1mm de dentina da região oclusal de 10 molares decíduos de crianças atendidas na clínica de odontopediatria da PUC-Campinas. Após coleta, transferiu-se a dentina para o meio Brain Heart Infusion (BHI), mantendo-a em anaerobiose a 37°C por cinco dias. Inoculou-se cada meio BHI após proliferação bacteriana em meio de cultura Agar Sanguis. Marcaram-se três pontos nas placas de Agar Sanguis onde se depositou em filtros de papel a clorexidina 2%, controle positivo (G1), sorro fisiológico, controle negativo (G2) e extrato de alecrim do campo, produto pesquisado (G3). As placas foram mantidas em anaerobiose a 37°C por cinco dias e após esse tempo, mediu-se o raio do halo de inibição bacteriana sendo as medidas transformadas em escores e submetidas à análise estatística de Kruskal-Wallis. O G1 apresentou maior halo de inibição em relação ao G2 e G3 sendo estatisticamente significante. O G2 apresentou menor halo de inibição, sendo estatisticamente significante quando comparado ao G1 e G3 e G3 apresentou menor halo de inibição menor que G1 e maior que G2, sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significantes.

Conclui-se que o extrato de alecrim do campo apresentou ação sobre a população de microrganismos viáveis na dentina infectada de molares decíduos.

PNf115 Avaliação da condição do primeiro molar permanente em crianças após 3 anos de um exame inicial

Pomarico L*, Lopes EF, Soares LF

Odontopediatria e Ortodontia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: lupomarico@superig.com.br

O objetivo do estudo foi avaliar a condição do primeiro molar permanente, após três anos de um exame inicial. Foram verificados e comparados os hábitos de higiene bucal e dieta, índice de cárie e o diagnóstico clínico e radiográfico do primeiro molar permanente. Da amostra do estudo inicial - M1 (n=49), 26 crianças foram avaliadas no presente estudo - M2. A média de idade foi de 8,4 ± 1,8 e 11,2 ± 2,1, respectivamente em M1 e M2. Quanto aos hábitos de higiene bucal, verificou-se alta frequência, com 2 ou mais escovações diárias. Já em relação à dieta, observou-se a permanência do hábito de ingerir sacarose entre as refeições. O CPIOD foi de 0,6 ± 0,8, comparado com o de M1 que apresentou 0,1 ± 0,3. Clinicamente foi observado que 66,4% dos primeiros molares de M2 (n=104) estavam hígidos, 6,7% cariados e 26% restaurados. 79 molares puderam ser avaliados radiograficamente em ambos os momentos. Destes, 53 (67,1%) permaneceram hígidos. A incidência de envolvimento por cárie da superfície oclusal do primeiro molar permanente foi de 17 elementos (18,7%) após 3 anos.

Conclui-se que a maioria dos primeiros molares permanentes avaliados clinicamente e radiograficamente em ambos os momentos permaneceu hígido, sendo que os hábitos saudáveis de higiene bucal praticados por esta amostra foram importantes para este resultado.

PNf116 Avaliação do efeito de dentifícios com baixa concentração de Flúor suplementados com Cálcio e Fosfato no esmalte dentário

Zaze ACSF, Dias AP*, Delbem ACB, Sasaki KT

Odontologia Infantil e Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: carolzaze@terra.com.br

O uso de produtos fluoretados tem sido apontado como o principal responsável pelo aumento na incidência da fluorose na população. A redução da concentração de fluoreto (F) em dentifícios é uma alternativa para a prevenção da fluorose dentária. Avaliar diferentes concentrações de um composto com cálcio (Ca) e Fosfato (P) em dentifícios com baixa concentração de F e suas ações sobre a desmineralização do esmalte foi o objetivo do presente trabalho. Blocos de esmalte bovino selecionados foram submetidos a repetidas ciclagens de pH. Tratamentos diários com dentifícios contendo 500 µg F/g, ou não, com concentrações entre 0 e 2% de um composto de Ca e P foram realizados. Utilizou-se também um dentifício placebo e um comercial (Crest® 1100 µg F/g). Determinou-se a perda mineral por meio da dureza superficial (SH1), a dureza do esmalte em secção longitudinal, para o cálculo da perda integrada da dureza de subsuperfície (AKHN), bem como o conteúdo de F, Ca e P no esmalte. Os resultados de SH1 mostraram que o dentifício com F e 0,25% de Ca e P apresentou eficácia superior ao Crest, fato confirmado pelo AKHN, que também apresentou valores semelhantes entre os grupos placebo e 2,0%Ca e P com F (p>0,05). Dentifícios fluoretados apresentaram maior concentração de F (µg/mm³) no esmalte quando comparados aos sem F. A concentração de Ca aumentou de acordo com a de Ca e P nos dentifícios com F, assim como a de P nos dentifícios sem F.

Conclui-se que é possível reduzir a concentração de F a 500 µg F/g e obter uma ação comparável a de um dentifício comercial através da suplementação com Ca e P.

PNf117 Efeito de superfície do laser de Er:YAG sobre uma cerâmica reforçada por alumina

Cavalcanti AN*, Pilecki P, Foxton RM, Watson TF, Oliveira MT, Giannini M, Marchi GM

Odontologia Restauradora - ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA.
E-mail: dea.cavalcanti@uol.com.br

O objetivo deste estudo foi investigar o efeito de diferentes intensidades de energia do laser de Er:YAG na rugosidade superficial e características morfológicas de uma cerâmica reforçada por alumina. Trinta placas de cerâmica (Procera Alumina) foram obtidas e aleatoriamente distribuídas em cinco grupos (n=6) de acordo com o tratamento de superfície recebido [nenhum (controle), jateamento com óxido de alumínio e irradiação com laser de Er:YAG com três intensidades de energia (200mJ, 400mJ e 600mJ)]. Depois do respectivo tratamento, as placas foram cobertas com ouro e a rugosidade superficial média (Ra/mm) foi mensurada em microscópio confocal. Mudanças nas características morfológicas foram examinadas em microscópio óptico e eletrônico de varredura. A irradiação com 400mJ ou 600mJ apresentou o mesmo efeito sobre as superfícies de Procera Alumina, aumentando os valores de Ra comparado aos demais grupos: controle, jateamento e irradiação com 200mJ; os quais foram similares entre si (ANOVA/Tukey, $\alpha=5\%$).

Pode-se concluir que a irradiação com altas intensidade de energia (400mJ e 600mJ) é um tratamento de maneira menos agressiva para a cerâmica a base de alumina. Por outro lado, os protocolos menos severos, irradiação com 200mJ e jateamento com óxido de alumínio, não foram capazes de alterar a superfície da cerâmica. (Apoio: CAPES - 3600/06-8)

PNf118 Nanotecnologia aplicada a materiais restauradores: Avaliação da resistência à degradação químico-mecânica

Alonso RCB*, Paula AB, Correr GM, Brandt WC, Consani RLX, Ambrosano GMB, Puppim-Rontani RM

Grupo de Estudos Em Odontologia - UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO.
E-mail: robalonso@yahoo.com

O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos da presença de nanopartículas na resistência à degradação química e abrasão de dois cimentos ionoméricos modificados por resina (Vitrem - partículas convencionais e Ketac NCem - nanopartículas) e dois compostos (Z350 - nanopartículas e TPH Spectrum - híbrido). Amostras cilíndricas de cada material foram preparadas e polidas após 24h. Em seguida, foi realizada avaliação inicial de rugosidade e dureza Knoop. As amostras foram distribuídas aleatoriamente em 12 grupos (n=10), de acordo com o material restaurador e solução para degradação química (saliva artificial, suco de laranja e Coca-Cola). Após 30 dias de imersão a rugosidade e dureza foram avaliadas. Em seguida, as amostras foram submetidas à abrasão mecânica por escovação (30.000 ciclos / 200 g) e a rugosidade e dureza novamente avaliadas. Os dados de dureza e rugosidade foram submetidos a ANOVA e teste de Tukey e os dados da taxa de degradação ao teste de Kruskal Wallis e teste de Dunn (5%). Os compostos apresentaram menor rugosidade, maior dureza e menor taxa de degradação química que os materiais ionoméricos. Não houve diferença significativa entre os materiais de mesma classe, tanto nos valores de dureza quanto de rugosidade. De maneira geral, a degradação química gerou redução significativa da dureza, enquanto a rugosidade não foi afetada. Já a abrasão acarretou em aumento significativo da rugosidade, enquanto a dureza não foi afetada.

A presença das nanopartículas nos materiais não melhorou suas propriedades de dureza e rugosidade dos materiais e nem as características de degradação.

PNf119 Avaliação da microdureza superficial e em profundidade de uma resina composta fotoativada por diferentes LEDs

Francci C*, Silva LM, Yamasaki LC, Gomes MN, Devito-Moraes AG, Nishida AC, Akemi-Kikuti M, Fróes-Salgado NRG

Materiais Dentários - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: francci@uol.com.br

O objetivo deste estudo foi avaliar a µ-dureza Knoop de um composto fotoativado por diferentes LEDs. Para os LEDs (Smart.Lite, Dentsply (SL); Rádi Plus, SDI (RP); Elipar Freelight 2, 3M ESPE (EF); LEDemtron, Kerr (LD); Celalux, Voco (CL); Ultralume 5, Ultradent (UT); Bluephase G2, Ivoclar (BP); Flashlite, Discus (FL); Ultralight III, Sanders (UL); LEC470II, MMOptics (LE); Biolux, Bioart (BL); UltraBlue, DMC (UB); BlueStar, Microdont (BS); Mais, New Image (MS) e Demi, Kerr (DM)) e halógeno (Optilux 501, Kerr (OP)) foram confeccionados 5 espécimes (6X3X2mm) de composto (Herculite XRV, Kerr), fotoativados com a irradiação de cada um, através de anel espaçador (7mm) por 40s. para avaliar a µ-dureza (25g; 30s) superficial e profunda (2mm). ANOVA e teste de Tukey (5%) mostraram que o maior valor superficial foi obtido com o DM (48,36 ± 1,9 ≥ OP 43,04 ± 1,94), e o menor com o UL (36,88 ± 1,53), e em profundidade o maior foi com o EF (29,86 ± 2,46 ≥ OP 23,26 ± 5,94) e o menor com o BL (4,2 ± 0,96). O teste de correlação de Pearson mostrou correlação ao nível de 1% entre dose de energia e µ-dureza em profundidade (r=0,66), o que não ocorreu na superfície.

Conclusão: é recomendável utilizar LEDs de alta irradiância para fotoativar compostos em cavidades profundas, até 7mm. O fator profundidade é mais crítico para os LEDs que para o halógeno

PNf120 Avaliação do comportamento mecânico, óptico e caracterização microestrutural de cerâmica vítrea submetida a repetidas termoprensagens

Naves LZ*, Moraes RR, Gonçalves LS, Puppim-Rontani RM, Sinhorette MAC, Consani S, Soares CJ, Correr-Sobrinho L

Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: lucasagoon@hotmail.com

A re-utilização de excedentes do processo de termo-prensagem (TP) de cerâmicas vítreas é comum em laboratórios protéticos. O objetivo deste estudo foi avaliar características microestruturais, propriedades mecânicas e ópticas de cerâmica vítrea (IPS Empress Esthetic - IVOCLEAR VIVADENT) submetida a repetidas TPs. Amostras (n=8) (10mm diâmetro x 1mm espessura) foram termo-prensadas uma vez - controle (TP1). Sprues e botões remanescentes de TP1 foram submetidos a repetidas TPs, obtendo amostras prensadas duas e três vezes - grupos experimentais (TP2 e TP3). Todo o processamento cerâmico seguiu recomendações dos fabricantes. Microdureza Superficial Vickers (DSV) foi mensurada. Irradiância e comprimento de onda da luz halógena transmitida através das amostras cerâmicas em diferentes espessuras (0,7; 1,4; ou 2mm - para cada TP) foram mensurados utilizando potenciômetro e espectrômetro digitais. Caracterização da fase cristalina foi realizada em MEV após cada TP. Médias ± desvios-padrões - DSV foram: TP1: 589±18; TP2: 551±13 e TP3: 552±22. Decréscimo na irradiância com o aumento da espessura da cerâmica foi encontrado para todas as TPs. Comprimento de onda transmitido através de TP1 foi idêntico nas três espessuras, entretanto, variou em TP2 e TP3. Variações no tamanho, distribuição e estrutura dos cristais de leucita foram observadas em MEV, podendo interferir no comportamento mecânico e óptico da cerâmica.

Cerâmicas vítreas não devem ser submetidas a mais de uma TP, alterações significativas detectadas no estudo podem contribuir para o insucesso clínico.

PNf121 Resistência à tração e à flexão do titânio comercialmente puro submetido a dois métodos de soldagem: TIG e Laser

Fernandes FHCN*, Atoui JA, Bezoon OL, Pagnano VO, Orsi IA, Nóbilo MAA
Materiais Dentários e Prótese - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: flaviocarrico@forp.usp.br

O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito da soldagem TIG ("tungsten inert gas") comparando-a com soldagem a laser, em hastas cilíndricas de titânio comercialmente puro (Ti cp), por meio dos ensaios de resistência à tração e flexão. Para a obtenção dos corpos-de-prova em titânio (n=60), foi realizada inclusão em revestimento Rematitan Plus, de acordo com as instruções dos fabricantes. Os anéis foram submetidos aos ciclos térmicos e posicionados na máquina de fundição (Rematitan), sob arco voltaico, vácuo e atmosfera de argônio, com injeção de titânio sob vácuo-pressão. Após resfriamento, as fundições foram desincludidas e jateadas com óxido de alumínio. Os corpos-de-prova obtidos em forma de hastas cilíndricas foram distribuídos aleatoriamente, em três grupos, para ambos os ensaios, resistência à tração e flexão: grupo controle (sem solda), solda TIG e solda a Laser. Os dados obtidos para o Ensaio de Tração (MPa) foram analisados estatisticamente pelos testes ANOVA e Tukey. O teste complementar de Tukey (p=0,05) evidenciou que houve diferença entre o grupo controle (605,84 ± 19,83) e os métodos de soldagem TIG (514,90 ± 37,76) e Laser (515,85 ± 62,07). Para o Ensaio de Flexão (MPa), o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os processos de soldagem TIG (1559,66) e Laser (1621,64), contudo a diferença foi significativa entre estes grupos e o controle (1908,75).

Concluiu-se que a resistência à tração e à flexão do titânio cp soldado a TIG foi semelhante à da soldagem a Laser. (Apoio: FAPESP - 06/55785-9)

PNf122 Estudo in vitro da adesão de cerâmica aluminizada: tratamento de superfície e sistemas de cimentação

Aras WMF*, Bernardes C L, Silva MF, Wanderley-Cruz JF, León BLT
Programa de Pós-graduação Em Odontologia - ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA.
E-mail: wanesa_aras@yahoo.com.br

O tratamento de superfície da cerâmica e a cimentação são etapas cruciais para uma união mais efetiva entre os tecidos dentários mineralizados e a restauração indireta, e para a longevidade clínica destes materiais. Este trabalho avaliou a influência do tratamento de superfície e do agente cimentante na resistência de união da cerâmica aluminizada In - Ceram (Vita). Discos cerâmicos foram cimentados sobre dentes bovinos. Distribuiu-se, aleatoriamente, os corpos-de-prova em seis grupos (n=10), segundo o tratamento de superfície do disco e sistema de cimentação: jateamento com óxido de alumínio e Maxcem; sistema Cojet e Maxcem; jateamento com óxido de alumínio e Nexus 3; sistema Cojet e Nexus 3; jateamento com óxido de alumínio e RelyX Unicem; sistema Cojet e RelyX Unicem. Decorridas 48 horas após a cimentação, os grupos foram submetidos aos testes de cisalhamento em máquina de ensaio universal a uma velocidade de 0,5 mm/min. Os dados foram avaliados estatisticamente pela análise de variância e teste de Tukey, ao nível de significância de 5%. O RelyX Unicem mostrou diferença estatisticamente significativa (p<0,05) entre o sistema Cojet (52,25 MPa) e o jateamento com óxido de alumínio (21,87 MPa). Não houve diferença estatística nos demais agentes cimentantes (p>0,05). O Maxcem apresentou os menores valores de resistência de união nos dois tratamentos de superfície. As falhas observadas foram 100% adesivas.

Os achados sugerem que a silicização e o uso do RelyX Unicem promovem maiores valores de resistência de união para sistemas cerâmicos aluminizados.

PNf123 Resistência a microtração de cimentos resinosos ao conjunto cerâmica à base de Dissilicato de Lítio + dentina

Amaral R*, Salazar-Marcho SM, Ozcan M, Valandro LF, Bottino MA
Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: reginamaral82@yahoo.com.br

Avaliar a resistência a microtração de três cimentos resinosos de diferentes composições (ML: Multilink, Ivoclar-Vivadent; PF: Panavia F, Kuraray; SB: Super Bond C&B, Sun Medical) em 2 condições experimentais: cerâmica-cimento-cerâmica (CCC) e cerâmica-cimento-dentina (CCD). As superfícies de cimentação de 120 blocos cerâmicos foram condicionadas com ácido hidrófluorídrico 4% e silanizadas. As superfícies planificadas de 3 ° molares humanos foram condicionadas conforme especificações de cada agente cimentante. O cimento foi aplicado sobre dos blocos cerâmicos os quais 40 foram cimentados com outros blocos cerâmicos (CCC) e outros 40 com a superfície dentinária (CCD). Os 80 conjuntos foram armazenados em água destilada 37°C por 24h e então, seccionados nos eixos X e Y para obtenção de espécimes em forma de barras (14 por conjunto). Metade das barras foi submetida ao ensaio de microtração imediatamente após o corte e a outra metade foi termociclada e armazenada (150 dias). Os resultados foram analisados pelo teste de ANOVA e Tukey (α=0,05). A armazenagem e o tipo de cimento afetaram a adesão à dentina e à cerâmica. Nos conjuntos CCC, as médias de resistência a microtração de SB (26,7±10,6) foram significativamente maiores que ML (18,5±10,1) e PF (21,7±8,3) (P>0,05). Na adesão à dentina, SB (22,6±14,1) e PF (18,7±11,1) resultaram em maiores valores que ML (14,1±11,7) (P>0,05).

O Super Bonder C&B demonstrou maiores valores aderidos a cerâmica a base de Dissilicato de Lítio quando aplicado em dentina e na cerâmica. O Panavia F foi mais eficaz quando utilizado com ED Primer na adesão da dentina à cerâmica.

PNf124 A influência da fonte fotoativadora e de diferentes produtos de uso profissional para clareamento de dentes desvitalizados: estudo ex vivo

Alves J*, Ascencio AEP, Zaia WLS, Guerisoli DMZ, Figueiredo JLG
Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.
E-mail: jualves82@hotmail.com

Este trabalho avaliou quantitativamente a capacidade de clareamento de diferentes produtos de uso profissional fotoativados ou não em dentes bovinos manchados artificialmente. Foram utilizados 5 grupos de 10 dentes incisivos bovinos com coroas hígidas seccionadas na junção amelo-cementária e com abertura coronária para tratamento endodôntico. Todos os grupos foram submetidos ao processo de manchamento artificial com sangue bovino, exceto o Grupo IV. Após o manchamento, os Grupos I e II foram submetidos ao clareamento com Whiteness HP® e a fotoativação foi realizada com um aparelho do tipo LED de alta potência apenas no Grupo I. No Grupo III foi utilizado o Mix One®. O Grupo IV, controle positivo, não foi manchado nem clareado. O Grupo V, controle negativo, sofreu apenas manchamento. Foram realizadas leituras espectrofotométricas, iniciais, após o manchamento e após os procedimentos de clareamento. Os dados foram submetidos ao teste de Kruskal-Wallis, com pós-teste de Dunn, com nível de significância de 5%.

Os valores de ΔE foram calculados segundo o padrão CIE Lab e apresentaram-se semelhantes ao controle positivo (P>0,05), mostrando a eficácia dos produtos e procedimentos utilizados, que causaram o retorno à cor inicial do elemento dental. Não houve diferenças estatísticas entre os Grupos I, II e III (P>0,05). (Apoio: FUNDECT)

PNf125 Avaliação da união de cimentos à base de metacrilato e de água à superfície de resina composta formada pelo silorano

Arita CHM*, Goes MF, Sinhorette MAC
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: carlaarita@fop.unicamp.br

O estudo avaliou a união de cimentos resinosos à base de metacrilato e de água à superfície de resina composta à base de silorano (SI). Quarenta amostras (10,0 mm de diâmetro X 2,0 mm de espessura) de resina composta P90 (SI) foram confeccionadas, divididas em 4 grupos contendo 10 amostras cada, e unidas aos pares de acordo com seguintes procedimentos: No Grupo 1 (G1), foi aplicado Single Bond 2, polimerizado (10 s) e as amostras unidas com o Rely X ARC. Grupo 2 (G2), as superfícies das amostras foram unidas com cimento Unicem. Para as amostras do Grupo 3 (G3) e Grupo 4 (G4) foi aplicado o bond do silorano, polimerização por 10 s, seguido pelo primer e polimerização por 10s. No G3 as amostras foram unidas com cimento de ionômero de vidro e no G4 foi utilizado o cimento Rely X ARC. Após a cimentação, as amostras cimentadas aos pares foram armazenadas em água deionizada (24 h), seccionadas em dois eixos diferentes para dar forma de palitos (0,7mm² ± 0,1) e submetidas ao teste de tração sob velocidade de 0,5mm/min em máquina de ensaio (Instron). Os valores de resistência da união (RU), em MPa, foram submetidos a análise de variância e ao teste de Tukey(α=0,05). Os resultados e os desvios-padrão foram: G1=0(0); G2=50,37(8,63); G3=31,01(9,49); G4=70,74(9,18). Os grupos apresentaram valores de RU estatisticamente diferentes entre si (p>0,05). Sendo o G4 > G2 > G3 > G1.

A resina composta à base de silorano é dependente do seu adesivo para a união às resinas à base de metacrilato ao cimento de ionômero de vidro e apresenta união específica ao UNICEM. (Apoio: CAPES)

PNf126 Avaliação da sorção, solubilidade e resistência flexural de um composto em função da energia e técnica de polimerização

Carvalho AA*, Moreira FCL, Magalhães APR, Souza JB, Freitas GC, Franco EB, Lopes LG
Pós-graduação - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.
E-mail: andrea.assiscarvalho@gmail.com

As resinas compostas (RC) estão sujeitas a efeitos higroscópicos e hidrolíticos no meio bucal. O objetivo deste trabalho foi avaliar, *in vitro*, a influência de diferentes densidades de energia e técnicas de polimerização na sorção, solubilidade e resistência flexural biaxial (RFB) de uma RC após imersão em diferentes permeantes. Foram confeccionados 120 espécimes de RC (Esthet-X), fotopolimerizados com luz halógena, divididos em dois grupos dependendo da densidade de energia (16 J/cm² e 20 J/cm²). Esses grupos foram subdivididos de acordo com a técnica de polimerização (convencional, pulso I e pulso II) e tipos de permeantes (água deionizada e etanol 75%). A metodologia utilizada para o desenvolvimento do teste de sorção e solubilidade foi baseada na ISO 4049:2000, com exceção do tempo de armazenagem (28 dias). Em seguida, os espécimes foram testados quanto à RFB (ASTM F 394-78). Os dados obtidos foram analisados pelos testes ANOVA e Tukey (p=0,05). Foi observado que, quando comparou-se as técnicas de polimerização e densidades de energia, em geral, não houve diferenças nos valores de sorção, solubilidade e RFB (p>0,05). O etanol gerou maiores valores de sorção, solubilidade e RFB quando comparado com a água.

As técnicas de polimerização e densidades de energia não influenciaram nos valores de sorção, solubilidade e RFB.

PNf127 Avaliação de 24 meses da influência da aplicação da clorexidina na preservação da união a dentina

Grande RS*, Reis A, Loguercio AD
Odontologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA.
E-mail: rodrigozok@hotmail.com

A literatura tem demonstrado que a aplicação de clorexidina (CLO) tem colaborado na preservação da adesão a dentina, mas são em geral estudos de curta duração. Este estudo avaliou após 2 anos o efeito aplicação da CLO na estabilidade de união (resistência de união [RU] e nanoinfiltração [NI]) à dentina do Adper Single Bond (SB) e do Prime&Bond NT (PB). 42 molares humanos foram desgastados até a exposição da dentina occlusal. Os dentes foram divididos em: aplicação de H3PO4 e reumedecimento com água (CO); H3PO4 com clorexidina a 2% (CLO/AC/CLO) e CO e; H3PO4 e CLO (AG/CLO). Após aplicação do adesivo, restaurações de resina composta foram realizadas. Cada dente foi cortado para obtenção de "palitos" da interface onde foram testados em RU (n=30). Para o teste de NI (n=12), os "palitos" foram corados com nitrato de prata e observados em MEV. Os "palitos" foram testados imediatamente (IM) e após 24 meses (24M-água/37 oC). RU e NI foram avaliados em ANOVA de dois fatores para cada adesivo e Tukey (α=0,05). No CO houve significativa diminuição da RU (22±9 [PB/IM]; 13±3 [PB/24M] e; 27±12 [SB/IM]; 22±5 [SB/24M]). Houve preservação da RU para AG/CLO (22±5 [PB/IM]; 22±2 [PB/24M] e; 31±3 [SB/IM]; 31±8 [SB/24M]) e AC/CLO (31±9 [PB/IM]; 27±3 [PB/24M] e; 28±4 [SB/IM]; 30±5 [SB/24M]). A análise qualitativa demonstrou aumento da quantidade de NI nas interfaces formadas no grupo CO, e uma preservação da união nos demais grupos para os dois adesivos testados.

O uso da CLO no ácido ou para o reumedecimento da dentina permitiu a estabilidade de união após 2 anos. (Apoio: CAPES)

PNf128 Avaliação da resistência de adesiva do cimento resinoso Panavia® F 2.0 e RelyX™ U100 após diferentes períodos de armazenamento

Bandêca MC*, El-Mowafy O, Nadalin MR, Clavijo VGR, Silva FB, Saade EG, Andrade MF, Saad JRC
Dentística Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: bandeca1@hotmail.com

O objetivo deste estudo foi avaliar a resistência adesiva de dois cimentos resinosos (Panavia® F 2.0, Kuraray e RelyX™ U100, 3M ESPE) imediatamente após fotoativação com Luz Halógena, 24 e 48 horas e 7 dias. Os condutos radiculares foram preparados para receber o pino de fibra de vidro (Exacto®, Ângelus) no comprimento de 10 mm, irrigados com EDTA a 17% e NaOCl, lavados com água destilada e secados com papeis absorventes. Os espécimes foram perpendicularmente seccionados em discos de aproximadamente 1 mm de espessura, obtendo 96 discos (n=12). Os discos foram desgastados com uma fresa diamantada cilíndrica nas superfícies próximas até tocar no pino e posteriormente foram acoplados no dispositivo especial, o qual foi fixado na máquina especial da Bisco com velocidade constante de 0,5 mm/min para análise da microtração. Os dados foram registrados após a ruptura dos espécimes e posteriormente foram submetidos a análise estatística. A análise de variância (ANOVA) e teste de Tukey mostraram diferença significante (P< 0,5) para os dois cimentos resinosos imediatamente após a fotoativação, 24 e 48 horas e 7 dias. O Panavia® F 2.0 mostrou maiores valores de união do que o RelyX™ U100 para todos os períodos de armazenamento, entretanto nenhuma diferença significativa foi encontrando (P > 0,5). Os cimentos resinosos entre 24 e 48 horas após a fotoativação apresentaram similaridades (P > 0,5).

Os dois cimentos resinosos apresentaram valores de união similares no conduto radicular nos períodos de armazenamento. Os maiores valores de adesão para os dois cimentos foram 7 dias após fotoativação.

PNf129 Avaliação da tenacidade à fratura de uma porcelana adicionada de óxido zircônio: efeito da concentração e da temperatura de sinterização

Ribeiro JGR*, Cruz CAS, Segalla JCM, Abi-Rached FO, Fonseca RG, Adabo GL
Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: jgurr@hotmail.com

Novas possibilidades, quanto ao método de processamento e composição química das cerâmicas, têm sido descritas, entretanto a caracterização mecânica destes materiais se torna necessária para prever seu comportamento clínico. Este estudo avaliou o efeito da adição de óxido de zircônio (ZrO₂) e da temperatura de sinterização na tenacidade à fratura (K_{IC}) da porcelana Duceragold. Foram confeccionadas 50 discos cerâmicos (3,0 x 9,0mm) para cada grupo: (G1) Duceragold sem adição de ZrO₂, (G2) adicionada de 1% de ZrO₂, (G3) 2% de ZrO₂, (G4) 3% de ZrO₂, (G5) 4% de ZrO₂, (G6) 5% de ZrO₂, (G7) 6% de ZrO₂, e (G8) 7% de ZrO₂, e estes subdivididos de acordo com a temperatura de sinterização: (a) 800°C, (b) 850°C, (c) 900°C, (d) 950°C e (e) 1000°C, totalizando 400 amostras (n=10). As amostras foram sinterizadas, incluídas e polidas (1500). Identificações com diamante Vickers (carga de 9,8N / 20 seg) foram realizadas. Para obtenção dos valores de K_{IC}, imagens foram capturadas imediatamente após as identificações e mensuradas no software Leica, sendo, em seguida aplicada a fórmula $K_{IC} = 0,016 (E/H)^{1/2} \times P/C^{3/2}$. Os resultados, submetidos à ANOVA 2 critérios e Tukey com $\alpha=0,05$. Os valores médios em MPa.m^{1/2} foram: (a) 1,3785; (b) 1,4402; (c) 1,4005; (d) 1,2165; (e) 1,0582; (G1) 1,1476; (G2) 1,2618; (G3) 1,2278; (G4) 1,2954; (G5) 1,2780; (G6) 1,2972; (G7) 1,3542; (G8) 1,5284.

Concluiu-se que o aumento da concentração de ZrO₂ melhora o K_{IC} proporcionalmente à sua adição, com exceção das amostras sinterizadas à 1000°C, e que o aumento da temperatura de sinterização não melhora o K_{IC}, com exceção do grupo G8b. (Apoio: CAPES)

PNf130 Resinas Compostas Diretas: Comparação da Resistência à Fratura e do Módulo Flexural

Silva MA*, Borges ALS, Borges AB, Barcellos DC, Torres CRG, Paes-Junior TJA, Kimpara ET
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: mel_aline@yahoo.com.br

O estudo investigou as propriedades flexurais de 8 marcas comerciais de resinas compostas. Utilizou-se uma matriz de teflon (12mm x 2mm x 2mm) para a confecção dos espécimes. Confeccionaram-se 40 espécimes de 8 marcas comerciais de resina composta (n=5): Grupo1: Venus-VE (Heraeus Kulzer), Grupo2: EsthetX-ES (Dentsply), Grupo3: 4 Season-4S (Vivadent), Grupo4: Filtek Supreme-FS (3M ESPE), Grupo5: Opallis-OP (FGM), Grupo6: Charisma-CH (Heraeus Kulzer), Grupo7: Natural Look-NL (DFL) e Grupo8: Amaris-AM (VOCO). Os espécimes foram armazenados (água destilada 37°C) por 15 dias. Em seguida foram submetidos ao ensaio de flexão na máquina de Ensaio Universal EMIC (velocidade=0,75mm/min), para determinar o módulo de elasticidade (ME) e resistência à flexão (RF) 3 pontos. Os dados foram submetidos aos testes ANOVA e Tukey (5%). Houve diferença significativa entre os grupos (p=0,00). Os valores médios em MPa (desvio-padrão) para RF foram: NL: 87,03(±10,20), 4S: 97,16(±4,49), OP: 98,39(±5,08), AM: 99,83(±2,72), ES: 101,09(±4,90), CH: 102,98(±5,02), VE: 103,80(±7,08), FS: 169,11(±13,12). Os valores médios em GPa (desvio-padrão) para módulo flexural (MF): NL: 8,46(±0,37), 4S: 9,05(±0,19), OP: 9,10(±0,21), AM: 9,16(±0,11), ES: 9,16(±0,20), CH: 9,29(±0,21), VE: 9,33(±0,30), FS: 12,05(±0,55).

A resina composta FS apresentou valores de RF e MF significativamente maiores do que todas as outras resinas compostas testadas. A resina composta NL apresentou a menor média de RF e MF dentre os materiais testados, sendo a diferença estatisticamente significante.

PNf131 Ação de diferentes soluções ácidas na superfície de uma resina composta microhíbrida não polida

Barros RN*, Couto CF, Gouvêa CVD, Carvalho WR, Ferreira VF, Silva LE
Protese Dental - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
E-mail: re_nb_73@yahoo.com.br

Um dos fatores que determina a longevidade clínica da restauração, é sua característica de superfície. O objetivo deste trabalho foi avaliar a rugosidade superficial e a perda de massa da resina composta laboratorial Resilab Master® não polida, após imersão em soluções ácidas. Foram confeccionados 50 corpos de prova (CP) com 10 mm de diâmetro e 2 mm de espessura, polymerizados conforme especificações do fabricante, armazenados por 7 dias em água deionizada (T₁) e após, submetidos à análise inicial de sua massa e rugosidade (Ra) por uma balança digital com precisão em µg e por um rugosímetro (µm). Os CP (N=50) foram então, divididos em cinco grupos de acordo com as soluções ácidas (café, G1; coca-cola, G2; refrigerante H2OII, G3; ácido fosfórico a 5%, G4 e ácido cítrico, G5) e imersos por mais 7 dias (T₂) até serem submetidos à análise final. Os grupos G1, G3, G4 apresentaram aumento da rugosidade superficial (G1.T₂=0,0351, G1.T₁=0,0424; G3.T₂=0,038, G3.T₁=0,0425; G4.T₂=0,0406, G4.T₁=0,0578), os grupos G1 e G5, diminuição (G1.T₂=0,0847, G1.T₁=0,074; G5.T₂=0,0593, G5.T₁=0,0372) não apresentando diferenças estatisticamente significantes (teste do sinal, p>0,05). Houve perda de massa em todos os grupos avaliados, sendo significante (teste t - student, p>0,05) para os grupos G2 (G2.T₂=0,3560, G2.T₁=0,3535) e G4 (G4.T₂=0,3594, G4.T₁=0,3532).

Concluiu-se que as soluções ácidas não produziram alterações nas rugosidades de superfície, porém a coca-cola e o ácido fosfórico (ácidos inorgânicos) produziram maior perda de massa (erosão) quando comparados com as outras soluções.

PNf132 Avaliação da resistência de união formada por adesivos experimentais hidrófobos aplicados sobre dentina saturada com etanol

Devito-Moraes AG*, Akemi-Kikutai M, Gomes MN, Yamasaki LC, Silva LM, Fróes-Salgado NRG, Carrilho MRO, Francci C
Materiais Dentários - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: adevito@ig.com.br

O objetivo deste estudo foi avaliar a resistência de união (RU) da interface adesiva em dentina saturada com etanol (DSEt), além de caracterizar sua morfologia. Vinte e oito dentes molares foram divididos em quatro grupos experimentais: Grupo controle (GC) (Scotchbond Multi-Use), cuja dentina foi saturada com água e grupos experimentais I (GE1), 2 (GE2) e 3 (GE3), cuja DSEt recebeu o bond puro do sistema Scotchbond e primers hidrófobos dissolvidos em 10% e 30% de EtOH respectivamente. As RU imediata (24 horas) e tardia (6 meses) foram avaliadas por µ-tração (0,5 mm/min) após armazenamento dos "palitos" em saliva artificial a 37°C. Amostras foram preparadas para caracterização da interface adesiva em microscopia eletrônica de varredura. Os dados foram submetidos à ANOVA split-plot. Os resultados encontrados não mostraram diferença estatística para todos os grupos estudados após 6 meses de armazenamento (GC: 40,75 ± 14,65, GE1: 36,12 ± 13,51, GE2: 33,41 ± 14,08, GE3: 34,64 ± 14,28) quando comparados com os dados obtidos de forma imediata (GC: 35,97 ± 4,00, GE1: 32,71 ± 11,02, GE2: 28,48 ± 10,96, GE3: 30,87 ± 12,27). Também não foram encontradas diferenças entre os grupos quando avaliados em 24 horas e em 6 meses separadamente.

A técnica de substituição de água por etanol produziu interfaces tão homogêneas e resistentes quanto à técnica úmida convencional, pelo menos em seis meses (Apoio: CNPq - 133205/2008-8)

PNf133 Influência da aplicação de selantes de superfície na rugosidade de resinas compostas.

Nahsan FPS*, Silva LM, Baseggio W, Francisconi LF, Scaffa PMC, Casas-Apayco LC, Mondelli RFL
Dentística, Endodontia e Materiais Dentar - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: fla.odonto@gmail.com

Avaliou-se, in vitro, a influência da aplicação de quatro selantes de superfície na rugosidade de duas resinas compostas. Cinquenta espécimes (15mmX4mmX5mm) foram divididos em 10 grupos (n=5): G1. Controle Concept (C); G2. C + Fortify (F); G3. C + Biscover (B); G4. C + Lasting Touch (LT); G5. C + Fill Glaze (FG); G6. Controle Esthet X (EX); G7. EX + F; G8. EX + B; G9. EX + LT; G10. EX + FG. O aparelho Curing Light 2500 foi selecionado para a fotoativação (500mW/cm² - 20s por incremento). Após armazenamento em água destilada à 37°C/24 horas, planificou-se os espécimes, os selantes de superfície aplicados e submetidos a 100.000 ciclos de escovação. A rugosidade foi mensurada em 3 momentos: após a planificação, após aplicação dos selantes e após o teste de abrasão. A estatística aplicada foi ANOVA a 3 critérios e Tukey (p<0,05). A aplicação do selante de superfície diminuiu a rugosidade superficial das resinas compostas testadas (G2=0,0727, G3=0,0147, G4=0,0307, G5=0,0253, G6=0,0960, G7=0,0173, G8=0,0333, G9=0,0480). Após abrasão, o grupo C apresentou superfície mais lisa (G1=0,0600, G6=0,1007); F (G2=0,0740, G7=0,0673) e B (G7=0,0440) não apresentaram diferenças significantes. LT mostrou maior rugosidade de superfície (G4= 0,1253, G9=0,0980), seguido do FG (G5=0,0933, G10= 0,0847).

A aplicação dos selantes melhorou a integridade superficial das resinas testadas. O teste de abrasão simulada aumentou os valores de rugosidade.

PNf134 Efeito de aparelhos LED de alta potência na dureza de resinas compostas

Freitas GP*, Sampaio MD, Freitas AP
Clínica Odontológica - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
E-mail: freitastgustavo@hotmail.com

Este estudo comparou a dureza Knoop no topo e na base de discos em resinas compostas foto-ativadas com dois aparelhos LED e um de luz halógena durante 20s. Foram confeccionados 30 discos (4mm diâmetro x 3mm espessura) utilizando as resinas Filtek Supreme A3 (3M/ESPE) e Renamel A3 (COSMEDENT). A fotoativação foi realizada com: QTH QHL75 (Dentsply), 600mW/cm² (A); LED Elipar FreeLight 2 (3M/Espe), 980mW/cm² (B); LED Bluephase (Ivoclar/Vivadent), 1450 mW/cm² (C). Os espécimes foram armazenados em água deionizada durante 7 dias. O teste de dureza Knoop foi realizado utilizando o microdurômetro Buehler (modelo nº 5114) com uma carga de 50g durante 15 seg. Os resultados foram analisados estatisticamente utilizando-se análise de variância (ANOVA) e teste de Tukey (p=0,05). Para Filtek Supreme, os resultados apresentaram valores de dureza Knoop, no topo dos espécimes, variando de 41,344MPa (A) a 57,18MPa (C) enquanto que na base os resultados variaram de 18,62MPa (A) a 40,47MPa (B). Para Renamel, os resultados variaram de 11,2MPa (B) a 19,53MPa (C) para o topo e de 4,38MPa (A) a 9,2MPa (C) para a base.

Para ambas as resinas, os valores de dureza Knoop no topo dos espécimes foram significativamente maiores quando comparados com aqueles encontrados para a base (p<0,05). Para o grupo (A), os valores de dureza Knoop na base foram significativamente menores que aqueles obtidos pelos grupos (B) e (C), p<0,05.

PNf135 Avaliação da adesão de três sistemas adesivos na cimentação de pinos com e sem presença de remanescente coronário submetidos a teste de tração

Rocha DGP*, Bueno CES, Cunha RS, Grando CP, Martin AS, Bueno VCPs, Fontana CE, Abe FC
Odontologia - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS.
E-mail: dnrocha@uol.com.br

Os pinos de fibra de vidro têm ganhado um espaço dentro do mercado odontológico, pois apresentam propriedades mecânicas favoráveis e diminui as chances de fratura radicular. Este estudo avaliou a força de adesão de três sistemas adesivos na cimentação de pinos com e sem presença de remanescente coronário submetidos a teste de tração. Foram selecionados 60 pré-molares inferiores, trinta tiveram sua coroa removida e nos outros foi mantido um remanescente coronário de 2mm. As raízes foram distribuídas em seis grupos com 10 amostras cada, todos cimentados com cimento RelyX e com diferentes sistemas adesivos: Gr I - Adesivo Singlebond e com remanescente coronário; Gr II - Adesivo Singlebond e sem remanescente coronário; Gr III - Adesivo Scotchbond multi purpose e com remanescente coronário; Gr IV - Adesivo Scotchbond multi purpose e sem remanescente coronário; Gr V - Adesivo Clearfil e com remanescente coronário; Gr VI - Adesivo Clearfil e sem remanescente coronário. Na análise estatística, foi utilizado o teste de Tukey com um nível de significância de 5%. Os resultados foram: os grupos com remanescente coronário apresentaram média de resistência à tração significativamente superior aos grupos sem. Apesar de o adesivo Scotchbond apresentar uma resistência à tração superior ao adesivo Singlebond, esta diferença não foi significante, e os grupos do adesivo Clearfil apresentaram média significativamente menor que os dos adesivos Scotchbond e Single Bond.

Concluiu-se que o Clearfil SE Bond não apresentou adesão satisfatória e que o remanescente coronário é um fator determinante na adesão.

PNf136 Tenacidade à fratura e parâmetros de Weibull de compósitos resinosos experimentais com diferentes tamanhos de partículas

Pick B*, Meier MM, Braga RR
Materiais Dentários - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: barbara@pick.com.br

Quanto maior o conteúdo inorgânico de um composto resinoso, melhores serão as suas propriedades mecânicas. No entanto, a influência do tamanho de partícula ainda não está clara. O objetivo deste estudo foi verificar se diferentes tamanhos de partícula podem influenciar a tenacidade à fratura (TF), módulo de Weibull (m) e a resistência característica (σ_c) de compósitos resinosos experimentais. Foram testados quatro compósitos resinosos cada um contendo 68 wt% de partículas de vidro com diferentes tamanhos (0,4; 1,0; 2,2; 3,0 µm) e 11 wt% de sílica coloidal (40 nm). TF (MPa.m^{1/2}) foi obtida pelo método "single-edge notched beam" (25 x 5 x 2,8 mm; entalhe = 2,3 mm; n = 12). Os dados foram submetidos a ANOVA/teste de Tukey. m e σ_c (MPa) foram determinados após submeter espécimes em forma de discos (12 x 1,2 mm, n = 30) ao teste de resistência à flexão biaxial sob uma taxa de tensão constante de 1 MPa/s e imersos em água destilada a 37°C. Todos os espécimes foram armazenados por 24h em água destilada a 37°C. O compósito com partículas de 3,0 µm (1,5 ± 0,2) apresentou a maior TF e o com partículas de 0,4 µm (1,3 ± 0,1), a menor (p<0,05). Não houve diferença estatística entre a TF desses e dos compósitos com partículas de 1,0 (1,3 ± 0,1^{µm}) e 2,2 µm (1,4 ± 0,2^{µm}). Não houve diferença estatística entre os valores de m e σ_c : 0,4 µm: 6,5 (4,7-8,7)^{µm} e 167,6 (157,1-178,4)^{µm}; 1,0 µm: 6,3 (4,6-8,5)^{µm} e 166,5 (156,0-177,5)^{µm}; 2,2 µm: 8,9 (6,5-11,9)^{µm} e 168,4 (160,7-176,3)^{µm}; 3,0 µm: 10,1 (7,4-13,6)^{µm} e 169,8 (163,0-176,7)^{µm}.

O tamanho da partícula apresentou influência na TF, mas não sobre a resistência à flexão dos compósitos testados. (Apoio: CAPES)

PNf137 **Influência da microestrutura, rugosidade e dureza no comportamento mecânico de cerâmicas a base de alumina infiltradas por vidro**

Salazar-Maracho SM*, Bottino MA, Della-Bona A

Odontologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

E-mail: sussimar@hotmail.com

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da microestrutura, rugosidade e dureza no comportamento mecânico quanto à resistência a flexão de cerâmicas a base de alumina e infiltradas por vidro (IA- In-Ceram Alumina, Vita) e com reforço de zircônia (IZ- In-Ceram Zircônia, Vita). Quinze corpos-de-prova (CP) (1,2 x 4 x 20 mm³) de cada material foram fabricados de acordo com ISO 6872. Os CP de IA e IZ foram submetidos a flexão em três pontos (3P) em saliva artificial a 37°C (IA_{3P} e IZ_{3P}). A resistência (σ) de cada material foi obtida a partir do ensaio de flexão, e avaliada pela análise de Weibull. Nas metades fraturadas dos CP do IA_{3P} e IZ_{3P} foi realizada a análise microestrutural por meio de microscopia eletrônica de varredura (MEV); a rugosidade (R_a); e a dureza Vickers (H) usando a norma ASTM C 1327 - 03. Os valores de σ (MPa) da IA variaram de 340 a 560, e do IZ de 410 a 660. O módulo de Weibull foi 8 para IA e IZ, e a resistência característica foi 550 MPa para IZ e 466 MPa para IA. Os valores médios de R_a e de H do IA, 0,899 e 9,113, não diferiram estatisticamente dos obtidos do IZ, 0,8918 e 8,743, respectivamente. Não houve correlação significativa entre flexão e rugosidade dos materiais.

Dos parâmetros analisados, apenas a microestrutura, ou seja, a presença de zircônia no IZ, influenciou no comportamento mecânico quanto à σ_{3P} .

PNf138 **Efeito de sistemas adesivos com flúor sobre a formação de cárie secundária e resistência adesiva: Estudo in situ**

Reinke SMG*, Divardin SF, Lawder JAC, Reis A, Loguercio AD

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA.

E-mail: stella.r@uol.com.br

A inclusão de flúor nos sistemas adesivos (SA) tem sido utilizada como estratégia para tentar diminuir a formação de cárie secundária e melhorar a longevidade de união. Este estudo *in situ* objetivou avaliar a resistência a microtração (μ TBS) e formação de cárie (FC) na interface de união usando SA com flúor (Optibond-OP) e sem flúor (Single Bond 2=SB). Dez voluntários usaram por 7 dias um dispositivo intraoral com 4 blocos de dente bovino com restauração com margens em esmalte (E) e dentina (D), feitas com OP e SB e resina composta. Os dispositivos tinham blocos de cada SA para cada tratamento: 2x/dia solução de sacarose e 2x/dia flúor (CF) e apenas sacarose (SF). Após isso, os dentes restaurados foram removidos e foram avaliadas μ TBS e FC. Para μ TBS, os dentes foram cortados para obter palitos de resina-dentina. Para FC, o conteúdo mineral foi determinado pelos valores transversais da microdureza Vickers. Os dados foram avaliados por ANOVA dois critérios e teste de Tukey ($\alpha = 0,05$). Os valores de μ TBS (MPa) diminuíram significativamente após a formação de cárie secundária neste modelo *in situ* para ambos os sistemas adesivos (SB=20,5 \pm 5,8 para 15,7 \pm 3,2; OP=20,2 \pm 3,2 para 12,4 \pm 1,4; p<0,05). A presença de flúor na composição do sistema adesivo não impediu a FC, enquanto a aplicação tópica de flúor (CF) reduziu a perda mineral FC para OP e SB em relação ao grupo SF (E=73,1 \pm 18,4; D=54,9 \pm 18,4 e E=63,9 \pm 15,2; D=48,3 \pm 12,4, respectivamente para CF e SF, p<0,05).

A inclusão de flúor nos sistemas adesivos não foi capaz de inibir a formação de cárie e nem impedir a degradação da união *in situ*.

PNf139 **Efeito da Técnica de Selamento Dentinário sobre a resistência de união de restaurações indiretas**

Feitosa VP*, Sinhoreti MAC, Correr-Sobrinho L, Correa A

Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: victorfeitosa@hotmail.com

A técnica de selamento dentinário (TSD) consiste em selar a cavidade previamente à moldagem e cimentação da restauração indireta (RI). O estudo avaliou a influência da TSD na resistência de união (RU) de restaurações indiretas, após ciclagem térmica (CT) e mecânica (M). Utilizou-se 25 terceiros molares, nos quais foi removido o esmalte deixando uma superfície plana em dentina e separados em 5 grupos (n=5). Para o G1: não foi realizada a TSD. Para o G2: a dentina foi hibridizada com um adesivo autocondicionante (AA) "all in one" (Clearfil S3), para o G3: foi aplicada a combinação de AA de um passo+resina de baixo escoamento (C. S3+Protect Liner F), para o G4: a dentina foi hibridizada com um AA de dois passos (Clearfil SE Bond) e para o G5: foi aplicada a combinação de AA de dois passos+resina de baixo escoamento (C. SE Bond+Protect Liner F). Após a realização da cobertura da dentina, foram confeccionadas as RI utilizando o sistema Sinfony (3M/ESPE) e cimentadas com cimento resinoso dual (Panavia F). Os dentes foram submetidos à CT (1500 C) e M (200,000 C). Em seguida, os dentes foram seccionados em palitos e levados para o teste de microtração. Os resultados foram submetidos à ANOVA e teste de Tukey (p<0,05). Os valores médios (MPa) obtidos foram G1: 9,51; G2: 12,26; G3: 14,89; G4: 9,9; G5: 15,4. A análise estatística mostrou diferença entre os grupos, sendo o G5 superior aos outros grupos.

Ao não proteger a dentina com a TSD foram obtidos menores valores de RU comparados aos outros grupos. Assim a combinação de AA + resina de baixo escoamento apresentou melhores valores de RU, principalmente com o AA de dois passos Clearfil SE Bond. (Apoio: CNPq - 504800/2007-8)

PNf140 **Avaliação do selamento marginal e interno de restaurações adesivas**

Vieira IM*, Goes MF, Sinhoreti MAC

Materiais Dentários - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: ianmatos@ig.com.br

Composto à base de silorano (P90) apresentam resultados de contração de polimerização inferior a 1% e geram 75% menos tensões que as resinas polimerizadas por radicais livres a base de metacrilato. O objetivo do estudo foi avaliar o selamento da dentina em restaurações de Resina Composta (RC) à base de metacrilato e Silorano por meio da mensuração da continuidade de margem externa (CME) e interna (CMI) da cavidade. Superfícies vestibulares de incisivos bovinos foram planificadas para expor a dentina. Foram preparadas cavidades circulares de 2mm de profundidade e 3mm de diâmetro (Fator C=3,66) e restauradas com único incremento. Obteve-se os seguintes grupos: G1, adesivo One Step + RC de baixa contração Aelite (Bisco); G2, Single Bond 2 + Z350; G3, adesivo Self-Etch Primer and Bond + P90; e G4, AC Adper SE Plus + Z350. Foram feitas réplicas em resina epóxica das superfícies externas e internas das restaurações para observação em microscópio eletrônico de varredura. As mensurações (%) da continuidade das margens foram realizadas em aumento de 300X. Os resultados foram submetidos à Análise de Variância e teste de Tukey ($\alpha = 0,05$). Os resultados e desvios-padrão para CME foram: G1 = 98,32 (0,80); G2 = 73,13 (2,77); G3 = 100,00 (0,00); G4 = 100,00 (0,00). Para a CMI: G1 = 68,12 (4,77); G2 = 78,69 (3,68); G3 = 100 (0,00); G4 = 86,72 (2,52). A Continuidade de margem externa foi estatisticamente superior para G3 e G4. Para CMI, o percentual foi estatisticamente superior para G3 em relação aos demais grupos.

O sistema restaurador P90 apresentou 100% de selamento nas margens em dentina.

PNf141 **Efeito da aplicação do gás ozônio na resistência de união entre resina composta e dentina**

Rodrigues PCF*, Souza JB, Soares CJ, Estrela C, Lopes LG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.

E-mail: pcicilia@hotmail.com

O ozônio apresenta-se como alternativa no tratamento de lesões cáries por sua propriedade antimicrobiana, entretanto por ter alta instabilidade volta a ser oxigênio rapidamente. O oxigênio inibe a polimerização de sistemas adesivos e diminui a resistência de união entre o material restaurador e substratos dentários. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar o efeito do gás ozônio e do ascorbato de sódio na resistência de união entre resina composta e dentina. Quarenta terceiros molares humanos foram divididos aleatoriamente em quatro grupos (n=10): (G1) dentina não tratada com ozônio (grupo controle); (G2) gás ozônio (40s) seguido por condicionamento ácido; (G3) condicionamento ácido seguido pelo gás ozônio (40s); e (G4) gás ozônio (40s) com subsequente aplicação do ascorbato de sódio 10% por 10 min. Obteve-se a parte de resina composta de forma incremental. Os espécimes foram seccionados obtendo palitos com área transversal de 1mm², que foram testados em microtração (0,5 mm/min). Os valores de resistência de união foram analisados por meio da ANOVA em fator único e teste de Tukey ($\alpha=0,05$). Como resultado, o G1 apresentou maior resistência de união comparado ao G2 e G3 (p=0,00). Os valores de resistência do G1 e G4 foram similares (p=0,158) e maiores que do G2, porém não houve diferença estatística entre G3 e G4 (p=0,115). O uso do ozônio antes do condicionamento ácido (G2) resultou em menor resistência em todas condições avaliadas (p=0,00).

A aplicação do gás ozônio diminuiu a resistência de união da interface dentina/resina composta, porém os valores de resistência aumentaram quando do uso do ascorbato de sódio. (Apoio: CNPq - 134096/2007-0)

PNf142 **Efeito do volume de material na adaptação marginal, dureza Knoop e resistência de união à dentina de diferentes sistemas restauradores**

Sinhoreti MAC*, Correr AB, Correr-Sobrinho L, Consani S

Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: sinhoret@fop.unicamp.br

Neste estudo verificou-se o efeito do volume de composto (VC) e do sistema restaurador na adaptação marginal, dureza Knoop e resistência de união (RU) push-out à dentina radicular. Cavidades tronco-cônicas com tamanhos diferentes (pequena, média ou grande), mas com mesmo fator C, foram feitas na dentina radicular de 90 pré-molares. As amostras foram divididas em 9 grupos (n=10), de acordo com o VC (pequeno, médio ou grande) e sistema restaurador (Filtek Z350, Filtek Z350 Flow e Filtek LS). Filtek Z350 e Filtek Z350 Flow foram fototativados com LED Ultralume 5 (Ultradent) por 20s e Filtek LS por 40s. A adaptação marginal foi avaliada após 24h, utilizando o *software Image Tool*. Em seguida, as amostras foram submetidas ao ensaio de RU. A dureza Knoop foi verificada após 7 dias. Os dados foram submetidos à análise de variância e ao teste de Tukey ($\alpha=0,05$). O VC não influenciou significativamente a adaptação marginal dos compostos. Filtek LS apresentou adaptação marginal significativamente superior aos demais compostos para VC grandes. Filtek LS mostrou RU superior aos demais compostos. Para Filtek Z350, o VC médio apresentou RU superior que VC grande. Para o ensaio de dureza, os maiores valores foram apresentados por Filtek Z350, seguido por Filtek LS e Z350 flow.

O composto Filtek LS apresentou melhor adaptação marginal e resistência de união, entretanto mostrou menor dureza quando comparado aos demais compostos. O volume de composto não afetou a adaptação marginal, mas influenciou a resistência de união e a dureza Knoop, sendo que o volume médio mostrou melhores resultados.

PNf143 **Propriedades Antibacterianas de um Cimento Ionomérico Nanoparticulado**

Fúcio SBP*, Paula AB, Sardi JCO, Duque C, Hoffing JF, Puppini-Rontani RM

Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: nana_beatriz@hotmail.com

Analisar *in vitro* as propriedades antibacterianas de ionômeros convencionais (Fuji IX e Ketac Molar Easy-mix) e modificados por resina (Vitremet e Ketac N100 - o nano-ionômero). As análises realizadas foram: a) Aderência, na qual um inóculo de S. mutans UA159 foi mantido por duas horas sobre todos os espécimes (n=8) e as Unidades Formadoras de Colônia foram contadas; b) Pesagem do Biofilme, na qual um biofilme aderente foi mantido sobre os discos (n=8) por sete dias em meio de cultura/sacarose e pesado em balança analítica; c) Liberação de Flúor e pH, na qual um potenciômetro e um pHmetro analisaram, em duplicata, os meios de cultura que eram renovados a cada 48 horas; d) Halo de Inibição: na qual o teste de difusão em ágar foi realizado, em duplicata (n=4). Os dados de aderência, halo e pesagem foram analisados pelos testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, e os de pH e flúor utilizaram ANOVA e Tukey ($\alpha=5%$). Não houve diferença significativa entre os materiais para aderência (p=0,6272) e peso úmido de biofilme (p=0,9612). Já os resultados do halo de inibição mostraram que o Vitremet apresentou o maior halo (16,56mm), seguido do N100 (10,44mm) e dos ionômeros convencionais. Todos os materiais apresentaram uma queda nos valores de flúor liberado a cada troca, sendo que Vitremet e Fuji IX mostraram maiores valores que N100 e Ketac Molar. Todos os ionômeros elevaram o pH do meio de cultura (controle = 3,61); entretanto o Vitremet apresentou valores de pH (4,75) semelhantes ao Ketac Molar (4,26) e maior que N100 (4,1) e Fuji IX (3,82).

Considerando todas as análises, o Vitremet apresentou melhores propriedades antibacterianas contra a cepa estudada. (Apoio: CAPES)

PNf144 **Efeito do monômero-base e diluente sobre a contração volumétrica de compostos e resinas sem carga experimentais**

Frões-Salgado NRG*, Pfeifer CSC, Francci C, Meier MM, Braga RR

Biomateriais e Bioquímica Oral - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.

E-mail: niveafroes@hotmail.com

Verificar a influência de diferentes diluentes e do monômero-base na contração volumétrica (CV) de compostos e resinas sem carga. Dez formulações foram definidas em função do monômero-base (BisGMA ou BisEMA) e diluente (EGDMA, DEGDMA, TEGDMA, TETGDMA ou C10). Nos compostos houve a incorporação de 71% em peso de carga de bário-alumino-silicato. Para a avaliação da CV (n=3) foi usado um Linômetro ACTA. Espécimes de 1,2 mm de espessura foram fototativados por 40s com irradiância de 250 mW/cm² e a CV (em %) seguida em tempo real por 10 min. Os dados foram submetidos à ANOVA de 2 fatores e teste de Tukey ($\alpha=0,05$). Para os compostos a interação não foi significativa (p=0,910). Houve significância do monômero-base (p=0,015) e do diluente (p=0,003). As formulações com BisEMA (3,9 \pm 0,6) apresentaram maior CV do que com BisGMA (3,4 \pm 0,7). EGDMA (4,5 \pm 1,0) apresentou maior CV do que TEGDMA (3,3 \pm 0,4), TETGDMA (3,5 \pm 0,5) e C10 (3,3 \pm 0,3), que foram semelhantes entre si. DEGDMA (3,7 \pm 0,2) mostrou CV semelhante aos outros diluentes. Para as resinas sem carga a interação foi significativa (p=0,031). EGDMA (7,6 \pm 1,4) associado ao BisGMA apresentou maior CV do que TETGDMA (4,8 \pm 1,0) ou C10 (4,8 \pm 1,0). Todos os diluentes copolimerizados com BisEMA apresentaram CV semelhante (EGDMA=6,4 \pm 0,2; DEGDMA=6,9 \pm 0,2; TEGDMA=5,9 \pm 0,4; TETGDMA=5,8 \pm 0,6; C10=6,2 \pm 0,1).

O uso de EGDMA aumentou a CV dos compostos, independentemente do monômero-base utilizado, e de resinas sem carga à base de BisGMA. Em resinas à base de BisEMA não houve alteração da CV em função do diluente.

PNf145 **Influência de um sal de ônio na cinética de polimerização, grau de conversão e dureza Knoop de cimentos resinosos experimentais**

Gonçalves LS*, Moraes RR, Vitti RP, Oglari FA, Borges LH, Consani S
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: goncalves1976@yahoo.com.br

Este estudo avaliou a influência do hexafluoroalofosfato de difenilidônio (DFI) sobre a cinética de polimerização (CP), grau de conversão (GC) e dureza Knoop (DK) de cimentos resinosos experimentais. Uma mistura base dos monômeros Bis-GMA e TEGDMA (proporção 1:1 mol%), foi obtida e ela adicionada concentrações de 0 (controle), 0,25, 0,5, 1 e 2 mol% de DFI, resultando em 5 formulações experimentais. Para as análises de CP e GC, amostras cilíndricas (n=3) de 5x0,5mm foram fotoativadas com polimerizador de lâmpada halógena (500 mW/cm² por 20s). A polimerização foi monitorada em tempo real por 5min utilizando espectroscopia de infravermelho próximo, acompanhando a conversão do pico de metacrilato a 16163cm⁻¹, com resolução de 4cm⁻¹. A DK foi avaliada no topo e base de espécimes cilíndricos (5x1mm) fotoativados por 20s através de disco (0,7mm de espessura) da cerâmica IPS Empress Esthetic (n=5). Os dados de GC e DK foram submetidos à Análise de Variância e teste de Tukey (5%). Os cimentos com adição de DFI apresentaram maior GC (≥ 51%), atingindo valores finais em tempo menor que o grupo controle (33%), mesmo submetidos à mesma quantidade de luz. A DK aumentou para os cimentos conforme a concentração de DFI foi aumentada. Topo e base (médias±desvio-padrão) diferiram entre si apenas para o controle G0 (10,9±2,2 e 5,9±1,7), não diferindo nos cimentos com DFI G0,25 (9,6±1,1 e 13,1±1,1), G0,5 (13,8±3,6 e 14,8±10,4), G1 (20,5±7,1 e 18,8±5,4) e G2 (27,0±7,7 e 22,6±2,9).

Concluiu-se que o DFI acelerou a CP dos cimentos resinosos e aumentou o GC, aumentando também a DK, principalmente em profundidade. (Apoio: FAPESP - 2007/06149-5)

PNf146 **Avaliação das propriedades mecânicas de ligas experimentais de titânio para utilização em estruturas metálicas de próteses dentárias**

Faria ACL*, Rodrigues RCS, Rosa AL, Mattos MGC, Ribeiro RF
Materiais Dentários e Prótese - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: adriacfla@hotmail.com

O objetivo deste estudo foi avaliar propriedades mecânicas e microestrutura de ligas experimentais Ti-5Zr, Ti-5Ta, Ti-5Ta-5Zr(%) para utilização em próteses dentárias, comparadas ao Ti cp. Os corpos-de-prova foram fundidos por plasma. Hálteres foram submetidos a ensaios de tração, barras a ensaios de flexão para avaliação do módulo de elasticidade, e hemi-esferas/discos ao teste de resistência ao desgaste por abrasão. Discos foram utilizados para microdureza e microestrutura. Os dados foram submetidos a ANOVA/Tukey. Os resultados de resistência à tração (MPa), módulo de elasticidade (GPa), desgaste vertical (µm) e microdureza (VHN) foram, respectivamente: Ti cp (477,6±58,6; 63,8±21,2; 212,9±29,3; 214,8±51,2); Ti-5Zr (468,6±73,4; 57,9±17,5; 155,6±16,2; 287,2±43,9); Ti-5Ta (364,4±38,7; 39,2±18,9; 131,3±36,3; 213,1±39,1); e Ti-5Ta-5Zr (500,5±65,3; 55,2±17,7; 137,3±55,4; 199,4±39,9). A liga Ti-5Ta apresentou resistência à tração menor que as demais (p=0,004) e módulo de elasticidade menor que o Ti cp (p=0,038). As ligas estudadas mostraram desgaste menor que o Ti cp (p=0,003) e a liga Ti-5Zr apresentou microdureza maior do que as demais (p=0,05). O Ti cp apresentou microestrutura tipo feather-like, e Ti-5Zr, tipo Widmanstätten. As ligas Ti-5Ta e Ti-5Ta-5Zr apresentaram arranjos lamelar e acicular, respectivamente.

Os resultados sugerem que as ligas têm potencial para aplicação em próteses dentárias, já que propriedades como resistência à abrasão, microdureza e resistência à tração são satisfatórias. (Apoio: FAPs - Fapesp. - 05/58363-5)

PNf147 **Estudo "in situ" da influência do tempo após clareamento com peróxido de hidrogênio a 35% na resistência de união ao esmalte e dentina**

Gonçalves FR*, Flório FM, França FMG, Bittencourt ME, Franco RBC, Basting RT
FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: fenanny@bol.com.br

O propósito deste estudo foi verificar in situ a influência do tempo após clareamento com peróxido de hidrogênio a 35% na resistência de união de restaurações em resina composta ao esmalte e dentina. Após a adequada seleção de 20 voluntários, cinco blocos de esmalte e cinco de dentina hígidos foram aleatoriamente fixados nas superfícies vestibulares dos primeiros e segundos pré-molares superiores e segundos molares superiores e nas faces vestibular e palatal dos primeiros molares superiores uma semana antes da aplicação do agente clareador, perfazendo 100 blocos de esmalte e cem de dentina. O tratamento clareador com peróxido de hidrogênio a 35% foi realizado, em três sessões clínicas com três aplicações de 10 minutos cada. Um bloco de esmalte ou dentina foi removido para os ensaios de resistência de união de acordo com o período experimental: ausência de tratamento, imediato (logo após a aplicação do agente clareador), sete dias, 14 dias e 21 dias da aplicação. Corpos-de-prova foram confeccionados utilizando sistema adesivo (Single Bond - 3M) e resina composta (Opalliss, FGM) e submetidos aos testes de resistência ao cisalhamento em máquina universal de ensaios com velocidade de 0,5 mm/min. A análise de variância (ANOVA) e Teste de Tukey mostraram diferenças significativas entre os tempos (p<0,05), havendo menores valores de resistência de união à resina composta no tempo imediato ao tratamento clareador para esmalte e dentina.

Concluiu-se que o peróxido de hidrogênio a 35% reduz a resistência de união do esmalte e da dentina, pois o melhor resultado adesivo se deu após sete dias.

PNf148 **Efeito dos selantes superficiais na microinfiltração de restaurações Classe II após desafios térmicos e envelhecimento**

Hernandes NMAP*, Vasconcellos PHM, Soares GP, Lima AF, Ambrosano GMB, Marchi GM, Lovadino JR, Aguiar FHB
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: natalia_maria@fop.unicamp.br

O objetivo do presente estudo foi avaliar a degradação da interface através da microinfiltração marginal de restaurações Classe II que receberam aplicação, ou não, de selantes superficiais na interface dente/restauração, bem como envelhecimento. Para isso, oitenta incisivos bovinos foram usados, cortados obliquamente 10mm acima da junção cimento esmalte. Cavidades foram feitas simulando preparos Classe II (8mm altura, 4mm largura e 1,5mm profundidade), e restaurações foram feitas com resina composta. Os dentes foram então divididos aleatoriamente em 8 grupos, de acordo com o selante superficial (Nenhum, Fortify, Single Bond 2 e Scotchbond MP Plus) e envelhecimento (Ausente ou termociclagem e estocagem por 6 meses), sendo a microinfiltração avaliada imediatamente após a restauração ou após o envelhecimento. As amostras foram trituradas e analisadas por espectrofotômetro. A microinfiltração foi estatisticamente similar em todos os grupos imediatamente após o procedimento restaurador. Após envelhecimento, os dentes selados com Fortify apresentaram melhores resultados quando comparados com os outros grupos.

Pode-se concluir que o envelhecimento causa degradação da interface, aumentando os valores de microinfiltração, e que o selante superficial pode reduzir estes efeitos e diminuir a microinfiltração em restaurações Classe II.

PNf149 **Influência da distância da ativação de adesivos autocondicionantes na resistência de união e nanoinfiltração em dentina e esmalte**

Araújo CTP*, Paulillo LAMS
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: ctpimenta@gmail.com

Este estudo teve como objetivo avaliar a influência da distância da ativação (0,5, 3 e 6 mm) na resistência de união (RU) à microtração e nanoinfiltração de três adesivos autocondicionantes (Clearfil Protect Bond CP; Clearfil Tri S Bond CT e One Up Bond F Plus OU) aplicados em esmalte e dentina. 198 incisivos bovinos foram aleatoriamente distribuídos em 18 grupos para microtração (n=8) e nanoinfiltração (n=3). Os adesivos foram aplicados às superfícies vestibulares planas e posteriormente foi confeccionado um bloco de resina composta TPH Spectrum. As amostras foram testadas através do teste de microtração "nontrimming". Para a nanoinfiltração as amostras foram imersas em AgNO₃ e analisadas em MEV. Os dados obtidos foram submetidos a ANOVA e teste de Tukey. Os resultados mostraram que não houve diferença estatística na RU e porcentagem de nanoinfiltração entre as distâncias da fonte de luz. CP apresentou valores significativamente mais altos de RU, independente da distância e substrato. A dentina apresentou valores de RU mais baixos e maior nanoinfiltração com diferença significativa para o esmalte. OU mostrou elevada porcentagem de deposição de prata com diferença significativa para os demais adesivos em todos os substratos. Houve diferenças estatísticas para a interação distância X substrato com maiores porcentagens de nanoinfiltração em dentina.

Concluiu-se que a distância da fonte de luz não influenciou os valores de RU dos adesivos; entretanto a nanoinfiltração foi adversamente influenciada pela fotoativação nas distâncias de 0,5 e 6mm.

PNf150 **Efeito da aplicação de um gel à base de papaína na adesão de sistemas adesivos à dentina afetada por cárie formada in situ**

Amaral FLB*, Flório FM, Ambrosano GMB, Basting RT
Odontologia Restauradora - FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: flbamaral@gmail.com

Este estudo avaliou o efeito da aplicação de um gel à base de papaína na resistência à microtração (µT) de sistemas adesivos à dentina afetada por cárie (DAC) formada in situ. Oitenta e quatro fragmentos de dentina humana esterilizados (5x5x3mm) foram distribuídos em dispositivos intrabucais de 14 voluntários (n=14), os quais foram usados seguindo um modelo de indução de cárie por acúmulo de biofilme e uso de sacarose. Após a fase intrabucal, os fragmentos foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos, de acordo com o método de remoção da lesão de cárie: QM. Químico-mecânica: gel à base de papaína -Papaína® seguido de cura ou M. mecânica: cureta. Três sistemas adesivos foram aplicados: SB- Adper Single Bond 2, SE- Clearfil SE Bond; TriS- Clearfil TriS Bond. Os espécimes foram restaurados com resina composta, mantidos em água destilada por 24 horas e seccionados em fatias de 0,9 mm, sendo uma fatia separada para análise em microscópio eletrônico de varredura (MEV). As demais fatias foram seccionadas em espécimes de 0,8mm² e submetidas ao ensaio de tração (0,5 mm/min). Os dados foram submetidos à ANOVA e teste de Tukey (α = 0,05). A aplicação dos métodos QM e M não afetaram µT. Os sistemas adesivos SB e SE promoveram µT estatisticamente semelhantes entre si e maiores que o TriS. Análise em MEV demonstrou que o gel à base de papaína não interferiu na formação da camada híbrida, mas a morfologia da interface adesiva diferiu entre os sistemas adesivos.

O uso do gel à base de papaína não interferiu na adesão à DAC, porém a utilização de um sistema adesivo autocondicionante de passo único em DAC deve ser evitada. (Apoio: FAPESP - 2007/01113-2)

PNf151 **Influência de diferentes iluminantes e materiais restauradores na diferença de cor entre diferentes dentes**

Arakaki Y*, Ferreira ATM, Vieira GF
Dentística - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: yuri.arakaki@usp.br

Diversos fatores podem influenciar o resultado do tratamento restaurador estético. Este estudo avaliou a influência de 3 iluminantes e 3 materiais restauradores na diferença de cor entre diferentes dentes. Foram confeccionados premolares em porcelana (P), I superior e I inferior. Através de moldes foi confeccionada 1 réplica em composto microhíbrido (MH) e nanoparticulado (NP) dos dentes. Os compostos foram inseridos em 3 incrementos e fotopolimerizados de acordo com as recomendações do fabricante. Os dentes foram armazenados em recipientes escuros, água destilada a 37°C (± 1°C) por 24 horas. Os parâmetros de cor foram obtidos com auxílio de espectrofotômetro, sendo realizadas 5 medidas de refletância do 1/3 médio da face vestibular, λ = 380 a 780 nm, sob iluminantes D₆₅, A e F2. A partir dos valores obtidos foi calculada a diferença total de cor (ΔE) entre os dentes sob iluminantes A (ΔE_A), D₆₅ (ΔE_D) e F2 (ΔE_F). Valores de ΔE de diferentes dentes confeccionados com mesmo material foram inferiores a 3,3 sob todos iluminantes. Porém, os valores de ΔE entre os superiores confeccionados com: MH e P foram ΔE_A = 7,31, ΔE_D = 7,58, ΔE_F = 8,63; para NP e P, ΔE_A = 4,22, ΔE_D = 4,49, ΔE_F = 5,31; para MH e NP, ΔE_A = 3,32, ΔE_D = 3,19, ΔE_F = 3,35. Os valores de ΔE para os inferiores confeccionados com: MH e P foram ΔE_A = 6,39, ΔE_D = 6,52, ΔE_F = 6,31; para NP e P, ΔE_A = 2,66, ΔE_D = 4,15, ΔE_F = 2,93; para MH e NP, ΔE_A = 4,02, ΔE_D = 2,58, ΔE_F = 3,48.

Sob diferentes iluminantes, a diferença de cor é imperceptível para diferentes dentes confeccionados com o mesmo material, porém é perceptível entre dentes confeccionados com diferentes materiais.

PNf152 **Influência do tipo de retentor intra-radicular na resistência e padrão de fratura de diferentes dentes tratados endodonticamente**

Neiva NA*, Castro CG, Novais VR, Santana FR, Soares PV, Soares CJ, Santos-Filho PCF
Área de Dentística - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.
E-mail: natiodonto@yahoo.com.br

Pouco tem sido relatado sobre a relação da geometria dental e a posição do dente na arcada com a seleção do tipo de retentor empregado na reabilitação de dentes tratados endodonticamente. Este estudo avaliou a influência do tipo de retentor intra-radicular na resistência e padrão de fratura de diferentes dentes humanos tratados endodonticamente. Oitenta dentes humanos foram selecionados (n=20): In, incisivos; Ca, caninos; Pm, pré-molares birradiculares e Mo, molares birradiculares, com proporções similares intra-grupo. Os dentes foram tratados endodonticamente. Os dentes de cada grupo foram restaurados com 2 tipos de retentores (n=10): Pfv, pino de fibra de vidro e NMF, núcleo metálico fundido, ambos fixados com cimento resinoso auto-adesivo. Todas as raízes foram preparadas com 2mm de fêrula e restauradas com coroa metálica. A interação entre os 2 fatores em estudo resultaram em 8 grupos experimentais (n=10). A resistência à fratura (N) foi mensurada, e os dados foram submetidos à análise fatorial (4x2) seguida pelo teste de Tukey (α=0,05). A distribuição do padrão de fratura foi analisada.

O tipo de retentor não foi estatisticamente significante na resistência a fratura independente do tipo de dente analisado. Ca e Mo apresentaram valores médios de resistência a fratura estatisticamente iguais e maiores que os Pm. Os In apresentaram valores inferiores aos Pm. O padrão de fratura foi influenciado pelo tipo de retentor. O padrão de fratura pareceu ser mais favorável, ou passível de restauração, quando os dentes foram restaurados com Pfv, independente do tipo de dente. (Apoio: Fapemig - CDS APQ 3928)

PNf153 Avaliação do desgaste e da alteração de rugosidade superficial, após escovação simulada, de resinas compostas de nanopartículas

Oliveira GU*, Ishikiriama SK, Wang L, Rogrigues MC, Mondelli RFL
Dentística, Endodontia e Mat. Dentários - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUI.
E-mail: gabiulian@usp.br

O trabalho avaliou o desgaste e alteração da rugosidade superficial de resinas compostas com diferentes características de partículas após abrasão. As resinas foram: A- Grandio (Voco, German); B- Admira (Voco, German); C- TPH³ (Dentsply, USA); D- Esthet-X (Dentsply, USA); E- Concept Advanced (Vigodent, Brasil); F- Palfique Estilite (J. Morita, Japão) e G- Filtek Z350 (3M, ESPE). Para cada grupo (n=10), corpos-de-prova retangulares (15mmx5mmx4mm) foram confeccionados em 4 incrementos e polimerizados por 20s cada (600 mW/cm², Vip, Bisco). Após polimento e determinação da média da rugosidade inicial (Ra), obtida após 5 leituras com Rugosímetro Hommel T1000, os corpos foram submetidos a 100.000 ciclos de escovação, com escova macia (Colgate Classic) e solução de dentifício (Colgate) e água (1:2). A alteração da rugosidade foi determinada pela diferença entre a rugosidade inicial e final (após escovação). O desgaste (μm) foi quantificado pela média de 3 leituras do perfil real entre as duas superfícies, controle e escovada. ANOVA e Tukey ($p \leq 0,05$) demonstraram que todas resinas apresentaram desgaste e aumento significativo de rugosidade após escovação. As menores médias de rugosidade final foram das resinas: Admira (0,102 μm), Grandio (0,120 μm) e Filtek Z350 (0,134 μm), que também apresentaram a menor alteração de rugosidade. Os menores valores de desgaste foram: Admira (3,174 μm), Grandio (4,269 μm) e Filtek Z350 (5,578 μm).

A resina à base de Omocer (Admira) e as resinas nanoparticuladas (Grandio; Filtek Z350 e TPH³) apresentaram melhor comportamento no teste de abrasão. (Apoio: CNPq)

PNf154 Efeitos dos agentes clareadores externos nos tecidos dentários e na junção amelocementária

Oliveira M*, Chaves-Filho HDM, Chaves MGAM, Pereira MN
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.
E-mail: mileneoliveira@hotmail.com

O objetivo foi avaliar, em microscopia eletrônica de varredura (MEV), as alterações ocorrentes no esmalte, no cimento e na junção amelocementária após o uso de diferentes agentes clareadores externos. Foram seccionados ao meio 15 pré-molares hígidos, no sentido longitudinal do longo eixo dos dentes, obtendo-se faces mesiais e distais. As faces mesiais foram divididas em três grupos de acordo com o material utilizado: A1 - peróxido de carbamida 10% (Whiteness Standart 10 - FGM®), A11 - peróxido de carbamida 16% (Whiteness Standart 16 - FGM®) e A111 - peróxido de hidrogênio 35% (Whiteness HP Maxx - FGM®), seguindo as orientações do fabricante. As faces distais de cada dente (grupo B) foram mantidas em saliva artificial, em estufa bacteriológica a 37°C, formando o grupo controle. Após a clareação os espécimes foram desidratados em soluções crescentes de acetona e metalizados para avaliação em MEV. Os resultados foram submetidos à avaliação estatística pelos testes de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas entre os espécimes clareados e os não clareados ($p < 0,001$). Em esmalte, alterações insignificantes foram observadas, não havendo diferenças entre os grupos. Perda de estrutura, com formação de *gaps* e exposição dentinária foram observadas na junção amelocementária dos três grupos clareados, sendo mais acentuada no grupo A111. Maior perda de estrutura em cimento também foi observada no grupo A111.

Pode-se concluir que o clareamento dental deve ser realizado com cautela pelo Cirurgião-Dentista, principalmente em pacientes que possuem recessão gengival. (Apoio: CAPES)

PNf155 Influência das fontes de luz e métodos de fotoativação sobre o grau de conversão de resinas compostas

Costa SXS*, Galvão MR, Rastelli ANS, Saad JRC, Andrade MF
Pós-graduação - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: simonexsc@hotmail.com

O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de diferentes fontes de luz e métodos de fotoativação no grau de conversão de resinas compostas, microhíbrida e nanoparticulada. Dois aparelhos fotoativadores, halógeno (Optilux 501/Demetron) e LED (Bluephase/Vivadent), dois métodos de fotoativação (contínuo e gradual) foram divididos em oito grupos (G): G1-densidade de potência (DP) de 570mW/cm² por 20s (halógena) com a resina Filtek Z-250™, 3M/ESPE (Z250); G2-DP de 0 a 570mW/cm² por 10s + 10s a 570mW/cm² (halógena + Z250); G3- DP de 860mW/cm² por 20s (LED + Z250); G4-DP de 125mW/cm² por 10s + 10s a 860mW/cm² (LED + Z250); G5- mesmos parâmetros do G1 com a resina Filtek Supreme XT™, 3M/ESPE (XT); G6-parâmetros do G2 + XT; G7- parâmetros do G3 + XT e G8-parâmetros do G4 + XT. Os quarenta espécimes (n=40) foram confeccionados em matriz metálica (2mm de espessura e 4mm de diâmetro - ISO 4049), triturados e prensados com brometo de potássio (KBr) para análise FTIR. Os dados foram analisados pela análise de variância (ANOVA) a três fatores e teste Tukey ($p < 0,05$). As médias do grau de conversão (%) foram: 54,84 (G1); 55,46 (G2); 53,15 (G3); 54,46 (G4); 46,21 (G5); 49,35 (G6); 52,32 (G7) e 52,30 (G8). Os resultados demonstraram haver diferença estatisticamente significativa entre as resinas quando a luz halógena foi utilizada, independentemente do método de fotoativação. A resina microhíbrida apresentou maiores valores do grau de conversão.

Assim, pode-se concluir que o grau de conversão, quando empregada a luz halógena, seja pelo método convencional ou gradual, sofre influência do tipo de resina empregada. (Apoio: CAPES)

PNf156 Efeito do tipo e tempo de fotoativação e das ciclagens mecânica e térmica na infiltração marginal de uma resina composta

Soares GP*, Ambrosano GMB, Pavillio LAMS, Lovadino JR, Aguiar FHB
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: soaresgp@hotmail.com

O objetivo deste estudo "in vitro" foi avaliar a infiltração marginal em restaurações confeccionadas com um adesivo (Adper Single Bond 2-3M Dental Products) e uma resina composta (Filtek Z350- 3M Dental Products) submetidos ou não a ciclagem mecânica e térmica. Cento e oitenta cavidades foram preparadas na face proximal de dentes bovinos e aleatoriamente divididas de acordo com o tempo de fotoativação da resina composta (20, 40 ou 60 segundos) e tipo de aparelho fotopolimerizador (Halógena- 450 mW/cm², LED 2ª geração- 1100 mW/cm² ou LED 3ª geração-700 mW/cm²). Após o procedimento restaurador e dos testes de envelhecimento, para os grupos selecionados, as amostras foram imersas em azul de metileno por 12 horas. As amostras foram trituradas e o pó foi utilizado para a análise em um espectrofotômetro de absorvância. Os dados foram analisados estatisticamente pelo ANOVA e teste de Tukey 5%.

Os resultados mostraram que o aumento no tempo de fotoativação e o tipo de aparelho usado não são fatores capazes de interferir no processo de infiltração marginal de cavidades classe II. Considerando as unidades de fotoativação utilizadas, também não houve diferença estatística entre os grupos. Para os grupos LED 3 e Halógena, a realização das ciclagens mecânica e térmica mostraram um aumento da infiltração marginal. (Apoio: FAPESP - 06/58377-9)

PNf157 Estudo in vivo do efeito da luz LED sobre o clareamento profissional com peróxido de hidrogênio a 35%

Lewgoy HR*, Matias LC, Amore R, Anido AA, Rodrigues FP, Alonso RCB, D'Alpino PHP, Anauate-Netto C
Odontologia - UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO.
E-mail: hugorl@usp.br

O clareamento profissional realizado com e sem utilização de uma fonte de luz merece ser investigado, pois, muitas vezes são realizados procedimentos desnecessários e sem embasamento científico. O efeito do comprimento de onda LED no estado de excitação da molécula de peróxido resultaria na quebra homolítica e formação do radical hidroxila determinando um maior potencial oxidante do gel clareador. O objetivo do trabalho foi verificar de forma comparativa o clareamento em dentes vitais de pacientes submetidos à técnica profissional com peróxido de hidrogênio a 35%, com ou sem ativação por uma fonte de luz LED. Foram selecionados 40 pacientes e os grupos foram divididos em: grupo 1, antes do clareamento sem fonte de luz; grupo 2, depois do clareamento sem fonte de luz; grupo 3, antes do clareamento com fonte de luz; e grupo 4, depois do clareamento com fonte de luz. Foi realizada uma única sessão de clareamento com três aplicações sequenciais de quinze minutos cada com o gel Whiteness HP (FGM, Brasil) e ativação ou não por luz LED (MMOptics, Brasil). Para registrar a cor antes e após os clareamentos foi utilizado o espectrofotômetro EspectroShade Micro (MHT Medical High Technology, Itália). A definição da efetividade do clareamento foi definida pelo aumento da luminosidade de forma numérica. Após a constatação de uma distribuição normal e homogênea realizou-se o teste ANOVA seguido do teste de Tukey a 5% ($p < 0,05$).

Ambas as técnicas foram efetivas na realização do clareamento comprovando a eficácia dos métodos. A ativação por LED determinou resultados superiores, porém, com uma maior sensibilidade pós-operatória.

PNf158 Efeito do tempo na resistência de união de cimentos resinosos à zircônia

Sá RBC*, Barbosa WFS, Aguiar TR, Francescantonio M, Cavalcanti AN, Oliveira MT, Giannini M
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: renatabcs@hotmail.com

O objetivo do estudo foi avaliar a resistência de união (RU) por microcislamento de cimentos resinosos (CR) à superfície da zircônia. Cem placas (12 mm de comprimento X 5 mm de largura X 1,5 mm de espessura) de zircônia sinterizada (Cercon, Dentsply) foram preparadas e jateadas com óxido de alumínio (50 μm , por 15 seg), previamente à aplicação dos CR. Cinco CR foram selecionados para este estudo, sendo 4 auto-adesivos (BisCem - Bisco, G-Cem - GC Corp., Rely U100 - 3M ESPE, SeT - SDI) e um convencional (Rely ARC - 3M ESPE). Os CR foram manipulados de acordo com as recomendações dos fabricantes e aplicados no interior de tubos de Tygon (0,75 mm de diâmetro e 1 mm de altura), os quais estavam posicionados na superfície da zircônia. Vinte placas foram utilizadas para cada CR, sendo metade testadas após 24 horas da confecção dos espécimes e a outra metade, após 1 ano de armazenamento em água a 37°C. Um fio de aço (0,2 mm de diâmetro) foi posicionado na base do cilindro do CR aderido à superfície da zircônia e o teste de cisalhamento realizado em máquina universal de ensaio (4411 Instron) (0,5 mm/min). Os dados foram analisados pela ANOVA (2 fatores) e teste de Tukey (5%). No período inicial, os CR GCem (39,8(6,7) MPa) e RelyX U100 (42,0(3,3) MPa) apresentaram médias de RU semelhantes entre si e significativamente maiores que as do cimento RelyX ARC (26,9(4,8) MPa). Após um ano de armazenamento em água, a RU foi menor para todos os CR, sendo que o GCem apresentou média de RU (19,0 (7,3) MPa) maior que a dos demais CR.

Todos os CR apresentaram redução da RU à zircônia, após 1 ano de armazenamento em água. Diferenças entre os cimentos foram observadas em ambos períodos de avaliação. (Apoio: CNPq - 303587/2007-5)

PNf159 Efeito de cross-linkers na resistência de união dentina-resina de adesivos autocondicionantes

Pinto CF*, Berger SB, Castellan CS, Ambrosano GMB, Bedran-Russo A, Giannini M
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: crishelp@fop.unicamp.br

Este estudo avaliou o efeito da aplicação de agentes *cross-linkers* (ACL) na resistência de união (RU) de sistemas adesivos autocondicionantes à dentina. Amostras do tecido dentinário de 45 incisivos bovinos foram preparadas com lixas de SiC (600) e divididas em 9 grupos experimentais (n=5). Dois ACL foram utilizados: extrato de semente de uva a 6,5% (ESU) ou glutaraldeído a 5% (GLU), os quais foram aplicados por 10 minutos na dentina. Os adesivos (Clearfil SE Bond - SE, Clearfil Protect Bond - PB ou One-Up Bond Plus - OP) foram aplicados de acordo com as instruções do fabricante (controle) e após a aplicação dos dois ACL: ESU e GLU. Em seguida, um bloco de resina (Filtek Supreme) de 6 mm de altura foi confeccionado em 3 incrementos (20 segundos - Optilux 401) na superfície da dentina. Os dentes restaurados foram seccionados com disco de alta concentração de diamante para obtenção de espécimes em formato de "paralelepípedos ou palitos" (com área na secção transversal de 0,9 mm²). Os "palitos" foram testados em dispositivo de microtração em máquina universal de ensaios (Microtensile Tester, Bisco - velocidade de 0,5 mm/min). Os dados foram analisados através de ANOVA (2 fatores) e teste de tukey (5%). A RU dos adesivos com aplicação do GLU não mostrou diferença quando comparado ao controle. Somente a aplicação do ESU e o uso do adesivo SE resultaram em aumento da RU.

A aplicação dos ACL não aumentou a RU para a maioria dos grupos, exceto para o adesivo SE utilizado com o ESU. (Apoio: FAPs - Fapesp - 06/53828-2)

PNf160 Análise do selamento marginal de restaurações realizadas após remoção de cárie radicular com o laser de Er,Cr:YSGG

Lepri CP*, Geraldo-Martins VR, Mayer MPA, Marques MM
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: cesarlepri@hotmail.com

Este trabalho avaliou a qualidade das restaurações realizadas após a remoção de cárie radicular com laser de Er,Cr:YSGG. Lesões de cárie foram induzidas em fragmentos dentais humanos (método microbiológico). As lesões foram removidas com ICR em baixa rotação (controle) ou com laser Er,Cr:YSGG (2,78 m, 20Hz, fibra "G" Ø=600 μm) em 13 potências diferentes entre 1 e 4W (n=11). O tempo de remoção das lesões foi medido. Após, uma amostra de cada grupo foi preparada para MEV e as demais foram restauradas com RC, termocicladas e submetidas ao teste de microinfiltração, sendo depois analisadas em microscopia de luz para a obtenção do índice de infiltração e demais características das cavidades. Os resultados indicaram que o ICR removeu as lesões mais rapidamente que o laser ($p < 0,05$). Parâmetros inferiores a 2,0W não possibilitaram a completa remoção do tecido cárie. Parâmetros acima de 2,0W promoveram superfícies com aspecto de escamas, ausência de smear layer e túbulos dentinários abertos. A microscopia de luz mostrou que a profundidade das cavidades foram maiores nos grupos irradiados com potências maiores que 3,0W e que a interface dente/restauração foi maior nas amostras irradiadas com potências superiores a 1,5W. O índice de infiltração foi semelhante entre todos os grupos irradiados, e maiores que o do grupo controle. Houve correlação positiva entre a quantidade de cárie residual nas amostras e os índices de microinfiltração.

A remoção de cárie com laser Er,Cr:YSGG seguida de restauração com resina mostrou pobre selamento marginal devido à presença de cárie residual nas paredes cavitárias. (Apoio: FAPs - Fapesp - 04/00771-8)

PNf161 **Influência das fontes halógena e LED e do modo de ativação no grau de conversão de 2 compósitos**

Matos IC*, Pitta FP, Borges MAP

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

E-mail: irmamatos@click21.com.br

O objetivo deste estudo foi avaliar *in vitro* a influência da fotoativação com luz halógena (QTH) e com lâmpada de emissão de diodo (LED), variando o tipo de ativação em início suave e convencional, no grau de conversão monomérica dos compósitos microhíbrido Z250 e nanoparticulado Z350. Foram confeccionados 30 corpos-de-prova (4mm de diâmetro e 2mm de espessura), sendo 15 para cada tipo de resina. As amostras foram divididas em 6 grupos de acordo com o tipo de resina, a unidade de fotoativação e o tipo de ativação utilizados: GR1 - Z250/LED/início suave; GR2 - Z350/LED/início suave; GR3 - Z250/QTH/início suave; GR4 - Z350/QTH/início suave; GR5 - Z250/QTH/convencional; GR6 - Z350/QTH/convencional. O grau de conversão foi analisado através de espectrofotometria por Raman. Os dados foram tratados estatisticamente por ANOVA e teste t de Student ($p=0,05$). As respectivas médias e desvio-padrão (%) foram: GR1 = 73,8 ± 1,923; GR2 = 77 ± 3,391; GR3 = 73,2 ± 1,483; GR4 = 79,4 ± 1,817; GR5 = 73,4 ± 1,673; GR6 = 78,4 ± 3,647.

A resina nanoparticulada Z350 apresentou valores de grau de conversão estatisticamente superiores em relação à resina microhíbrida Z250. Não houve diferença estatística nos resultados do grau de conversão para as diferentes fontes luminosas ou para os diferentes tipos de ativação testados.

PNf162 **Influência do laser de Nd:YAG na resistência de união de materiais resinosos à dentina**

Medeiros CF*, Ghiggi PC, Lise AA, Paranhos MPG, Burnett-Jr. LH, Spohr AM

Pós Graduação Em Odontologia - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL.

E-mail: carolmedeiros@yahoo.com.br

O estudo avaliou, *in vitro*, resistência à microtração (R μ T) de materiais adesivos à dentina irradiada com laser Nd:YAG. Em 18 molares humanos foi obtida superfície plana em dentina oclusal, sendo os dentes divididos em grupos: G1: Adper Single Bond 2 (SB); G2: Clearfil SE Bond (CSE); G3: Rely X Unicem (RX); G4: laser Nd:YAG (60 mJ, 15 Hz, 0,9 W, 47,70 J/cm²) e SB 2; G5: laser e CSE; G6: laser e RX. Bloco de resina composta foi construído sobre os materiais adesivos. Os conjuntos dente/bloco de resina foram armazenados em água destilada por 24 h a 37°C e seccionados nos eixos x e y para obtenção de palitos. Vinte corpos-de-prova foram selecionados para cada grupo, sendo submetidos ao teste de microtração em máquina de ensaio universal com velocidade de 0,5 mm/min. De acordo com ANOVA e Tukey ($\alpha=0,05$), a maior média de R μ T (MPa) foi para o CSE (41,75) sem laser. Com laser, houve redução da R μ T (33,42), mas sem diferença estatística. A R μ T do SB sem laser (32,15) também não diferiu estatisticamente com a aplicação do laser (35,38). O RX proporcionou as menores médias de R μ T, sendo o valor com laser (7,53) estatisticamente inferior sem laser (14,50).

Laser Nd:YAG não influenciou significativamente a R μ T dos sistemas adesivos, mas apenas para o cimento resinoso auto-adesivo.

PNf163 **Avaliação da resistência ao cisalhamento de cerâmicas associadas a diferentes sistemas de cimentação após envelhecimento**

Santos MMP*, Martins LRM, Basting RT, França FMG

Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

E-mail: milenapierre@yahoo.com.br

O objetivo deste trabalho foi avaliar a resistência ao cisalhamento de cerâmicas cimentadas à dentina com cimento resinoso autocondicionante (Unicem 3M/ESPE - UN) e cimento resinoso (Rely X Arc 3M/ESPE - R) associado a adesivos convencionais de 3 passos (Scotchbond Multiuso - R+SM) e monocomponente (Single Bond 2 3M/ESPE - R+SB2) após diferentes períodos de armazenamento. Foram obtidos 60 fragmentos da porção cervical das raízes V e L de 30 terceiros molares humanos (n=10) com dimensões de 3x3mm. Após embutimento em resina de poliestireno, as amostras foram planificadas e polidas. Os adesivos foram aplicados na superfície da dentina em área de 2,5mm de diâmetro demarcada com papel adesivo. Cilindros cerâmicos em Empress 2 (de 2,5 mm diâmetro e 5,0 mm altura) foram cimentados de acordo com o grupo experimental com o auxílio de matriz de Teflon de 5,0 mm altura e 2,5 mm diâmetro e retificados. As amostras foram armazenadas em água destilada, a 37°C, por 24 h ou 90 dias, e em seguida foi realizado o teste de cisalhamento com velocidade de 0,5mm/minuto. A ANOVA (2x2) e teste de Tukey ($p<0,05$) demonstraram que não houve diferença na força adesiva entre os sistemas de cimentação. No entanto, após 90 dias houve diminuição na força adesiva quando se utilizou R+SB2 e aumento da mesma quando se utilizou R+SM ou UN.

Conclui-se que a associação do sistema adesivo convencional monocomponente SB2 ao cimento resinoso Rely X Arc reduziu a força adesiva após armazenamento.

PNf164 **Influência do cimento temporário com eugenol na adesão de coroa cimentadas com cimento resinoso**

Ishikiriama SK*, Galazi DR, Ishikiriama A

Dentística Restauradora - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURU.

E-mail: kix@uol.com.br

Este estudo avaliou a resistência à remoção de coroas provisórias cimentadas com três cimentos provisórios e a influência desses cimentos que contêm ou não eugenol na força de remoção de coroas em cerômero, fixadas com cimento resinoso. Foram utilizados 39 terceiros molares, que receberam um preparo para coroa total. Foram confeccionadas coroas em resina acrílica para cada dente e, em laboratório, feitas as coroas em cerômero. Os dentes foram divididos em três grupos em função do cimento utilizado na cimentação provisória: GTB- Temp Bond; GTBNE- Temp Bond NE e GDY- Dycal. Após a cimentação, os espécimes foram mantidos em água destilada por uma semana e levados à máquina Emic para o teste de tração, com célula de carga de 200 Kgf e velocidade de 0,5mm/min. Após o teste, os dentes foram limpos com escova de Robison e pedra pomes com água e receberam a cimentação adesiva. Após a cimentação, os espécimes foram mantidos em água destilada (370C) por uma semana e levados à máquina para o teste de tração. A comparação dessas forças foi efetuada através da Análise de Variância (ANOVA) seguida do teste de Tukey ($p\leq 0,05$). Os resultados (em Kgf) de cimentação provisória para os grupos GTB, GTBNE e GDY foram respectivamente: 2,75 ± 1,35b; 3,43 ± 1,66ab; 4,48 ± 1,11a. Os resultados da cimentação definitiva (Kgf) foram respectivamente: 42,71 ± 15,33b; 57,59 ± 15,66a; 54,75 ± 15,28ab.

Pode-se concluir que os cimentos temporários que contêm eugenol apresentam influência negativa na resistência à remoção de coroas cimentadas com cimento resinoso.

PNf165 **Influência do tratamento ortodôntico na etiologia das lesões cervicais não cariosas**

Alves KA*, Mariz ALA, Silva CHV, Lopes MS, Jordão NQ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.

E-mail: klecioalves@yahoo.com.br

O presente trabalho objetivou identificar o surgimento, o número e a localização de lesões cervicais de abração após o tratamento ortodôntico corretivo. Foram avaliados 150 modelos de gesso, iniciais e finais em igual número, de pacientes acima de 15 anos, que se submeteram a Ortodontia no período de 2001 a 2008, na região metropolitana da cidade do Recife. Os resultados obtidos foram tabulados e sofreram análise estatística descritiva e inferencial, não havendo relação significativa para as variáveis sexo e tempo de tratamento no desenvolvimento destas lesões.

Pode-se concluir que: 1) O aparecimento de lesões cervicais com o tratamento ortodôntico ocorreu em alguns casos estudados; 2) o número de dentes afetados foi pequeno quando comparados à quantidade de dentes não afetados; 3) as lesões de abração ocorreram exclusivamente na face vestibular, sendo os pré-molares os dentes mais afetados; 4) a ortodontia não deve ser considerada como etiologia exclusiva das lesões de abração.

PNf166 **Grau de conversão dos cimentos resinosos duais Breeze® Auto-adesivo e Nexus® Terceira Geração em diferentes períodos de armazenamento**

Roberto AR*, Bandéca MC, Calixto LR, Clavijo VGR, Nadalin MR, Soade EG, Rastelli ANS, Saad JRC

Ciências Odontológicas - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.

E-mail: andiaribeiro@hotmail.com

O objetivo deste estudo foi avaliar o grau de conversão de dois cimentos resinosos duais imediatamente após a fotoativação, 24 e 48 horas e 7 dias através FT-IR. Vinte espécimes foram confeccionados em um molde metálico (8 mm de diâmetro x 1 mm de espessura) com o cimento Breeze® auto-adesivo (Pentrol Clinical Technologies) e Nexus® Terceira Geração (Kerr Corporation). Cada espécime foi fotopolimerizado com LED com densidade de potência de 500 mW/cm² durante 30s. Para cada intervalo de tempo, cinco espécimes foram pulverizadas e prensadas com KBr. Para obtenção dos espectros (FT-IR), utilizou-se espectrofotômetro Nexus - 470, equipado com detector TGS (4000-300 cm⁻¹) com 32 scans e resolução de 4 cm⁻¹ acoplado a microcomputador. Após a obtenção dos picos de absorbância, o percentual de duplas ligações carbônicas não convertidas (%C=C) foi determinado pela taxa de intensidade de absorção entre ligações C=C (1.638cm⁻¹) e ligações C-C (1.608 cm⁻¹), antes e após a polimerização. Os dados foram submetidos a análise de variância ANOVA (Two-way) e teste de Tukey, o qual não mostrou diferença significativa apenas entre 24 e 48 horas após a fotoativação para ambos os cimentos resinosos ($P> .05$). No entanto, os valores médios de conversão aumentou com período de armazenamento. Os cimentos resinosos não apresentaram diferença significativa entre eles ($P < .05$).

O Nexus® e Breeze® apresentaram similaridade no grau de conversão nos mesmos períodos de armazenamento e os dois cimentos não tiveram diferença significativa entre 24 e 48 horas após a fotoativação. (Apoio: CAPES)

PNf167 **Protocolo de tratamento de superfície de pino de fibra de quartzo com H₂O₂**

Menezes MS*, Queiroz EC, Soares PV, Santos-Filho PCF, Fernandes-Neto AJ, Mota AS, Soares CJ, Martins LRM

Dentística e Materiais Odontológicos - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

E-mail: murilomenezes@odon.ufu.br

O objetivo deste estudo foi avaliar a resistência de união (RU) entre pinos de fibra de quartzo (PFQ) e resina de preenchimento, em função do condicionamento de superfície do pino com peróxido de hidrogênio (H₂O₂), variando a concentração (24 e 50%) e tempo de aplicação (1, 5 e 10 min). Propôs também, avaliar qualitativamente, por meio de microscopia eletrônica de Varredura (MEV), a morfologia de superfície dos pinos tratados com H₂O₂ nos diferentes protocolos de aplicação. Para avaliar a RU 80 pinos (AESTHETI-PLUS) foram divididos aleatoriamente em 7 grupos (n=10): controle (G1) tratado com silano e adesivo; (G2) tratado com H₂O₂ a 24% por 1 min; (G3) H₂O₂ a 24% por 5 min; (G4) H₂O₂ a 24% por 10 min; (G5) H₂O₂ a 50% por 1min; (G6) H₂O₂ a 50% por 5 min e (G7) H₂O₂ a 50% por 10 min. Todos os grupos experimentais receberam aplicação de uma camada de silano (PORCELAIN PRIMER) e outra de adesivo (ALL BOND 2). O núcleo de preenchimento foi simulado com resina composta (CORE-FLO). As amostras com diâmetro de 1,0 mm² foram submetidas a ensaio de microtração à velocidade de 0,5 mm/min até o rompimento dos espécimes. Os valores de RU apresentaram distribuição normal e homogênea e foram submetidos à Análise de Variância Fatorial (3x2) e teste Dunnett. Os grupos experimentais apresentaram valores de resistência de união semelhantes entre si e superiores ao controle. As imagens de MEV demonstraram que o tratamento de superfície com H₂O₂ remove parcialmente a resina epóxica dos pinos expondo as fibras de quartzo.

Concluiu-se que o H₂O₂ altera a morfologia de superfície dos pinos de fibra de quartzo e aumenta a resistência de união entre o pino e a resina de preenchimento. (Apoio: FAPESP - 06/61903-4)

PNf168 **Microdureza de dois diferentes compósitos resinosos submetidos a diferentes distâncias de fotopolimerização**

Bezerra DS*, Moraes MDR, Alencar-Júnior EA, Porto-Neto ST, Rodrigues LKA

Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

E-mail: danybezerra@yahoo.com.br

A capacidade de polimerização das resinas compostas é um fator crítico para o bom desempenho das restaurações dentárias. Este estudo se propôs a investigar a microdureza de superfície de duas resinas compostas fotopolimerizadas com quatro diferentes distâncias de polimerização. Vinte espécimes do compósito Filtek-A110, microparticuladas e vinte de Filtek-Z250, microhíbrida, foram obtidos usando-se uma matriz circunferencial de aço. As amostras foram aleatoriamente preparadas, constituindo 4 grupos para cada resina (n=5), sendo fotopolimerizadas pelo mesmo aparelho nas distâncias de 0, 2, 4 ou 8 mm. As medidas de dureza Vickers foram obtidas no topo e na base dos espécimes. Os dados foram submetidos ao teste t ou ANOVA seguido pelo teste de Tukey ($\alpha=0,05$). Observou-se que a microdureza da resina Filtek-Z250 foi superior em todas as distâncias analisadas quando comparada à Filtek-A110. Para a Filtek-Z250, a distância de polimerização não teve influência na dureza do topo ou da base, exceto para a distância de 8 mm na base, onde a menor dureza foi encontrada. Para a Filtek-A110, uma redução na microdureza com o aumento da distância foi observada tanto na base quanto no topo. Foi possível observar que a dureza do topo foi significativamente maior que a da base nas duas resinas.

Concluiu-se que, nas condições deste estudo, o aumento na distância de polimerização não modificou a capacidade de polimerização das resinas microhíbridas. Entretanto, a distância é um importante fator a se observar na polimerização dos compósitos resinosos de microparticuladas.

PNf169 Estudo comparativo das propriedades mecânicas de diferentes resinas compostas

Bernardon JK*, Ferrari P, Vieira LCC, Barateri LN
Ccs - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
E-mail: jussara_bernardon@yahoo.com.br

Objetivo deste trabalho foi avaliar *in vitro* as propriedades mecânicas de 6 compostos microhíbridos [Opallis (OP), Filtek Z250 (FZ), Tetric Ceram (TC), FillMagic (FM), EsthetX (EX), Charisma (CH)] e um nanocompósito [Filtek Supreme (FS)]. Resistência à tração diametral, resistência flexural e módulo de elasticidade foram determinadas seguindo a especificação nº 27 da ADA. Para o teste de compressão, confeccionaram-se amostras com 3mm de diâmetro e 6mm de altura. Os testes ANOVA e Tukey ($p < 0,05$) revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os materiais avaliados, para todos os ensaios realizados, com apresentação dos seguintes resultados em ordem decrescente de médias: 1) resistência à compressão FZ=OP>CH=EX>FM>TC>FS, entretanto FS # CH; 2) resistência à tração diametral: FS=FZ=OP>TC=FM>EX=CH; 3) resistência flexural: FZ=FM=TC=FS=OP>EX=CH e 4) módulo de elasticidade: FZ>FS>OP>TC>EX=FM=CH.

A composição do material influenciou diretamente o comportamento mecânico das resinas compostas. De maneira geral, as resinas com maior conteúdo de carga (FZ, FS e OP) apresentaram maiores valores de resistência mecânica.

PNf170 Efeito da irradiação com Laser de Er:YAG na interação de primers auto-condicionantes com o esmalte e a dentina - análise em MEV

Oliveira DC*, Navarro RS, Ferreira LS, Moretto SG, Freitas PM
Saúde - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA.
E-mail: deniseqc@gmail.com

Os lasers de Érbio são cada vez mais utilizados na realização de preparos cavitários. O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos morfológicos da irradiação com o laser de Er:YAG na interação de primers auto-condicionantes com o esmalte e a dentina. As faces V e L de 30 molares humanos desgastadas com lixas abrasivas #600 foram aleatoriamente divididas em 6 grupos (n=10): esmalte EG1- Clearfil SE primer (P), EG2- laser Er:YAG, focado (80mJ/2Hz, 25,72J/cm²) + SE; EG3- Er:YAG (140mJ/2Hz, 45,01J/cm²) + P; dentina- DG1- P; DG2- Er:YAG (60mJ/2Hz, 19,29J/cm²) + P; DG3- Er:YAG (100mJ/2Hz, 32,15J/cm²) + P. As amostras foram processadas para análise morfológica pela Microscopia Eletrônica de Varredura (MEV). A análise superficial mostrou efetiva ablação do laser de Er:YAG, criando superfícies irregulares e padrão heterogêneo, com aspecto escamoso, áreas de vitrificação e ausência de smear layer, exposição dos prismas de esmalte e túbulos dentinários abertos e protruídos. A superfície tratada somente com o primer auto-condicionante mostrou típico padrão de condicionamento; o primer promoveu reduzida alteração nas superfícies irradiadas pelo laser. A interface adesiva mostrou típico padrão de hibridização com sistemas auto-condicionantes e um padrão morfológico alterado quando previamente irradiada com laser.

Os resultados deste estudo *in vitro* sugerem que a irradiação com o laser de Er:YAG promove interferência na interação dos primers auto-condicionantes no esmalte e dentina, criando um padrão morfológico de hibridização modificado.

PNf171 Efeito da Polimerização do Cimento de Ionômero de Vidro modificado por resina na Resistência Adesiva em Restaurações de Resina Composta

Casas-Apayoc LC*, Francisconi LF, Scaffa PMC, Nahsan FPS, Silva LM, Wang L, Atta MT
Dentística, Endodontia e Materiais Dent. - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: leslicecasas@yahoo.com

Durante o processo inicial da reação de presa, o cimento de ionômero de vidro modificado por resina (CIVMR) apresenta baixo módulo de elasticidade, quando utilizado como base de restaurações adesivas. Este estudo analisou a influência da técnica de polimerização da base CIVMR (Vitrebond™) na interface dente/restauração resina composta, através de teste de microtração e análise em microscopia confocal. Realizaram-se cavidades tipo classe I na face oclusal de 30 dentes terceiros molares. O sistema adesivo utilizado foi AdPer™ Single Bond 2/Rodamina B e resina composta Filtek™ Z250. Os dentes foram divididos: Grupo 1: base de CIVMR + fotoativação + sistema adesivo + resina composta; Grupo 2: base de CIVMR + sistema adesivo + fotoativação simultânea dos dois materiais + resina composta; Grupo 3: base de CIVMR + tempo de espera de 60 segundos + fotoativação + sistema adesivo + resina composta, após a restauração permaneceram em estufa (37°C/24 horas). Após este tempo, os dentes foram preparados para os análises em microscopia confocal e posteriormente, para o teste de microtração. Os resultados foram analisados por ANOVA a 5% para resistência de união e teste de qui-quadrado para presença de fendas marginais ($p < 0,05$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos ($p = 0,644$) com relação à resistência adesiva. Evidenciou-se presença de fendas no Grupo 2 e 3.

Conclui-se que a técnica de polimerização da base de cimento de ionômero de vidro modificado por resina não influencia na resistência adesiva da interface dente/restauração de resina composta.

PNf172 Perda mineral do esmalte bovino após clareamento e imersão em diferentes colutórios - Análise EDX e Fotorrefletância

Pinelli MM*, Cavalli V, Rego MA, Moura CW, Santo AME, Martin AA, Liporoni PCS
Odontologia - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ.
E-mail: mariliapinelli@bol.com.br

Objetivo deste trabalho foi avaliar a perda mineral do esmalte dental bovino após clareamento dental com peróxido de hidrogênio 35% e imersão em diferentes colutórios por meio de Espectrometria de Fluorescência de Raios-X por Energia Dispersiva (μ EDX) e a mudança de cor do dente dental por meio de fotorrefletância. Foram utilizados 15 dentes bovinos, seccionados em fragmentos (4x4x4mm), divididos em 3 grupos experimentais: G1- Plax; G2- Listerine; G3- Periogard. Foram feitas duas sessões de clareamento dental, em seguida os blocos permaneceram 24h em saliva artificial para posteriormente serem manchadas. Os espécimes foram imersos em cada colutório por 10 minutos durante 6 dias. Foram feitas leituras iniciais (antes clareamento), intermediárias (após clareamento) e finais (após manchamento) para μ EDX e Fotorrefletância. Foi realizada análise de variância e teste de Tukey em nível de 5%. Conclui-se que o clareamento é efetivo mas pode ser alterado pelo uso de colutórios. Não houve perda mineral após clareamento e uso de colutórios.

Concluiu-se não haver perda mineral após clareamento e nem após o uso de colutórios. O clareamento dental foi efetivo mas não houve escurecimento dental após o uso de colutórios.

PNf173 Avaliação da polimerização tardia de resina composta fotoativada por luz halógena e LED

Di-Nicoló R, Alves LAC*, Lima VF
Odontologia Social e Clínica Infantil - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: nicolo@fosjc.unesp.br

Objetivo deste estudo foi avaliar o grau de polimerização de uma resina composta com relação à profundidade, em três períodos distintos após a fotoativação por luz halógena e LED (Light Emitting Diode). A resina composta utilizada foi do tipo microhíbrida, Charisma (Heraeus Kulzer), a qual foi inserida em uma matriz de aço inoxidável, com dimensões de 5mm de diâmetro e 2mm de profundidade e fotoativada por luz halógena (LH), com o aparelho Optilight Plus (Gnatus), e por LED, com o aparelho Optilight LD III (Gnatus), por 20s. Desta maneira, formaram-se dois grupos com 30 corpos de prova, sendo analisadas as áreas das superfícies topo e base, nos períodos: imediato, 24hs e 7 dias. Os corpos de prova durante o armazenamento foram mantidos em água destilada a 370C. O grau de polimerização da resina composta foi medida por meio do Microdurômetro Digital Vickers (50g / 15s). Os resultados revelaram, através do Teste de Tukey que a microdureza foi significativamente maior na superfície irradiada quando comparada à base das amostras e que a fotoativação inicial por meio de luz halógena também promoveu resultados superiores de microdureza, em relação à fonte LED. Foram registrados ainda valores maiores de microdureza após o período de 7 dias (39,49 LH e 33,40 LED), quando comparados ao tempo imediato (33,88 LH e 33,23 LED). De acordo com os resultados, conclui-se que o polimento de restaurações em resina composta seja realizado após o período de 7 dias da confecção das mesmas.

De acordo com os resultados, conclui-se que o polimento de restaurações em resina composta seja realizado após o período de 7 dias da confecção das mesmas.

PNf174 Análise espectrofotométrica da diferença de cor em dentes humanos vitais clareados

Zaia WLS*, Figueiredo JLG, Guerisoli DMZ, Ascencio AEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.
E-mail: leonardozaia9@hotmail.com

Objetivo desta pesquisa foi avaliar a diferença de cor em dentes humanos vitais clareados com duas diferentes marcas de géis clareadores com e sem aplicação de fonte de luz auxiliar LED (luz por emissão de diodo). Foram clareados as arcadas superior e inferior de 52 pacientes, divididos em 4 grupos denominados: G1 que recebeu o tratamento clareador com peróxido de hidrogênio 35% (Mix One®, Villevie, Joinville, SC, Brasil), G2 peróxido de hidrogênio 35 % (Whiteness HP®, FGM, Joinville, SC, Brasil), G3 peróxido de hidrogênio 35% (Mix One®, Villevie, Joinville, SC, Brasil) fotoativado, com LED Bright Max® (MM Optics, São Carlos, SP, Brasil) e G4 peróxido de hidrogênio 35 % (Whiteness HP®, FGM, Joinville, SC, Brasil) fotoativado com LED Bright Max® (MM Optics, São Carlos, SP, Brasil). Para a realização das leituras de cor foi utilizado o espectrofotômetro Shade Eye NCC® (SHOFU, Kyoto, Japão). Os valores médios de ΔE (unidade de diferença de cor) obtidos foram submetidos à análise de variância (ANOVA), onde o grupo G1 apresentou $P < 0,01$ com maiores valores de ΔE obtidos para dentes onde foi utilizado o produto Mix One, quando os produtos sofriram fotoativação, os resultados da análise estatística revelaram não haver diferenças entre os mesmos $P > 0,05$.

Houve diferença com relação à mudança de cor dental entre os grupos, onde, observou-se um melhor clareamento para o grupo G1

PNf175 Análise por elementos finitos da biomecânica do incisivo central hígido e restaurado com coroa cerâmica e retentores intraradiculares

Ribeiro JPF*, Navarro RS, Silva AO, Silva JVL, Noritomi PY, Uehara AY, Carvalho RCR
Dentística - UNIVERSIDADE CAMILO CASTELO BRANCO.
E-mail: joao.fribeiro@uol.com.br

Objetivo do estudo foi analisar tridimensionalmente, por meio do Método de Elementos Finitos (MEF), a biomecânica de um incisivo central superior hígido e tratado endodonticamente e restaurado com coroas totais cerâmicas e diferentes retentores intra-radulares: núcleo metálico fundido (NMF), fibra de vidro (FV) e zircônio (Z). Foram construídos modelos tridimensionais do incisivo central com e sem 2 mm de remanescente dentário na porção coronária. Foi aplicada uma carga de 10 N no terço incisal da face palatina nas cristas marginais mesial e distal. A análise dos dados foi realizada pelo programa computacional NeNastran® (Noran Engineering)(CTI- Campinas). Os resultados de deslocamento e tensão máxima ($p < 0,05$) mostraram que o NMF apresentou comportamento mais similar ao dente hígido, seguido do FV com remanescente, FV sem remanescente; os grupos com maior diferença em relação ao hígido foram Z sem e com remanescente de dentina. Considerando-se a presença ou ausência do remanescente na porção coronária houve diferença na distribuição de tensões, os grupos que restaurados com FV apresentaram diminuição de do stress na interface coroa/esmalte quando apresentava o remanescente dentário de 2 mm. Para os grupos restaurados com retentor Z este benefício do remanescente dentário não foi observado.

Concluiu-se que entre o dente hígido e o elemento dental com a incorporação do retentor intra-radicular houve diferença significativa na distribuição de tensão, denotando que sua presença interferiu no comportamento biomecânico do dente.

PNf176 Efetividade de protocolos de clareamento dental avaliados por processamento computacional de imagens digitais - ScanWhite

Martinez TC*, Piccioni MARV, Florez FLE, Saad JRC, Andrade MF, Rastelli ANS, Oliveira-Júnior OB, Jassé FF
Ciências Odontológicas - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: taiscruz@hotmail.com

Em função dos excelentes resultados estéticos, rapidez e baixo nível de desconforto, o clareamento dental tem sido cada vez mais, solicitado pelos pacientes e indicado pelos profissionais. Apesar de evidências clínicas comprovarem a segurança e a efetividade da técnica, várias dúvidas ainda permanecem sem resposta. Prova disso são os inúmeros e, as vezes, contraditórios protocolos de aplicação, indicados para um mesmo agente clareador. Em função disso, estudamos a efetividade do clareamento dental em função de: períodos de avaliação, substrato e protocolos de aplicação. Para tal, dentes bovinos foram devidamente cortados no sentido longitudinal, a fim de se obter fatia mediana de incisal para a cervical com 10 mm de largura. Essas foram mantidas por 24 horas em solução de chá preto, para posterior avaliação. Após este período os dentes foram lavados, identificados e aleatoriamente distribuídos nos grupos experimentais, a saber: G1 - clareamento com Lase Peroxide Sense - DMC e ativação por Luz/LED segundo protocolo do fabricante; G2 - clareamento com Lase Peroxide Lite - DMC e ativação por Luz/LED segundo protocolo do fabricante; G3 - clareamento com Lase Peroxide Sense sem ativação por luz e G4 clareamento com Lase Peroxide Lite sem luz.

Após o tratamento estatístico dos dados pode-se concluir que: cada dente apresenta um comportamento de manchamento e clareamento distinto; não existe diferença estatística entre os grupos G1, G2 e G3; o gel de clareamento a 15%, Lase Peroxide Lite (G4), mostrou-se dependente da ativação por luz e tão eficiente quanto a concentração convencional de 35%.

PNf177 **Compósitos à base de Silorano: influência da técnica restauradora na resistência de união em cavidades Classe I**

Rolla JN*, Silva JSA, Monteiro-Junior S, Barotieri LN

Ccs/ de Estomatologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
E-mail: lrolla@terra.com.br

O objetivo deste estudo "in vitro" foi avaliar a resistência de união à microtração de um composto de baixa contração à base de Silorano (Filet P90) à dentina humana utilizando diferentes técnicas restauradoras em cavidades Classe I. Para isto, 12 terceiros molares humanos foram divididos em 4 grupos: Grupo I- SBMU/Z250 técnica incremental; Grupo II- SBMU/Z250 técnica de incremento único; Grupo III-Silorano/P90 técnica incremental e Grupo IV-Silorano/P90 técnica de incremento único. Na face oclusal de cada molar foi realizado preparo cavitário com 2,5mm de profundidade e dimensões mesio-distal e vestibulo-lingual de 6 mm e 4,5mm, respectivamente. O conjunto dente/restauração foi armazenado em água destilada por 24 horas a 37°C. Estes então sofreram cortes seriados nos eixos "x" e "y" para obtenção de corpos de prova (filetes). Foram obtidos 10 filetes por conjunto, com área de secção transversal de aproximadamente 0,7mm x 0,7mm. Os filetes foram fixados a um dispositivo de microtração adaptado a máquina de ensaio universal (Instron) e o teste foi realizado a uma velocidade de 0,5mm/min. Os dados foram submetidos a Análise de Variância e teste de Tukey ($P \leq 0,05$). Os valores médios em MPa (desvio padrão) e significância foram: grupo I-72,6 (27,4)ja, grupo-II 60,2 (24,3)ja, grupo III-34,4 (17,6)jb e grupo IV- 42,6 (17,6)jb.

A técnica restauradora não influenciou a resistência de união entre o composto Filet P90 e a dentina em cavidades classe I. O sistema restaurador Filet P90 apresentou valores inferiores em relação ao protocolo adesivo de três passos.

PNf178 **Efeito da radioterapia no comportamento biomecânico de molares hígidos e tratados endodonticamente restaurados com pino de fibra de vidro**

Valdivia ADCM*, Santana FR, Castro CG, Simamoto-Júnior PC, Soares PBF, Soares PV, Santos-Filho PCF, Soares CJ

Dentística e Materiais Odontológicos - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.
E-mail: dolocorreia@hotmail.com

A radioterapia na região de cabeça e pescoço frequentemente resulta em complicações no meio oral afetando diretamente os tecidos dentais. Este estudo avaliou o efeito da radioterapia em molares hígidos e tratados endodonticamente restaurados com pino de fibra de vidro em função do remanescente coronário (Pp- perda parcial da coroa com remanescente de 2 mm; Pt- perda total da coroa). 60 molares mandibulares humanos foram divididos em 6 grupos (n=10). CNI, dentes hígidos não irradiados; CI, dentes hígidos irradiados; PfvPpNi; PfvI; PfvPtNi; PfvPtI. Para os grupos com Pp os dentes tiveram suas coroas reduzidas com lixas resultando em 2 mm de remanescente coronário e para Pt a coroa foi totalmente removida e tratados endodonticamente. Os dentes irradiados foram submetidos a 60 Gy de radiação gama do Cobalto 60, fracionado em 2 Gy diários, 5 dias/semana. A resistência à fratura (RF - N, Newtons) foi mensurada em máquina de ensaio mecânico e os dados submetidos ao teste t-Student para análise do fator radioterapia ($\alpha = 0,05$). A distribuição do padrão de fratura foi analisada. Os dados de RF (N) foram: CNI 1333(438,87)ja; CI 1336,8 (396,54)ja; PfvPpNi 2854,2(642,96)ja; PfvPtNi 2183,50(618,3)jb; PfvPtNi 2120 (589,94)ja; PfvPtI 1589,1(615,3)ja (Letras diferentes= diferença significante).

A irradiação reduziu significativamente a resistência à fratura dos molares tratados endodonticamente com remanescente coronário restaurados com pino de fibra de vidro. (Apoio: FAPS - FAPEMIG - CDSAPQ3928)

PNf179 **Avaliação clínico-visual da eficiência de três técnicas de clareamento dental**

Dias ARC*, Costa APCS, Kalix AP, Abreu MM, Castro MCC, Dias KRHC

Dentística - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
E-mail: arcdias@ig.com.br

O propósito deste estudo foi avaliar a eficiência de três técnicas de clareamento vital quanto à coloração final. Vinte e um indivíduos de mesma faixa etária e padrão de higiene bucal foram divididos aleatoriamente nos grupos: (G1) caseiro: 8h/dia/4 semanas; (G2) consultório: 4 sessões semanais de 2 aplicações de 15 min.; (G3) combinado: caseiro/consultório associados. As técnicas caseiro e consultório empregaram peróxido de carbamida 16% (White Gold Home/Dentsply) e peróxido de hidrogênio 35% (White Gold Office/Dentsply), respectivamente. Os registros de cor foram realizados antes e após clareamento por meio da escala de cor VITA 3D MASTER e máquina fotográfica digital Canon Rebel XT, com operador e ajustes de iluminação, flash e distância focal padronizados. O grau de clareamento foi considerado pela unidade de mudança de cor da escala. Os postos médios da alteração de cor dos grupos foram: G1 = 12,86; G2 = 7,93; e G3 = 12,21. Os dados foram tratados estatisticamente pelos testes Kruskal Wallis e Mann Whitney ($p < 0,05$). Apesar do resultado do grupo G2 ter sido inferior aos dos demais grupos, não foi determinada diferença estatisticamente significante entre grupos.

Concluiu-se que os materiais testados foram igualmente eficazes para as três técnicas de clareamento realizadas.

PNf180 **Avaliação clínica e eletromiográfica de pacientes portadores de deformidades dento-faciais submetidos à cirurgia ortognática**

Silva AMBR*, Botelho AL, Gentil FHU, Pedrosa-Junior WF, Silva MAMR

Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: beitoniana@yahoo.com.br

As desproporções maxilomandibulares, muito comuns em maloclusões dentárias, causam adaptações miofuncionais levando o paciente a uma função adaptada. Entretanto, esta função está longe do padrão normal e equilibrado, sendo necessária alguma intervenção. A cirurgia ortognática é uma das opções para reestabelecer uma função adequada, através de alterações no perfil ósseo e sistema muscular, sendo que estes últimos se adaptam devido ao novo posicionamento dos ossos. Porém, mesmo tendo resultados estéticos comprovados, ainda não há um consenso na literatura a respeito dos aspectos funcionais relacionados à adaptação da musculatura. Assim, o propósito deste estudo foi avaliar o equilíbrio neuromuscular de pacientes submetidos à cirurgia ortognática em períodos pré e pós-operatório. Dez pacientes foram submetidos à cirurgia para recuo mandibular pela técnica "Osteotomia Vertical Intra-Oral do Ramo Mandibular", a qual é indicada para pacientes que possuem prognatismo, concomitante a um laterognatismo mandibular. O equilíbrio neuromuscular foi avaliado por meio de eletromiografia de superfície (Freey) antes e após 1 ano da cirurgia.

Houve melhora significante no equilíbrio neuromuscular dos sujeitos avaliados após a cirurgia, o que comprova que a cirurgia ortognática é um método eficiente para a correção de pacientes com prognatismo. (Apoio: FAPS - FAPESP)

PNf181 **Temporomandibular disorders are associated with increased headache severity and frequency**

Gonçalves DAG*, Camparis CM, Speciali JG, Franco AL, Castanhoro SM, Bigal ME

Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: danieli_ogg@yahoo.com.br

Temporomandibular disorders (TMD) are considered to be comorbid with migraine headaches and may also be a risk factor for it progression. The aim of this case-control study was explore the relationship between headache types and TMD. Individuals were evaluated for primary headache syndromes (HA) based on the International Classification of Headache Disorders. TMD was classified according to RDC/TMD (Axis I and II). Overall, 271 individuals had TMD and/or HA, and 29 were free of HA and TMD (control group-CG). The χ^2 test and odds ratio - 95% Confidence Interval (CI) was applied and the significance level adopted was 5%. From our sample, 247 individuals had TMD: 58.3% had mixed TMD (myofascial and articular), 16% myofascial and 8% articular. As for headaches, 21.7% had no headaches, 14.3% episodic tension-type headache (ETTH), 44.4% migraine and 29.3% CDH. Prevalence of TMD on No HA group was 55.4%, 86% on ETTH group, 83.7% on migraine group and 98.8% on CDH group. Myofascial and mixed TMD increased the risk in higher magnitude on CDH group, followed by similar risk for migraine and ETTH. Articular TMD did not increase the odds for any type of HA. Greater TMD pain grade was associated with increased prevalence for migraine ($p=0.0045$) and CDH ($p<0.0001$), but not for ETTH ($p=0.7688$). Positive association was found among frequency of HA and grade of TMD pain ($p<0.0001$).

We concluded that HA and TMDs are associated. Both myofascial and mixed TMD increased the risk for all HA types. Our results can confirm that TMD may be an aggravating factor for HA and risk factor for it chronification. (Apoio: FAPESP - 06/00730-5)

PNf182 **Dados demográficos e prevalência de manifestações radiográficas articulares em pacientes com desordem temporomandibular**

Ferreira LA*, Ferraz-Júnior AML, Macedo JF, Silva GA, Guimaraes KAG, Cardoso MMM, Batista CHT, Guimarães JP

Mestrado Em Clínica Odontológica - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.
E-mail: l3a6f9@yahoo.com.br

Desordem Temporomandibular é um subgrupo de patologias musculoesqueléticas expressas na região orofacial, apresentando diversas alterações morfológicas e funcionais perceptíveis por exames de imagens. A busca por características fisiológicas e patológicas em exames radiográficos de 2844 pacientes atendidos pelo Serviço ATM da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora resultou em um estudo epidemiológico de manifestações radiográficas das articulações temporomandibulares (ATM) e dados demográficos destes indivíduos. A análise radiográfica das ATM, registrada por meio de planilhas, contabilizou a prevalência de principais alterações morfológicas, como aplainamento posterior (18,99%), superior (13,99%) e anterior (39,87%) do côndilo mandibular; osteófitos (13,40%) e anomalias do processo estilóide (12,55%). As alterações funcionais registradas evidenciaram principalmente a hiperexcursão condilar bilateral (37,24%) e a excentricidade condilar bilateral (29,99%), seguidas da hipoeexcursão condilar bilateral (14,87%) e excentricidade condilar unilateral (13,82%). A proporção de 5 mulheres para cada 1 homem foi constatada, assim como as faixas etárias mais acometidas: 30 a 39 anos (22,18%), 20 a 29 anos (20,99%) e 40 a 49 anos (20,11%).

Pode-se concluir que os resultados deste trabalho seguem os padrões de outros estudos, evidenciando uma considerável prevalência de alterações radiográficas morfo-funcionais da ATM e o perfil dos indivíduos mais acometidos por esta desordem: mulheres com idade entre 20 e 49 anos.

PNf183 **Estudo clínico comparativo do tratamento de disfunção temporomandibular (DTM) empregando lediterapia vermelho e infravermelho**

Panhóca VH*

Biotecnologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS.
E-mail: vitorpanhoca@ortodontista.com.br

O propósito deste trabalho é verificar o efeito antiálgico de dispositivos a base de LEDs, emitindo nas faixas de 630 +/- 5 nm (vermelho) e 880 +/- 5 nm (infravermelho) de baixa intensidade nas disfunções das articulações temporomandibulares e seu efeito na amplitude do movimento mandibular de abertura de sujeitos com sintomatologia de disfunção temporomandibular. A Densidade de Energia de aplicação em cada um dos pontos das ATMs e musculatura associada será de 24 J/cm² nos grupos Tratados (com LEDs) e de 105 J/cm² no grupo controle. Cada grupo (LED vermelho, LED infravermelho e controle) será composto por 10 pacientes. Serão realizadas duas (2) sessões semanais, às terças e quintas-feiras, durante 4 semanas, então, todos os pacientes serão reavaliados aos 7 e aos 30 dias após a oitava sessão de aplicação. O Grupo controle - será irradiado com laser em baixa intensidade (Twin Laser, MMOptics Ltda, São Carlos, SP), com o objetivo de irradiar com a dose ou fluência de 105,0J/cm², o tempo de irradiação para cada ponto será de 40 segundos. O comprimento de onda do laser será de 780nm, seguindo a pesquisa clínica de Mestrado de TURIM, nos mesmos pontos pré-determinados para os grupos tratados.

Até o presente momento a terapia com LED tem mostrado melhora no quadro clínico dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular, os mesmos apresentam redução parcial e por vezes completa da sintomatologia dolorosa muscular e articular. Ao final da pesquisa os resultados serão submetidos a análise estatística para obter-se conclusões finais.

PNf184 **Sintomatologia dolorosa à palpação relacionada à desordem craniomandibular em mulheres climatéricas**

Galhardo APM*, Mukai MK, Yamaguchi CA, Mori M, Gil C

Prótese Dentária - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: alestrandrapmg@ig.com.br

A literatura atribui aos hormônios sexuais femininos, especialmente ao estrogênio, envolvimento na sintomatologia dolorosa relacionada às desordens da articulação temporomandibular, pelo fato de ser evidente sua maior prevalência entre as mulheres, com início de dor após a puberdade, pico durante os anos reprodutivos e menor evidência após a menopausa. Sendo assim, procurou-se estabelecer em 80 mulheres climatéricas, com idades entre 48 e 70 anos, avaliadas clinicamente à palpação dos músculos mastigatórios intra e extra-orais e da articulação temporomandibular por meio do Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), a presença ou não de sintomatologia dolorosa, bem como qual sua intensidade (leve, moderada ou intensa). Nenhum dos sujeitos fazia uso de terapia de reposição hormonal. O projeto foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPes) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, onde foram realizados os exames clínicos. Após análise descritiva dos resultados, a região do tendão do temporal foi identificada como a mais sensível, enquanto o músculo temporal mostrou uma menor sintomatologia, embora todos os componentes considerados tenham demonstrado algum nível de dor.

Concluiu-se que, mesmo expostas a um período de supressão hormonal, mulheres climatéricas ainda se queixam de sintomas dolorosos relacionados à desordem craniomandibular, o que ressalta a característica multifatorial dessa patologia, ainda que as questões hormonais não estejam completamente esclarecidas.

PNf185 Prevalência de Hábitos Parafuncionais nas Disfunções Temporomandibulares em Crianças e Jovens

Machado PC*, Sabbagh-Haddad D
Morfologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO.
E-mail: pcrismachado@terra.com.br

A Disfunção Temporomandibular (DTM) está, cada vez mais, presente no dia-a-dia do cirurgião-dentista, caracterizando-se por dor na articulação temporomandibular (ATM) e/ou nos músculos da mastigação, estalidos e função irregular ou limitada da mandíbula. Em crianças e adolescentes, estas alterações são comumente provocadas por "maus hábitos" como: onicofagia, mascar chicletes, segurar o queixo com a mão, brincar com a mandíbula, ranger ou apertar dos dentes durante o dia ou a noite (bruxismo). Neste estudo, avaliou-se a prevalência de hábitos parafuncionais de 228 prontuários de crianças e jovens, entre 3 e 17 anos, ambos os gêneros, do Ambulatório Infantil de DTM e Dor Orofacial do Hospital São Paulo - UNIFESP - EPM, no período de junho de 2001 a março de 2008. A abordagem indutiva com procedimentos estatísticos e descritivos foi a metodologia empregada, sendo a técnica de pesquisa quantitativa observacional. Os pacientes foram classificados de acordo com o eixo I do Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), onde 21 foram excluídos por não preencherem os critérios diagnósticos. Dentre os 207 prontuários, o hábito parafuncional mais observado foi o bruxismo, sendo o diurno (36,2%) e o noturno (34,3%), seguido pela onicofagia (36,2%), mascar chicletes (28,5%) e apoiar o queixo na mão (22,2%). A sucção digital e o "brincar" com a mandíbula corresponderam a 10,7% da amostra.

Concluiu-se que o bruxismo, tanto diurno quanto noturno, e diversos hábitos orais são desenvolvidos e adquiridos pelos jovens, sendo influências importantes para o desenvolvimento das DTM.

PNf186 Influência de métodos de limpeza de próteses sobre a rugosidade superficial de um reembasador rígido

Moffa EB*, Izumida FE, Ribeiro RC, Basso MFM, Giampaolo ET, Machado AL
Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: du_moffa@yahoo.com.br

A associação de métodos de limpeza de próteses pode afetar a rugosidade dos materiais protéticos. Este estudo avaliou o efeito do tempo e de métodos de limpeza na rugosidade superficial da resina para reembasamento Tokuyama Rebase Fast II. Setenta amostras (40mm X 20mm X 5mm) foram confeccionadas e divididas em 7 grupos de acordo com a interação das soluções de escovação e imersão: controle - C; água-água - A; água-perborato - APB; água-clorexidina - ACh; pasta-água - PA; pasta-perborato - PPB e pasta-clorexidina - PCh. Os testes de escovação foram realizados em uma máquina de ensaios (30 ciclos diários) e as imersões foram realizadas diariamente por 10 minutos. As análises de rugosidade (Ra) foram feitas por meio de rugosímetro digital, logo após a confecção das amostras e após 7, 15, 30, 90 e 180 dias. Os dados foram analisados por análise de variância, seguidos por teste de Tukey (p=0,05). As médias de rugosidade superficial variaram de 0,39µm a 0,69µm. Maiores valores de rugosidade foram encontrados para o grupo ACh aos 15 dias comparado com os demais períodos (P<0,05). O grupo PCh exibiu menores valores de rugosidade que ACh aos 15 dias e que A aos 90 e 180 dias (P<0,05).

Concluiu-se que a rugosidade do Tokuyama foi influenciada pelo agente de escovação ou imersão. Em aproximadamente 85% das amostras, o tempo não causou alteração nos valores de rugosidade. (Apoio: FAPs - Fapesp - 2007/04548-0)

PNf187 Influência do jateamento na resistência à flexão de uma cerâmica de ítrio-zircônia: efeito da pressão e do tipo de partícula

Souza ROA*, Ozcan M, Michida SMA, Pereira PC, Valandro LF, Bottino MA
Mat. Odont. e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: roasouza@yahoo.com.br

Este estudo avaliou o efeito da pressão e do tipo de partícula do jateamento na resistência à flexão de uma cerâmica de YZ. Quarenta discos sinterizados de YZ (LAVA/3M ESPE) (ISO 6872; diâmetro:15mm, espessura:2mm) foram confeccionados pelo fabricante e divididos em quatro grupos de acordo com os fatores "partícula" (Al₂O₃ e SiO₂/Rocatec Plus, 3M ESPE) e "pressão" (2,5 e 3,5 bar) (n=10): Gr1- Al₂O₃/2,5bar; Gr2- SiO₂/2,5bar; Gr4- Al₂O₃/3,5bar e Gr4-SiO₂/3,5bar. As partículas tinham 110µm de diâmetro e o jateamento foi realizado a uma distância de 10 mm da amostra e durante 20s. Todas as amostras foram submetidas à ciclagem mecânica (100.000 ciclos; 50N de carga; 4Hz, meio:água destilada/37°C) e posteriormente ao ensaio de resistência à flexão biaxial (ISO 6872) em máquina de ensaio universal (EMIC, 1 mm/min). Os dados obtidos foram submetidos à Análise de Variância (2 fatores). Os valores de média±desvio-padrão obtidos foram (MPa): Gr1-1.340,4±177,64; Gr2-1.358,6±198,21; Gr3-1.359,1±144,39 e Gr4-1.291,7±228,37. Os resultados demonstraram que o tipo de partícula (p=0,6874) e a pressão (p=0,6940) não afetaram significativamente a resistência à flexão da cerâmica de YZ (ANOVA).

O jateamento da cerâmica de YZ com partículas de óxido de alumínio gerou valores de resistência à flexão semelhante ao jateamento com óxido de silício, independente da pressão utilizada.

PNf188 Avaliação da relação entre a linha bipupilar e a comissura labial

Rocha MRBA*, Froes TC, Stegung RC, Sesma N, Costa B, Sung H
Prótese Dentária - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: mrbarr@uol.com.br

A reabilitação protética deve devolver aos pacientes a relação facial harmônica perdida utilizando subsídios concretos que possam servir de orientação na clínica. Referências como linha mediana, linha bipupilar, linha do sorriso são relevantes na determinação de relações precisas para o estabelecimento de parâmetros auxiliando os profissionais no restabelecimento da harmonia facial, processo este ainda muito subjetivo na prática. Avaliou-se o paralelismo entre as linhas bipupilar e a linha da comissura labial de pacientes edentados e dentados a fim de se obter referência clínica adicional para uma reconstituição dento-facial estética e funcional. Para tanto, foram utilizadas fotografias de indivíduos parcialmente edentados e dentados sorrindo e em repouso muscular, bem como os ângulos formados entre as linhas bipupilar e da comissura e entre as linhas pupila-comissura em relação à linha média do paciente. A avaliação das angulações entre as linhas foi feita com auxílio do programa AUTOCAD no qual as fotografias e o traçado das linhas foram processados. Pode-se verificar que apenas em relação à linha pupila-comissura houve diferença estatisticamente significativa entre o sorriso e o repouso muscular, sendo o maior resultado para o estado de repouso muscular. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros masculino e feminino, para o estado de sorriso, em relação às linhas bipupilar e comissura labial, onde os homens possuem resultados maiores que os das mulheres.

A relação entre as linhas bipupilar e comissura labial serve, a princípio, como referência para a determinação do plano de orientação anterior.

PNf189 Avaliação da alteração dimensional de técnicas de moldagem de trabalho em prótese fixa

Medeiros LADM*, Dias AHM, Holanda GSA, Santos AJ, Mesquita VT
UNIVERSIDADE POTIGUAR.
E-mail: luannaabilio@bol.com.br

O bjetivou-se avaliar a alteração dimensional de modelos de gesso tipo IV confeccionados a partir de quatro técnicas de moldagens: A - em fase única; B - reembasamento com espaçadores de 1mm; C - reembasamento com espaçadores de 2mm; D - reembasamento com plástico de polietileno - PVC. Para tal, confeccionou-se uma matriz de aço inoxidável com dois cilindros e nela cinco parâmetros: distância entre os centros dos cilindros (D1), diâmetro do cilindro 1 (d1), diâmetro do cilindro 2 (d2), altura do cilindro 1 (H1) e altura do cilindro 2 (H2), sendo empregada a silicona por condensação Zetaplus Orangewash (Zhermack) para moldagem. A seguir, após o vazamento em gesso e obtenção dos padrões em gesso foram realizadas as mensurações por meio de uma lupa (ASKANIA-variant, modelo M2M1) acoplada a uma câmera do microscópio (Olympus BX 60M) e enviado ao software Image Pro Plus. Os resultados dos parâmetros D1, d2, H1, H2 e d1 foram submetidos ao teste de Tukey e kruskal-wallis, respectivamente, não havendo diferença estatisticamente significativa entre o grupos A,B,C e D.

Concluiu-se que as técnicas de moldagem testadas não proporcionaram alteração dimensional nos modelos.

PNf190 Plataforma switching: avaliação biomecânica por meio do método de elementos finitos tridimensional

Tabata LF*, Assunção WG, Rocha EP, Barão VAR, Gomes EA, Delben JA, Sousa EAC
Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: lftabata@hotmail.com

T em sido relatado que a plataforma switching reduz a remodelação óssea peri-implantar, embora os mecanismos responsáveis por este processo não estejam elucidados. Assim, esse estudo objetivou avaliar a distribuição de tensões em prótese unitária implanto-suportada, utilizando o conceito de plataforma switching e comparando-o com uma conexão regular abutment-implante, por meio do método de elementos finitos tridimensional. Uma conexão regular entre abutment-implante com componentes de mesmo diâmetro (grupo Plataforma Regular - PR) e uma conexão com o conceito de plataforma switching (grupo Plataforma Switching - PS) foram criadas. Um implante regular e um implante largo (plataforma protética de 4.1mm e 5.0mm, respectivamente) foram utilizados para representar PR e PS, respectivamente, nos quais um componente protético regular de 4.1mm foi conectado para simular a coroa protética. Uma carga de 100N foi aplicada na coroa. PS diminuiu a concentração de tensões no implante quando comparado com PR, alterando a distribuição das tensões na plataforma protética, o que resultou em diminuição das tensões no parafuso e tecido ósseo e aumento das tensões na coroa.

Plataforma switching reduziu as tensões no tecido ósseo peri-implantar, o que poderia resultar em uma diminuição da reabsorção óssea marginal. A utilização de componentes protéticos de menor diâmetro que a plataforma protética do implante diminuiu a concentração de tensões nos implantes e no parafuso, podendo resultar em uma diminuição das complicações nas próteses implanto-suportadas parafusadas.

PNf191 Análise comparativa da eficácia de três diferentes técnicas de moldagem em prótese unitárias sobre-implantes

Luthi LF*, Tramontino VS, Nóbilo MAA, Mesquita MF, Consani RLX, Henriques GEP
Prótese e Periodontologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: leonardoluthi@hotmail.com

A transferência exata da posição do implante para o modelo de trabalho é particularmente importante para que se obtenham próteses que, clinicamente, apresentem os mesmo contatos oclusais e interproximais obtidos no laboratório. Assim sendo, esse estudo teve por objetivo avaliar a precisão de modelos de trabalho para próteses unitárias, quanto à rotação dos análogos. Obtido através de três técnicas de moldagem: Grupo 1: moldagem com transferentes quadrados, Grupo 2: moldagem com transferentes cônicos e Grupo 3: moldagem com transferentes quadrados modificados com resina acrílica (hélice). Para o estudo, trinta modelos de trabalho em gesso (n=20) foram obtidos a partir de um modelo mestre contendo dois análogos de implante nas regiões de primeiro molar superior. As distorções nos modelos de trabalho foram avaliadas por uma unidade analisadora acoplada em microscópio óptico com aumento de 120 vezes e equipado com câmera digital e comparadas com os resultados obtidos no modelo mestre. As diferenças medidas no modelo mestre e as medidas equivalentes nos modelos de trabalho foram submetidas ao teste estático ANOVA. Foram obtidos as seguintes médias em graus G1 7,95; G2 10,62 e G3 3, somente ocorreu diferença estatística entre os grupos 2 e 3.

Os transferentes quadrados com o sistema de hélice são os mais indicados para moldagens unitárias. Os transferentes cônicos apresentam movimentações que inviabilizam o seu uso para as moldagens de transferência para restaurações unitárias

PNf192 Influência da espessura de cimento e da ciclagem mecânica na união entre pino de fibra e dentina intrarradicular

Bergoli CD*, Rosa RA, Kaizer OB, Valandro LF
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.
E-mail: serginhobergoli@hotmail.com

E estudos têm divergido em relação à influência da espessura de cimento na retenção de pinos reforçados por fibra, além de poucos estudos terem submetido dentes nessas condições à testes de fadiga. Dessa forma o presente trabalho objetiva avaliar a influência da espessura de cimento (EC) e da ciclagem mecânica (CM) na resistência de união entre um pino de fibra e dentina intrarradicular. Quarenta raízes bovinas foram divididas em quatro grupos: G1 (EC normal) os dentes foram preparados em 12 mm com a broca #1 do sistema White Post DC (FGM) e o pino #1 foi cimentado; G2 (EC normal + CM) a mesma estratégia de cimentação do G1 foi utilizada, e os espécimes submetidos a 1.000.000 de ciclos (50 N, 4 Hz, ± 37 °C); G3 (maior EC) os dentes foram preparados em 12 mm com a broca #4 do sistema de pinos e o pino #1 foi cimentado; G4 (maior EC + CM) foi utilizada a mesma estratégia de cimentação do G3 e o mesmo regime de ciclagem do G2. Para o teste de push-out foram obtidos quatro corpos de prova por espécime. A ANOVA 2-fatores mostrou que somente o fator "espessura" (P=0,0059) exerceu influência nos resultados. Tivemos diferença significativa entre o grupo G1=19,22 MPa e os grupos G3=12,44 MPa e G4=13,61 MPa, enquanto o grupo G2=15,02 MPa foi semelhante aos demais. Assim, a espessura de cimento exerceu influência na resistência de união.

Apesar da ciclagem mecânica não ter afetado a resistência de união entre pino e dentina intrarradicular, uma maior espessura de cimento pode afetar significativamente essa união.

PNf193 Perfil dos pacientes atendidos no Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP com indicação para próteses

Santos DM*, Goiato MC, Pesqueira AA, Ribeiro PP, Miyahara GI, Haddad MF, Moreno A, Dekon SFC

Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: danielamicheline@yahoo.com.br

Os tumores de cabeça e pescoço, pela expressiva incidência e mortalidade, constituem-se em relevante preocupação para a saúde no mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. No Brasil é uma doença muito prevalente e estudos de tendência sugerem que posteriormente poderá torna-se a principal causa de morte no país. Isto se deve, entre outros fatores, ao aumento da vida média da população mundial, a fatores ambientais e de mudanças de comportamento, responsáveis pela carcinogênese. Diante das variáveis descritas ficou evidente a importância de fatores epidemiológicos e estatísticos no estabelecimento do diagnóstico precoce e de prevenção. O propósito deste estudo foi fazer um levantamento de dados relacionados aos indivíduos acometidos por câncer com indicação de prótese entre os pacientes atendidos pelo Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, no período de 1991 a 2008. Foram revistos todos os prontuários e deles retiradas as variáveis utilizadas no estudo: gênero, idade, tipo e localização da lesão, dose de radiação e uso de prótese. Houve predomínio de homens (74,15%), com idade acima de 60 anos (53,37%). O sítio primário de tumor mais frequente foi o assoalho de boca (11,1%), com o tipo histológico epidermóide (72,8%).

Esse levantamento contribuiu para traçar um perfil dos pacientes atendidos no Centro de Oncologia Bucal e, sobretudo contribuir com os programas de prevenção para esta doença.

PNf194 Avaliação fotoelástica de overdentures mandibulares sobre implantes com diferente sistemas de retenção e prótese protocolo de Branemark

Alves LMN*, Mazaro JVQ, Gennari-Filho H, Pellizzer EP, Vedovatto E, Silva CR

Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: lumalves@yahoo.com.br

Avaliou-se o padrão de tensão produzido por overdentures implanto-retidas com 3 sistemas de retenção e prótese protocolo de Branemark, através do método da fotoelasticidade. O modelo mandibular foi confeccionado em resina fotoelástica com 4 implantes 3.75 x 10mm, em área interforaminal. Foram avaliadas 4 situações: A- Overdenture com 3 attachments clip sobre barra; B- Overdenture com 2 attachments Era em cantilever aos últimos implantes e 1 clip anterior; C- Overdenture com 3 attachments O'ring sobre barra e D - Prótese protocolo de Branemark. Cargas verticais de 100N foram aplicadas entre os incisivos centrais e unilateralmente nos 2.º premolares direito e esquerdo e 2.º molares direito e esquerdo para todos os sistemas. Na prótese protocolo foram aplicadas cargas verticais nos 1.º molares para análise da extensão do cantilever. Carga anterior: concentração de stress nos implantes medianos em A. Na região de premolar, alto stress no implante ipsilateral à aplicação da carga com maior intensidade na prótese protocolo e em A. Carregamento do molar, a primeira C distribuiu o stress de forma mais uniforme, e menor sobrecarga ao implante distal. O aumento do cantilever na prótese protocolo causou stress ao último implante e tração no implante mediano.

Na overdenture com 3 clip e prótese protocolo geraram um imediato padrão de stress sobre o implante ipsilateral enquanto que o sistema de retenção o ring transferiu mínimo stress aos implantes. Clinicamente o aumento do cantilever na prótese protocolo é significativamente negativa à longevidade do último implante.

PNf195 Prótese óculo-palpebral: desenvolvimento e avaliação de técnica digital na escultura

Reis RC*, Dias RB, Mello DNP

Cirurgia, Traum. e Prot. Maxilo Faciai - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: rcreis@usp.br

O resultado estético favorável de uma prótese óculo-palpebral está diretamente relacionado à fidelidade de sua reprodução através da escultura. Este trabalho propõe nova técnica digital com as sobreposições das imagens fotográficas da escultura na da face do paciente. Para o método proposto, foram obtidos 12 modelos faciais em gesso e neles realizados desgaste simulando uma lesão óculo-palpebral. Em cada modelo, foram realizadas 2 esculturas: grupo 1- escultura livre e grupo 2- escultura guiada pela técnica proposta. Fotografia da face e das esculturas posicionadas no dispositivo elaborado para fixação de cabeça e modelo facial, calibrado com escala milimétrica. Estabelecidas medidas antropométricas faciais numeradas de 1 a 8. Através do programa digital Corel Draw foram inseridas as imagens e obtidos os registros das medidas da escultura e da face. Pelos resultados e através do t-test (p<0,05), apenas o grupo 1 apresentou diferenças significantes nas medidas 1, 2 e 4.

As medidas 1 e 2 da região da fenda palpebral (largura e altura) e a 4 distância do sulco palpebral à pálpebra superior apresentaram diferenças significantes em razão do modelo ser obtido com os olhos fechados e dificuldade na mensuração da posição primária do olhar na face. Além disso, a técnica proposta mostrou-se eficaz possibilitando durante a escultura, a mensuração digital e fidedigna nas suas etapas, comparação dos detalhes anatômicos, podendo ser realizada sem a presença física do paciente.

PNf196 Análise fotoelástica das tensões geradas por diferentes planejamentos de próteses parciais fixas cimentadas sobre implantes cone morse

Menani LR*, Tiossi R, Torres EM, Ribeiro RF, Antunes RPA

Materiais Dentários e Prótese - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: ricardomenani@yahoo.com.br

O presente trabalho se propôs a avaliar, por meio de análise fotoelástica, o comportamento biomecânico de próteses parciais fixas cimentadas sobre implantes cone morse com coroas isoladas ou unidas, simulando a reabilitação de áreas posteriores com e sem a presença de elemento dental distal aos implantes, variando o tipo de material de recobrimento estético empregado na restauração protética (cerâmica ou resina). Confeccionou-se um modelo fotoelástico de um espaço protético intercalado, com ausência do segundo pré-molar e primeiro molar, reabilitado por meio de quatro tipos de coroas cimentadas sobre dois implantes cone morse (Titamax CM, 4.0x11, Neodent) adjacentes: UC - coroas unidas em cerâmica; IC - coroas isoladas em cerâmica; UR - coroas unidas em resina; IR - coroas isoladas em resina. Análise fotoelástica qualitativa foi realizada sob diferentes condições de aplicação de cargas: oclusal distribuída (10kgf), puntiforme simultânea (10kgf), puntiforme alternada no molar e no pré-molar (5kgf). Registros fotográficos foram obtidos de cada situação de análise, a fim de facilitar a observação e comparação do padrão de distribuição das franjas isocromáticas em torno dos implantes.

Concluiu-se que a ferilização das coroas promoveu melhor distribuição de tensões em torno dos implantes; as restaurações metalocerâmicas resultaram em menor magnitude e concentração destas tensões comparadas às restaurações metaloplásticas. A presença de um dente com ponto de contato efetivo na distal das coroas contribui na distribuição de tensões para o modelo fotoelástico.

PNf197 Influência do jateamento com óxido de alumínio na união entre dentes e resinas acrílicas

Consani RLX*, Mesquita MF, Sinhoreti MAC, Correr-Sobrinho L, Richter MM, Henriques GEP
Prótese e Periodontia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: rconsani@fop.unicamp.br

O objetivo foi verificar a resistência da união ao cisalhamento entre as resinas acrílicas Clássico e Onda-Cryl e o dente BioCler GII, sob a influência do jateamento com partículas de óxido de alumínio de diferentes tamanhos. Matrizes de cera foram incluídas em mufas metálicas ou plásticas, com gesso pedra. As matrizes foram removidas do gesso e o molde preenchido com silicone. No molde foi fixado um dente unido a um bastão de cera e recoberto com silicone. As bases dos dentes foram submetidas ao jateamento com óxido de alumínio com partículas de 50 ou 100 micrometros e recolocados nos moldes de silicone. As resinas acrílicas preparadas segundo recomendações do fabricante foram adaptadas nos moldes e prensadas. A polimerização da resina Clássico foi em água à temperatura de 74°C por 9 horas e da Onda-Cryl em forno de micro-ondas no ciclo: fase 1- 3 minutos com 40% da potência; fase 2- 4 minutos na potência 0%; e fase 3- 3 minutos com 90% da potência. Os corpos-de-prova foram submetidos ao teste de resistência ao cisalhamento numa máquina Instron. Os resultados (kgf/cm²): Clássico (controle=82,55±8,34; 50µm=109,74±7,96 e 100µm=137,71±5,75) e Onda-Cryl (controle=81,04±6,80; 50µm=111,84±10,37 e 100µm=116,55±6,36) foram submetidos à ANOVA e teste de Tukey (5%).

Na resina Clássico, os tamanhos de partículas promoveram maior resistência ao cisalhamento e foram diferentes entre si. Na Onda-Cryl, os tamanhos de partículas promoveram resultados similares e maiores que o controle. Entre resinas, somente a partícula de 100µm produziu maior resistência na resina Clássico. (Apoio: CNPq)

PNf198 Estudo das tensões geradas em modelos fotoelásticos por próteses implanto-suportadas com diferentes recobrimentos estéticos

Tiossi R, Macedo AP*, Torres EM, Rodrigues RCS, Mattos GGC, Ribeiro RF

Materiais Dentários e Prótese - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: rtiossi@yahoo.com

Este estudo avaliou a quantidade e a distribuição das tensões geradas por próteses fixas posteriores inferiores com diferentes recobrimentos estéticos. Foram confeccionados dois modelos fotoelásticos (Araldite), um com a presença de um segundo molar em resina (Odontofix), distal à reabilitação protética, e outro sem. O modelo foi completo com um primeiro pré-molar em resina e dois implantes Titamax GT Cortical (4,0 x 11,0mm - Neodent), substituindo o segundo pré-molar e o primeiro molar ausentes. Os seguintes grupos foram analisados: (G1) duas coroas metalocerâmicas unidas; (G2) duas coroas metalocerâmicas isoladas; (G3) duas coroas metaloplásticas unidas e (G4) duas coroas metaloplásticas isoladas. A adaptação marginal das estruturas foi inferior a 20µm. Um carregamento de 100N em dois pontos simultâneos foi aplicado na oclusal do segundo pré e na oclusal do primeiro molar implantados. Ainda, um carregamento oclusal balanceado de 100N foi realizado em todos os dentes e coroas. A tensão média transmitida pelas estruturas foi, em MPa, para o primeiro carregamento: G1 (16,31), G2 (12,19), G3 (21,46) e G4 (17,01) e, para o segundo carregamento, G1 (14,06), G2 (18,81), G3 (18,18) e G4 (17,99). As coroas metaloplásticas apresentaram níveis mais elevados de tensão na maioria dos casos estudados e as metalocerâmicas proporcionaram melhor distribuição das tensões pelo corpo, colo e ápice dos implantes.

Os dados obtidos mostraram que as tensões transmitidas pelas coroas metalocerâmicas foram menos intensas e melhor distribuídas às estruturas adjacentes e de suporte. (Apoio: FAPs - FAPESP - 2007/06995-3)

PNf199 Influência de diferentes espessuras de cerâmica e métodos de fotoativação na dureza de um cimento resinoso dual

Macedo APF*, Paula AB, Dinelli RG, Ambrosano GMB, Puppin-Rontani RM, Consani RLX, Mesquita MF

Periodontia e Prótese Dental - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: apaty_fernandes@hotmail.com

O objetivo foi avaliar a dureza-KHN em diferentes profundidades de um cimento resinoso dual, fotoativado por diferentes fontes de luz e espessuras de cerâmica. Dentina bovina planificada foi embutida em resina, e o cimento inserido em molde PVC (0,8mm x 5mm) colocado em 2 filmes plásticos. A fotoativação foi realizada com o aparelho Elipar Trilight-QTH-(800mW/cm²) e o LED Ultralume 5(900mW/cm²) através de discos de cerâmica (1,4 ou 2mm-espessura). Os espécimes(n=6) foram estocados(24h), e a KHN medida. Os dados foram submetidos aos testes ANOVA e Tukey (α=0,05). Houve interação significativa entre os fatores do estudo. Nos grupos fotoativados com QTH o aumento da espessura de cerâmica diminuiu a dureza do cimento em todas as profundidades, que foram maiores no centro (1,4mm-58,13;2mm-50,08) e menores na base (1,4mm-24,84;2mm-20,17). Para o LED a dureza diminuiu com a espessura da cerâmica apenas na superfície (1,4mm - 51,52 e 2mm -51,82). Para o grupo que utilizou disco de 1,4mm, LED induziu valores similares de dureza na superfície(51,52) e centro(51,96) e os menores na base 1,4mm(24,19); quando utilizado disco de 2mm, o maior valor de dureza foi obtido no centro(51,82), seguido pela superfície (42,33) e base(18,86).

Para cerâmica de 2 mm de espessura ambas fontes se comportaram de forma similar (centro>superfície>base). O LED diferiu do QTH para a espessura de 1.4 mm de cerâmica, não apresentando diferença entre a superfície e o centro. A dureza do cimento nas diferentes profundidades é dependente da espessura da cerâmica e da fonte de luz utilizada (Apoio: CAPES)

PNf200 Influência das configurações geométricas do implante em próteses implantossuportadas unitárias e de três elementos

Moraes SLD*, Pellizzer EP, Tonella BP, Ferrazzo R, Falcón-Antenucci RM, Mazaro JVQ, Gennari-Filho H

Odont Rest. - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/FACULDADE DE ODONTOLOGIA.
E-mail: sandramoraesbg@ig.com.br

A proposta deste estudo foi analisar, através da metodologia da fotoelasticidade, a distribuição de tensões nos implantes de hexágono externo, hexágono interno e cone-morse em próteses parciais fixas (PPF) implantossuportadas de três elementos e unitárias. Foram confeccionados seis modelos em resina fotoelástica PL-2, três para as PPF implantossuportadas de três elementos, no qual cada modelo com dois implantes 4,00 x 10 mm, situados um na região do segundo pré-molar e outro na região do molar, um para cada tipo de conexão do implante e três modelos para as próteses unitárias. As próteses foram padronizadas e em liga de Ni-Cr. Utilizou-se polariscópio circular e aplicado cargas, axial e oblíqua em 45°, de 100 N em Máquina de Ensaio Universal. Os resultados foram fotografados e analisados qualitativamente em programa computacional. O implante do tipo hexágono interno apresentou uma melhor distribuição de tensões e de menor intensidade, seguido em ordem decrescente pelo hexágono externo e cone-morse para os modelos com próteses de 3 elementos. Para o caso dos implantes unitários o implante que melhor distribuiu as tensões foi o cone-morse, seguido pelo hexágono interno e externo.

Concluiu-se que: o implante do tipo hexágono interno foi o que melhor distribuiu as tensões nos casos de PPF implantossuportada de três elementos. Houve tendência de melhor distribuição de tensões e de menor intensidade de tensões nos implantes cone morse nas próteses implantossuportadas unitárias, houve um aumento das tensões quando da aplicação de carga oblíqua em todos os modelos fotoelásticos. (Apoio: FAPESP - 2007/55061-3)

PNf201 Estudo longitudinal da influência de próteses removíveis nos níveis orais de *Candida spp*

Fernandes FSF*, Pereira-Cenci T, Straioto FG, Del-bel-Cury AA
Prótese e Periodontia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: fredfernandes@fop.unicamp.br

A prevalência de *Candida spp.* na cavidade oral em usuários de próteses removíveis tem sido relatado. Entretanto, a literatura é escassa de estudos longitudinais que comprovem essa associação. O objetivo desse estudo foi avaliar a influência de novas próteses removíveis nos níveis orais de *Candida spp.* por um período de 6 meses. Setenta e cinco voluntários atendidos na Faculdade de Odontologia de Piracicaba e reabilitados com próteses removíveis, parciais (n=54) ou totais (n=21), aceitaram participar da pesquisa aprovada pelo CEP/FOP/UNICAMP (Protocolo Nº 040/2006). Amostras de biofilme da mucosa oral (palato, bochecha e língua) foram coletadas imediatamente antes da instalação da prótese removível (baseline), 1 e 6 meses após a instalação das mesmas. Adicionalmente, biofilme da base das próteses foram coletados após 1 e 6 meses da instalação. As amostras foram semeadas em CHROMagar® *Candida* e incubadas a 37° C por 48h para quantificação (UFC) e identificação presumida das espécies de *Candida*. Os dados obtidos foram submetidos à análise de variância e teste de Wilcoxon ($\alpha=0,05$). Os resultados mostraram que após a instalação das próteses removíveis houve um aumento na contagem das espécies de *Candida* que foi estatisticamente significativa ($P < 0,05$) quando se comparou o baseline com 6 meses da instalação.

Conclui-se que a instalação da nova prótese removível influenciou os níveis orais de *Candida* (UFC) dos pacientes reabilitados, independente se a prótese era total ou parcial. (Apoio: FAPs - FAPEMA - BM-00042/08)

PNf202 Conicidade de preparos para coroas totais realizados por estudantes de odontologia

Lopes LDS*, Rubo JH, Oliveira PCG, Porto VC, Neppelenbroek KH, Moretti-Neto RT, Martins LM, Suedam V
Prótese Dentária - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURU.
E-mail: livialopys@hotmail.com

O grau de conicidade preconizado para preparos de coroas totais varia entre 2° e 6°, sendo de difícil obtenção clínica. O objetivo desse trabalho de pesquisa foi avaliar a inclinação das paredes axiais dos preparos de dentes em manequins para coroas totais, executados pelos alunos da graduação do segundo ano, na disciplina de Prótese Parcial Fixa da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo. Foram avaliados 136 dentes preparados, sendo 34 incisivos centrais (11), 34 caninos (13), 34 molares inferiores (47) e 34 pré-molares inferiores (45). O ângulo de convergência vestibulo-lingual/palatino e mesio-distal de cada preparo foi medido com auxílio de um microscópio digital (Dino Capture). Os ângulos de convergência foram calculados e a diferença entre os grupos foi submetida a uma análise de variância (ANOVA). Os molares tiveram os maiores valores médios de conicidade no sentido mesio-distal (28,32°), enquanto no sentido vestibulo-lingual os incisivos centrais apresentaram os maiores médios (39,63°). Os dentes pré-molares apresentaram médias de conicidades intermediárias entre os grupos estudados.

Conclui-se que as médias de conicidade encontradas são de três a cinco vezes maiores que as apresentadas como ideais, o excessivo ângulo de convergência encontrado poderá acarretar formas de retenção e estabilidade prejudicadas. O presente estudo apresenta a diferença entre o que é ensinado na teoria e a prática realizada pelos alunos.

PNf203 Influência da interação entre temperatura e saliva na eficiência de protetores bucais para esporte: estudo estatístico

Coto NP*, Dias RB
Cirurgia, Próti. e Traum. Max. Faciais - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: neidecoto@bol.com.br

A eficiência de protetores bucais para esporte quando submetidos a ação de forças de impacto, tem relação direta com o meio. A temperatura bucal e a saturação em saliva fazem com que esse dispositivo tenha uma maior eficiência. Esta afirmação pode ser feita após estudo do comportamento mecânico em protetores bucais para esporte confeccionados no arco superior e em copolímero de etileno e acetato de vinila (EVA) e, com o auxílio de um modelo experimental de arcos dentais em epóxi, acoplados a uma máquina universal de ensaios Kratos, foram submetidos a uma força de compressão. Para a validação deste estudo foram ensaiados protetores à temperatura ambiente e próxima a temperatura bucal e na presença e ausência de saliva. As propriedades mecânicas observadas foram: força máxima, tensão máxima e energia absorvida. Os resultados foram submetidos a análise estatística t-student ($p \leq 0,05$). Observou-se que no grupo ensaiado a temperatura próxima a bucal e em presença de saliva houve uma redução da força máxima ($p=0,00$), tensão máxima ($p=0,00$) e energia absorvida ($p=0,04$), ensaios à temperatura bucal mostraram que a capacidade amortecedora do material alcança ótimos níveis devido a sua capacidade de deformabilidade e a redução de forças intermoleculares bem como a presença da saliva reduz a tensão máxima, oferecendo menor resistência as forças compressivas.

Conclui-se que os protetores bucais para esporte confeccionados em EVA, quando ensaiados em condições bucais, isto é, à temperatura \approx a 38 °C e em presença de saliva; tiveram seu potencial amortecedor aumentado.

PNf204 Efeito da deposição de partículas utilizando três jateadores com diferentes designs

Barca DC*, Vanderlei AD, Brentel AS, Passos SP, Valandro LF, Bottino MA
Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: dianacapelli@gmail.com

Este estudo avaliou, sob Microscopia Eletrônica de Varredura e EDS, os efeitos do tratamento de superfície de uma cerâmica de alumina infiltrada por vidro por meio do jateamento com partículas de sílica (SiO₂) utilizando o sistema Cojet. Foram observados três parâmetros: jateadores (Bioart, Microetcher e Ronvign), duração (5, 13 e 20 s) e distância do jateamento (10 e 20 mm). 41 blocos cerâmicos (In Ceram Alumina) foram confeccionados de acordo com as recomendações do fabricante e divididos em 8 grupos (n=5): G1- Bioart (10 mm, 20 s); G2- Microetcher (10 mm, 20 s); G3- Ronvign (10 mm, 20 s); G4- Ronvign (10 mm, 13 s); G5- Ronvign (10 mm, 5 s); G6- Ronvign (20 mm, 20 s); G7- Ronvign (20 mm, 13 s); G8- Ronvign (20 mm, 5 s). Apenas um bloco foi utilizado como controle (sem jateamento). As amostras foram analisadas em MEV com aumentos de 100x, 400x, 2000x e em EDS. O teste ANOVA apontou diferença significativa na quantidade de sílica do grupo 3 com os grupos 1 e 2, contudo não houve diferença estatisticamente significativa com relação ao tempo e distância do jateamento.

O jateador que permitiu maior depósito de quantidade de sílica na superfície cerâmica foi o Ronvign, independente do tempo e da distância utilizados.

PNf205 Efeito do retorque no torque de afrouxamento de parafusos protéticos sob dois níveis de adaptação de próteses implantossuportadas

Spazzin AO*, Henriques GEP, Nóbilo MAA, Carrer-Sobrinho L, Consani RLX, Mesquita MF
Odontologia Restauradora - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: aospazzin@yahoo.com.br

Este estudo avaliou a influência da aplicação do retorque no torque de afrouxamento (τ) de parafusos protéticos em próteses mandibulares implantossuportadas sob diferentes níveis de adaptação. Foram criadas duas condições de adaptação, confeccionando 20 modelos de gesso a partir 10 estruturas protéticas: adaptação passiva (P) e desajuste (D). O teste do parafuso único foi realizado para quantificar o desajuste vertical utilizando microscópio óptico. As mesmas estruturas protéticas foram utilizadas para as duas condições de adaptação. Foi mensurado o τ dos parafusos após 24h, utilizando 2 técnicas de aperto considerando as condições de adaptação: somente o torque de aperto (T1); torque de aperto e retorque após 10min (T2). Parafusos de Au e Ti foram avaliados separadamente. Foi utilizado torquímetro digital para controlar o torque de aperto e mensurar o τ . Os resultados foram submetidos à ANOVA (2 fatores) e teste de Tukey ($\alpha=0,05$), separadamente para cada parafuso. Parafusos de Ti: o D reduziu τ utilizando T1; T2 aumentou o τ para D; nenhuma diferença estatística significativa foi encontrada entre P e D utilizando T2, ou T1 e T2 para P. As variáveis independentes não apresentaram influência no τ para parafusos de Au.

Parafusos de Ti apresentaram maior perda do torque aplicado para próteses com desajuste que com adaptação passiva. Porém, o retorque aumentou o τ da conexão para níveis similar aos encontrados em próteses com adaptação passiva. O retorque e diferentes níveis de adaptação não apresentaram efeito no τ para parafusos de Au. (Apoio: FAPESP - 07/53352-8R)

PNf206 Análise da via de sinalização Akt/NF- κ B/Ciclina D1 no processo de invasão de células de carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço

Giudice FS*, Vecchio AMCD, Abrahão AC, Pinto-Jr. DS
Estomatologia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: fernandagiudice@yahoo.com.br

Pouco se sabe sobre as vias de sinalização que estão envolvidas na progressão do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. Tem sido relatado, que alguns estímulos podem ativar a holoenzima PI3K que por sua vez induz a fosforilação da proteína Akt (pAkt) que leva a ativação e a translocação do NF- κ B do citoplasma para o núcleo, onde ocorre a transcrição de genes envolvidos na proliferação e invasão celular. Assim, esse estudo analisou a expressão, através de Imunofluorescência e Western Blot, das proteínas pAkt, NF- κ B e Ciclina D1 em linhagens celulares de carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço (HN6, HN30 e HN31) submetidas a ensaio de invasão (gerando clones invasivos HN6.1, HN30.1 e HN31.1), realizado com Matrigel®. A pAkt apresentou marcação citoplasmática e nuclear nas linhagens HN6, HN30, HN6.1, todavia, HN31, HN30.1, HN31.1 apresentaram positividade predominantemente nuclear. No caso do NF- κ B, com exceção de HN6.1 e HN30.1, o padrão de marcação foi citoplasmático. Por fim, a Ciclina D1 exibiu imunopositividade apenas nuclear. Os clones invasivos HN6.1 e HN30.1 mostraram elevação significativa dos níveis de expressão de pAkt e NF- κ B porém, a HN31.1 apresentou aumento de pAkt e discreta diminuição de NF- κ B, mas ambos os valores não estatisticamente significantes. Em relação à Ciclina D1, houve um aumento dos seus níveis em todas as linhagens invasivas, sendo que apenas na HN6.1 esse aumento foi estatisticamente significante.

Portanto, este estudo mostrou a participação da via de sinalização Akt/NF- κ B/Ciclina D1 no processo de invasão apenas das linhagens HN6.1 e HN30.1. (Apoio: CAPES)

PNf207 Registros de Câncer em Zaragoza (Espanha): avaliação dos indicadores de qualidade dos tumores de cabeça e pescoço

Sena MF*, Almeida GCM, Souza DLB, Bernal MMP
Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE.
E-mail: marinafsenaf@yahoo.com.br

Uma importante preocupação na divulgação das informações dos Registros de Câncer de Base Populacional (RBCP) está na avaliação dos indicadores de cobertura e validade para fins de comparabilidade. O objetivo deste estudo foi avaliar os indicadores de qualidade do RCBP da província de Zaragoza (Espanha) para os casos de tumores de cabeça e pescoço. Os casos estudados correspondem a todos os tumores registrados no período de 1978 a 2002 em um total de 5357 casos, sendo 94,6% homens e 9,6% mulheres. As localizações incluídas segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) foram C00 a C14 e C30 a C32. Os indicadores estudados foram: percentual de diagnóstico histopatológico (%VH), percentual diagnosticado somente por declaração de óbito (%SDO), índice de masculinidade (IM), percentual de casos sem idade (%SE) e percentual de casos sem sublocalização específica (%9). Os resultados encontrados são os seguintes: %VH=94,6; %SDO=4,7; IM=9,46; %SE=0,4 e %9=35,3.

Pode-se concluir que existe uma alta qualidade nos registros de câncer de cabeça e pescoço em Zaragoza, pois apresenta indicadores superiores aos parâmetros exigidos.

PNf208 Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão em pacientes com líquen plano oral

Matos LF*, Reis-Filho VF, Silva VKS, Aleva NA, França JP, Gameiro GH, Pereira LJ
Clínica Odontológica - UNIVERSIDADE TRÊS CORAÇÕES.
E-mail: leandrofaria08@hotmail.com

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes com líquen plano oral (LPO) presente e em remissão. Para este fim foi utilizado o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Os níveis de ansiedade e depressão dos indivíduos com LPO foram comparados aos apresentados por indivíduos saudáveis e pacientes com ansiedade e depressão patológica pareados pela idade e gênero. A amostra foi constituída por três grupos. Grupo 1: 22 pacientes que apresentavam histórico de LPO. Este grupo foi posteriormente dividido em 2 subgrupos: (1a) 10 indivíduos com lesões presentes no momento da avaliação com o índice HADS e (1b) 12 indivíduos com lesão em remissão. Grupo 2: 17 indivíduos sem histórico de LPO, ansiedade ou depressão (controle negativo). Grupo 3: 30 indivíduos portadores de depressão e/ou ansiedade patológica sem história de LPO (controle positivo). Os valores dos escores apresentados pelos indivíduos entre os grupos foram comparados pelo teste Kruskal-Wallis seguido do teste de Dunn para verificação de contrastes. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$. Observou-se que não houve diferença para os escores de ansiedade e depressão encontrada nos pacientes com LPO lesão presente ou em remissão comparados com o grupo controle negativo ($p > 0,05$). Entretanto, os escores de ansiedade para indivíduos do grupo 1a (com lesão presente) foram também compatíveis com os escores apresentados pelos indivíduos do grupo 3 ($p > 0,05$).

Concluiu-se de acordo com a amostra estudada, que indivíduos com lesão presente de LPO apresentam níveis de ansiedade aumentados.

PNf209 Laser como profilaxia para mucosite oral induzida por radioterapia. Comparação entre lasers de baixa e baixa/alta potência

Simões A*, Eduardo FP, Luiz AC, De-Campos L, Sá PHRN, Marques MM, Eduardo CP
Materiais Dentários - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: lysimoes@gmail.com

A mucosite oral é um efeito colateral da radioterapia (RT) de cabeça e pescoço, associado com intensa dor e com risco de infecção. A proposta deste estudo foi analisar o efeito de diferentes protocolos de laserterapia no grau de mucosite e de dor de pacientes submetidos à RT. Trinta e nove pacientes foram divididos em três grupos: G1, onde as irradiações foram feitas três vezes por semana com laser de baixa potência (LBP); G2, onde uma combinação de lasers de alta e baixa potência foi utilizada três vezes por semana e G3, onde somente LBP uma vez por semana foi realizado. O LBP utilizado foi o InGaAlP (660 nm/ 40 mW/ 6 Jcm²/0.24 J por ponto). No protocolo combinado, o laser de alta potência utilizado foi o GaAlAs laser (808 nm/ 1 Wcm²). O grau de mucosite oral e de dor foram avaliados através da escala do *National Institute of the Cancer* e da escala visual analógica, respectivamente. De acordo com análise estatística (Wilcoxon) todos os pacientes apresentaram estabilidade no grau de mucosite com o decorrer da RT ($p \geq 0,05$), e os indivíduos do G1, também mantiveram o grau de dor inicial ($p \geq 0,05$). No entanto, os pacientes do G3 relataram aumento da dor ($p \leq 0,05$). Além disso, segundo teste de Kruskal-Wallis / Dunn's test, o G2 apresentou aumento no tempo de cicatrização quando comparado aos demais grupos ($p \leq 0,05$).

A estabilidade da dor e do grau de mucosite é desejada quando se trata de paciente oncológico sob RT de cabeça e pescoço, para assim, se evitar a suspensão do tratamento e os custos hospitalares decorrentes da piora do quadro clínico. (Apoio: FAPESP - 05/57578-8)

PNf210 Avaliação clínica da eficácia de meios físicos e químicos na modificação da halitose matinal

Oliveira-Neto JM*, Pedraza V, Sato S
Materiais Dentários e Prótese - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: jemon@superig.com.br

O objetivo deste trabalho foi comparar a modificação da halitose matinal após o uso de produtos para a higiene bucal. Este estudo cruzado foi desenvolvido com 20 indivíduos, aleatorizados em 5 seqüências diferentes compostas pelos produtos: A) cloreto de cetilpiridínio; B) clorexidina; C) higienizador de escova dental; D) higienizador lingual; E) escova + dentífrico (controle positivo), sempre com um intervalo de 24 horas entre os produtos. O hábito de cada indivíduo foi mensurado com um monitor portátil (Breath Alert, Tanita, Japan) nos tempos: 1) T00, após a ausência total de higiene bucal por 24h, 2) T0, imediatamente após o uso e 3) T3, 3h após o uso. Os produtos foram comparados nos 3 tempos e os tempos entre si comparados para cada produto pelo teste de Friedman, seguido pelo teste de Wilcoxon quando $p < 0,05$. Todos os produtos modificaram a halitose. Houve diferenças significativas entre os produtos apenas quando comparados no T0 ($p < 0,001$), sendo os pares diferentes o AxC, AxD, BxC, BxD e BxE. Em todos os produtos houve diferenças significativas entre os tempos ($p < 0,01$), sendo os pares diferentes: A: T00xT0, T0xT3; B: T00xT0, T00xT3, T0xT3; C: T00xT0, T00xT3; D: T00xT0; E: T00xT3, T0xT3.

Todos os produtos testados promoveram alteração da halitose matinal, e esse efeito foi mais pronunciado imediatamente após o seu uso.

PNf211 Eficácia de gel de própolis brasileira para o tratamento de estomatite por dentadura

Pereira EMR*, Aguiar MCF, Mesquita RA, Moura MDG, França EC, Naves MD, Carmo MAV, Lorenz TCM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.
E-mail: elizetemperreira@yahoo.com.br

Estomatite por dentadura apresenta-se como uma doença crônica em pacientes portadores de prótese removível. Apesar da existência de diversos agentes antifúngicos, o fracasso do tratamento é observado com frequência. Própolis é um produto natural com comprovadas atividades antifúngicas e anti-inflamatórias. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia clínica de uma nova formulação de gel de própolis brasileira em pacientes com diagnóstico de estomatite por dentadura. Trinta pacientes usuários de prótese removível com diagnóstico de estomatite por dentadura foram incluídos neste estudo piloto. No momento inicial, a avaliação clínica foi realizada por um único clínico que classificou esses pacientes de acordo com a intensidade do eritema palatal em uma escala numérica: 6 pacientes - score 1 (eritema leve), 16 pacientes - score 2 (eritema moderado) e 8 pacientes - score 3 (eritema severo). Além disso, instruções de higiene para a dentadura foram fornecidas aos mesmos. Em seguida, quinze pacientes receberam Daktrin® (miconazol gel) e 15 receberam gel de própolis brasileira. Todos os pacientes foram recomendados a aplicar o produto quatro vezes ao dia por uma semana. A avaliação clínica foi repetida pelo mesmo clínico após o tratamento. Todos os pacientes tratados com o gel de própolis brasileira e Daktrin® tiveram remissão clínica completa do edema e eritema palatal (score 0).

A nova formulação em gel de própolis brasileira teve eficácia comparável ao Daktrin® e, assim, pode ser uma alternativa para o tratamento da estomatite por dentadura. (Apoio: CNPq)

PNf212 Avaliação da Atividade Citotóxica de Extratos Vegetais contra Cultura de Células de Carcinoma Espinocelular de Boca

Ozi JM*, Suffredini IB, Gehrman VP, Medeiros FB, Castilho AL, Silva JPC, Dib LL
UNIVERSIDADE PAULISTA - SÃO PAULO.
E-mail: joana.oz@gmail.com

O carcinoma espinocelular (CEC) é o câncer mais prevalente na boca, ocupando o quinto lugar entre todos as neoplasias malignas do organismo, em indivíduos do gênero masculino. Atualmente, muitos estudos tem sido realizados, para a obtenção de novos tratamentos, que possam melhorar o prognóstico destes pacientes. O objetivo desta pesquisa é realizar a triagem de extratos vegetais de plantas da Amazônia e da Mata Atlântica com ação antitumoral em CEC de boca (KB-ADL#12). A coleta do material vegetal foi feita de modo aleatório, na floresta Amazônica e na Mata Atlântica. Os extratos vegetais foram preparados a uma concentração de 40 mg/mL. As células de carcinoma espinocelular, linhagem KB-ADL-#12, foram cultivadas em meio DMEM, com 20% de soro fetal bovino (SBF) e L-glutamina (L-glu). Os testes foram realizados em micropalcos com 96 poços. Dez µL de cada um dos extratos foram adicionados a 1990 µL de meio de cultura com 20% de SBF e 0,2% de Gentamicina. Cada extrato foi avaliado em sextuplicata e a leitura foi realizada em 515 nm. Setenta e dois extratos foram testados. Destes, 4 apresentaram atividade positiva contra as células tumorais.

Concluímos que os resultados obtidos são promissores e temos como objetivo de tal pesquisa num futuro próximo produzir agentes farmacológicos que auxiliem no tratamento do câncer de cabeça e pescoço, colaborando para reduzir as deformidades e conseqüências nefastas do tratamento atual. (Apoio: CAPES)

PNf213 Destino dado aos resíduos de materiais radiográficos pelos cirurgiões-dentistas

Oenning ACC*, Sá SC, Melo MFB, Melo SLS, Corrêa M
Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
E-mail: anne.oenning@gmail.com

Em março de 2003 o Ministério da Saúde estabeleceu o primeiro Regulamento Técnico para o Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, que foi aprimorada pela RDC nº 306 de 2004 no intuito de minimizar os riscos à saúde e controlar o impacto ambiental decorrentes dos resíduos gerados pelos serviços de saúde. Foi objetivo desta pesquisa, verificar a situação atual dos consultórios odontológicos em relação ao destino dado aos resíduos de materiais radiográficos, bem como o conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto às normas vigentes. O universo dessa pesquisa foi composto pelos cirurgiões-dentistas que trabalham no município de Araçá/SE e que executam exames radiográficos como rotina, sendo a amostra final de 84 cirurgiões-dentistas. Os resultados encontrados mostram um alto índice de profissionais que conhece as normas atuais (73%) e que adotam um Plano de Gerenciamento dos resíduos (88%). Como conduta negativa, 50% dos profissionais ainda descartam o revelador e o fixador diretamente no esgoto, sem nenhum tratamento prévio, e apenas 27% haviam recebido a visita da vigilância orientando sobre o destino desses resíduos.

Com isso conclui-se que apesar de boa parte dos profissionais conhecerem as normas, as medidas relacionadas ao manejo e descarte desses resíduos não estão sendo cumpridas. Portanto, maior conscientização sobre o assunto faz-se necessária.

PNf214 Avaliação da eficácia da radiografia digital intra-oral levando-se em conta o limite apical na odontometria

Kalil MV*, Souza MBG, Tavares K, Silva LE, Fidel RAS, Fidel SR, Kalil MTAC
Odontoclínica - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.
E-mail: odontok@gmail.com

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da radiografia digital levando-se em conta o limite apical na odontometria, através do dispositivo intra-oral Schick CDR.inco. Foram realizados os acessos em 25 dentes unidurais com raízes retas e coroas íntegras, e em seguida tiradas radiografias iniciais através da técnica de paralelismo. Foram obtidos os comprimentos radiográficos de cada elemento dentário através do dispositivo de medidas do software deste sistema, da coroa ao ápice. A distância de 1mm foi estabelecida como distância de odontometria. Limas número 15 foram calibradas com as medidas dos comprimentos de trabalho e introduzidas nos canais e radiografados, sendo, então, medidas as distâncias entre as pontas das limas e os ápices radiográficos. Os resultados foram comparados às medidas das radiografias iniciais. O teste t pareado de Student indica um resultado estatisticamente significativo com $p=0,003$.

Pelo presente experimento pode-se concluir que a baixa distorção encontrada demonstrou que o dispositivo avaliado pode ser considerado eficaz para a aquisição de imagem radiográfica.

PNf215 Efeito da homeopatia e fitoterapia sobre a função salivar de ratos irradiados

Nery LR*, Boscolo FN, Almeida SM, Novaes PD, Groppo FC
Diagnóstico Oral - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: lerneryl@yahoo.com.br

O efeito deletério da radiação terapêutica sobre as glândulas salivares é bem conhecido. O objetivo dessa pesquisa foi verificar o efeito radioprotetor de uma formulação homeopática feita à base de radiação X e outra fitoterápica, à base de óleo de copaíba, comparando-as com a vitamina E, um conhecido radioprotetor. Foram utilizados 40 ratos divididos nos seguintes grupos: G1 - NaCl 0,9% (controle - sham); G2 - suspensão de acetato de dl-alfa-tocoferol (vitamina E) 40mg/kg/v.o/dia; G3 - formulação homeopática de radiação X dinamizada a 15 CH 1mL/kg/v.o/dia e G4 - óleo de copaíba 2g/kg/v.o/dia. Todos os tratamentos foram mantidos por sete dias. Ao final deste período, os animais foram anestesiados com uma solução de quetamina/xilaxina, e receberam 15 Gray de radiação X. Os tratamentos foram mantidos por mais sete dias após a irradiação. Após 12 horas e 24 dias da irradiação, os animais foram submetidos à anestesia com pentobarbital 30mg/kg/íp, a secreção salivar foi coletada, após ser estimulada com pilocarpina. Imediatamente após a coleta da saliva, seu volume foi estimado pelo peso, supondo que a gravidade específica da saliva é 1.0 g/cm³. Uma diferença estatisticamente significativa (ANOVA, $p < 0,05$) foi observado aumento entre os períodos de 12-horas e 24-dias quando consideramos G2, G3 e G4. G1 não exibiu diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os períodos. Nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) foi observado entre as soluções que consideram cada período.

Ambas as soluções de óleo de Copaíba e a Homeopatia apresentam propriedades radioprotetoras similares quando comparadas com a Vitamina E. (Apoio: CAPES)

PNf216 Prevalência de alterações radiográficas em pacientes clinicamente edêntulos

Távora DM*, Matos JTM, Kurita LM, Ambrosano GMB
Diagnóstico Oral - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: debora_tavora@hotmail.com

O objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência de alterações maxilo-mandibulares em radiografias panorâmicas de pacientes que procuraram atendimento no Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza para reabilitação protética bimaxilar. Informações pessoais e clínicas foram coletadas por 2 examinadores através da leitura de prontuários, e as radiografias, interpretadas por 3 examinadores calibrados. Os dados foram analisados por meio de tabelas de distribuição de frequências, teste de Qui-quadrado e teste Exato de Fisher. Um ou mais achados foram observados em 90% da amostra. Os principais achados radiográficos foram alongamento do processo estilóide e/ou calcificação do ligamento estilo-hióide (84,0%), extensão alveolar do seio maxilar (50,9%), raízes residuais (41,4%), imagem compatível com osso osteoporótico (28,4%) e superficialização do forame mentoniano (27,2%). Houve prevalência de alterações mandibulares em pacientes do sexo feminino (87,2%, $p=0,008$). A frequência de superficialização do forame mentoniano bilateralmente também foi maior no gênero feminino (32,3%, $p=0,001$). Apenas 8,4% dos pacientes necessitavam de modificação no plano de tratamento.

Apesar disso, a avaliação imaginológica em pacientes edêntulos precedente à reabilitação protética torna-se essencial ao sucesso e longevidade do tratamento. Garantir a previsibilidade do plano de tratamento desde o início, também acelera o processo de atendimento nas Clínicas de Prótese, aumentando a cobertura do serviço prestado nas instituições de ensino superior.

PNf217 Correlação entre as dimensões mandibulares, idade cronológica e idade óssea pela análise quantitativa das vértebras cervicais

Ribeiro FMB*, Silva VKS, Aleva NA, Reis-Filho VF, Generoso R, Armond MC
Diagnóstico Bucal - UNIVERSIDADE TRÊS CORAÇÕES.
E-mail: fembasso@yahoo.com.br

Os objetivos desse estudo foram verificar se houve correlação entre a idade óssea, por meio da análise quantitativa das vértebras cervicais, com as dimensões mandibulares; analisar se houve correlação das idades óssea e cronológica e comprovar se houve diferença estatística entre os sexos nas correlações avaliadas. A amostra consistiu de 120 radiografias cefalométricas laterais de arquivo, 53 do gênero masculino e 67 do gênero feminino. Os corpos da terceira e quarta vértebras cervicais foram medidos (altura, altura anterior, altura posterior e comprimento ântero-posterior) com paquímetro digital com intuito de obter a idade óssea através das fórmulas estabelecidas por Caldas et al. (2007b). Foram também traçadas e mensuradas as dimensões mandibulares (comprimentos do ramo, do corpo e efetivo). As correlações entre estas medidas foram realizadas pelos coeficientes de correlação de Pearson e Spearman.

Concluiu-se que houve correlação estatística direta e significante entre idade óssea, pelas vértebras cervicais, com as dimensões mandibulares e idade cronológica ($p < 0,05$) e ainda houve diferença significativa entre os sexos, sendo a correlação mais forte em pacientes do gênero masculino

PNf218 Avaliação do efeito radioprotetor da vitamina E em glândulas parótidas de ratos : Uma análise morfométrica

Gomes CC*, Ramos-Perez FMM, Almeida SM, Novaes PD, Boscolo FN, Haiter-Neto F
Radiologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: carolcintrag@yahoo.com.br

O objetivo foi avaliar, por meio de análise morfométrica, o efeito radioprotetor da vitamina E em glândulas parótidas de ratos. Foram utilizados 90 ratos machos (*Rattus norvegicus*, Albinus, Wistar), que foram divididos aleatoriamente em cinco grupos: Óleo, correspondendo aos animais que receberam óleo de oliva; Óleo Irradiado, aos animais que receberam óleo de oliva e foram irradiados com dose única de 15 Gy de radiação gama na região de cabeça e pescoço; Irradiado, animais que foram irradiados da mesma forma que o grupo anterior; Vitamina E, aos animais que receberam solução de acetato de alfa-tocoferol (vitamina E) e Vitamina E Irradiado, no qual os animais receberam a mesma solução antes de serem irradiados. Oito horas e trinta dias após a irradiação, realizou-se a remoção cirúrgica das glândulas parótidas e o posterior sacrifício dos animais. As peças foram preparadas de acordo com o protocolo estabelecido pela disciplina de Histologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP. Os cortes histológicos obtidos foram montados em lâminas, corados com hematoxilina e eosina, sendo utilizados para avaliação morfométrica. Os dados foram submetidos à análise de variância (ANOVA) e ao teste de Tukey. A análise morfométrica dos ácinos mostrou diferença estatística dentro de cada um dos tempos e para cada grupo entre os dois tempos. As análises morfométricas dos ductos intercalares e estriados não mostraram diferenças estatísticas significativas.

Dentro das condições experimentais utilizadas, concluiu-se que a vitamina E demonstrou leve ação radioprotetora em glândulas parótidas irradiadas. (Apoio: CAPES)

PNf219 Avaliação dos recursos de mensuração e diferentes sistemas de radiografia digital

Hernandez AM*, Zanet TG, Feryo-Pereira M
Estomatologia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: angelicasbc@hotmail.com

Este trabalho comparou o grau de precisão da ferramenta de mensuração e a influência da localização e do tamanho do padrão de calibração em radiografias realizadas na maxila, por meio de três sistemas de radiografia digital. Para a obtenção do Padrão Ouro (PO) retiraram-se dez pré-molares superiores de crânios secos, mediu-se a distância ocluso-apical com um paquímetro digital, e depois foram repositionados em seus respectivos alvéolos. Para padronizar as radiografias utilizou-se posicionadores radiográficos e uma base de poliéster, na qual colocou-se dois padrões metálicos de 5mm (PA) e 10mm (PB) em posição vertical, realizou-se as radiografias com os padrões dispostos sobre superfície dentária (SD) e película radiográfica (PR). Utilizou-se três sistemas de radiografia digital VistaScan, Visualix e Kodak5000 e seus softwares para realizar medidas. Quatro observadores realizaram as medidas sem calibração (SC) com calibrações em PA e PB. Utilizou-se ANOVA seguida de Tukey a 5%. Houve diferença estatística significante em relação ao tamanho e a localização do padrão de calibração. Padrão disposto sobre SD houve diferença estatística significante entre SCxPA ($p=0,021$), com o padrão disposto sobre PR em comparações múltiplas POxPA, SCxPA, SCxPB ($p=0,001$). O VistaScan apresentou diferença com o padrão sobre PR em POxSC ($p=0,0003$). O Visualix apresentou diferença com o padrão sobre PR em POxPA ($p=0,0014$). Não houve diferença estatística entre os observadores.

O tamanho e a localização do padrão metálico interferem nos valores das mensurações. O Kodak5000 foi o obteve as medidas mais próximas ao Padrão Ouro.

PNf220 Avaliação sensiométrica do filme radiográfico periapical Dentix E®: efeito de diferentes condições e soluções de processamento

Damian MF*, Primo BT, Raymundi BF, Flores ME
Semiologia e Clínica - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS.
E-mail: melissa.damian@hotmail.com

O conhecimento sobre novos filmes radiográficos é fundamental, uma vez que influencia a dose de radiação recebida pelo paciente durante a execução de exames radiográficos. Assim, o objetivo com este estudo foi avaliar as propriedades sensiométricas do novo filme radiográfico Dentix E®, processado com diferentes líquidos e sob diferentes condições, comparativamente aos filmes E-speed® e Insight®. As películas foram expostas a tempos pré-determinados de 0,016, 0,16, 1 e 5s, e processadas manualmente, pelo método temperatura/tempo, com líquidos pronto uso da Kodak e da Prograd, e automaticamente com líquidos da Kodak. Ainda foram processadas películas sem exposição pra obtenção da DBV. Mensurou-se a densidade das radiografias obtidas e foram traçadas curvas características para obtenção das propriedades sensiométricas de contraste, latitude e valor indicativo de sensibilidade. Avaliando-se não só as propriedades, mas também a posição das curvas características nos gráficos, observou-se que o filme Dentix E® mostrou contraste e valor indicativo de sensibilidade semelhantes aos do filme E-speed®, independentemente da solução e da forma de processamento. Com relação à latitude, o Dentix E® apresentou-se semelhante ao E-speed® quando processado manualmente, em ambas as soluções, e semelhante ao Insight® quando processado automaticamente.

Este resultado indica que o Dentix E® comporta-se como um filme de sensibilidade do tipo "E", todavia, sofre influência do processamento, que quando realizado em processadora automática pode alterar sua latitude.

PNf221 Proposta para avaliação do ART visando a dinâmica do serviço público

Gibilini C*, Sousa MLR
Odontologia Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: cgibilini@fop.unicamp.br

Tratamento Restaurador Atraumático (ART), vem sendo indicado como tratamento para o SUS, entretanto itens relativos à técnica de aplicação podem comprometer sua função, manutenção da saúde bucal ao longo do tempo. O objetivo deste estudo foi propor uma simplificação dos critérios usados na avaliação destas restaurações, para que possa ser aplicada com maior efetividade, visando o serviço público e a demanda existente. A amostra foi de 24 restaurações, em crianças de 6 e 10 anos, de ambos os sexos, com indicação para ART, de uma escola participante de um projeto de promoção de saúde bucal, nos quais os responsáveis assinaram um termo de consentimento (117/2006). Estas crianças foram tratadas com ionômero de vidro Ketac MolarR (3M), como material restaurador há 6 meses e assim a avaliação das restaurações foi realizada. A proposta apresentada na literatura incluía 9 itens como avaliação de retenção e qualidade das restaurações (defeitos marginais, fraturas, necessidade de substituição ou reparos). A nova proposta classificou em 2 itens, sobre retenção e qualidade, direcionando à presença/ausência, sendo incluída na ausência falhas de restauração necessárias de serem refeitas. Os dados foram analisados pelo teste qui-quadrado com significância de 5%. Segundo a nova proposta, apenas 20,8% das restaurações seriam re-encaminhadas para tratamento, contra 66,6% na avaliação convencional, apresentando diferença estatística elas ($p=0,013$).

Desta forma, este trabalho propõe uma nova forma de avaliação e classificação destas restaurações, considerando as peculiaridades da técnica, planejamento e realidade clínica do serviço público. (Apoio: CAPES)

PNf222 A sonda CPI no diagnóstico precoce da cárie radicular

Mello TRC*, Sousa MLR, Antunes JLF, Ellwood RP
Odontologia Social - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: tatmello@usp.br

O objetivo desse trabalho foi avaliar a concordância entre os métodos de diagnóstico clínico da cárie radicular, sonda n°5, indicada pela literatura, e sonda CPI, indicada pela OMS em levantamentos epidemiológicos. Participaram desse estudo piloto 110 voluntários, com idade acima de 30 anos, que apresentavam ao menos uma lesão de cárie radicular ativa. Dois examinadores previamente treinados, de forma independente, ou seja, sem que um tivesse conhecimento da classificação dada pelo outro, realizaram o exame clínico da textura da lesão. Inicialmente utilizou-se a sonda exploradora n°5 e, em seguida a sonda CPI e os resultados foram anotados em ficha clínica específica. O examinador 1 classificou a lesão de acordo com sua textura em amolecida, consistência de couro ou endurecida. O examinador 2 realizou em seguida, a mesma classificação. O estudo de concordância inter e intra-examinadores e entre os dois métodos propostos (sonda exploradora n°5 e sonda CPI) empregou a estatística kappa, medida que avalia a concordância não devida ao acaso entre diferentes critérios e condições de diagnóstico. A concordância inter-examinadores com a sonda n°5 e CPI foram, respectivamente, 0,79 e 0,63. A concordância entre a sonda n°5 e sonda CPI foi de 0,25 para o examinador 1 e 0,28 para o examinador 2.

Os resultados sugerem que a sonda CPI possibilita menor sensibilidade tátil para o diagnóstico da cárie radicular em estágios iniciais, além de maior dificuldade para a calibração dos examinadores.

PNf223 A solicitação dos exames complementares nas especialidades odontológicas

Brasil CMV*, Mota CCBO, Castro JFL
Pós-graduação Em Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.
E-mail: catarinamvbrasil@hotmail.com

Os exames complementares são considerados ferramentas de apoio ao diagnóstico das doenças e, com o avanço tecnológico, estão cada vez mais precisos e detalhados. Este estudo consistiu em analisar o perfil clínico do cirurgião-dentista em relação à solicitação dos exames complementares. Foi realizada uma amostragem com profissionais atuantes em clínicas situadas em diversos bairros da cidade do Recife-PE. Realizou-se coleta de dados através de questionários nos quais eram formuladas perguntas em relação ao tipo de exame mais frequentemente solicitado: imaginológico, histopatológico e laboratorial. Os resultados obtidos indicaram que do universo dos 86 profissionais pesquisados, 67,4% possuíam aparelho de Raio X em suas clínicas. Em casos menos comuns, eram solicitados exames imaginológicos em outras clínicas (63%); os histopatológicos foram solicitados por 49,4% e os laboratoriais, 58%. O estudo evidenciou, ainda, que 38% dos participantes salientaram que os exames complementares são imprescindíveis e que, para 42%, são simplesmente relevantes.

Concluiu-se na amostragem realizada na cidade do Recife que os profissionais que fazem clínica odontológica possuem, de certa forma, visão clínica para elaboração de seu diagnóstico alicerçado com o auxílio dos exames complementares.

PNf224 Avaliação da saúde bucal subjetiva e percebida em idosos

Gomes MJ*, Hebling E, Damasceno AM, Oliveira ERA
Protese Dentária - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO.
E-mail: majogomezlou@yahoo.com.br

O objetivo desse estudo foi avaliar a saúde bucal subjetiva e percebida de idosos da cidade de Guarapari-ES, Brasil, e comparar com características sociodemográficas, condições de saúde sistêmica e bucal. A amostra constituiu-se de 322 idosos. Aplicou-se questionários: sociodemográficos; saúde sistêmica e saúde bucal percebida e avaliação subjetiva das condições de saúde bucal através do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Empregou-se o teste Kruskal-Wallis para determinar a influência do GOHAI, em relação às variáveis sociodemográficas, saúde sistêmica, saúde bucal percebida e subjetiva. Para as análises univariadas e de regressão logística múltipla a amostra foi dicotomizada pela mediana do GOHAI (≤ 29 e >30). Para a análise univariada foi utilizado o teste Qui-quadrado. O teste Kruskal-Wallis mostrou não haver diferenças estatísticas significativas para o GOHAI total e nos diferentes domínios, quanto ao uso e necessidade de prótese ($p < 0,05$). A análise univariada do GOHAI mostrou não haver diferenças significativas quanto idade, gênero, escolaridade e renda, entretanto o estado civil e a autopercepção de saúde sistêmica foram significativas. Os idosos sem problemas de saúde estão mais satisfeitos com a própria saúde sistêmica e bucal, e com a saúde bucal quando comparada com a de outras pessoas da mesma idade. Mulheres pontuaram mais alto a satisfação com a vida do que os homens.

Quanto maior a satisfação com a saúde bucal, mais altos os escores no GOHAI, exceção para o grupo que sente dor e desconforto em relação à sua saúde bucal comparada a outros da mesma idade.

PNf225 **Senso de auto-eficácia e locus de controle da saúde oral: dados do programa de ação multidisciplinar para idoso - PROAMI**

Oliveira TRC*, Rabelo DF, Freitas FJG, Gonçalves FS, Porto SRS, Carvalho VF, Spini PHR
Estes-prótese Dentária/famed - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.
E-mail: tete@ufu.br

O senso positivo de auto-eficácia para a saúde oral e a predominância das crenças de que a saúde é controlada por outros (locus de controle externo) e pelo próprio indivíduo (locus de controle interno) foram avaliados pela equipe multidisciplinar do PROAMI (programa de ação multidisciplinar para idoso). Participaram treze idosos de ambos os sexos, desdentados totais, avaliados antes e seis meses após reabilitação oral. Foram feitas frequência e porcentagem para as variáveis categóricas, médias para as variáveis contínuas e análises bivariadas (Correlação de Spearman, $\alpha=5\%$). Os dados descritivos indicaram senso positivo de auto-eficácia para a saúde oral ($M=7,8$; $DP=2,4$) e a predominância do locus de controle externo ($M=3,9$; $DP=0,5$) e do locus de controle interno ($M=3,9$; $DP=0,7$). Houve correlações positivas entre o senso de auto-eficácia e a satisfação final com a habilidade mastigatória ($p=0,04$) e com conseguir alimentar-se bem com as novas próteses ($p=0,04$) e correlações negativas com a dor e o desconforto ($p=0,001$). A maior percepção de que os outros controlam os eventos relacionados à saúde esteve relacionado ao maior tempo de desdentado ($p=0,03$) e ao menor senso de auto-eficácia ($p=0,01$).

As auto-crenças influenciaram no processo de reabilitação oral quanto à satisfação e habilidade mastigatória com as novas próteses. Os recursos psicológicos do indivíduo podem auxiliar na construção de estratégias de ajustamento ao desconforto durante o tratamento e no enfrentamento da dor e das dificuldades inerentes ao processo de reabilitação oral.

PNf226 **Prevalência de defeitos de desenvolvimento do esmalte na dentição decidua**

Carvalho AC*, Viegas CM, Ferreira FM, Scarpelli AC, Paiva SM, Pordeus IA
Odontopediatria - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.
E-mail: anita.odontologia@hotmail.com

O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência de defeitos de desenvolvimento do esmalte (DDE) na dentição decidua de pré-escolares da cidade de Belo Horizonte, MG. Foi realizado um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com uma amostra de 516 crianças de ambos os gêneros, com idades entre 60 e 71 meses de idade. O exame clínico das crianças foi realizado por uma examinadora previamente calibrada ($kappa\ inter=0,73$) em creches e pré-escolas sorteadas aleatoriamente em uma região administrativa de Belo Horizonte. O critério clínico da "World Dental Federation" para o diagnóstico de DDE foi utilizado. Análises descritivas e teste qui-quadrado foram realizadas. A prevalência de DDE foi de 39,0% das crianças, sendo que 18,0% dos dentes examinados apresentaram algum tipo de DDE. A prevalência das diferentes alterações por dente foi: opacidade difusa (3,8%), opacidade demarcada (2,2%) e hipoplasia (1,0%). A associação entre DDE e o grupo de dentes afetados foi estatisticamente significativa ($p=0,000$) sendo que os segundo molares deciduos foram os mais acometidos. Houve diferença estatisticamente significativa entre as diferentes alterações de DDE e o grupo de dentes afetados ($p=0,000$) sendo que no grupo de incisivos e molares a opacidade difusa foi mais prevalente e entre os caninos deciduos foi a opacidade demarcada.

Conclui-se que a ocorrência de DDE nos dentes deciduos foi alta, mostrando ser esse um problema importante no âmbito da odontopediatria. (Apoio: FAPEMIG - 0304/07)

PNf227 **Osteointegração do enxerto de osso autógeno associado às células osteoblásticas em ratos tratados com cafeína**

Macedo RM*, Brentegani LG, Bombonato-Prado KF, Prata CA, Lacerda SA
Morfologia, Estomatologia e Fisiologia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: mrande@hotmil.com

Sabe-se que os efeitos da cafeína dificultam a aplicação de implantes dentários devido à presença de grandes defeitos ou volume ósseo insuficiente, que o osso autógeno (OA) apresenta potencial osteogênico quando usado para melhorar ou corrigir defeitos ósseos, e que as células osteoblásticas (CO) podem se diferenciar em osso. O objetivo deste trabalho foi avaliar a osteointegração e o potencial reparador do enxerto de OA+CO em defeitos ósseos de ratos submetidos à administração diária de cafeína. Ratos foram submetidos à extração do incisivo superior e implantados com OA e com a associação OA+CO e divididos em: Controle, OA e OA+CO. Um grupo recebeu injeção intraperitoneal diária de cafeína a 1,5% (0,2 ml/100 g peso corporal) e outro recebeu injeção de solução salina durante 30 dias. Os animais foram sacrificados nos períodos de 7, 21 e 42 dias pós-cirurgia e as amostras teciduais processadas para a obtenção de seções finas (5 μ m) e coradas com HE. Através de um sistema de análise de imagens avaliou-se a osteointegração e quantificou-se o volume ósseo ao redor do enxerto. Os resultados revelaram que em ambos os tratamentos (salina e cafeína) o enxerto de OA+CO foi biocompatível e sem reação de corpo estranho quando comparado ao OA e controle. A histometria mostrou que a associação OA+CO acelerou (10,87%) a formação óssea ao redor do enxerto (ANOVA $p\leq 0,01$).

Concluiu-se que a associação osso autógeno + células osteoblásticas demonstrou osteointegração progressiva e acelerou a reparação do defeito ósseo em animais tratados diariamente com cafeína. (Apoio: CAPES)

PNf228 **Regulação da SGLT1 pela atividade simpática pós-ganglionar e proteína quinase A em glândulas salivares de ratos diabéticos hipertensos**

Silva RS*, Alves-Wagner ABT, Okamoto MM, Freitas H S, Antunes VR, Machado UF
Fisiologia e Biofísica - INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS-USP
E-mail: sabino@icb.usp.br

Disfunções em glândulas salivares (GS) têm sido descritas em hipertensos e diabéticos. A atividade simpática leva a interação de agonistas β -adrenérgicos com seus receptores, ativando a proteína quinase A (PKA) e a migração da proteína cotransportadora de glicose/ Na^+ /água SGLT1 para a membrana plasmática em enterócitos. Entretanto, a regulação da SGLT1 em GS é desconhecida. As GS parótida e submandibular foram retiradas para análise do mRNA da SGLT1 (RT-PCR) e das proteínas SGLT1 e PKA (Western blotting) de ratos Wistar Kyoto (WKY), WKY diabéticos (WKY-D), espontaneamente hipertensos (SHR) e SHR diabéticos (SHR-D). A atividade simpática in vivo de neurônios pós-ganglionares (ASNP) que inervam GS foi monitorada diretamente. A ASNP foi aumentada em SHR e SHR-D (-300% , $p<0,05$) e diminuída WKY-D (45%, $p<0,05$) comparando com WKY. Nas GS, o conteúdo da PKA e da SGLT1 em membrana plasmática, paralelamente com a ASNP, aumentou em SHR e SHR-D ($p<0,001$) e reduziu ($p<0,05$) em WKY-D. A análise de imunohistoquímica mostrou marcação para SGLT1 na membrana luminal de células ductais de ratos diabéticos e/ou hipertensos, o que mostra captação de água. Como esperado, a secreção salivar de ratos diabéticos e/ou hipertensos foi reduzida (-40% , $p<0,001$). Entretanto, o mRNA da SGLT1 foi aumentado (-40% , $p<0,05$, vs. WKY) em WKY-D, SHR e SHR-D.

Juntos, os dados sugerem que as alterações da atividade simpática na hipertensão e no diabetes são relacionados com a proteína SGLT1 de GS via PKA e que a diminuição da secreção salivar pode ser mediada pelo SGLT1 na membrana luminal de células ductais.

PNf229 **Avaliação imunistoquímica do EGFR / Her -1 em leucoplasias bucais e sua associação com as proteínas Ki-67 e p27**

Ribeiro DC*, Netto FOG, Sousa SF, Bernardes VF, Abreu MHNMG, Aguiar MCF
Clínica Patlogia e Cirurgia Odontológica - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.
E-mail: dcottaribeiro@yahoo.com.br

A leucoplasia é a principal lesão cancerizável da boca. O EGFR é um gene que codifica uma proteína de membrana, receptora de fatores de crescimento e com atividade tirosinaquinase. A expressão aumentada da proteína está relacionada com a progressão de tumores epiteliais, entre outras formas, através da alteração na proliferação celular. A proteína Ki-67 é um antígeno nuclear expresso em células proliferativas, muito utilizada como marcador de proliferação celular. A p27 é uma proteína com ação CDKI, que atua na inibição do ciclo celular. O objetivo do trabalho foi avaliar a associação da imunexpressão do EGFR com atipia epitelial, tabagismo, localização e com Ki-67 e p27. Verificou-se ainda a associação entre a proliferação celular avaliada pelo Ki-67 e p27 com a atipia epitelial. Cinquenta lesões diagnosticadas clinicamente como leucoplasias foram recuperadas do arquivo do laboratório de Patologia Bucal da FO-UFMG. As lâminas foram revisadas e dados clínicos (gênero, localização e tabagismo) recuperados. A imunexpressão do EGFR mostrou associação com a localização e com o total de células positivas para p27. Não foi encontrada associação do EGFR e os demais dados clinicopatológicos.

Conclui-se que o EGFR está expresso em leucoplasias e sua ação na proliferação celular deve ser melhor investigada. (Apoio: CNPq - 47413/2008 3)

PNf230 **Efeitos do Fator de Crescimento Epidermal (EGF) na proliferação e imunofenótipo de células mioepiteliais do Adenoma Pleomórfico**

Montali VAM*, Martinez EF, Montaldi PT, Araujo VC
FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: victormontali@gmail.com

O Adenoma Pleomórfico (AP) é o tumor benigno mais comum de glândula salivar, sendo constituído por epitélio glandular e células mioepiteliais. Trabalhos têm abordado a importância das células mioepiteliais como supressora de tumor, bem como, o papel dos fatores de crescimento para diferenciação celular no processo de tumorigênese. O Fator de Crescimento Epidermal (EGF) desempenha uma importante função no controle da proliferação e diferenciação das células, tanto de origem ectodermal como mesenquimal. Em vista do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito do EGF na morfologia e proliferação das células mioepiteliais provenientes de APs, bem como, a expressão da vimentina (Vim), calponina (Calp) e actina de músculo liso (AML) através da técnica de imunofluorescência. Para tal, culturas celulares de AP foram tratadas com EGF (10ng/ml) com diferentes tempos de incubação. Os resultados demonstraram evidente alteração morfológica, bem como, diferentes padrões de imunexpressão das proteínas estudadas. Quando incubadas com EGF, as células mioepiteliais apresentaram morfologia predominantemente fusiforme com aspecto dendrítico, notando-se ainda, maior proliferação das mesmas. Vim e Calp imunexpressaram em todas as células estudadas. AML apresentou padrão de imunomarcacão heterogênea, estando principalmente presente nas células com aspecto fusiforme.

Os resultados sugerem que o EGF influi na diferenciação das células mioepiteliais do AP.

PNf231 **Expressão de Notch1, EGFR e proteína p63 em cistos radiculares, cistos dentígeros e tumores odontogênicos queratocísticos**

Frischknecht I*, Gonçalves CK, Fregnani ER, Sousa-Neto MD, Silva-Sousa YTC, Perez DEC
Odontologia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU.
E-mail: ivens@furb.br

O objetivo neste estudo foi avaliar a expressão imunistoquímica comparativa da proteína p63, receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e receptor Notch1 em cistos radiculares (CR), cistos dentígeros (CD) e tumores odontogênicos queratocísticos (TOQ). Um total de 74 casos foi estudado, sendo 35 CR, 22 CD e 17 TOQ. Cortes histológicos de 3 μ m de espessura foram submetidos a reações imunistoquímicas, utilizando o método estreptavidina-biotina-peroxidase. As lâminas foram avaliadas por 2 examinadores de forma independente, adotando os seguintes critérios: negativo, $<5\%$ de células positivas; baixa expressão, 5%-50% de células positivas e alta expressão, $>50\%$ de células positivas. A intensidade da expressão de EGFR e Notch1 também foi avaliada, classificando-a como fraca (+) ou forte (++)). Para análise estatística, utilizou-se o teste exato de Fisher e a correlação de coeficientes de Spearman, adotando significância de 5%. Comparando a expressão ($p=0,2$) e intensidade ($p=0,1$) de expressão de EGFR, não se observou diferença estatística significativa entre as lesões, o mesmo observado quanto a expressão ($p=0,1$) e intensidade ($p=0,08$) de expressão de Notch1. Entretanto, a expressão de p63 foi significativamente maior no revestimento epitelial dos TOQ ($p<0,001$). Em todas as lesões houve correlação positiva entre os imunomarcadores.

O sistema Notch parece participar da manutenção da integridade do epitélio de revestimento cístico e a correlação existente entre as proteínas estudadas sugere papel importante no desenvolvimento dessas lesões.

PNf232 **Avaliação da toxicidade do Symphytum officinale usado homeopático e fitoterapicamente no fígado e rins de ratos**

Lima AP*, Mancini MNG, Balducci I, Rocha RF, Cardoso M, Brandão AAH
Biotécnicas e Diagnóstico Bucal - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: analima10@hotmail.com

O *Symphytum officinale* (confrei) é usado para consolidação de fraturas e regeneração de lesões ósseas. Devido aos alcalóides pirrolizidínicos, seu uso interno foi proibido. Não há relato de efeitos adversos associados à formulação homeopática. O objetivo deste estudo foi analisar comparativamente os seus efeitos tóxicos, preparado como medicamento Homeopático (H) e Fitoterápico (F). Utilizou-se 36 ratos, divididos em três grupos tratados diariamente por gavagem: H, F e C (controle). O grupo F recebeu 500mg/Kg de extrato das folhas do confrei. O grupo H recebeu 2 glóbulos de *Symphytum officinale* 6CH em água e o grupo C, 2 glóbulos placebo de homeopatia em água. As eutanásias foram realizadas após 30 e 60 dias (n=6). A avaliação da toxicidade em fígado e rins foi feita através de análise bioquímica das taxa séricas de Fosfatase alcalina (FA), Aspartato aminotransferase (AST), Alanina aminotransferase (ALT), Gama glutamil transferase (GGT), Uréia e Creatinina. Os dados foram submetidos aos testes de ANOVA e Tukey (5%). A ALT foi maior no grupo F 60 que C 60 ($p=0,0411$). Os valores de FA foram maiores aos 60 dias ($p=0,0001$). A AST não mostrou diferença entre os grupos. A GGT foi maior nos grupos controles, sendo C 60 diferente do H 30 e F 30 ($p=0,0003$). Os valores de uréia de C 60 e H 60 foram maiores que F 30 ($p=0,0077$). A creatinina foi maior nos grupos controles, sendo diferente de C 30 para F 60, F 30 e H 30 e de C 60 para H 30 ($p=0,0001$).

Conclui-se que não possível demonstrar toxicidade hepática ou renal do confrei homeopático ou fitoterápico com a metodologia empregada.

PNf233 Densidade de Mastócitos em Carcinoma epidermóide de lábio inferior

Hatakeyama M*, Costa NCS, Balducci I, Rosa LEB, Cavalcante ASR
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: marciiah23@hotmail.com

O carcinoma epidermóide (CE) de lábio está entre as neoplasias mais comuns da região orofacial. O principal fator etiológico envolvido nesta doença é a exposição excessiva ou em longo prazo a radiação ultravioleta (UV) do sol. Além dos danos diretos sobre os tecidos do lábio, esse tipo de radiação gera imunossupressão local e sistêmica e dentre outros mecanismos ativa mastócitos (MCs). Estas células tem sido associadas a um pior prognóstico e favorecimento a metástase de diversas neoplasias, incluindo cânceres orais, de pele, mama e da região cervical. Estudamos a densidade dos MCs em 57 casos de CE de lábio inferior e 28 casos com lesão benigna não relacionada à exposição solar (grupo controle). A amostra foi corada histoquimicamente com hematoxilina-eosina e azul de toluidina e imunohistoquimicamente com anticorpo anti-triptase. A contagem de MCs foi realizada em microscópio de luz, com aumento final de 400x, em três campos com área de 0,04mm² cada, na região do *front* de invasão tumoral, nos casos de CE e no tecido conjuntivo logo abaixo do epitélio, no grupo controle. A densidade de MCs no CE e no grupo controle foi de 36,91 ± 17,43; 8,86 ± 3,98 (triptase) e 22,71 ± 11,48; 7,29 ± 3,22 (azul de toluidina) cells/mm², respectivamente. Os resultados foram analisados estatisticamente pelos testes de Kruskal-wallis, Wilcoxon e teste Dunn, com nível de significância de 5%. Verificou-se aumento significativo na densidade de MCs em lesões de CE quando comparado ao grupo controle (p=0,0001).

Sugere-se que a maior densidade de MCs no CE pode favorecer a degradação da matriz extracelular e a progressão do tumor na front de invasão.

PNf234 Análise Microestrutural de HA, TCP e HA/TCP (70/30) ao MEV e Teste de Biocompatibilidade em Subcutâneo de Rato

Rodrigues PAL*, Garcia AS, Viscelli BA, Cestari TM, Assis GF, Taga R
Ciências Biológicas - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURUR.
E-mail: pamella@usp.br

A biocompatibilidade e a velocidade de reabsorção de biocerâmicas utilizadas como materiais de enxerto ósseo variam conforme suas características físico-químicas. O trabalho avaliou comparativamente a microestrutura de hidroxiapatita (HA), tricalcico fosfato (TCP) e HA/TCP (70/30) no microscópio eletrônico de varredura (MEV) e a biocompatibilidade destas cerâmicas após 7, 10, 14, 21, 30, 60 e 90 dias de implantação em tecido subcutâneo de ratos. Ao MEV, HA e HA/TCP apresentaram superfície regular e poucos poros, e o TCP, superfície irregular e baixa resistência mecânica. Histoquimicamente, nas partículas de HA, entre 7 e 14 dias, houve invasão dos poros por células e vasos sanguíneos e a formação de uma cápsula fibrosa superficial com raras células gigantes multinucleadas que aumentaram em número e tamanho entre 21 e 90 dias, sem, no entanto, promover uma substancial degradação das partículas. No TCP, entre 7 e 14 dias, ocorreu também invasão dos poros por vasos sanguíneos e fibroblastos, e um processo inflamatório rico em macrófagos e células gigantes multinucleadas entre as partículas, que diminuiu após 21 dias com a formação de uma fina cápsula fibrosa. Na HA/TCP, houve uma gradual formação e melhor estruturação de tecido conjuntivo fibroso entre as partículas e pequenas áreas de reabsorção por células gigantes multinucleadas.

Dentre as cerâmicas avaliadas, o composto HA/TCP (70/30) com estrutura compacta e poucos poros foi a que apresentou maior biocompatibilidade em subcutâneo de ratos. (Apoio: CNPq)

PNf235 Estudo comparativo da precisão de técnicas de moldagem para próteses totais fixas implantossuportadas

Pierri J*, Amaral ALC, Ario-Filho JN, Del'Acqua MA, Roslindo E B., Machado AL, Chávez AM, Mollo-Júnior FA
Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: jipierri@telefonica.com.br

Implantes osseointegrados foram desenvolvidos para pacientes edêntulos substituindo uma prótese total removível por uma fixa. Atualmente, também vêm sendo utilizados para melhorar a retenção e estabilidade de dentaduras completas, bem como na substituição de elementos isolados. Assim, é imprescindível obter um modelo de trabalho fiel ao posicionamento dos implantes e estruturas na cavidade oral. O modelo depende muito dos materiais empregados, da técnica de moldagem e vazamento. No presente estudo foram analisadas comparativamente 3 técnicas de moldagem: com transferentes cônicos (G1), transferentes quadrados modificados com hélice (G2) e transferentes quadrados unidos por barra (G3). Um modelo mandibular de latão com 4 análogos de pilares Micro-Unit, uma estrutura metálica com ajuste passivo e moldeiras individuais de alumínio com alívio foram construídos. A moldagem por dupla mistura foi executada com o material Zetaplus-Oranwash (Zhermack-Itália). Modelos de gesso (n=15) foram formados, sendo 5 para cada técnica. Medições das fendas entre a estrutura metálica e análogos foram realizadas no programa Leica QWin, com imagens de uma câmara acoplada a uma lupa Leica. Os procedimentos foram realizados em ambiente controlado. Dados analisados e submetidos aos testes estatísticos de Kruskal-Wallis e de Tukey ($\alpha=5\%$) mostraram que G3 apresentou menores valores de fenda (78,50µm), seguido pelo G2 (118,57µm) e por fim G1(219,37µm).

Conclui-se que para este material e técnica, a moldagem com transferentes quadrados unidos por barra obteve melhor precisão do que os outros métodos estudados.

PNf236 Avaliação da neoformação óssea ao redor de implantes de titânio inseridos em ratos diabéticos

Souza JGO*, Rodrigues-Filho R, Gennaro G, Sella GC, Lopes DK, Lucchiarri-Júnior N, Benfatti CAM, Andrade PCAR
Estomatologia (Cepid) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
E-mail: joaogustavo_s@hotmail.com

O objetivo do estudo foi comparar a formação óssea ao redor de implantes de titânio com superfície lisa e tratada, inseridos em ratos diabético-induzidos e não-diabéticos, investigando se há diferenças na formação óssea entre os dois quadros metabólicos, melhora no padrão de osteogênese entre as diferentes superfícies e, sua relação com o diabetes. Para tanto, foram instalados implantes de titânio de superfície lisa e tratada no fêmur de ratos diabético-induzidos com estreptozotocina (n=10) e não diabéticos (n=10). A porcentagem morfométrica do contato osso-implante (BIC) e da área óssea total (BD) ao redor dos implantes foi avaliada após 21 dias de cicatrização. Houve intensa neoformação óssea entre as rosas dos implantes lisos para o grupo não-diabético, enquanto o grupo diabético exibiu um osso imaturo, em menor quantidade e com interposição de tecido conjuntivo fibroso entre a interface osso-implante. Entretanto, os implantes de superfície tratada demonstraram intensa neoformação óssea ao redor das rosas, para ambos os grupos, diabéticos e não-diabéticos.

Pode-se concluir que os implantes de superfície lisa interferem negativamente na osseointegração, enquanto aqueles de superfície tratada promovem maiores valores de BIC e BD, indicando seu uso seletivo em pacientes diabéticos.

PNf237 Associação da medida da medida da frequência de ressonância com a estabilidade primária de implantes osseointegrados

Ferreira GM*, Barbosa GKS, Leles CR, Oliveira RCG, Leles JLR, Ribeiro-Rotta RF
Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.
E-mail: odontogeo@hotmail.com

O objetivo desse trabalho foi o de estabelecer associação entre a análise de frequência de ressonância (FR) com medidas de estabilidade primária obtida através do torque final de inserção (TFI) em implantes dentários e classificação radiográfica pré e trans-operatória da qualidade óssea dos sítios implantares. Foram selecionados 12 pacientes e instalados 26 implantes dentários (Titamax TI Cortical - Neodent, Curitiba, PR, Brasil) com diâmetro e comprimento mínimos de 3,75x9,0mm, em maxila (n=05) e mandíbula (n=21), instalados por meio de protocolo cirúrgico-protético convencional. Após a definição do TFI (Motor BLM 600 Plus - Driller, São Paulo, SP, Brasil) foi medida a FR nas faces vestibular, mesial e lingual dos implantes (Ostell, Integration Diagnostics, Göteborgsvägen, Sweeden). Os dados de FR, TFI e de avaliação da qualidade óssea foram obtidos por 3 examinadores independentes e calibrados e relacionados com os dados obtidos no pré e trans-operatório de qualidades óssea pelos mesmos examinadores. A FR média variou entre 48 e 86, com média de 71,5±10,6. A média das diferenças entre as faces avaliadas variou entre -0,85 e +0,89, demonstrando alta precisão para cada sítio avaliado. Não houve correlação entre a FR com as avaliações radiográficas (p>0,05), entretanto houve correlação da FR com o TFI (r=0,59; p<0,01).

Concluiu-se que as classificações radiográficas de qualidade óssea possuem baixa precisão na predição da estabilidade primária, e a frequência de ressonância é um método efetivo para a avaliação da estabilidade primária em implantes (Apoio: FAPPEG - 002-2007)

PNf238 Efeitos da topografia de implantes porosos na adesão, proliferação e diferenciação de células osteogênicas da calvária de ratos neonatos

Nascimento RD*, Vasconcellos LMR, Santos ELS, Carvalho YR, Cairo CAA, Jorge AOC, Jardimi MAN
Diagnóstico e Cirurgia - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: nascimentoodr@yahoo.com.br

Alterações na superfície do titânio (Ti) buscam acelerar e melhorar a osseointegração. Além disso, a criação de substratos porosos busca beneficiar fenômenos celulares e propiciar maior resistência mecânica na interface osseointegrada devido ao crescimento de tecido ósseo para o interior dos poros. O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta de células osteogênicas, isoladas da calvária de ratos neonatos, cultivadas em amostras de titânio densas e com diferentes porosidades, confeccionadas por metalurgia do pó. Foram confeccionados discos de Ti puro grau 2 (12 x 3 mm), que foram divididos em três grupos: G1: controle - titânio denso; G2: 30% de porosidade e G3: 40% de porosidade. As células isoladas por digestão enzimática foram cultivadas sobre as amostras de cada grupo e avaliadas quanto à adesão celular, após 24 horas, proliferação e viabilidade celular, após 7, 10 e 14 dias. A diferenciação celular foi avaliada através do conteúdo de proteína total, atividade da fosfatase alcalina (ALP) e formação de matriz mineralizada, após 7, 10 e 14 dias. Os resultados obtidos (ANOVA e Tukey 5%) indicaram que houve adesão celular em todos os grupos e as superfícies porosas (G2 e G3) favoreceram a proliferação celular. O conteúdo de proteína total e a formação de matriz mineralizada foram significativamente maiores nas amostras de G3. Entretanto, não houve diferença estatística nos valores da atividade da ALP.

Os resultados obtidos sugerem uma correlação positiva entre a topografia de superfície das amostras de Ti e os fenômenos de adesão, proliferação e diferenciação celular. (Apoio: FUNDUNESP - 01106/07)

PNf239 Regeneração óssea após enxerto autólogo em bloco coberto com membrana reabsorvível

Hespanhol AM*, Santos RAB, Lima LAPA, Pustigliani FE, Pannuti CM, Bauer JA
Estomatologia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.
E-mail: decohespanhol@hotmail.com

Regeneração óssea guiada e enxerto autólogo são importantes ferramentas para a otimização da reabilitação com implantes dentais. O propósito do estudo foi analisar quantitativamente, o padrão de reparação do enxerto autólogo em bloco coberto com membrana colágena após 0, 14, 21, 45 e 150 dias. Sessenta ratos Wistar machos e adultos foram incluídos em dois grupos: superfície de titânio maquinada (NT) ou superfície de titânio tratada por óxido (T). Um bloco de enxerto foi removido por fresa da calvária, levado e estabilizado à cortical externa próxima ao ângulo da mandíbula com mini-implantes. Uma membrana colágena foi adaptada, cobrindo o enxerto osso e ambos os grupos. Os animais foram eutanaziados em 0, 14, 21, 45 e 150 dias após a cirurgia, e seções histológicas não descalcificadas foram processadas. Análises, quantitativa, foi realizada e os dados analisados estatisticamente (Testes de Tukey e T). Foram observadas em zero hora: média do tamanho do defeito ósseo (DO) de 604,13 µm (NT) e 585,90 µm (T), e espessura do enxerto em bloco de 379,89 µm (NT) e 368,32 µm (T). A quantidade de osso regenerado (OR) aumentou do dia 21 (NT= 621,78; T= 611,18) para 150 dias (NT= 860,89; T=869,72) (p=0,120). A porcentagem de OR alcançou 124% (NT) e 153% (T) do tamanho BD após os 150 dias (p=0,087). A média de espessura do osso mandibular final (EM) foi 1208,36 µm (NT) e 1158,85 µm (T), respectivamente 4,6 e 4,7 vezes a espessura original da mandíbula. Nenhuma diferença estatisticamente significante foi observada entre os grupos

ROG foi efetiva para aumentar a EM mais de 4 vezes, sendo quase dois terços do osso regenerado, observados logo após 21 dias. (Apoio: FAPESP - 06-50450-9)

PNf240 Avaliação do espaço biológico de implantes inseridos em diferentes níveis da crista óssea e sob diferentes carregamentos com próteses

Paula WN*, Barrio RAL, Cirelli JA, Spin-Neto R, Marcantonio-Júnior E
Diagnóstico e Cirurgia - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARARAQUARA.
E-mail: wagner1e@hotmail.com

Este estudo teve como objetivo avaliar histologicamente as alterações dos tecidos periimplantares de implantes sob protocolos de reabilitação protética convencional e imediato, instalados em diferentes profundidades em relação à crista óssea. Cinco cães receberam trinta implantes, três por hemi-mandíbula (seis por cão), na região dos quatro pré-molares inferiores que foram extraídos 90 dias antes. Cada região foi dividida pelos subgrupos convencional (protocolo convencional, instalação da prótese 120 dias após os implantes) e imediato (protocolo imediato, instalação da prótese 1 dia após a cirurgia de implantes). Os implantes foram inseridos em três profundidades diferentes: ao nível (ao nível do rebordo ósseo), -1 mm (1 mm apicalmente à crista óssea) e -2 mm (2 mm apicalmente à crista óssea). Após acompanhamento por 45 dias, ocorreu o sacrifício dos animais e processamento histológico dos implantes. Os resultados foram obtidos utilizando o programa image tool e os dados foram analisados estatisticamente (ANOVA, p< 0.05).

Concluiu-se que o tipo carregamento não interferiu na altura dos tecidos periimplantares. A posição mais apical do tecido mole marginal e o maior nível de inserção relativa parecem estar diretamente relacionados à posição infra-óssea do implante em relação à crista óssea alveolar. O primeiro contato osso-implante ocorreu a uma distância da plataforma protética semelhante entre quase todos os grupos. Apenas o grupo imediato -2mm apresentou reabsorção óssea mais lenta para formação do novo espaço biológico. (Apoio: FAPESP - 04/08141-3)

PNf241 Avaliação da influência da técnica de preenchimento do molde na precisão de modelos de próteses fixas implanto-retidas

Tramontino VS*, Cunha NLA, Luthi LF, Henriques GEP, Mesquita MF, Nóbilo MAA, Consani RLX
Prótese e Periodontia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: vstramontino@yahoo.com.br

O objetivo foi avaliar a precisão de 3 técnicas de preenchimento do molde com gesso na obtenção de modelos de trabalho, simulando uma situação clínica de uma prótese fixa implanto-retida de três elementos. Quarenta e cinco (n=15) modelos de gesso foram obtidos, a partir de um modelo mestre contendo dois análogos de implante. Os modelos foram confeccionados em gesso especial tipo IV, modificando-se a técnica de preenchimento do molde: G1 (controle) preenchimento com gesso em porção única (PU), G2 preenchimento com gesso em 2 porções (DP) e G3 preenchimento com gesso pela técnica do cilindro de látex (M). Sobre a matriz metálica foi confeccionada uma infra-estrutura fundida em titânio c.p. simulando uma prótese fixa implanto-retida de 3 elementos, utilizada como referência para a avaliação dos desajustes verticais em cada modelo. Desajustes foram mensurados em triplicata pela técnica do parafuso único, através do torque em um dos retentores e visualização da fenda formada entre as interfaces do pilar e do cilindro protético em microscópio óptico com aumento de 120 x. Para a análise dos resultados foi aplicada a análise de variância seguida do teste de Tukey para comparação múltipla com $\alpha=5\%$. Desajuste vertical médio em μm : 101,29 (52,24) no grupo PU, 119,90 (61,40) no grupo DP e 106,42 (41,00) no grupo M. Não houve diferenças significativas entre os tratamentos.

As 3 técnicas mostraram-se satisfatórias na confecção de modelos de trabalho precisos para próteses sobre implantes sendo que a técnica convencional (PU) parece ser mais vantajosa por ser mais prática e não fiação quanto às outras técnicas.

PNf242 Estudo comparativo da neoformação óssea entre parafuso de osso cortical bovino e enxerto ósseo aposicional

Sella GC*, Pontual MAB, Benfatti CAM, Magini RS, Bianchini MA, Souza JGO, Bez LV, Ely LMB
Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
E-mail: gustavo-sella@hotmail.com

Este estudo comparou o uso de parafuso de osso cortical bovino (POCB) com o enxerto ósseo autógeno aposicional (EOAA). Portanto, 18 cães Beagle fêmeas receberam quatro POCB e um EOAA. Os marcadores fluorométricos utilizados foram, alisarina, calcina e tetraciclina. Seções de amostras dos dois grupos foram analisadas por meio da microscopia de fluorescência após 2, 4, e 6 meses pós-operatórios. Encontrou-se osso neoformado nos dois grupos analisados. O POCB foi gradativamente substituído por osso neoformado após integrar-se ao sítio receptor, indicando propriedade osseointegradora e osseocondutora. Adicionalmente, o osso estava contínuo com o sítio receptor. O EOAA também mostrou propriedades osseointegradora e osseocondutora. No entanto, a velocidade de deposição óssea foi menor em comparação com a velocidade de degradação do EOAA. Nos intervalos de análise, o POCB mostrou formação óssea estatisticamente significativa comparado com o EOAA.

O POCB apresentou menor absorção óssea comparado com o EOAA. Sugere-se o uso do POCB como alternativa quando EOAA é indicada, devido à alta absorção do EOAO no sítio cirúrgico.

PNf243 Influência das próteses implantossuportadas cimentadas e parafusadas com diferentes tipos de conexão do implante

Tonella BP*, Pellizzer EP, Falcão-Antenucci RM, Ferraço R, Mazaro JVG, Goiato MC, Alves-Rezende MCR
Materiais Odontológicos e Prótese - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - ARAÇATUBA.
E-mail: biancatonella@gmail.com

A seleção do sistema de retenção da prótese implantossuportada e da geometria estrutural do implante, são determinantes na manutenção da estabilidade da interface implante-prótese. A proposta deste estudo foi analisar, através da metodologia da fotoelasticidade, a distribuição de tensões nos sistemas de retenção das próteses associadas as diferentes configurações do implante com próteses parciais fixas implantossuportadas de três elementos. Foram confeccionados seis modelos em resina fotoelástica PL-2, cada modelo com dois implantes 4,00X 10 mm, situados um na região do segundo pré-molar e outro na região do molar, variando o sistema de retenção, parafusado e cimentado, e o tipo de conexão do implante, hexágono externo, interno e cone-morse. As próteses foram construídas de forma padronizada e em liga de Ni-Cr. Foi utilizado polariscópio circular e aplicada carga, axial e oblíqua de 45°, de 100N em Máquina de Ensaio Universal. Os resultados foram fotografados e analisados de forma qualitativa em programa computacional.

O sistema de retenção do tipo cimentada apresentou melhor distribuição das tensões entre todos os modelos testados. O implante de hexágono interno demonstrou mais favorável do ponto de vista biomecânico. A aplicação de carga oblíqua demonstrou aumento no número de franjas fotoelásticas em todos os modelos testados (Apoio: FAPs - FAPESP - 07/53061-3)

PNf244 Desenvolvimento do fenótipo osteogênico in vitro sobre microtopografia de titânio funcionalizada com peptídeo sintético de colágeno I

Pereira KKY*, Alves OC, Novaes-Júnior AB, Fernandes RR, Rosa AL, Castro LMS, Nanci A, Oliveira PT
Ctbfm e Periodontia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.
E-mail: karinaypereira@gmail.com

Avaliaram-se os efeitos da funcionalização de superfície de titânio (Ti) Plus (DENTSPLY Friadent) com peptídeo sintético P-15 de colágeno sobre culturas osteogênicas. Células de calvárias de ratos foram plaqueadas sobre discos de Ti: 1) usinados e lixados (Usinado); 2) com microtopografia de 20-200 μm e micro/submicrotopografias adicionais de 0,5-20 μm (Plus); 3) Plus com recobrimento de hidroxiapatita (Plus+HA); 4) Plus+HA com baixa concentração de P-15 (P-15 low); 5) Plus+HA com alta concentração de P-15 (P-15 high). Em 4 horas, culturas sobre Plus e Plus modificadas apresentavam menor proporção de células em estágios mais avançados de espraiamento ($p<0,05$). Viabilidade celular por MTT revelou valores maiores para superfícies Plus modificadas em 3 dias ($p<0,05$), mas não em 1 e 7 dias ($p>0,05$). A proporção de células Ki-67 positivas (em proliferação aos 3 dias) foi semelhante para todos os grupos ($p>0,05$). Marcação para osteopontina (OPN) e sialoproteína óssea (BSP) revelou, em 1 e 3 dias, acúmulos extracelulares de OPN apenas para Plus+HA, P-15 low e P-15 high, e em 7 dias, áreas BSP positivas reduzidas sobre Plus e Plus+HA, indicando menor diferenciação osteoblástica.

Modificações químicas e topográficas de superfícies de Ti funcionalizadas com P-15 afetam importantes eventos do desenvolvimento do fenótipo osteogênico in vitro. (Apoio: FAPs - Fapesp - 2008/54027-9)

PNf245 Avaliação histomorfométrica do percentual de osseointegração por meio de dois métodos de secção histológica

Teixeira LJC*, Cardoso ES, Harari ND, Conz MB, Manso MC, Vidigal-Junior GM
Odontologia - UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO.
E-mail: leojorgeteixeira@hotmail.com

A maioria dos estudos histológicos sobre osseointegração é realizada usando cortes longitudinais de seções não descalficadas, de onde se obtêm 2 ou 3 seções da região central dos implantes. O uso de cortes transversais pode permitir a análise de maior número de seções histológicas. O objetivo deste estudo é comparar a influência da mudança de direção dos cortes histológicos sobre o percentual de osseointegração. Dez implantes (3,75 X 10 mm) foram instalados na tibia de dez coelhas da raça Nova Zelândia. Após três meses de cicatrização, os animais foram sacrificados e os espécimes foram desidratados em etanol e embutidos em resina. Os implantes foram seccionados no sentido longitudinal para primeira análise histomorfométrica, e posteriormente no sentido transversal para segunda análise. Os percentuais de osseointegração foram comparados através do teste "t" de Student. Para os cortes longitudinais o percentual médio de contato osso e implante foi de 92,46% e para os cortes transversais foi de 82,02%. Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa no percentual de osseointegração quando ocorreu modificação na direção dos cortes ($p>0,05$).

O uso de cortes histológicos transversais não altera de forma significativa o percentual de osseointegração em relação ao cortes longitudinais.

PNf246 Influência da desadaptação na distribuição de tensões em prótese unitária sobre implante padrão Branemark com coroa cimentada

Neves RB*, Wassall T, Furtado RM, Teixeira ML
Implantodontia - FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: rafaexp@hotmail.com

O objetivo deste trabalho foi analisar pelo método dos elementos finitos bidimensional o efeito da desadaptação em prótese sobre implante unitária. Foram confeccionados três modelos tendo como origem um implante osseointegrável de hexágono externo padrão Brånemark com 11 mm de comprimento 3,75 mm de diâmetro e plataforma protética de 4,1 mm. O implante recebeu um sistema de prótese que possui um pilar intermediário e uma supra-estrutura metálica recoberta com uma cerâmica feldspática cimentada ao pilar. Um modelo representou uma prótese ideal e nos outros dois foram simuladas desadaptações de 200 μm , sendo que em um modelo essa desadaptação ocorreu em apenas um lado, e no outro modelo ela ocorreu em ambos os lados. Todos os modelos receberam aplicação de cargas de 100 N sobre a cúspide vestibular, variando a direção em vertical e oblíqua com inclinação de 45 graus. Os dados obtidos mostram que a carga inclinada sempre gerou maiores tensões aos sistemas.

A desadaptação gerou aumento significativo das tensões no sistema intrínseco da prótese, especialmente no parafuso de fixação do pilar em comparação ao sistema extrínseco representado pelo osso cortical circunjacente.

PNf247 Avaliação do copolímero de ácido polilático/poliglicólico (PLA/PGA) associado a implantes com e sem estabilidade primária

Freire AR*, Queiroz TP, Margonar R, Garcia-Junior IR, Souza FA, Gulinelli JL, Hochuli-Vieira E, Okamoto R
Morfologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: dinho192002@yahoo.com.br

O reparo de implantes depende da presença de um adequado contato entre tecido ósseo e implante por meio da estabilidade primária. A proposta deste estudo foi avaliar a associação do PLA/PGA ao redor de implantes instalados com ou sem estabilidade primária. Dez coelhos receberam 40 implantes, sendo 2 em cada metáfase tibial e foram divididos em 4 grupos: Grupo Controle Travado (CT) cujo implante foi instalado com estabilidade, associado ao coágulo; Grupo Controle sem travamento (CST) cujo implante foi instalado sem estabilidade, associado ao coágulo; Grupo Polímero Travado (PT) cujo implante foi instalado com estabilidade, associado ao PLA/PGA e Grupo Polímero sem travamento (PST) cujo implante foi instalado sem estabilidade, associado ao PLA/PGA. A eutanásia ocorreu aos 40 e 90 dias. Foi realizada análise histométrica da extensão linear de contato entre tecido ósseo e implante (ECOI) no módulo de rebordo (ELCOI Mr) e na primeira rosca (ELCOI r) e da área de tecido ósseo neoformado (AON) na primeira rosca, bilateralmente. Aos 40 dias, a AON foi maior no grupo PT do que no PST ($p<0,001$). A ELCOI r foi maior no grupo CT do que no PT ($p<0,001$) e no grupo CT do que no CST ($p<0,001$), aos 40 dias. A ELCOI Mr aos 40 e 90 dias foi maior no grupo PST do que no CST ($p<0,001$).

Conclui-se que o PLA/PGA foi biocompatível e auxiliou a manutenção do posicionamento dos implantes nos grupos sem travamento, entretanto, atrasou o reparo nos grupos com estabilidade primária. Ocorreu o processo de osseointegração em todos os grupos, mesmo na ausência de estabilidade primária dos implantes. (Apoio: FAPs - FAPESP - 2007/079489)

PNf248 Levantamento de seios maxilares com hidroxiapatita bovina com e sem recobrimento por membranas: análise histomorfométrica em coelhos

Matsumoto MA*, Nunes LSS, Oliveira RV, Holgado LA, Nary-Filho H, Ribeiro DA
Cirurgia - UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO.
E-mail: vicmak.blv@terra.com.br

Levantamentos de seios maxilares são rotineiramente indicados para recuperação óssea em regiões posteriores de maxila. Para este fim, utilizam-se vários materiais, preferencialmente na forma de grânulos a serem inseridos através de janela óssea realizada na parede do seio maxilar para o afastamento da membrana Schneideriana. O reparo ósseo em áreas de cavidade se inicia a partir das paredes ósseas, sendo a região central do defeito a última a reparar. O objetivo do presente trabalho foi o de analisar a influência da barreira mecânica utilizando membrana não-reabsorvível nas regiões de osteotomia para abertura dos seios maxilares, no processo de reparo dos mesmos. Foram utilizados 16 coelhos machos, submetidos a levantamento de seio maxilar bilateral com hidroxiapatita bovina, sendo uma das aberturas recoberta por membrana. Após os períodos de 7, 14, 30 e 60 dias, os animais foram sacrificados e os espécimes removidos. A análise microscópica revelou atividade osteocondutora do material, com processo de neoformação óssea sobre os grânulos do biomaterial evidente a partir do 14º dia. No 60º dia, ainda observava-se grande quantidade do material associado à trabéculas de tecido ósseo em remodelação. Os resultados da análise histomorfométrica foram tratados estatisticamente, não sendo detectadas diferenças significativas entre os grupos, comparando-se os períodos e as regiões mensuradas.

A partir destes resultados, concluiu-se que a presença da barreira mecânica não interferiu, quantitativamente, no processo de reparo dos seios maxilares. FAPESP 2007/04767-3. (Apoio: FAPESP - 07/04767-3)

PNf249 Comparação de três sistêmicas terapêuticas não-cirúrgicas para a periodontite crônica

Romagna R*, Rossi V, Corvello PC, Gomes SC

Pós-graduação Em Odontologia - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL.

E-mail: rachel.guga@terra.com.br

Existente vasta evidência sobre modalidades terapêuticas para as periodontites, persistindo, porém, discussões sobre quais determinariam os melhores resultados. Este estudo comparou os resultados de terapias não-cirúrgicas para a periodontite crônica. Um ensaio clínico randomizado, cego, de boca-dividida incluiu 25 pacientes com diagnóstico de gengivite e periodontite crônica. O Índice de placa visível (IPV), índice de sangramento gengival (ISG), sangramento à sondagem (SS), profundidade de sondagem (PS), e perda de inserção (PI) foram realizados nos dias 0, 30 e 60. No dia 0, os quadrantes foram randomicamente designados para os tratamentos: Grupo I (intervenção supragengival no dia 0), Grupo II (intervenção supragengival e subgengival no dia 0) e Grupo III (intervenção supragengival no dia 0 e subgengival no dia 30). Por meio de modelos lineares (teste Wald, $p=0.05\%$) observou-se redução significativa nos índices supragengivais, sem diferenças entre I, II e III. As médias em milímetros para PS (I: 0,69; II: 0,97 e III: 0,91) e PI (I: 0,48; II: 0,76 e III: 0,71) e, em percentual, para SS (I: 41,07; II: 55,69 e III: 51,78) reduziram-se em todos os grupos ($p<0,05$) sendo maiores no II e III. No Grupo III, a necessidade de intervenção subgengival foi reduzida (48,15%) após controle supragengival.

Conclui-se que terapias de natureza não-cirúrgicas foram capazes de determinar alterações nos indicadores de gengivite e periodontite e que o controle supragengival prévio ao subgengival representa uma importante redução na necessidade de instrumentação subgengival.

PNf250 Efeito do uso do anticoncepcional associado ao estresse sobre a periodontite induzida em ratas não susceptíveis a doença periodontal

Raslan SA*, Semenoff-Segundo A, Semenoff TAV, Pedro FLM, Borges AH, Giacuno AL, Porto AN, Biasoli ER

Odontologia - UNIVERSIDADE DE CUIABÁ.

E-mail: raslan@uol.com.br

Objetivo do trabalho foi compreender o efeito do uso de solução contraceptiva associada ou não com estresse na progressão de periodontite induzida em ratas da linhagem Lewis. Para o estudo utilizaram-se 40 ratas da linhagem Lewis, com dois meses de idade, divididas nos grupos: anticoncepcional -AT- ($n=8$), anticoncepcional +estresse -AE- ($n=8$), estresse -E- ($n=8$), ligadura -L- ($n=8$) e controle -C- ($n=8$). No dia 1 e dia 30 do ensaio, os animais dos grupos AT e AE, submeteram-se a injeções de solução contraceptiva. Decorrido 10 dias do início do experimento os animais foram submetidos à colocação de fio de seda em volta do segundo molar superior direito para os grupos AT, AE, E e L. Nos grupos que utilizaram o estresse -contenção física-, este perdurou, desde o primeiro dia até o dia 60, dia da eutanásia de todos os grupos. Para avaliar a destruição da periodontite, usou-se o exame radiográfico, mensurando a destruição da altura óssea com um examinador cego e calibrado. Os dados foram submetidos à análise estatística (ANOVA, Bonferroni, $p<0,05$). Os resultados evidenciaram que, no local em que foi induzida a periodontite, tiveram uma destruição óssea maior e com diferenças estatísticas comparado com o grupo controle.

Ratas da linhagem Lewis - não susceptíveis a periodontite -, submetidas ao estresse crônico, ao uso do anticoncepcional e associação de ambos, não modifica o padrão de periodontite induzida por ligadura.

PNf251 Tratamento periodontal na gestação: um ensaio clínico randomizado

Moreira CHC*, Weidlich P, Fiorini T, Rocha JM, Oppermann RV, Rosing CK

Estomatologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.

E-mail: carlosheitor@rosulonline.com.br

Alterações hormonais durante a gestação podem alterar as características clínicas e modificar a resposta ao tratamento periodontal. O objetivo do presente ensaio clínico randomizado foi comparar a eficácia da terapia periodontal realizada durante a gestação com a realizada após o parto. Mulheres com até 20 semanas de gestação foram randomizadas em 2 grupos: Teste (tratamento periodontal durante a gestação [$n=57$]) e Controle (tratamento periodontal após o parto [$n=57$]). Exames periodontais compreenderam: Índice de placa (PI), Índice gengival (IG), profundidade de sondagem (PS), nível de inserção clínico (NIC), sangramento à sondagem (SS) e volume de fluido gengival crevicular (FCG). As mulheres do grupo teste receberam tratamento periodontal, o qual foi finalizado no máximo até a 24ª semana de gestação. O exame final dessas pacientes foi realizado entre a 26-28ª de gestação. O tratamento periodontal no grupo controle foi iniciado 30 dias após o parto e o exame final desse grupo foi realizado 30 dias após o término do tratamento. A terapia periodontal foi eficaz nos dois grupos experimentais. Houve redução na PS, SS e FCG ($p<0,05$). Média de sítios com SS foi reduzida de 49,14 ($\pm 22,49$) para 11,10 ($\pm 7,84$) e de 45,71 ($\pm 17,86$) para 8,07 ($\pm 5,21$) nos grupos teste e controle respectivamente. O único parâmetro com diferença estatisticamente significante entre os grupos ($p<0,05$) foi a média de sítios com SS estratificados por PS inicial ≥ 4 mm, onde o grupo controle apresentou maior redução.

Pode ser concluído que a gestação não influencia negativamente os resultados do tratamento periodontal. (Apoio: CNPq - 045/2005)

PNf252 Eficácia da instrumentação ultrassônica subgengival associada à irrigação com óleos essenciais no tratamento da periodontite crônica

Feng HS*, Sonoda LL, Bernardo CC, Hayashi F, Romito GA, Pannuti CM, Lotufo RFM, Lima LAPA

Estomatologia - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO.

E-mail: robertohsu@hotmail.com

Objetivo desse ensaio clínico aleatório, duplo-cego, paralelo e controlado com placebo foi avaliar o efeito clínico de instrumentação ultra-sônica associada à irrigação subgengival com óleos essenciais, como coadjuvante do tratamento periodontal não cirúrgico. Foram recrutados 64 indivíduos com periodontite crônica, aleatoriamente alocados para grupo teste (irrigação com óleos essenciais) ou controle (irrigação com placebo) de acordo com uma seqüência aleatória gerada por computador, mantida em sigilo até o momento da inclusão dos sujeitos. Os parâmetros clínicos profundidade de sondagem (PCS), nível clínico de inserção (NCI), sangramento a sondagem (SS) e índice de placa (IP) foram aferidos no início, 1, 3 e 6 meses por um examinador cego e calibrado. Após a reavaliação, os sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 5mm foram irrigados com a solução experimental. Houve redução significativa em PCS, NCI, IP e SS nos dois grupos ($p<0,001$). No entanto, não houve diferenças entre os grupos em qualquer momento do estudo. Quando foram analisadas apenas as bolsas profundas, foi observada redução significativa em PCS, NCI, SS e IP nos dois grupos ($p<0,001$), sendo que houve diferença significativa entre os grupos apenas para NCI ($p=0,02$).

Os autores concluíram que a irrigação subgengival com óleos essenciais, como coadjuvante do tratamento periodontal, foi eficaz apenas na redução de NCI em bolsas profundas.

PNf253 Avaliação da ação antiplaca e anti-inflamatória de um dentifício à base de aloe vera e própolis. Estudo clínico

Bertolini PFR*, Biondi-Filho O, Pinheiro SL, Martoni SC, Pomilio A, Splendore SMG

Periodontia - UNIVERSIDADE PAULISTA - CAMPINAS.

E-mail: bertolinipfr@linkway.com.br

Nos últimos anos, a intenção do uso dos dentifícios em Odontologia tem sido associado ao seu efeito terapêutico, dentre os agentes químicos incorporados à sua fórmula está o triclosan-gantrez, com comprovado efeito anti-inflamatório e antiplaca. Este estudo duplo-cego cruzado avaliou clinicamente a eficácia antiplaca e anti-inflamatória do dentifício aloe vera e própolis (DAVP) comparado ao dentifício com triclosan-gantrez (DTG). 10 voluntários diagnosticados com saúde periodontal, após a padronização de seus índices de placa e gengival, foram submetidos apenas ao uso dos DAVP e DTG sem ação mecânica, em períodos distintos, na região posterior inferior esquerda, intercalados por períodos de *washout* de 10 dias. Os índices de placa (IP) e gengival (IG) foram avaliados no período 0 e 14 dias, em todas as faces dentais da região após o uso dos produtos, por um mesmo avaliador. A análise estatística pelo teste de Wilcoxon, demonstrou que, após 14 dias de uso do DAVP e DTG, houve um aumento significativo no IP ($p<0,001$) comparado ao período 0. O IG após o uso do DAVP não apresentou alteração ($p>0,001$), mantendo-se a saúde periodontal com esse dentifício. A comparação dos resultados de IP e IG entre DAVP e DTG não demonstrou diferença estatística significativa ($p>0,001$) pelo teste de Mann-Whitney.

Dentro dos limites deste estudo, o dentifício aloe vera e própolis não apresentou efeito antiplaca adicional, e suas propriedades antiplaca e anti-inflamatória foram semelhantes ao dentifício contendo triclosan-gantrez.

PNf254 Relação entre morfotipo periodontal e recobrimento radicular de recessões gengivais localizadas classe I ou II de Miller

Imperial RC*, Kahn S, Menezes CC, Dias AT

Mestrado de Odontologia - UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA.

E-mail: imperial@domain.com.br

Objetivo do presente estudo foi avaliar a influência do morfotipo periodontal no recobrimento radicular de recessões gengivais localizadas classe I ou II de Miller, utilizando a técnica do enxerto conjuntivo subepitelial, segundo a técnica de Langer & Langer. Foram selecionados 15 pacientes a despeito do sexo, com idade entre 19 e 40 anos, sem história de doença periodontal e sistêmica. Os mesmos foram divididos em 2 grupos de acordo com o morfotipo periodontal segundo a classificação de Kao e Pasquinelli, onde 9 pacientes foram incluídos no grupo fino e 6 no grupo espesso. Foram analisados: altura e largura da recessão, largura da faixa de gengiva inserida, espessura gengival, profundidade a sondagem e nível de inserção. As medidas de profundidade de bolsa a sondagem e nível de inserção foram realizadas com uma sonda periodontal 15 mm enquanto que altura e largura da recessão, largura da faixa de gengiva e espessura gengival foram realizadas com um espaçador endodôntico com cursor de borracha e um paquímetro digital de 0,01 mm de resolução. Os parâmetros foram mensurados antes de cada cirurgia e 180 dias após o procedimento cirúrgico. A média de recobrimento radicular encontrada nos pacientes com periodonto fino foi de 90,71%, enquanto que no grupo com periodonto espesso, esta média foi de 90,96%. Onze recessões recobriram 100% sendo 7 do grupo com periodonto fino e 4 com periodonto espesso.

Após a análise destes resultados verificou-se que não houve diferença significativa entre os grupos de morfotipo periodontal fino e espesso. (Apoio: FAPERJ - E-26/171.238/06)

PNf255 Avaliação da condição periodontal em pacientes diabéticos e sua associação aos marcadores do controle metabólico

Cardoso RM*, Bello DMA, Araújo NC, Farias BC, Souza PRE, Cimões R

Pós-graduação Em Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.

E-mail: randersonmc@hotmail.com

Para avaliar a condição periodontal em pacientes diabéticos tipo 2 e relacionar com os marcadores de controle metabólico, foram examinados 92 pacientes que faziam tratamento em dois centros de referência na cidade do Recife, Brasil. Foi realizado exame clínico periodontal em seis sítios de cada dente para o registro da profundidade de sondagem, sangramento à sondagem, nível de inserção clínica e placa dental. A doença periodontal (DP) foi definida como a presença de 4 + sítios com perda de inserção ≥ 5 mm com um ou mais destes sítios com profundidade de sondagem de 4 + mm. Exames hematológicos foram realizados para avaliar os marcadores metabólicos (hemoglobina glicosilada, glicemia em jejum, triglicérides, colesterol total, colesterol HDL e LDL). Quanto às condições periodontais 59,8% dos pacientes diabéticos tinham doença periodontal, a média de sangramento e placa foi 33,8% e 61,07%, respectivamente. Foi observado que os pacientes com níveis glicêmicos mais elevados (≥ 126 mg/dL) apresentaram percentualmente mais DP (62,3%), mas esta associação não foi estatisticamente significante ($p>0,05$). Quanto ao perfil lipídico, verificou-se para que mesmo os pacientes com DP apresentaram-se controlados.

Não foi observada associação entre a condição periodontal e os marcadores de controle metabólico.

PNf256 Efeito do estresse sobre níveis salivares de β -defensina 2 e β -defensina 3

Franco GCN*, Forte LFBP, Cortelli SC, Aquino DR, Cortelli JR, Costa FO, Santos JG

Biologia Odontológica e Periodontia - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ.

E-mail: gilsoncnf@gmail.com

Na periodontia, recentes estudos atribuem um papel fundamental para as β -defensinas salivares na manutenção da saúde do periodonto, tendo em vista suas propriedades antimicrobianas. Em acréscimo, estudos *in vitro* e em modelo animal sugerem que níveis de glicocorticóides (hormônio produzido durante o estresse) podem influenciar a produção de β -defensinas, aumentando assim, a susceptibilidade a doença periodontal. Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito do estresse sobre os níveis salivares de β -defensinas (HBD-2 e HBD-3). Setenta e cinco estudantes da aeronáutica foram submetidos a uma avaliação psicológica em relação à presença ou não de estresse (questionário de Lipp - ISS). Após análise do questionário, os indivíduos foram divididos em dois grupos (A-ausência de estresse e B-presença de estresse). Amostras de saliva não estimulada foram coletadas e os níveis de proteína total - PT (método do ácido bicinonímico), HBD-2 e HBD-3 (ensaio imunoenzimático - ELISA de captura) foram determinados. Não foi observada diferença significativa quanto à dosagem de PT salivar entre os grupos avaliados ($p>0,05$). As avaliações dos níveis de HBD-2 e HBD-3 também não sofreram alterações significativas quando da presença do estresse ($p>0,05$).

A presença de estresse não induziu a uma alteração dos níveis de HBD-2 e HBD-3.

PNf257 Aggregatibacter actinomycetemcomitans em uma população isolada brasileira

Pannuti CM*, Romito GA, Cortelli SC, Franco GCN, Aquino DR, Cortelli JR, Pustiglioni FE, Carraini P

Odontologia - UNIVERSIDADE IBIRAPUERA.
E-mail: pannuti@usp.br

Os objetivos deste estudo transversal foram avaliar a prevalência e a distribuição sorotípica do microrganismo *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a); e investigar possíveis associações entre o A.a e o aumento na profundidade de sondagem (PS) em uma população isolada brasileira. A população-alvo consistiu em todos os indivíduos com 12 ou mais anos residentes na microárea Cajuíba, identificados por meio de um censo. Estes indivíduos foram entrevistados por meio de um questionário estruturado e submetidos a um exame periodontal completo em 6 sites por dente. Além disso, foram obtidas amostras de placa subgingival em 4 sites por indivíduo. A detecção e distribuição dos sorotipos do A.a foram avaliadas por meio da reação em cadeia da polimerase (PCR). Dentre os 214 indivíduos (81% resposta) que foram entrevistados e examinados clinicamente, um total de 169 amostras de placa subgingival foram obtidas dos 195 indivíduos dentados. A prevalência do A.a foi 24,3% (n=41). Destes indivíduos positivos, 17 (41,5%) apresentaram o sorotipo a, 2 (4,9%) sorotipo b, 19 (46,3%) sorotipo c, 1 (2,4%) sorotipo e, 0 sorotipos d, f, e 4 (9,8%) não-sorotipáveis. Não foi encontrada associação entre a presença do A.a e a prevalência de PS \geq 4mm (OR=1,98, 95%CI=0,8-4,9, p=0,142) em uma série de análises de regressão logística multivariável ajustada para variáveis demográficas, biológicas e comportamentais.

Esta população apresentou uma prevalência relativamente baixa do A.a, em comparação com populações similares. Ela consistiu predominantemente dos sorotipos a e c. A presença do A.a não foi associada ao aumento da PS nesta população isolada. (Apoio: FAPs - Fapesp - 08/55404-0)

PNf258 Avaliação da eficácia de um colutório contendo Guaco (*Mikania Glomerata Sprengel*) na redução de placa bacteriana e gengivite

Narimatsu DMS*, Moraes PPS, Brunheira EC, Matson JR, Imbrônio AV, Pannuti CM
UNIVERSIDADE IBIRAPUERA.
E-mail: danielli.narimatsu@gmail.com

O objetivo deste ensaio clínico aleatório, duplo-cego, em paralelo e controlado com placebo, foi verificar a eficácia do uso adjunto de um colutório contendo solução de extrato de guaco (*Mikania Glomerata Sprengel*) na redução de placa bacteriana e gengivite. Foram recrutados 58 sujeitos (15 homens, 43 mulheres, média 39,5 anos) com gengivite, que foram aleatoriamente alocados em grupo teste (bochecho com extrato de guaco a 18,6%) e controle (placebo). Após inclusão os sujeitos receberam raspagem e alisamento e instrução de higiene bucal. No início do estudo e após 1, 3 e 6 meses foram avaliados Índice de Placa (IP) e Índice Gengival (IG) por um examinador cego e calibrado. Os voluntários receberam frascos com a solução experimental e foram instruídos a bochechar com 15ml da solução duas vezes ao dia, por um período de 6 meses. Não houve diferença entre os grupos com relação a IP e IG no início do estudo. O grupo teste apresentou redução significativa de IP após 3 e 6 meses (p<0,001), enquanto o grupo controle apresentou pequeno aumento. Com relação a IG, foi observada redução significativa no grupo teste após 3 e 6 meses (p<0,001) e um pequeno aumento no grupo controle. Houve diferença significativa entre os dois grupos, com relação a IP e IG aos 3 e 6 meses (p<0,05).

CONCLUSÃO: o uso coadjuvante de bochecho com solução a 18,6% de extrato de *Mikania glomerata Sprengel* promoveu benefícios adicionais na redução de placa e gengivite em relação ao grupo controle. (Apoio: FAPESP - 06/60229-8)

PNf259 Avaliação da rugosidade da superfície radicular após diferentes tipos de tratamento

Santos FR*, Deliberador TM, Sousa AM, Yamashita C, Zielak JC, Anele JA, Papalexiou V
Mestrado Em Odontologia - CENTRO UNIVERSITÁRIO POSITIVO.
E-mail: fsrychuv@terra.com.br

O objetivo: Avaliar comparativamente a rugosidade da superfície radicular após o uso de três tipos de tratamento indicados para a raspagem e alisamento radicular. Material e Método: Foram utilizados setenta e cinco dentes unidiculares extraídos devido ao comprometimento periodontal. Os dentes foram divididos em três grupos (n = 25) e tratados com raspagem e alisamento radicular: Grupo 1 - somente com cureta de Gracey, Grupo 2 - com cureta de Gracey associada à cureta diamantada e Grupo 3 - com cureta de Gracey associada ao gel de EDTA 24%. Para a verificação da rugosidade superficial foi utilizado um rugosímetro e foram avaliadas a média da rugosidade superficial (Ra) e diferença entre o pico mais alto e a depressão mais baixa no comprimento considerado (Rt). Os dados foram submetidos à análise estatística (ANOVA fator único com nível global de significância de 5%). Resultados: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em nenhuma das variáveis avaliadas entre os grupos. As médias de rugosidade encontradas foram: Ra - Grupo 1: 1,81, Grupo 2: 1,96 e Grupo 3: 1,74. Para Rt, as médias foram: Grupo 1: 14,29, Grupo 2: 14,42 e Grupo 3: 12,60 (todos os valores expressos em μ m).

Dentro dos limites do presente estudo, pode-se concluir que a rugosidade da superfície radicular, após raspagem e alisamento, foi similar entre os três tipos de tratamento avaliados.

PNf260 Detecção de bactérias periodontopatogênicas cultiváveis e não cultiváveis em placas ateromatosas

Aquino ARL*, Lima KC, Siqueira-Jr. JF, Barreto AO, Aquino LMM
Odontologia - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE.
E-mail: anarafaella.luz@terra.com.br

Atualmente, infecções crônicas como as periodontais têm sido associadas à aterosclerose. Assim a proposição deste estudo foi detectar bactérias periodontopatogênicas cultiváveis e não cultiváveis em placas ateromatosas; buscar fatores associados à presença delas nas placas ateromatosas e caracterizar a presença de bactérias cultiváveis e não cultiváveis. Foi realizado um estudo seccional, contendo amostra de 30 pacientes que apresentaram o diagnóstico de aterosclerose nas artérias carótidas, coronarianas ou femorais, tratados através dos procedimentos de angioplastia, bypass ou endarterectomia. As placas foram coletadas durante as cirurgias e analisadas através da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para a presença de DNA das bactérias periodontais cultiváveis *A. P. gingivalis* e *T. denticola* e o fílotipo não-cultivável *Synergistes*. Os pacientes foram examinados no leito da enfermaria onde realizou-se exame periodontal e entrevista. Todos os pacientes dentados (66,7%) possuíam doença periodontal. Nenhuma bactéria periodontopatogênica pesquisada foi encontrada nos ateromas. No entanto, em 4 amostras (13,3%) foram encontradas DNA bacteriano. Destas, três pacientes eram dentados todos com periodontite crônica.

As bactérias estudadas não foram encontradas nas placas ateromatosas, mas a detecção das amostras positivas abre caminhos para que outros patógenos periodontais, ou não, sejam estudados para elucidar definitivamente a associação ou não entre doença periodontal e/ou outras infecções e aterosclerose através da presença destas bactérias nos ateromas.

PNf261 Análise da associação de polimorfismo da MMP-1 e níveis de transcrição com as doenças periodontal e renal crônica na população brasileira

Luczyszyn SM*, Braosi APR, Dirschnabel AJ, Trevilatto PC, Souza CM, Garlet GP, Pecoito-Filho R, Papalexiou V
CcbS - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.
E-mail: sonia.luczyszyn@pucpr.br

A doença periodontal (DP) é uma doença infecciosa onde bactérias ativam mecanismos inflamatórios que destroem a matriz extracelular (MEC) dos tecidos periodontais. A doença renal crônica (DRC) é uma doença inflamatória na qual há destruição dos néfrons. Pacientes renais apresentam maior prevalência de DP, que é considerada uma das complicações da DRC. As bactérias são essenciais para iniciar a DP, mas, polimorfismos genéticos amplificam mecanismos de progressão e severidade da DP. Há polimorfismos que promovem destruição por ação de metaloproteases da matriz (MMPs). A MMP-1 participa da remodelação da MEC e o desequilíbrio entre sua síntese/degradação pode resultar na destruição tecidual. Níveis altos de MMP-1 foram vistos no fluido e tecido gengival de pacientes com DP, e no sangue e em tecidos de pacientes com DRC. A expressão excessiva das MMPs foi associada a complicações da DRC e à progressão da DP. O polimorfismo MMP1-1607 é funcional porque altera a taxa de expressão da MMP-1. Este trabalho investigou a associação entre polimorfismo MMP-1 (1G/2G) e a suscetibilidade à DP e a DRC, bem como comparou o nível de transcritos entre os grupos. 254 indivíduos foram divididos em: Grupo 1, indivíduos sem DP/sem DRC (n=67); Grupo 2, com DP/sem DRC (n=60); Grupo 3, sem DP e com DRC/hemodíalise (n=52); Grupo 4, com DP e com DRC/hemodíalise (n=75). O polimorfismo foi analisado por PCR/RFLP. Análise dos transcritos gênicos foi feita por PCR/tempo real.

O polimorfismo MMP1-1607 não foi associado à DP ou à DRC. Níveis de transcritos do gene MMP1 mostraram-se aumentados nos grupos com DP. (Apoio: CNPq - 475770/2004-8)

PNf262 Efeito da obesidade na progressão de perda de inserção periodontal: estudo prospectivo de base populacional de 5 anos

Rosing CK*, Gaio EJ, Costa RSA, Haas AN, Albandar J, Oppermann RV, Susin C
Odontologia Conservadora - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.
E-mail: ckrosing@hotmail.com

Existe escassez de evidências provenientes de estudos longitudinais de qualidade que suportem uma associação entre obesidade e doença periodontal. O objetivo do presente estudo foi investigar o efeito da obesidade na progressão de perda de inserção periodontal (PI) em um período de 5 anos. Uma amostra representativa de 1465 indivíduos dentados da região metropolitana de Porto Alegre foi constituída em 2001. Destes, 552 indivíduos (236 homens e 316 mulheres), com idade de 19-65 anos, não-diabéticos e com pelo menos 6 dentes presentes foram re-avaliados em 2006. O índice de massa corporal (IMC) foi usado para determinar sobrepeso e obesidade. Indivíduos com baixo peso (IMC <18,5kg/m²) foram excluídos da análise. Indivíduos apresentando \geq 4 dentes com progressão de PI \geq 3mm ao longo dos 5 anos foram classificados como casos de progressão de doença. Modelos lineares multivariados foram usados para calcular o risco relativo (RR). Mulheres obesas apresentaram ocorrência significativamente maior de progressão de PI do que mulheres de peso normal (47,1% vs. 35,4%, p<0,001). Na análise multivariada, mulheres obesas tiveram 60% maior risco de apresentarem progressão de PI do que mulheres com peso normal após ajuste para idade, nível socioeconômico, educação, fumo e visitas ao dentista (RR=1,60, p=0,02). Mulheres com sobrepeso e homens obesos/sobrepeso não tiveram risco significativamente aumentado de apresentarem progressão de doença periodontal.

Pode-se concluir que obesidade aumenta o risco de progressão de PI em mulheres. (Apoio: CNPq)

PNf263 Análise de metilação no promotor do gene P53 em células bucais de indivíduos com periodontite crônica- Estudo Piloto

Oliveira NFP*, Damm GR, Andia DC, Souza AP
Biologia Buco- Dental - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
E-mail: naila_francis@yahoo.com.br

Trabalhos têm mostrado uma associação entre a periodontite e câncer bucal. Sabe-se que os genes supressores tumorais podem participar na evolução do câncer, e que os mecanismos envolvidos incluem a hipermetilação do DNA. Metilação de DNA é um mecanismo epigenético, que apresenta várias funções no genoma, entre elas a de regular a expressão gênica, sendo que a presença de metilação leva à diminuição ou até repressão gênica. Dentre os genes supressores tumorais, o P53 tem um papel crítico no ciclo celular, apoptose e senescência celular. Em adição, o fumo leva a um aumento da destruição do periodonto e também está associado à diversos tipos de câncer, inclusive câncer bucal. Assim, nosso objetivo foi estudar o padrão de metilação na região promotora do gene P53 em células bucais de indivíduos fumantes e não fumantes com periodontite crônica, a fim de associar o padrão de metilação nessas células com a periodontite. DNA foi extraído de células da mucosa bucal e tecido gengival de indivíduos saudáveis e com periodontite crônica fumantes e não fumantes. Posteriormente, o DNA foi digerido com a enzima de restrição sensível à metilação HpaII. Após a digestão, as amostras foram amplificadas por PCR e visualizadas em gel de poliacrilamida corado com SYBR Gold. A análise estatística pelo χ^2 não revelou diferenças entre os grupos, sendo que todos eles apresentaram hipermetilação na posição -246 da região promotora do gene P53.

Conclui-se que possivelmente essa região não seja importante para o controle da expressão gênica, pois a hipermetilação também foi encontrada no grupo de indivíduos saudáveis. (Apoio: CNPq - 141592/2007-9)

PNf264 Reparo do enxerto gengival livre: efeitos do cigarro

Silva CO*, Ribeiro EP, Archangelo CM, Martin-Junior M, Corrêa GO, Marson FC, Cintra LTA, Sallum AW
Odontologia - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ.
E-mail: sonvercle@yahoo.com.br

Este estudo clínico buscou avaliar a influência do consumo de cigarros sobre o reparo do enxerto gengival livre (EGL), acessando as alterações das dimensões do EGL e o reparo da área doadora do enxerto. Doze pacientes não-fumantes e dez fumantes foram submetidos ao EGL para aumentar as dimensões do tecido queratinizado devido à ausência de gengiva inserida associada à deficiência de higiene oral, inserção alta de freio ou recessão gengival. Profundidade de sondagem (PS), recessão gengival (RG), nível clínico de inserção (NCl), altura do tecido queratinizado (TQ), espessura gengival (EG) e dimensões do EGL (altura, largura e área) foram avaliados antes da cirurgia e 7, 15, 30, 60 e 90 dias pós-operatórios. A área doadora do palato foi avaliada para sangramento imediato (SI) e completa epitelização da ferida (CE). Nos pós-operatório, as dimensões do EGL mudaram significativamente. Aos 90 dias, altura, largura e área do EGL foram respectivamente reduzidas em 31%, 22% e 44% nos não-fumantes e em 44%, 25% e 58% nos fumantes, sem diferença significativa entre os dois grupos. TQ aumentou em ambos os grupos (5,5mm e 4,1mm em não-fumantes e fumantes, respectivamente). SI foi significativamente mais prevalente em não-fumantes (75%) do que em fumantes (30%) (p=0,04, teste Chi-quadrado). Aos 15 dias pós-operatórios, a CE da área doadora foi muito mais prevalente em não-fumantes (92%) do que em fumantes (20%) (p<0,002, teste Chi-quadrado).

O cigarro altera o reparo da área doadora do EGL, reduzindo o sangramento imediato e atrasando a epitelização, sem efeitos discerníveis no enxerto em si. (Apoio: CAPES - BEX 0573 / 06-0)

PNf265 Efeito do consumo de álcool na progressão de perda de inserção periodontal: estudo prospectivo de base populacional de 5 anos

Haas AN*, Wagner MC, Oppermann RV, Albandar J, Susin C
Doc - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.
E-mail: alexnhaas@gmail.com

Existem evidências conflitantes sobre a associação entre consumo de álcool e doença periodontal. O objetivo do presente estudo foi investigar o impacto do consumo de álcool na progressão de perda de inserção periodontal (PI) após 5 anos. Uma amostragem probabilística múltiplo-estágio foi usada para selecionar uma amostra representativa da região metropolitana de Porto Alegre em 2001. 561 indivíduos (238 homens e 323 mulheres), de 19-65 anos de idade, com pelo menos 6 dentes presentes foram re-avaliados em 2006. Participantes foram questionados sobre o número usual de doses de bebida consumidas por semana. Fórmulas padrão foram utilizadas para calcular a quantidade de álcool puro consumido por dia em gramas. Indivíduos bebedores foram categorizados em ocasionais (<3g/dia) e regulares (≥ 3g/dia). Indivíduos com ≥ 4 dentes com progressão de PI ≥3mm ao longo dos 5 anos foram classificados como casos de progressão de doença. Modelos lineares multivariados foram usados para calcular o risco relativo (RR). Homens bebedores regulares tiveram risco aumentado de progressão de PI comparados a indivíduos que nunca beberam. Após ajuste para importantes co-fatores, bebedores regulares apresentaram risco 1% maior a cada grama/dia de consumo de álcool puro (RR: 1,01; p<0,05), o que equivale a um aumento de 5-7% no risco de progressão a cada dose/dia. Homens bebedores ocasionais não tiveram maior risco de progressão de doença. Nenhuma associação foi observada para mulheres.

Podese concluir que o consumo de álcool aumentou o risco de progressão de PI em homens bebedores regulares. (Apoio: CAPES)

PNf266 Efeito do subgalato de bismuto nas feridas da mucosa palatina. Estudo histométrico da população de mastócitos em ratos

Nogiri-Filho I*, Kim SH, Hepp V, Tramontina VA, Papalexio V, Luczyszyn SM
Odontologia - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.
E-mail: dr_italo@hotmail.com

O propósito deste estudo foi avaliar a resposta inflamatória, através da contagem de mastócitos, de feridas em contato com o subgalato de bismuto e com soro fisiológico. Foram selecionados 50 ratos da raça Wistar e realizadas feridas padronizadas com punch de 3,0 mm na região central do palato. Os animais foram divididos em dois grupos: 1 e 2. No grupo 1 foi aplicada a solução fisiológica e no grupo 2 foi aplicado o composto de subgalato de bismuto. Nos períodos de 3, 7, 15, 30 e 60 dias foram mortos 5 animais de cada grupo e as amostras teciduais foram removidas. De cada peça foram obtidos seis cortes histológicos no centro da ferida e coradas com azul de toluidina a 0.2% por 30 segundos para avaliação histológica. Utilizou-se a média do número de mastócitos para a comparação entre os tempos e entre os grupos. No período de 3 dias, ambos os grupos reduziram o número médio de mastócitos (G1=7.40 e G2=9.40). No período de 7 dias existiu diferença estatisticamente significativa entre os grupos, pois p<0.05 (G1=10.80 e G2=15.40). No período de 15 dias o número médio de mastócitos foi de 12.60 para o grupo 1 e de 13.20 para o grupo 2. No período de 30 dias ambos os grupos apresentaram número médio de mastócitos de 16.40. Para o período de 60 dias o grupo 1 apresentou número médio de mastócitos de 21.80 e o grupo 2 de 20.80.

Não houve diferenças histológicas relevantes com relação ao número médio de mastócitos entre as feridas. A reação inflamatória analisada pela contagem do número médio de mastócitos demonstrou características semelhantes comparando-se os tempos analisados entre os grupos.

PNf267 Risk factors associated to preterm labour in pregnant Brazilian women

Saba AK, Santos-Pereira SA*, Saba-Chujfi E
Periodontia - FACULDADE DE ODONTOLOGIA SÃO LEOPOLDO MANDIC.
E-mail: esaba7@gmail.com

One hundred and eighteen pregnant women were investigated in a cross-sectional study at university hospital. Sixty-four women in preterm labour (PTL) and 54 in term labour (TL). Of these, 44 had preterm birth (PTB) and 74 term birth (TB), of which 20, had PTL successfully inhibited by tocolytics. A periodontal examination was carried out to identify the presence of chronic periodontitis (CP) (probing pocket depth, clinical attachment loss, bleeding on probing, gingival redness, and the presence of dental plaque). A blood aliquot (5ml) was collected from the pregnant women and measured for C-reactive protein (CRP) and 60kDa heat shock protein (HSP60) seric levels. The CRP quantification was performed by nephelometry and HSP60 was done by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) technique. The multivariate logistic regression analysis (stepwise) identified factors associated to preterm labour (PTL) and preterm birth (PTB). Results: PTL was associated to CP (OR: 5.1 IC: 95% 2.1-12.5), white ethnicity (OR: 2.6 IC: 95% 1.0-6.4), less than 6 prenatal appointments (OR: 6.5 IC: 95% 2.3-18.2) and PTB was associated to CP (OR: 4.1 IC: 95% 1.7-9.9), white ethnicity (OR: 3.2 IC: 95% 1.2-8.4) and less than 6 prenatal appointments (OR: 3.7 IC: 95% 1.5-9.2). There was no association for age, parity, school degree, marital status, CRP ≥ 0.5mg/dL and HSP60 ≥ 3.125ng/mL, in this sample.

The CP is an important factor of risk for prematurity in pregnant Brazilian women. The HSP60 and the CRP did not reveal any modification in preterm mothers.

PNf268 Avaliação do consumo crônico do etanol 20% e deficiência estrogênica em ratas na modulação periodontal

Alonso JMS*, Souza DM, Werkman C, Rocha RF
Biotécnicas e Diagnóstico Bucal - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
E-mail: jumadureira@uol.com.br

O periodonto possui atividade de remodelação óssea sujeita a fatores externos com capacidade de alteração do processo saúde-doença. Indicadores de risco como deficiência estrogênica e alcoolismo constituem importantes componentes individuais a serem considerados para a prevenção, tratamento e manutenção da doença periodontal. Este estudo objetivou analisar, para ratas Wistar, a influência do consumo crônico do etanol a 20% associado à deficiência estrogênica quanto ao nível inserção e nível ósseo alveolar. Foram utilizadas trinta ratas, com aproximadamente noventa dias, divididas em três grupos: (C) dieta controle, (A) dieta de solução alcoólica 20% e (I) solução isocalórica ao etanol 20%. Todos os grupos foram divididos em subgrupos: 1 e 2 correlacionados com a cirurgia ou a simulação cirúrgica de ovariectomia. Após trinta dias da castração, iniciou-se a dieta experimental por 56 dias. Os animais foram sacrificados e a região interproximal entre primeiro e segundo molares inferiores esquerdos foi mensurada, considerando a distância entre a junção cimento-esmalte à crista óssea alveolar e entre junção cimento-esmalte e porção apical do epitélio junctional. A análise estatística (ANOVA, nível de significância de 5%) evidenciou perda óssea significativa (p<0,05) entre os grupos A1 e C1; A1 e C2; A2 e C2, contudo não foram observadas diferenças significativas quando a inserção clínica foi considerada.

Concluiu-se que o consumo crônico do etanol associado ou não à deficiência estrogênica foi significativo para perda óssea alveolar em ratas.

PNf269 Prevalência e distribuição de sorotipos de *A. actinomycetemcomitans* em indivíduos com periodontite crônica

Roman-Torres CVG*, Aquino DR, Cortelli SC, Franco GCN, Santos JG, Corraini P, Holzhausen M, Cortelli JR
Periodontia - UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ.
E-mail: ca.torres@uol.com.br

Poucos estudos na população brasileira relacionam *A. actinomycetemcomitans* (A.a) com periodontite crônica (PC) tanto em relação a prevalência deste microrganismo quanto pela distribuição de antígenos sorotipos-específicos (ASE). Este estudo objetivou avaliar a prevalência de A.a e a distribuição de ASE em 486 indivíduos com PC. Exames clínicos para estabelecimento do diagnóstico incluíram: Profundidade de sondagem, nível clínico de inserção, índice de placa e gengival realizados por um único examinador calibrado. Amostras subgengivais foram coletadas e processadas por PCR. Dos 486 examinados, A.a foi isolado em 85 (17.5%) indivíduos. Destes, 68 (80%) estavam infectados por 1 único sorotipo, 7 (8.24%) infectados por mais de um sorotipo, e 10 (11.76%) indivíduos tiveram amostras não sorotipadas. Sorotipos d e f não foram detectados. O sorotipo c foi o mais prevalente (52.9%) seguido do sorotipo a (31.8%) (p<0.05 - Teste Qui-quadrado). Análise intra-grupo mostrou que nos indivíduos com PC de leve-moderada ambos sorotipos c e a foram mais prevalentes (p<0,05 - Teste Qui-quadrado) do que os sorotipos b, d, e e f. Em relação a PC severa o sorotipo c foi significativamente (p<0,05 - Teste Qui-quadrado) mais prevalente que os sorotipos a e b e estes mais prevalentes que os sorotipos d, e e f.

Concluiu-se que a prevalência de A.a na PC esteve em concordância com a de outras populações e diferentemente de outros estudos o sorotipo c esteve relacionado com a maior frequência e gravidade da doença.

Atenção: Os conteúdos apresentados nos trabalhos bem como a redação empregada para expressá-los são de inteira responsabilidade de seus autores. O texto final de cada resumo está apresentado da mesma forma com que foi submetido pelos autores à SBPqO.

Abandono do Hábito de FumarPNb250	Adesivos DentináriosPlc009, Pla079, Pla089, Pla097, Pla103, Pla108, Plb083, Plb089, Plb100, Plb101, Plb108, Plc098, Plc099, Plc102, Plc107, Plc108, Pld077, Pld083, Pld092, Pld102, Pld104, Pld106, Ple025, Ple079, Ple082, Ple084, Ple086, Ple091, Ple092, Ple093, Ple095, Ple097, Ple104, Pif081, Pif092, Pif094, Pif096, Pif101, Pif103, Pif107, PNa097, PNa119, PNa132, PNa141, PNa148, PNa150, PNa162, PNa171, PNa189, PNa096, PNb108, PNb123, PNb127, PNb131, PNb133, PNb136, PNb145, PNb148, PNb153, PNb164, PNb165, PNb169, PNb172, PNb174, Pnc057, Pnc059, Pnc094, Pnc117, Pnc121, Pnc123, Pnc125, Pnc127, Pnc138, Pnc141, Pnc148, Pnc151, Pnc155, Pnc156, Pnc158, Pnc163, Pnc172, Pnc105, Pnd118, Pnd121, Pnd131, Pnd133, Pnd140, Pnd141, Pnd142, Pnd144, Pnd158, Pnd162, Pnd163, Pnd168, Pnd175, Pnd176, Pnd177, Pnc119, Pnc121, Pnc123, Pnc140, Pnc142, Pnc145, Pnc150, Pnc152, Pnc154, Pnc174, Pnc175, Pnc127, Pnc132, Pnc135, Pnc138, Pnc139, Pnc140, Pnc149, Pnc150, Pnc159, Pnc162, Pnc163, Pnc177	Agentes AntibacterianosPlc044, Pld035, PNa269, Pnc043, Pnc051, Pnc084, Pnd056, Pnd070, Pnd114 Pla085, Pif111, PNa036, PNa140, PNa157, PNb056, Pnc149
Abandono do Uso de Tabaco . . . . .	.Plb145	Agentes Corantes . . . . .	.Ple090, Pif037, PNb039, PNb066, PNb071, Pnc073, Pnd047, Pnc217, Pnc064
Abastecimento de Água . . . . .	.Pld100, Pif030, Pif060, Pnc065, Pnc079	Agentes de Controle de Microorganismos . . . . .	.Ple090, Pif037, PNb039, PNb066, PNb071, Pnc073, Pnd047, Pnc217, Pnc064
Abrasão Dentária . . . . .	.HA020, Pif064, PNb146, Pnd152	Agentes Hematológicos . . . . .	.Pnc266
Abrasão Química . . . . .	.Pnc130	Agentes Indutores da Angiogênese . . . . .	.HA003, Pld144, Pif013, Pnc033
Abscesso Periapical . . . . .	.HA012	Aglulhas . . . . .	.Pnc191
Absorção . . . . .	.Plb083, Plc078, PNb138	Ajuste de Prótese . . . . .	.Pnc180
Absorção Atômica . . . . .	.Pnd057	Ajuste Oclusal . . . . .	.Pnc180
Aceleração . . . . .	.Pnc226	Alcoolismo . . . . .	.Ple131, Pif053, Pnc268
Acesso aos Serviços de Saúde . . . . .	.Pla003, Pla050, PNb106, Pnc087, Pnc088	Aleitamento Materno . . . . .	.Plc073, Pld063, PNa096, PNa101, PNb063, PNb081, Pnc097, Pnc096, Pnc093, Pnc102, Pnc110
Acetazolamida . . . . .	.Ple022	Alendronato . . . . .	.Pla032, Plb141, Plc138, Pnd229, Pnd246
Acidente Cerebral Vascular . . . . .	.Pnd266	Alergia e Imunologia . . . . .	.FC001, Pla041, PNb055, Pnc039
Acidentes de Trabalho . . . . .	.Plc033	alfa-Amilase . . . . .	.Pib041, Pld041, Pld133
Acidentes Domésticos . . . . .	.Pnc099	Alginatos . . . . .	.Pla091, Pla115, Pif032, Pnc128
Ácido Acético . . . . .	.Pib024	Alimentação Artificial . . . . .	.Pld060
Ácido Ascórbico . . . . .	.PNa084	Alimentação Escolar . . . . .	.PO002
Ácido Cítrico . . . . .	.Plc027, Ple023	Alimentos de Soja . . . . .	.FC008
Ácido Peracético . . . . .	.Pla082, Pif037, Pnd072	Aloe . . . . .	.Pnc253
Ácido Poliglicólico . . . . .	.Pnc247	Alopatia . . . . .	.Pld043
Aço Inoxidável . . . . .	.Plc010	Alterações na Temperatura Corporal . . . . .	.PNb179
Acrocefalossindactilia . . . . .	.Pif146	Alvéolo Dental . . . . .	.HA007, Plc137, Pif136, PNa228, PNb228, Pnc067, Pnc082
<i>Actinobacillus</i>		Amálgama Dentário . . . . .	.Pla080, Pla084, Plc106	
<i>actinomycetemcomitans</i> . . . . .	.HA027, PO001, Pnc259, Pnc269	Ambiente de Trabalho . . . . .	.Pnc090
Açúcar . . . . .	.Pla076, Plb067, Pnc101	Ameloblastos . . . . .	.PNa214
Acupuntura . . . . .	.PNb185, Pnc091	Amelogênese Imperfeita . . . . .	.Pnc208
Adaptação . . . . .	.HA024, Pnc037, Pnc196, Pnc205	American Cancer Society . . . . .	.Pld140, Pif135
Adaptação Marginal (Odontologia) . . . . .	.Plb080, Plb110, Plc120, Ple077, Pif025, Pif079, Pif119, PNa102, PNa158, PNa166, PNb121, Pnd050, Pnd160, Pnd174, Pnd202, Pnc246	Amostras de Água . . . . .	.Ple045
Adenoidectomia . . . . .	.Pnc095	Amoxicilina . . . . .	.PNa259, Pnd265
Adenoma Pleomorfo . . . . .	.Pla137, PNa230, Pnc230	Ampliação Radiográfica . . . . .	.Pnc219
Aderência Bacteriana . . . . .	.Pla035, Plb003, Pif036, PNb070, PNb159, Pnd014, Pnc025, Pnc143	Anabolizantes . . . . .	.Pnc009
Aderência Celular . . . . .	.Pnc188, Pnc204	Analgesia . . . . .	.Pld145, Pif144, PNb185, PNb254, Pnc078
Adesividade . . . . .	.Plc117, PNa176, PNb027, PNb042, Pnc041, Pnc044, Pnc149, Pnc128	Analgésicos . . . . .	.Pib044, Plc043
Adesivos . . . . .	.Pla007, Pla093, Pla094, Plb096, Plb100, Plc065, Pld032, Pld088, Pld089, Pld094, Pld107, Pif086, PNa136, PNa154, PNb156, Pnc010, Pnc134, Pnc146, Pnd136, Pnd140, Pnc124, Pnc127, Pnc139, Pnc141, Pnc170	Análise da Água . . . . .	.Pif060
Administração de Recursos Humanos em Saúde . . . . .	.Pla050	Análise de Elemento Finito . . . . .	.HA016, Pla121, Plb115, Plb120, Plc120, Pld120, Pif120, PNa187, PNb242, Pnc157, Pnc189, Pnd118
Administração Sistêmica . . . . .	.Plb141			
Adoçantes Dietéticos . . . . .	.Pnc081, Pnc061			
Adolescente . . . . .	.Pla072, Plb057, Pld053, PNa081, PNb093, Pnd110, Pnc222			

	PNd203, PNe008, PNe167, PNe240, PNe247, PNF175, PNF246		PNC015, PNF006, PNF021, PNF024		PIO009, PIf049, PNC017, PNd175
Análise do Estresse Dentário	.PNa175, PNF194	Aparelhos Ortodônticos Funcionais	.PNa032, PNB031, PNd024, PNe031, PNF031	Avaliação de Desempenho	.PE015, PE017, PNe035
Análise Espectral Raman	.Pld086, PNe168	Aparelhos Ortodônticos Removíveis	.Plb010, PNa021, PNe010	Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções	.Plc014
Análise Ética	.PE012			Avaliação de Medicamentos	.PNb083
Análise Microbiológica	.HA006, HA024, Pla022, Plc121, Plc149, PNa010, PNa034, PNa264, PNe018, PNe063, PNe104	Aparelhos Ortopédicos	.Pla010, Ple011, PNa029, PNB015, PNC022, PNC031, PNe013, PNe030	Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde)	.PNf179
		Ápice Dentário	.PIf024, PNa042, PNa216	Avaliação de Recursos Humanos em Saúde	.PNC093
Análise Numérica Assistida por Computador	.Pld083, PNd189	Aplicação de Novas Drogas em Teste	.Plc042	Avaliação de Resultado de Intervenções Terapêuticas	.Plc014
Análise Quantitativa	.Pld013	Apnéia do Sono Tipo Obstrutiva	.PNb216	Avaliação de Serviços de Saúde	.Plb053, PNe035, PNF084
Análise Química	.Pla020, Plb099, PNa050, PNC130, PNF172	Apoptose	.PNC232		.Plc058
		Aprendizagem	.PE005	Avanço Mandibular	.PNd024, PNe021
Análise Transversal	.Ple072, PNC030	Aprendizagem Baseada em Problemas	.PE020	Avulsão Dentária	.HA013, PIO003, Pla025, Pld004, Pld023, Pld068, Ple022, PNB041, PNC012, PNC089
Anatomia	.PE042, PIO001, Pld001, Ple018, PNC029, PNC183, PNd001, PNd032, PNe102	Arcada Ósseo-Dentária	.PO008	Azóis	.PNC198
Anatomia Veterinária	.Plc019	Arco Dental	.PNb017, PNF016	Azul de Metileno	.Ple033, PNB074, PNd210
Anemia de Fanconi	.PNe211	Áreas Proibidas ao Tabagismo	.PNd092		
Anemia Falciforme	.Plc054, Ple002, Ple072, PNd219	Armazenamento de Substâncias, Produtos e Materiais	.Plc089	Bactérias	.Plb026, Plb037, Plc039, Ple111, PIf029, PIf035, PIf038, PIf075, PNa262, PNB035, PNB262, PNC066, PNC263, PNd054, PNe049, PNe076, PNF044
Anestesia	.Plc001	<i>Arnica montana</i> (Homeopatia)	.Pla045, PNa151	Bactérias Anaeróbias	.Plc018, Ple024, PNC051
Anestesia Dentária	.PIO001, PNC083	Artérias Carótidas	.PIf132	Bactericidas	.PNd071
Anestesia Local	.PNb052, PNd081, PNe083	Articulação Temporomandibular	.PIO011, Pla111, Pld001, Ple002, Ple074, Ple110, PIf110, PNa182, PNa184, PNB183, PNB215, PNB221, PNC003, PNC183, PNC185, PNC211, PNC221, PNd183, PNd184, PNd216, PNe182, PNe184, PNe201, PNF012, PNF185	Bacteriófagos	.PNf058
Anestésicos	.Plb045, Plc045			Bancos de Ossos	.PNa247, PNa248, PNC246
Anestésicos Locais	.PIO004, Plc045, Plc046, PIf044, PNe081, PNF081	Articuladores Dentários	.Plc111, Plc112	Bandagens	.PNd020
Anesthesiologia	.Plc045, PIf044, PNF081	Artrite Reumatóide	.PNb252	Base de Dados	.PNf207
Angiofibroma	.PIf124	Asma	.Ple044, PIf043	Base do Crânio	.PNe011
Angiopoiéticas	.PNb231	Assimetria Facial	.PNd027, PNe023	Bases de Dentadura	.PNa203
Animais	.Pld147, PNC262	Assistência a Idosos	.Ple134, PNB037, PNC226, PNF224	Bebidas	.Pla114, Plb090, Pld076, Pld079, Pld080, PNC174
Anorexia Nervosa	.FC007	Assistência à Saúde	.Ple128	Bebidas Alcoólicas	.PNf001, PNF265
Anormalidades Congênitas	.PNb217, PNd003	Assistência Odontológica	.Plc068, PNe170	Bebidas Gasosas	.Pld093, PIf108, PNF131
Anormalidades Craniofaciais	.Plb002	Assistência Odontológica Integral	.PNd089		
Anormalidades Dentárias	.Pla061, PNd013	Assistência Odontológica para Crianças	.PO010, Plc064, Ple044, PNa099, PNB106, PNB113, PNC116, PNd096, PNe087, PNF097	beta-Defensinas	.PNf256
Anormalidades Maxilofaciais	.Plb002, Plc133, Ple010, PNe099, PNF095			Betametasona	.PIf148
		Assistência Odontológica para Pacientes Especiais	.PNb097	Bibliometria	.PNf103
Anquilose Dental	.PIf065	Assistência Odontológica para Idosos	.Plb151, Pld134, Ple134	Bicarbonato de Sódio	.Plc091, PNa083
Ansiedade	.Plb054, PNF078, PNF208	Assistência Odontológica para Pessoas Portadoras de Deficiências	.PNe090	Bioética	.PE024, Plc051, PIf050, PNC091, PNe089
		Ataque Ácido Dentário	.PNC119, PNC167	Biofilmes	.HA010, HA030, FC006, Pla035, Plb046, Plc038, Plc074, Plc076, Pld044, Pld059, Pld141, Ple036, PIf139, PIf140, PNa019, PNa072, PNa075, PNa193, PNB034, PNB065, PNB070, PNB074, PNB191, PNC073, PNd125, PNd130, PNd197, PNe052, PNe065, PNe131, PNe193, PNF025, PNF071, PNF075, PNF143, PNF201
Ansiedade ao Tratamento Odontológico	.Plb129, Ple073, PIf045, PIf055, PIf073, PNa086, PNa116, PNC090, PNC092, PNd084, PNe091	Atenção à Saúde	.PO003, PNB087	Biologia do Desenvolvimento	.PNd003
		Atenção Primária à Saúde	.PE023, PE030, Plb052, Plb053, Plb074, Plc057, Pld125, Ple051, PNa224, PNF084	Biologia Molecular	.Pla063, Plc041, PNa002, PNB103, PNC235, PNe015, PNF014, PNF028, PNF045
Antibiose	.PNb039				
Antibioticoprofilaxia	.Ple043	Atenolol	.PNe082		
Anticoncepcionais Orais		Aterosclerose	.PNf260		
Combinados	.PNb255	Atitude Frente a Saúde	.PNd091		
Anticorpos	.HA030	Atrito Dentário	.Plc053		
Anticorpos Anti-Hepatite B	.Pla146	Audiometria	.Plc005		
Anticorpos Anti-Hepatite C	.Pla146	Aumento do Reborde Alveolar	.PNa068		
Antidepressivos	.Plb126	Auto-Avaliação (Psicologia)	.Plc049, Pld134, PNa227, PNe225, PNF225		
Antiinfeciosos	.Plc123, Ple121		.Plc049		
Antiinfeciosos Locais	.PNb006	Auto-Imagem	.Plc049		
Antiinflamatórios	.Pla045, Plb044, PIf114, PIf144, PNB227	Automedicação	.PNd226, PNF082		
		Auxiliares de Odontologia	.Ple054		
Antimicrobóticos	.PNf211	Auxiliares de Saúde Comunitária	.Pla054, PIf046		
Antioxidantes	.Plb043, PIf041, PNa084, PNa161, PNe079, PNF141	Avaliação	.PE010, PE046,		
Anti-Sepsia	.Plb022				
Anti-Sépticos Bucais	.PNC252				
Aparelhos Ativadores	.PNb160, PNd166, PNF030, PNF108				
Aparelhos Ortodônticos	.PO001, PIf009, PNa013, PNa019, PNa024, PNB030,				

Cimentação	PI0012, Pla110, Pld109, Pld123, PNa122, PNa194, Pnb124, PNe136, PNe160, PNe203, PNF164, PNF192	Pld040, Ple143, PNa059, PNa260, PNC047, PNC241, PNC263, PNd233, PNF050	Saúde	.Pla084, Ple133	
Cimentos de Ionômeros de Vidro	Pla104, Plb084, Plb087, Plc069, Pld096, Ple086, Ple099, PIf093, PNa133, PNB065, PNB125, PNB152, PNB158, PNB159, PNC132, PNC166, PNd020, PNd125, PNd130, PNe106, PNe131, PNe148, PNe156, PNe176, PNF108, PNF143, PNF171	Citodiagnóstico PNB222 Citogenética Plc136 Citologia Plc125, PIf012, PNe019 Citomegalovírus PNa070 Citometria de Fluxo Pld152 Citotoxicidade Celular Anticorpo-Dependente PIf072 Citotoxicidade Imunológica PNa059, PNa203 Citratos Pld111 <i>Citrus paradisi</i> PNa113 Clareamento de Dente PNa010, Pla014, Pla030, Pla101, Plb032, Plb079, Plb096, Plb097, Plb099, Plb107, Plb109, Plc101, Plc104, Pld015, Pld042, Pld091, Pld098, Pld101, Ple096, Ple100, Ple105, Ple109, PIf082, PIf104, PIf106, PNa033, PNa045, PNa050, PNa128, PNa152, PNa154, PNa161, PNa163, PNa172, PNa173, PNa177, PNB048, PNB118, PNB135, PNB149, PNB150, PNB160, PNB171, PNB176, PNB214, PNC126, PNC137, PNC139, PNC153, PNC167, PNC168, PNC169, PNC176, PNC194, PNd077, PNd149, PNd154, PNd156, PNd161, PNd169, PNd171, PNe016, PNe020, PNe053, PNe117, PNe134, PNe149, PNe155, PNe157, PNe161, PNe164, PNF124, PNF147, PNF154, PNF157, PNF172, PNF174, PNF176, PNF179	Coelhos Pla004, PNF066, PNF067 Coifa PIf142, PNd201 Colagem Dentária Ple012, PNB016, PNB024, PNC009, PNC018, PNe016, PNe020, PNe028 Colágeno HA001, Plc103, Ple001, Ple066, Ple137, PNa232, PNC240, PNe140, PNe241 Colágeno Tipo I PNB241, PNe250 Coleta de Dados PNB004 Coleta de Tecidos e Órgãos PE024 Colo do Dente PNF154 Comitês de Ética em Pesquisa PNC091 Comparação Transcultural PNd030 Compensação e Reparação PNd004 Complicações do Diabetes PNF228 Complicações do Trabalho de Parto PNF267 Complicações Pós-Operatórias PNa244 Componentes Genômicos Ple042 Comportamento Pla066 Comportamento de Sucção PNC111, PNe096 Comportamento Infantil PNa116, PNC102 Comportamento Materno PNa098 Compostos de Flúor PNa153, PNB020 Comunicação Interdisciplinar PE011, Pld051 Condicionamento (Psicologia) PNa086 Condições Sociais Plb056, PNB088, PNB099 Côndilo Mandibular Pla005, PNC183, PNd183 Condução Óssea Pla141 Conduta de Saúde PNe103 Condutas na Prática dos Dentistas PE006, Pla047, Pld125, Ple101 Condutas na Prática dos Médicos Pla047 Congelamento PNB115 Conhecimento Plc012, Plc067, Pld049, Ple043, Ple055, PIf051, PNd006 Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde PNC089, PNe084, PNF086 Consumo de Água (Saúde Ambiental) Ple046 Contaminação Pla034, PIf117 Contaminação Biológica Plc035, Pld032 Contaminação de Equipamentos Ple032, PIf015 Controle de Infecções Plc032, Pld033, PIf088, PNB069, PNC019 Controle de Qualidade Pla026, Plb133, PNa220, PNe035 Controle de Ruídos PNa181 Conversão Análogo-Digital PNd215 Coração PNB207 Corantes de Alimentos Ple096 Corantes Fluorescentes Plb071 Coroa Dentária PNB186, PNe049 Coroas Pla120, PNe143, PNF202 Corrosão Plc086, PIf091, PNC130, PNe122 Corte Pld027, PNC146 Corticosteróides PE008, Pld145, PIf043 Cotina PNa082 Crânio PE041 Creches Pla028, PNa099 Creme Dental Pld044 Crescimento Pla041, PNa020, PNC022, PNC030, PNd019 Crescimento e Desenvolvimento Plc006, Ple070, PNa032, PNB031, PNe031, PNF031 Criança FC011, Pla070,		
Cimentos de Resina	FC005, Pla024, Pla086, Plb078, Plb093, Plc092, Plc102, Plc107, Plc118, Pld034, Pld077, Pld084, Pld086, Pld103, Ple081, PIf025, PIf084, PNa127, PNa138, PNa170, PNa174, PNa178, PNa179, PNa189, PNB121, PNB129, PNB131, PNB134, PNB137, PNB168, PNC035, PNC163, PNd123, PNd129, PNd137, PNd139, PNd147, PNd155, PNd214, PNe044, PNe057, PNe128, PNe158, PNe160, PNe178, PNF057, PNF123, PNF128, PNF136, PNF145, PNF158, PNF163, PNF166, PNF199				
Cimentos Dentários	Pla027, Pla105, Pla120, Plb094, Plc017, Plc023, Plc024, Plc080, Plc089, Plc098, Ple024, Ple090, Ple094, PIf017, PIf097, PNa046, PNa175, PNB124, PNB151, PNB153, PNB166, PNB174, PNC037, PNC038, PNC128, PNC151, PNd049, PNd124, PNd147, PNd204, PNe043, PNe143, PNe245, PNF122, PNF125	Classificação Pla012 Classificação de Doenças PE036 Climatério PNF184 Clínicas Odontológicas PE021, Plb038, Plc034, PIf047, PNF223 Clorexidina Pla023, Pla033, Plb015, Plb034, Plb039, Plb092, Plb148, Pld017, Pld034, Ple015, Ple026, PIf032, PIf103, PNa047, PNa053, PNa095, PNa110, PNa259, PNB120, PNB133, PNB165, PNC124, PNd016, PNd046, PNd142, PNd150, PNe015, PNe042, PNe048, PNe061, PNe140, PNe146, PNF014, PNF051, PNF109, PNF127 Cloro PNC041 Coagulação Sanguínea PNC255 Cobertura de Serviços Públicos de			
Circunferência Craniana	PNe216				
Cirurgia	PNb084, PNC014, PNd004, PNd038, PNd182, PNd221, PNe004, PNe244, PNd061, PNd088, PNd208				
Cirurgia Bariátrica	PNd061, PNd088, PNd208				
Cirurgia Bucal	Ple041, PNC005, PNe091, PNF010, PNF180, PNF248				
Cisto Dentífero	Pld139				
Cisto Radicular	Plb140, Pld139, PNa233, PNe046				
Cistos Odontogênicos	Plb005, Plb140, PIf039, PNd048, PNe046, PNF231				
Citocinas	FC004, Pla040, Plb020, Plc140,				

Dipirona . . . . .	.Plc043	Educação Pré-Escolar . . . . .	.Pif054, Pif067	PNe040, PNe042,
Diretrizes para o Planejamento em		Edulcorantes . . . . .	.Ple040	PNe045, PNe047,
Saúde . . . . .	.PNf089	Efeitos a Longo Prazo . . . . .	.PNe119	PNe051, PNe054,
Disco de Articulação		Efetividade . . . . .	.Pnc069	PNe076, PNe098,
Temporomandibular . . . . .	.PNa217	Elastômeros . . . . .	.Pld008, Pld011,	PNf033, PNf034,
Disfunção temporomandibular . . . . .	.Pnd181	. . . . .	.Ple115, Pif078,	PNf035, PNf036,
Disostose Mandibulofacial . . . . .	.PNe207	. . . . .	.PNf020	PNf037, PNf038,
Dispositivos para Expansão de		Elastômeros de Silicône . . . . .	.PNa118, PNa126,	PNf043, PNf045,
Tecidos . . . . .	.Ple142	. . . . .	.Pnc210	PNf046, PNf047,
Dispositivos para o Cuidado Bucal		Elementos Reguladores de		PNf048, PNf054,
Domiciliar . . . . .	.PNf106, PNf210	Transcrição . . . . .	.HA010	PNf057, PNf058,
Dissolução . . . . .	.Pib024, PNB053,	Eletoacupuntura . . . . .	.PNb078, PNd078	PNf089, PNf109,
. . . . .	.PNe055	Eletrodos Ion-Seletivos . . . . .	.Ple046	PNf124, PNf214
Distribuição Espacial da População . . . . .	.PO006	Eletróforese em Gel de		.FC004, Pib020,
Distúrbios da Fala . . . . .	.PNa012	Poliacrilamida . . . . .	.Pnd066	.Plc016, Plc021,
Distúrbios do Início e da Manutenção		Eletromiografia . . . . .	.Plc145, PNa111,	.Pnc047, PNd046,
do Sono . . . . .	.HA021	. . . . .	.PNb180, PNb181,	PNf044, PNf050
Docentes de Odontologia . . . . .	.PE014, PNa087	Eliminação de Resíduos de Serviços		Engenharia Tissular
Doença de Gaucher . . . . .	.PNe115	de Saúde . . . . .	.PNf091	.Pib149
Doença Enxerto-Hospedeiro . . . . .	.PNa235	ELISA . . . . .	.Pif128, PNf077	Ensaio Clínico
Doenças Cardiovasculares . . . . .	.Plc134	Embriologia . . . . .	.Pib136, PNd095	.PNb121, PNB250,
Doenças da Gengiva . . . . .	.Ple126, PNB210	Empresas de Água Potável . . . . .	.Ple045	.Pnc121, PNd156,
Doenças da Língua . . . . .	.Pla130	Encaixe de Precisão de Dentadura . . . . .	.Pnc195	.PNf251
Doenças das Glândulas Salivares . . . . .	.Pla126, Pla137,	Endocardite Bacteriana . . . . .	.Ple008	Ensaio Clínico Controlado
. . . . .	.Pif127	Endodontia . . . . .	.PE002, PE003,	.FC009
Doenças Hematológicas . . . . .	.PNe211	. . . . .	.PE004, Pla015,	Ensaio Clínico Controlado Aleatório
Doenças Periodontais . . . . .	.HA028, Ple151,	. . . . .	.Pla016, Pla017,	.HA006, Ple073,
. . . . .	.Pif145, Pif149,	. . . . .	.Pla018, Pla020,	.Pne105, PNf252,
. . . . .	.PNa261, Pnc233,	. . . . .	.Pla022, Pla024,	.PNf258
. . . . .	.Pnd249, Pnd260,	. . . . .	.Pla026, Pla039,	Ensaio Clínico Controlado
. . . . .	.Pnd266, PNe077,	. . . . .	.Pla060, Pib017,	Aleatórios como Assunto
. . . . .	.PNf255, PNf256,	. . . . .	.Pib019, Pib023,	.PNb030
. . . . .	.PNf257	. . . . .	.Pib024, Pib025,	Ensino
Doenças Profissionais . . . . .	.PNb069, PNB091	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.PE001, PE003,
Dor Facial . . . . .	.Ple139, PNa182,	. . . . .	.Pib102, Plc014,	.PE010, PE019,
. . . . .	.Pnd185, PNf078	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.PE020, PE025,
Dor Pós-Operatória . . . . .	.Pif144	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.PE027, PE031,
Dor Referida . . . . .	.PNf089	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.PE032, PE037,
Dosimetria . . . . .	.PNa221	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.Pib049, Pnc089
Doxiciclina . . . . .	.Pnd121	. . . . .	.Pib102, Plc014,	Enterobacter
Drogas Ilícitas . . . . .	.PNb085	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pla022
Dureza . . . . .	.Pib086, Plc082,	. . . . .	.Pib019, Plc021,	Enterobacteriaceae
. . . . .	.Pld080, Pld084,	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.Ple039, PNd073,
. . . . .	.Pif091, Pif104,	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.Pne071
. . . . .	.PNa178, PNB140,	. . . . .	.Pib102, Plc014,	Enterococcus faecalis
. . . . .	.PNb161, Pnc144,	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pib017, Pib022,
. . . . .	.Pnc147, Pnc190,	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.Pld022, Pld024,
. . . . .	.Pnd149, Pnd151,	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.PNa036, PNa073,
. . . . .	.Pnd165, Pnd174,	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.PNb034, Pnc058,
. . . . .	.PNe166, PNe168,	. . . . .	.Pib102, Plc014,	.Pnd042, Pnd055,
. . . . .	.PNe176, PNf108,	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pne032, PNe038,
. . . . .	.PNf119, PNf142	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.PNf052, PNf055,
Economia . . . . .	.PIO006	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.PNf056, PNf058,
Edema . . . . .	.Pla152	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.PNf070
Educação . . . . .	.PE016, PE044,	. . . . .	.Pib102, Plc014,	Envelhecimento
. . . . .	.Plc127, PNd091	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pif086, Pif134,
Educação a Distância . . . . .	.PE010, PE028,	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.PNa129, Pnc136,
. . . . .	.PE031	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.Pnd133, Pnd147,
Educação Continuada . . . . .	.PE029, PNd093	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.PNf148
Educação Continuada em		. . . . .	.Pib102, Plc014,	Enzimas
Odontologia . . . . .	.PE029	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.PNe080
Educação da População . . . . .	.Pnd091	. . . . .	.Pib019, Plc021,	Epidemiologia
Educação de Pacientes como		. . . . .	.Pib024, Pib025,	.HA028, PO006,
Assunto . . . . .	.Pla113	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.Pla021, Pla057,
Educação de Pós-Graduação . . . . .	.PE028	. . . . .	.Pib102, Plc014,	.Pla128, Pla148,
Educação de Pós-Graduação em		. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pib056, Pib062,
Odontologia . . . . .	.PE028, PNa087	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.Pib063, Pib150,
Educação em Odontologia . . . . .	.PE005, PE018,	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.Pib152, Plc047,
. . . . .	.PE026, PE038,	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.Plc055, Plc056,
. . . . .	.PE039, PE044,	. . . . .	.Pib102, Plc014,	.Pld055, Pld067,
. . . . .	.Pib049, PNa098,	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pld068, Pld105,
. . . . .	.Pnd109, Pnd213,	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.Ple059, Ple127,
. . . . .	.PNf088	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.Ple140, Pif003,
Educação em Saúde . . . . .	.PE030, PE033,	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.Pif056, Pif057,
. . . . .	.Pib074, Ple052,	. . . . .	.Pib102, Plc014,	.Pif126, Pif133,
. . . . .	.Pif054, PNf093	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pif145, PNa012,
Educação em Saúde Bucal . . . . .	.PE025, PO005,	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.PNa061, PNa088,
. . . . .	.PO012, PO015,	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.PNa108, PNa209,
. . . . .	.Pib066, Pld064,	. . . . .	.Pib027, Pib068,	.PNb012, PNb049,
. . . . .	.Ple058, Pnc096,	. . . . .	.Pib102, Plc014,	.PNb106, PNb109,
. . . . .	.Pnc110, Pnc116,	. . . . .	.Pib015, Plc018,	.PNb225, PNB264,
. . . . .	.PNe108	. . . . .	.Pib019, Plc021,	.Pnc085, Pnc103,
Educação Infantil . . . . .	.PNb085	. . . . .	.Pib024, Pib025,	.Pnc266, Pnd028,
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	.Pnd060, Pnd085,
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	.Pnd087, Pnd095,
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pnd225, PNe085,
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	.Pne169, PNe206,
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	.PNe266, PNf062,
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	.PNf085, PNf257
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	Epidemiologia Descritiva
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Pld066, Pif127,
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	.Pnd206
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	Epidemiologia dos Serviços
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	de Saúde
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	.PE035, Pib151,
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	.Plc068, Pif102,
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
. . . . .		. . . . .	.Pib019, Plc021,	
. . . . .		. . . . .	.Pib024, Pib025,	
. . . . .		. . . . .	.Pib027, Pib068,	
. . . . .		. . . . .	.Pib102, Plc014,	
. . . . .		. . . . .	.Pib015, Plc018,	
.				

	PNa207, PNb099	Espaços Confinados . . . . .	.PNb025	Expressão Gênica . . . . .	.PNa076
Epidemiologia e Bioestatística . . . . .	.PNe222	Espalhamento a Baixo Ângulo . . . . .	.PNe124	Extração Dentária . . . . .	.Pnc007, Pnc020, PNe072
Epidemiologia Experimental . . . . .	.Plb145	Espectrofotometria . . . . .	.Pla085, Pla092, Plb105, Plc082, PNa156, PNa164, PNd172, Pnf124, Pnf157, Pnf161	Extratos Vegetais . . . . .	.HA009, PNa073, PNe073, Pnf070, Pnf12
Epigênese Genética . . . . .	.PNa260			Face . . . . .	.Pla008, Plc008, Pld012, Pld013, Ple007, PNa008
Equilíbrio Musculoesquelético . . . . .	.PNb003	Espectrofotometria Infravermelho . . . . .	.Pla081, PNa139, PNd119	Facetas Dentárias . . . . .	.PNa187, PNd178
Equipamentos e Provisões . . . . .	.PNf038	Espectrofotômetros . . . . .	.PNb135, PNd145, Pnf174	Fadiga . . . . .	.Plc100, PNa249, Pnb046, Pnc206, PNd132, PNe039, PNe136, Pnf130
Equipamentos Odontológicos de Alta Rotação . . . . .	.Plb106, Ple060	Espectrometria de Fluorescência . . . . .	.Pla140	Falha de Prótese . . . . .	.Pla026, Plb115, PNa249, PNd236
Equipamentos para Diagnóstico . . . . .	.Pld059	Espectroscopia Infravermelho Transformada de Fourier . . . . .	.PNa162, PNa178, Pnb125, Pnb168, Pnc175, PNd129, PNd140, PNe126, Pnf166	Falha de Restauração Dentária . . . . .	.HA016, Pld075, Pld108, Pld079, PNd177, PNe156
Equipe de Assistência ao Paciente . . . . .	.PNe223	Esquema de Medicação . . . . .	.PNb254	Faringe . . . . .	.Pnd002
Equipe de Busca e Resgate . . . . .	.PNf039	Estado Nutricional . . . . .	.Plc056, Pld053	Farmacocinética . . . . .	.Pc005
Erosão . . . . .	.Pla107, Pnc060, Pnc178, PNd152, Pnf113, Pnf118	Esterilização . . . . .	.Pnb139, Pnc069, Pnd067, Pnf044, Pnf069	Farmacologia . . . . .	.PE008
Erosão Dentária . . . . .	.Pla031, Pla097, Plb028, Plb030, Plb075, Plc029, Plc053, Plc056, Plc063, Pld031, Ple030, Ple031, Ple097, Pif008, Pif051, Pif056, Pif064, Pif092, Pif108, PNa167, Pnb060, Pnb109, Pnb114, Pnb173, Pnc103, Pnc160, Pnd098, Pnd110, Pnd143, Pnd173, PNe060, PNe109, PNe162, PNe169, PNe226, Pnf079, Pnf080, Pnf101, Pnf112	Estética . . . . .	.Plb050, Pld013, Pld065, Ple007, PNa008, Pnc136, Pnc144, Pnf006	Fator de Crescimento de Hepatócito . . . . .	.PNa230
		Estética Dentária . . . . .	.Plb011, Plb085, Plb116, Pld012, Pld085, Ple085, Ple096, Ple100, PNa173, PNa187, PNa255, Pnb098, Pnb162, Pnb171, Pnd146, Pnd154, Pnd178, Pnd257, PNe161, Pnf254	Fator de Crescimento Epidérmico . . . . .	.PNe066, Pnf230
Erupção Dentária . . . . .	.Plb006, Ple070, Pif010, Pif070, Pif131, PNd008	Estomatite . . . . .	.Plb125	Fator de Necrose Tumoral alfa . . . . .	.PNa234, PNa254
Escala de Ansiedade Frente a Teste . . . . .	.Pla074, Pif073	Estomatite Afosa . . . . .	.Plc128, Ple130	Fator de Transcrição GATA3 . . . . .	.Pnc233
Escalas . . . . .	.Plc048, Pnd096	Estomatite sob Prótese . . . . .	.Pla119, Plb001, Pld038, Pif129, PNa196, PNa197, Pnb197, Pnb211, Pnc198, Pnd076, Pnd211, PNe194, Pnf211	Fator de Transcrição MSX1 . . . . .	.Pnc002
<i>Escherichia coli</i> . . . . .	.Plc016, Pnb076, Pnf073			Fator Transformador de Crescimento beta . . . . .	.PNa234
Esclera . . . . .	.PNa005	Estresse . . . . .	.HA021, Plb041, Plc007, Pld148, Ple148, Pnb091, Pnd084, Pnd259, PNe101, Pnf078, Pnf256	Fator Transformador de Crescimento beta1 . . . . .	.PNe229
Esclerose Tuberosa . . . . .	.Pif124	Estresse Mecânico . . . . .	.Pnc143	Fatores de Crescimento do Endotélio Vascular . . . . .	.PNa233
Escleroterapia . . . . .	.Plc130	Estresse Oxidativo . . . . .	.Ple041, Pnc080	Fatores de Risco . . . . .	.Pla148, Plc053, Ple144, Pif125, PNa035, Pnb068, Pnb110, Pnb203, Pnc098, Pnd097, Pnf094, Pnf262, Pnf265, Pnf267
Escoamento . . . . .	.Pld025	Estresse Psicológico . . . . .	.Pnd184	Fatores de Virulência . . . . .	.Pla037, Pnb072
Escolas de Odontologia . . . . .	.PE046, Plb023	Estrogênios . . . . .	.Pif136, Pnb255	Fatores Imunológicos . . . . .	.HA025, Pnb077
Escovação Dentária . . . . .	.Pla097, Plb051, Ple097, Ple099, Pif033, Pif066, Pif104, Pif111, Pif146, PNa090, Pnb089, Pnb146, Pnb177, Pnb268, Pnc118, Pnc170, PNe138, PNe157, Pnf106, Pnf133	Estudantes . . . . .	.Pla111	Fatores Socioeconômicos . . . . .	.PE015, Pla003, Plb047, Pld062
		Estudantes de Ciências da Saúde . . . . .	.Pif053	Fatores Transformadores de Crescimento . . . . .	.Pnd235
		Estudantes de Odontologia . . . . .	.PE005, PE015, PE017, PE036, PE038, Pla052, Plb033, Pif047, Pnc088, Pnd092, PNe069	Fêmur . . . . .	.Pnc004
Escultura . . . . .	.Pnf195	Estudo Comparativo . . . . .	.Pnd128, Pnd151	Fenda Labial . . . . .	.Plb050, Plc124, Pld063, Ple010, PNe001, PNe099, Pnf095
Esgotamento Profissional . . . . .	.PNb091	Estudos de Avaliação . . . . .	.Pld096, Pld147, Pnc262	Fenótipo . . . . .	.FC002
Esmalte Dentário . . . . .	.Pla061, Pla109, Plb028, Plb032, Plc028, Plc029, Plc104, Plc106, Plc108, Pld094, Pld107, Ple005, Ple009, Ple030, Ple100, Pif064, Pif081, Pif082, Pif108, PNa080, PNa106, PNa108, PNa115, PNa153, PNa167, PNa172, PNa190, Pnb064, Pnb108, Pnb110, Pnb127, Pnc063, Pnc065, Pnc154, Pnd071, Pnd094, Pnd171, PNe007, PNe060, PNe127, PNe155, PNe166, PNe226, Pnf068, Pnf069, Pnf079, Pnf080, Pnf101, Pnf113, Pnf226	Estudos de Coortes . . . . .	.Ple127, Pnb203	Ferimentos e Lesões . . . . .	.Pla049, Plb062
		Estudos de Validação . . . . .	.PNa092, Pnf098	Férula . . . . .	.Pnc173
		Estudos Ecológicos . . . . .	.Pla050	Fibroblastos . . . . .	.Pc014, Plb069, Plb108, Plb149, Ple079, PNa113, Pnb033, Pnb234, Pnc126, Pnc261
		Estudos Epidemiológicos . . . . .	.Plc124	Fibroma . . . . .	.PNa211
		Estudos Longitudinais . . . . .	.Ple067	Fibromatose Gingival . . . . .	.Pla127, PNe208
		Estudos Prospectivos . . . . .	.PNa252	Ficha Clínica . . . . .	.PNb004
		Estudos Retrospectivos . . . . .	.Ple125, Pnb110	Fidelidade a Diretrizes . . . . .	.PNe069
		Estudos Transversais . . . . .	.Pnc011, Pnc085	Filme para Raios X . . . . .	.Pnf220
		Etanol . . . . .	.Pnf002, Pnf132	Fios Ortodônticos . . . . .	.Plc010, Pif011
		Eugenol . . . . .	.Pnf164	Fisioterapia (Especialidade) . . . . .	.Pnc184
		Evaporação . . . . .	.Pnc141, Pnc172	Fissura Palatina . . . . .	.Plb002, Plb050, Plb152, Plc124, Ple006, Ple010, Ple128, Pif151, PNa028, Pnd095, PNe001, PNe099, PNe232, Pnf001, Pnf095
		Exenteração Orbital . . . . .	.Pnf195	Fissuras Dentárias . . . . .	.PNa160
		Expansão de Tecido . . . . .	.Ple142	Fitoterapia . . . . .	.Plb135, Pld016, Pld028, Pif021, Pnb072, Pnb227, Pnc044, Pnc066, Pnc231, Pnd052, Pnd258, PNe070, PNe072, Pnf071, Pnf232, Pnf258
		Experimentação Animal . . . . .	.Pnc084		
		Exposição a Agentes Biológicos . . . . .	.Plb033, PNe069		

Ligas Dentárias	PNc189, PNB143, PNc191, PNe132, PNe196, Pnf146	Materiais	.Plb104, PNe053	Materiais para Moldagem		
Ligas Metalto-Cerâmicas	.Plb113, PNB186, PNd137, PNd194, PNe200	Materiais Biocompatíveis	.Pla078, Plb069, Pld078, Pld144, Ple004, Ple093, Pff002, PNa005, PNa139, PNB033, PNB179, PNc045, PNd068, PNd138, PNd264, PNe054, PNe250, PNe255, Pnf034, Pnf234	Odontológica	.HA015, Pla091, Pla095, Pff078, Pff085, PNa126	
Linfócitos T CD8-Positivos	.PNd231			Materiais Restauradores do Canal Radicular	.PNa176, PNd200, PNe058, PNe192	
Linfócitos T Reguladores	.HA011			Matriz Extracelular	.FC010, Pnf206	
Língua	.PIO013, Pla040, Pld124, PNa231, PNB207, PNB257	Materiais Biomédicos e Odontológicos	.PNa016, PNc067, PNc068, PNe250, PNe263, Pnf234	Maus-Tratos Infantis	.Pla047, PNB094	
Liofilização	.PNe241			Maxila	.Plb138, Pld138, PNa024, PNB014, PNe002, PNe239	
Lipopolissacarídeos	.HA032			Mecânica	.PNb139	
Lipossomas Unilamelares	.PNc083, PNd081, PNe081, PNe083			Mediadores da Inflamação	.HA012, HA031, PNc032, Pnf077	
Líquên Plano	.Pnf208	Materiais de Ensino	.PE001, PE025, PE042, PE043	Medicamentos Fitoterápicos	.Plb026, Plb046, Plb095, Pld043, Ple014, Pff095, PNa149, Pnf032, Pnf114, Pnf211	
Líquên Plano Bucal	.Plc129, Pff137, PNB210, PNc229, PNe231	Materiais Dentários	.HA018, PE043, Pla016, Pla093, Pla094, Pla096, Pla098, Pla100, Pla104, Pla115, Plb079, Plb080, Plb082, Plb084, Plb085, Plb086, Plb087, Plb088, Plb103, Plb114, Plc074, Plc081, Plc094, Plc095, Plc096, Plc116, Pld078, Pld085, Pld087, Pld090, Pld094, Pld116, Pld117, Pld118, Pld119, Ple027, Ple080, Ple083, Ple085, Ple088, Ple089, Ple107, Ple115, Pff077, Pff081, Pff083, Pff084, Pff088, Pff089, Pff090, Pff105, Pff112, PNa052, PNa057, PNa097, PNa121, PNa124, PNa135, PNa136, PNa137, PNa144, PNa162, PNa168, PNa191, PNB117, PNB120, PNB122, PNB129, PNB131, PNB134, PNB137, PNB147, PNB194, PNB226, PNc099, PNc120, PNc128, PNc129, PNc131, PNc133, PNc135, PNc143, PNc144, PNc162, PNc165, PNc168, PNc179, PNd025, PNd117, PNd122, PNd126, PNd129, PNd130, PNd136, PNd148, PNd154, PNd157, PNd164, PNd188, PNd193, PNe024, PNe054, PNe105, PNe118, PNe127, PNe133, PNe144, PNe145, PNe147, PNe152, PNe177, PNe191, PNe192, PNe198, PNe202, PNe203, Pnf015, Pnf129, Pnf131, Pnf144, Pnf145, Pnf152, Pnf155, Pnf169, Pnf187, Pnf197, Pnf204, Pnf205			
Longevidade	.Pld075, Ple098, PNc106, PNd156			Medição da Dor	.PO010, Pld145, PNc016, PNd096	
Luvas Protetoras	.PE006			Medição de Radiação	.Plb082	
Luz Solar	.PNd232			Medicina Baseada em Evidências	.Pnf097	
Mães	.PNe103			Médicos	.PNe084, Pnf086	
Magma	.Pff019			Medidas	.Pla011, Pla013, Pfc009, PNc219	
Malformações Vasculares	.Plc130			Medidas em Epidemiologia	.Pff067	
Maloclusão	.Plc008, Plc071, Pld047, Pld110, Pff006, Pff068, PNa012, PNa026, PNa031, PNa103, PNa104, PNa109, PNB003, PNB012, PNB098, PNc011, PNc111, PNd019, PNd027, PNd028, PNd031, PNd181, PNe011, PNe022, PNe100, PNe181, PNe222, Pnf007, Pnf016, Pnf026			MEDLINE	.Ple017	
Maloclusão de Angle Classe II	.Plb007, Plc011, PNa007, PNa014, PNa022, PNa023, PNa024, PNa029, PNa030, PNa032, PNB015, PNc007, PNc014, PNc022, PNc181, PNd024, PNd243, PNe013, PNe021, PNe025, PNe026, PNe031, Pnf010, Pnf017, Pnf027, Pnf030, Pnf031			Medo	.PNc092, PNd103	
Maloclusão de Angle Classe III	.PNc027, PNc181, PNd182			Meio Ambiente e Saúde Pública	.PNd069, Pnf091	
Malva	.PNa084			Melaleuca	.Pld044	
Mamadeiras	.PNa101			Melaninas	.Ple138	
Mandíbula	.Pla125, Plc001, PNa007, PNB218, PNc219, PNd008, PNe002, PNe009, Pnf217			Membranas	.Pla142, Plb015, PNc240, PNd244, PNd262, PNe241	
Manifestações Bucais	.Pla131, Plb061, Plc054, Plc139, PNB212, PNe115, PNe207, Pnf074			Mentha	.PNa071	
Manutenção Preventiva	.Pla062			Mepivacaína	.Pla044, PNe244, Pnf041	
Marcadores Biológicos	.FC003, Pld146, Pld147, Pnf085			Mercado de Trabalho	.PNb087, Pnf087	
Marketing	.Plb070			Metabolismo	.PNb079	
Mastigação	.Plb121, Plc110, Plc146, PNB180, PNB225, PNc078, PNc205, PNc224, PNd192, PNe023, PNe116, PNe188			Metais	.PNa075, Pnf080	
Mastócitos	.Ple020, PNB233, PNB234, PNd232, PNd234, Pnf233, Pnf266			Metaloproteases	.Pff101, PNB145	
				Metaloproteinase 1 da Matriz	.PNe254, Pnf261	
				Metaloproteinase 9 da Matriz	.PNa233	
				Metaloproteinases da Matriz	.HA004, Pff149, PNc060, PNd121	
				Metalotioneína	.PNc228	
				Metalurgia	.PNd053	
				Metástase Neoplásica	.PNd228, Pnf206	
				Metilação de DNA	.PNc032, Pnf263	
				Metilenotetraidrofolato Desidrogenase (NADP)	.PNe232	
				Metodologia	.PE003, PE020, Plb010	
				Metodologias Computacionais	.PNe135	
				Metodologias de Avaliação de Danos	.PNc174	
				Metronidazol	.PIO005, PNa047, PNa259, PNd265	
				Micologia	.Pld033	
				Microabrasão do Esmalte	.PNc154, PNd100	
				Microbiologia	.HA009, HA028, FC007, Pla033, Plb015, Plb038, Plc039, Pld035, Pld037, Pld102, Pld150, Ple014, Ple032, Ple035, Ple064, Ple076, Pff022, Pff034, Pff088, PNa051, PNa071, PNa202, PNa253, PNB045, PNB247, PNB259, PNB262, PNB267, PNc028, PNc070, PNc074, PNc076, PNd105, PNe074, PNe113, PNe217, Pnf028, Pnf047, Pnf072, Pnf257	
				Microbiologia da Água	.Pld033	

Microcirurgia	.PNa257	Músculo Masséter	PNf209	Oclusão Dentária Traumática	.HA020, PNe257	
Microondas	.Pld115, PIf121, PNb144, PNb200, Pnc203, PNe199, PNf069	Músculo Temporal	.Pld002, Ple001, PNe180	Odontalgia	.PIf055, PIf062	
Microscopia	.PNa148, PNb062, Pnc042, Pnc108, Pnc125, PNd037, PNd057, PNe159	Músculos	.PNe180	Odontoblastos	.FC003, Pla014, Pld101, PIf131, PNa033, PNb032, PNb214, Pnc033	
Microscopia Confocal	.PNa054, Pnc036, PNd055, PNd160, PNd163, PNf052, PNf055, PNf075	Músculos Faciais	.PNa109	Odontogênese	.PIb059, Pld069, Pnc002, PNf002	
Microscopia de Força Atômica	.Pld082, Pnc202	Músculos Mastigatórios	.Pla065, PNd180, PNf180	Odontologia	.PE007, PE009, Pla038, Pla048, PIb054, PIb129, PIc071, PIc134, Pld054, Ple054, Ple055, Ple128, PIf049, PIf052, PIf083, Pnc171, PNd034, PNd036, PNd044, PNd093, PNd122, PNe147, PNe261, PNf092, PNf111	
Microscopia de Polarização	.PNa017	Músculos Pterigóides	.PNd216	Odontologia Comunitária	.PO009	
Microscopia Eletrônica	.PIb098, PNa241, PNd037, PNf042	Mutagênese	.Pla044	Odontologia do Trabalho	.PE022, PNa093, PNf087	
Microscopia Eletrônica de Transmissão	.Pnc156	Nanopartículas	.HA017, HA018, Pla093, Ple093, Pnc037, PNd056	Odontologia em Saúde Pública	.PE018, PO013, Pla056, Pld052, Ple050, PNe110, PNe156, PNf082, PNf221, PNf222	
Microscopia Eletrônica de Transmissão e Varredura	.HA019, PNb153, Pnc151	Nanotecnologia	.HA017, PNa168, Pnc200, PNf118, PNf153	Odontologia Estatal	.Pld052	
Microscopia Eletrônica de Varredura	.FC012, Pld028, Pld086, Pld093, Pld009, Pld082, Pld106, Ple106, PIf036, PIf077, PNa050, PNa115, PNa119, PNa166, PNa180, PNb007, PNb127, PNb174, Pnc037, PNd049, PNd052, PNd159, PNd167, PNd179, PNe175, PNe177, PNf048, PNf068, PNf120, PNf127, PNf154, PNf170, PNf204, PNf234	Nasofaringe	.Pla133, PIb008	Odontologia Geriátrica	.Ple114, PNb225	
Midazolam	.PNe090	Necrose da Polpa Dentária	.PIb018, PNa034, PNe056, PNf100	Odontologia Legal	.PE012, Pla049, Pld061, Pld132, PNa002, PNa003, PNa223, PNf087	
Mioblastos	.Pla043	Neoplasias	.Ple061, Ple140	Odontologia Preventiva	.PO008, PO011, PIb066, Pld035, PIf093, PNa062, PNa106, Pnc129, PNd116, PNf063, PNf088, PNf221	
Miocardite	.PNb207	Neoplasias Bucais	.PNb209, PNe209, PNe223	Odontólogos	.PNa089	
Modelos Anatômicos	.Pld004, PNd221, Pnd223	Neoplasias da Língua	.PIf135, Pnc208, Pnc234	Odontometria	.PE002, Pld027, Pld018, Pld132, PNa039, PNb044, PNb054, Pnc053, Pnc055, Pnc056, PNd039, PNd220, PNe098, PNf033, PNf038	
Modelos Animais de Doenças	.Pnc249	Neoplasias de Cabeça e Pescoço	.Pnc076, PNf193, PNf207	Odontopediatria	.PE033, PE037, Pla051, Pla055, Pla060, Pla065, Pla066, Pla067, Pla069, Pla074, Pla075, Pld068, PIb072, PIb075, Pld059, Pld068, Pld072, Pld073, Pld074, Pld075, Pld048, Ple067, Ple073, Ple076, PIf058, PIf073, PNa097, PNa112, PNa116, PNa117, PNb095, PNb115, PNb117, PNb226, Pnc092, Pnc100, Pnc104, Pnc106, Pnc110, Pnc113, Pnc114, PNd100, PNd103, PNd109, PNd113, PNe095, PNe101, PNe106, PNe108, PNe110, PNe133, PNf102, PNf104, PNf106	
Modelos Dentários	.Pla013, Pld006, Pld113, PIf116, PNa205, PNb010, Pnc008, PNd223, PNe010, PNf235, PNf241	Neoplasias Gengivais	.Ple126	Oncologia	.Pnc210	
Modelos Logísticos	.Pnc258	Neoplasias Orbitárias	.Pnd206	Orofaringe	.Pla133	
Modulação Antigênica	.PNe076	Neoplasias Orofaringeas	.PNb229	Ortodontia	.HA002, Pld002, Pla006, Pla008, Pla013, Pld011,	
Monitoramento da Água	.PNe064	Nervo da Corda do Timpano	.Ple040			
Monitoramento do Ar	.Pld034	Nervo Mandibular	.Pld001, PNf041			
Monócitos	.HA032	Nicotina	.PNa082, PNb235, PNb253, Pnc261			
Morbidade	.Pld061	Nifedipino	.Pnc232			
Mordida Aberta	.Pnc021	Nióbio	.Pnd134			
Morfologia	.PE001, Ple012, PNa004, Pnc025, PNd134, PNf016	Níquel	.FC001, Pla088, PNb132			
Mortalidade	.PIb062	Nistatina	.Pnc186			
Motivação	.Pld052	Normas Técnicas	.Pla132, PNb126			
Movimentação Dentária	.Pld007, PNa011, PNa026, PNa027, PNb008, PNb009, PNb018, PNb023, PNd009, PNd017, PNe014, PNe027, PNf020, PNf022, PNf029, PNf165	Notificação	.Pnd083			
Movimento	.PNf023	Notificação de Abuso	.PNb094			
Mucosa Bucal	.Pla129, PIb001, PIb095, PIb128, PIb139, Pld041, Pld136, Pld127, Ple129, PIf012, PIf095, PNa149, PNa151, PNb211, PNe019, PNe212, PNe230	Notificação de Acidentes de Trabalho	.Pld033			
Mucosite	.PIb127, Pld130, PNa256, PNb005,	Núcleo Familiar	.Pld054			
		Núcleos do Trigêmeo	.PNa079			
		Nutrição do Idoso	.PNb188			
		Obesidade	.Pld077, Pld030, PNa081, Pnc250, PNd208, PNe116, PNe256, PNf262			
		Obstrução das Vias Respiratórias	.Pla133			
		Obtenção de Tecidos e Órgãos	.PNe089			
		Obturação do Canal Radicular	.PE004, FC005, Pla017, Pla020, Pla027, PIb016, PIb021, Pld017, Pld022, Pld024, Pld021, Pld025, Ple016, Ple021, PIf020, PIf025, PIf027, PNa046, PNb038, PNb040, PNb042, PNb179, Pnc035, Pnc036, Pnc054, Pnc057, PNd033, PNd041, PNd049, PNd058, PNd099, PNd138, PNe034, PNe036, PNe037, PNe041, PNe043, PNe047, PNe057, PNf040, PNf046, PNf053			
		Obturação Retrógrada	.Pla015, PNa048, PNf045, PNf054			
		Oclusão Dentária	.PE041, Pld011, PIb120, Pld110, PNa023, PNa184, PNb013, PNb017, Pnc193, PNd111, PNd192, PNe198, PNe204			
		Oclusão Dentária Balanceada	.Pnc205			

	PNd036, PNF103, PNF204	Polimorfismo de um Único Nucleotídeo	.Pif145, PNe232, PNe254	Ple129, Pif125, PNa035, PNa183, PNa184, PNa262, PNe063, PNe100, PNe103, PNe221, PNd011, PNd110, PNd183, PNe022, PNe062, PNe169, PNF182, PNF226, PNF269
Pesquisa Qualitativa	.Pif047	Polimorfismo Genético	.HA022, HA026, Pib146, PNa235, PNe002, PNd003, PNd253, PNe001, PNF261	
Pesquisa sobre Serviços de Saúde	.Pld108	Polissacarídeos	.PNb071	Prevenção de Acidentes
Pessoal de Saúde	.PNe092	Polissacarídeos Bacterianos	.PNf060	.Pla021, Pib076, Pnb021, Pnf099
Pessoal Técnico de Saúde	.PNb209, PNe093	Política de Medicamentos Genéricos	.PNe007	Prevenção de Doenças
Pessoas com Deficiência	.Pld045, Pld129, Pif045, Pif058	Política de Saúde	.Pla048, Plc052, PNe093	.PO016, Plc064, PNa098, PNd061
Pigmentação	.Pla110, Pld109, PNe187	Política Nacional de Medicamentos	.PE007	Prevenção Primária
Pigmentação em Prótese	.Pla124, PNa125, PNe190, PNd120	Políticas de Controle Social	.Pib053	.PO013, Pla053, Ple053
Pinos Dentários	.Pla082, Pla086, Pla102, Pla105, Pla106, Pla118, Plc080, Plc084, Plc085, Plc097, Plc098, Plc102, Plc107, Pld103, Pld106, Pld120, Pld121, Pld123, Pif083, Pif097, Pif103, Pif120, PNa143, PNa159, PNa176, PNa189, PNa194, PNa204, PNB124, PNB139, PNB167, PNB175, PNC059, PNC143, PNC157, PNC161, PNC173, PNC201, PNd132, PNd203, PNe048, PNe136, PNe147, PNe167, PNe178, PNe191, PNF128, PNF135, PNF167, PNF175, PNF178, PNF192	Políticas Públicas de Saúde	.FC009, Pla056, Plc057, Ple050, PNe226	Prevenção Secundária
Pirazolonas	.Plc042	Políticas, Planejamento e Administração em Saúde	.Pld064	<i>Prevotella intermedia</i>
Placa Dentária	.Plc039, Pld045, Pld046, Pld061, Pif066, PNa250, PNa256, PNB251, PNC028, PNC066, PNC252, PNd018, PNF253	Poliuretanos	.Plc115	.Plc018
Placas Oclusais	.PNb180, PNB181, PNC182, PNd180, PNd237	Polpa Dentária	.HA003, PIOC007, FC002, FC003, Pld042, Ple020, Pif013, PNa130, PNB101, PNB232, PNC131, PNd059, PNd078, PNF032	Prilocaina
Planejamento	.PNd237	População Institucionalizada	.PO013	.PIO004, PNC083, PNd081
Planejamento de Prótese Dentária	.Pif116, PNa205, PNC206, PNe224, PNF188, PNF196, PNF240, PNF243	Porcelana Dentária	.Pla088, Pib122, Plc093, PNa122, PNa142, PNB122, PNB132, PNC194, PNd178, PNF122, PNF129, PNF151	Prisões
Planejamento em Saúde	.Pib052, PNC086	Porosidade	.Pib014, PNa123, PNB206, PNd205, PNd240	Probióticos
Plantas Medicinais	.Pla029, Pla039, Pla078, Pib035, Plc044, Plc150, Ple035, Ple150, Pif035, PNa071, PNC071, PNe070	<i>Porphyromonas gingivalis</i>	.PNa082	Procedimentos Clínicos
Plaquetas	.PNa266, PNC265	Portadores de Deficiência Visual	.Pld052	Procedimentos de Ancoragem Ortodôntica
Plasma	.HA013, PIOC005	Portarias	.PNb224	.Pib012, Pld007, PNa015, PNB021, PNd017, PNd243, PNe006, PNF018, PNF019, PNF024
Plasma Rico em Plaquetas	.Pib004, Plc142, Pld142, Pld151, PNa266, PNB258, PNB266, PNC265	Postura	.FC011, PNB090, PNB182, PNC223, PNd002	Processamento de Imagem Assistida por Computador
Pneumonia Bacteriana	.Pib135	Povidona-Iodo	.PNd256	.Plc004, PNa223, PNe221
Poliétileno	.PNC001	Prata	.PNC200, PNd056	.PNe248
Polimento Dentário	.Pld085, Pld095, Ple122, PNa155, PNa164, PNB154, PNC149, PNC202	Preconceito	.PNe092	Processo Alveolar
Polímeros	.HA018, Pla009, Pla094, Plc094, Plc096, Pld087, Ple083, PNa124, PNa147, PNa150, PNB128, PNB157, PNC133, PNd141, PNd161	Predisposição Genética para Doença	.PNe029	Produto Interno Bruto
Polimetil Metacrilato	.PNC200	Pré-Escolar	.Pla057, Pld110, Ple064, Ple067, Pif062, PNa099, PNB102, PNC098, PNd113, PNF094	Produtos Biológicos
Polimorfismo de Fragmento de Restrição	.Pif063	Pré-Medicação	.PNb254	Produtos com Ação Antimicrobiana
		Preparo da Cavidade Dentária	.Pib106, PNC094, PNC171, PNC177	.Pla027, Pib034, Pib035, Pib039, Plc023, Plc024, Plc036, Pld016, Pld104, Ple015, Ple024, Ple035, Ple038, Ple090, Pif014, Pif035, Pif093, PNC044, PNd042, PNd075, PNd158, PNe052, PNe073, PNF070, PNF072
		Preparo do Canal Radicular	.Pla017, Pla019, Pib022, Pib025, Pib102, Plc021, Pld019, Pif019, Pif023, PNa042, PNa044, PNa055, PNa058, PNa194, PNB058, PNC040, PNC052, PNC053, PNC056, PNd035, PNd044, PNd045, PNe034, PNe038, PNe040, PNe050, PNe097	Produtos para Higiene Dental e Bucal
		Preparo do Dente	.PNb195, PNF202	.Pld112, PNC192
		Preparo Prostodôntico do Dente	.PNe167, PNe179	Profílatia Dentária
		Prescrição de Medicamentos	.PE008	.Pif150
		Preservação de Órgãos	.PE024	Progesterona
		Pressão Arterial	.Plc043	.Pnb255
		Prestação Integrada de Cuidados de Saúde	.Pla058	Prognóstico
		Prevalência	.PE034, Pla146, Pib054, Plc084, Pld003, Pld100, Ple028, Ple056, Ple075, Ple125,	.Plc126, PNa231, PNB055
				Programa Saúde da Família
				.PE023, PO003, PO007, PO014, PNa085, PNB209, PNd089, PNe103, PNF084
				Proliferação de Células
				.FC015, Pla043, Pla127, Pib014, Pif004, PNa211, PNB223, PNB230, PNC232, PNe246
				Promoção da Saúde
				.PO005, PO011, PO012, PO015, Pla058, Pla067, Pif046, PNC087, PNd087
				Própole
				.Pld004, PNa250, PNC006, PNd063, PNe065
				Propriedades de Superfície
				.Pla087, Pib143, Pld141, PNa180, PNa200, PNB141, PNB151, PNB192, PNC179, PNC204, PNd239, PNe236, PNF186
				Propriedades Físicas
				.Pib090, Ple121, Pif078, PNB006, PNB119, PNB128, PNB137, PNC120,

Sólidos Totais	.PNf121	Técnicas de Cultura de Células	.Pib149, PNa059, PNa128, PNa241, PNf238	Testes de Sensibilidade a Antimicrobianos por Disco-Difusão	.PNa073, PNd074
Solubilidade	.Pib083, Pib093, Pib114, Plc078, Plc087, Plc092, Pld111, Ple088, PNa136, PNa170, PNB138, PNd020, PNe176, PNf054, PNf126	Técnicas de Diagnóstico Molecular	.HA025	Testes de Sensibilidade Microbiana	.PNd073, PNe073
Soluções Farmacêuticas	.PNb114, PNf113	Técnicas Histológicas	.Ple149	Testes de Toxicidade	.FC010, Pib094, Ple079, Pif072, PNa113, PNB214, PNC126
Solventes	.Plc022, Plc026, Plc087, Ple091, Pif020, PNC141, PNe119, PNe139, PNa141, PNf126	Técnicas, Medidas, Equipamentos de Medição	.PNf219	Testes Imunológicos de Citotoxicidade	.Pib069, PNe006
Sono	.PNd108	Tecnologia Odontológica	.Pld014, PNa157	Testes para Micronúcleos	.Pla016, Pla044, Pla046, Pib001, Pib137, Pld046, PNa013, PNC227
Soropositividade para HIV	.PNf082	Telemedicina	.PE031	Testes Psicológicos	.PNC185
Sorriso	.Pla012, Pib011, PNB019, PNB098	Telerradiografia	.PNe218	Tetraciclina	.PNC268
<i>Staphylococcus</i>	.Plc037, PNf071	Telerradiologia	.PNf008	Tibia	.PNa067
<i>Staphylococcus aureus</i>	.Plc034, Ple034, Ple038	Televisão	.Pib070	Titânio	.Pla144, Plc086, Plc091, Pld082, Pif004, Pif091, Pif119, PNa067, PNa134, PNa200, PNB141, PNB239, PNC130, PNC145, PNC199, PNC239, PNd127, PNd139, PNd240, PNe122, PNe130, PNe132, PNe137, PNe236, PNf121, PNf146, PNf244
<i>Stevia</i>	.PNf061	Temperatura Ambiente	.PNe153	Tomografia	.PNa215, PNB028, PNB029
<i>Streptococcus</i>	.Pib046, Ple008	Temperatura Corporal	.PNC048	Tomografia Computadorizada de Emissão	.PNe030
<i>Streptococcus mutans</i>	.HA010, FC006, Pla036, Pla063, Pld028, Ple036, Pif033, Pif036, Pif090, PNa074, PNa075, PNa076, PNa095, PNa155, PNC072, PNd016, PNd063, PNd070, PNe061, PNe075, PNe114, PNf060	Temperatura Extrema	.PNC131, PNd166	Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico	.Pla018, Pib007, Pib013, Pib132, Plc132, Pif018, PNa055, PNa215, PNa218, PNB010, PNB215, PNC014, PNC046, PNC221, PNC227, PNC243, PNd023, PNd026, PNd040, PNe181, PNe201, PNe208, PNe215, PNe216, PNf012, PNf035, PNf036, PNf059
<i>Streptococcus sanguis</i>	.PNd075	Tempo	.Pib091	Tomografia Computadorizada Espiral	.PNa215, PNe215
Substância P	.FC015	Tempo de Permanência	.PND144	Tomografia Computadorizada por Raios X	.PNa221, PNC214, PNe215
Substitutos Ósseos	.PNe255	Tensão Superficial	.Pld107, PNe174	Tomografia de Coerência Óptica	.PNa100, PNd222
Substratos	.Pld092	Teoria Ética	.PNf092	Tonsilectomia	.PNC095
Sucção	.PNe107	Terapêutica	.PNe256	Torque	.Pib112, Pif143, PNa192, PNC015, PNd007, PNe189, PNf013, PNf021
Suco Gástrico	.PNa167	Terapia a Laser	.Pif143, PNa253, PNa265, PNa268, PNB269, PNC257, PNf056	Toxicidade	.PIO014, PNa118, PNB076, PNe194, PNe227, PNf015, PNf232
Sulfato de Cálcio	.Plc111, Plc112, PNa202	Terapia a Laser de Baixa Intensidade	.PIO002, Pla152, Pib009, Pib036, Pib042, Pib043, Plc128, Ple139, Ple149, PNa026, PNa036, PNB008, PNB028, PNB030, PNB073, PNB074, PNB243, PNC016, PNC033, PNC058, PNd001, PNd015, PNd042, PNd210, PNd234, PNd247, PNe038, PNe183, PNe258, PNf003, PNf005, PNf077, PNf209	Trabalho de Parto Prematuro	.PNf267
Suscetibilidade à Cárie Dentária	.Pld062, Ple102, PNC072, PNe065	Terapia Anti-Retroviral de Alta Atividade	.PIO015, PNB208, PNC212	Tração	.Plc115, PNd176, PNf149
Suscetibilidade à Doença	.PNa263	Terapia Combinada	.PNf212	Tradução (Processo)	.PNe095
Suturas	.Pib003, Plc003, PNe072	Terapia Comportamental	.PNC090	Transiluminação	.PNC064, PNC222
Suturas Cranianas	.PNa218	Terapia de Reposição de Estrogênios	.Pla032	Transmissão de Doença	.PNC072
Tabaco	.PNf264	Terapia de Substituição Renal	.PNb267	Transplante Autólogo	.PNa240, PNa248, PNB248
Tabagismo	.Pib124, Pib148, Pif053, PNa001, PNa257, PNC088, PNC254, PNd092, PNd263, PNe257, PNf001	Terapia por Ultra-som	.PNe183	Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas	.PNa235
Tamanho da Partícula	.PNd153	Terapias Alternativas	.Pif034	Transplante de Rim	.PNb002, PNB212
Taninos	.PNf072	Teste da Polpa Dentária	.Plc015, Pif041, PNB036, PNe055	Transplante Heterólogo	.HA001
Tecido Conjuntivo	.Ple142, Pif134	Teste de Cultura Mista de Linfócitos	.PNd233	Transplante Homólogo	.Ple003, PNa240, PNB248
Técnica de Expansão Palatina	.Pla006, Pla010, Pld010, Ple011, PNa218, PNB014, PNB026, PNC008, PNd015, PNd023, PNd029, PNe003, PNe030, PNf003	Teste de Histocompatibilidade	.PNC231	Transplante Ósseo	.PNf239
Técnica de Fundição Odontológica	.PNa120, PNB141, PNB192, PNC145, PNd127	Teste de Materiais	.Pla078, Pla100, Pib082, Plc100, Ple085, Pif089, Pif099, PNa021, PNd161, PNe132, PNe160	Transtornos da Articulação Temporomandibular	.Pif110, PNa006, PNa183, PNa185
Técnica de Moldagem Odontológica	.Pla123, Pib142, Pld143, PNa126, PNB237, PNd188, PNd245, PNf189, PNf191, PNf235, PNf241	Testes de Atividade de Cárie Dentária	.Pif070		
Técnica de Subtração	.Pld131	Testes de Dureza	.Pla107, Pib032, Pib088, Plc029, Plc079, Pld086, Ple119, Pif005, Pif080, PNa107, PNa131, PNa135, PNa137, PNa144, PNa174, PNa175, PNB027, PNB151, PNC049, PNC117, PNC194, PNd067, PNd123, PNd145, PNd153, PNe150, PNe163, PNe165, PNe173, PNf134, PNf145, PNf168, PNf199		
Técnica para Retentor Intra-Radicular	.PNC122, PNd123	Testes de Mutagenicidade	.Pla046, Pld046		
Técnicas	.PNC035, PNd194	Testes de Percepção de Cores	.PE039, PNC118		
Técnicas de Análises	.Pla102				
Técnicas de Cultura	.PNC264				

Atenção: Os conteúdos apresentados nos trabalhos bem como a redação empregada para expressá-los são de inteira responsabilidade de seus autores. O texto final de cada resumo está apresentado da mesma forma com que foi submetido pelos autores à SBPqO.

Abanto J. . . . .	.PNa103, PNb102	Aguiar TR . . . . .	.Ple103, PNa179, PNb164, PNe160, PNf158	Allan LM. . . . .	.PNa016
Abatepaula F . . . . .	.PNf077	Aguiar-Cantuária IC . . . . .	.Pla129	Allegrini-Junior S. . . . .	.Pif141
Abboud CS. . . . .	.Pla067	Aguiar-Júnior FA . . . . .	.PNc197	Allgayer S. . . . .	.PNb026
Abdo EN . . . . .	.Ple055, PNa208	Aguiar-Junior O . . . . .	.Plc136	Allis VAS . . . . .	.PNa044
Abdo RCC . . . . .	.PNa094, PNd110, PNf107	Aguilar FG . . . . .	.PNe134	Allison P . . . . .	.Ple061, PNf098
Abe FC. . . . .	.PNa176, Pnc054, PNf135	Aguilera S LVU . . . . .	.PNa066	Almeida AG . . . . .	.PNa175
Abi-Rached FO . . . . .	.PNb122, PNb126, PNd139, PNf129	Ahiadzro NCL0 . . . . .	.Plc058	Almeida ALPF . . . . .	.Pla152, Pib152, Pif146, Pif151
Abi-Rached GPC. . . . .	.PNb043	Ahiadzro NK . . . . .	.Plc058	Almeida AS . . . . .	.PNe233
Abrahão AC . . . . .	.PNd228, PNf206	Aiello G . . . . .	.Pla122, PNb140	Almeida CBBN. . . . .	.PNa095, PNa173, Pnc108, PNe061, PNe159
Abrahao IJ . . . . .	.Pnc055	Aires CP . . . . .	.PNf060	Almeida CM . . . . .	.Pnc153
Abrahao MD. . . . .	.PE046, Plc134	Aivazoglou MU . . . . .	.Pif021, PNd032, PNd049, PNe042	Almeida DAF . . . . .	.PNb199, Pnc248, PNe247
Abraão AF . . . . .	.Pib013	Akel-Neto AF . . . . .	.Pld066	Almeida DCF . . . . .	.PNa013
Abraão J . . . . .	.Pld007	Akemi-Kikuti M . . . . .	.Pib078, Pld077, PNe118, PNe125, PNf119, PNf132	Almeida DL . . . . .	.Pla057, Pib029, Pif029
Abreu ADJ . . . . .	.PNb047, PNd035	Akisue G . . . . .	.Pnc073, PNe072	Almeida EA . . . . .	.Pif092
Abreu CW . . . . .	.Ple112, PNb245, PNd201	Albandar J . . . . .	.PNf262, PNf265	Almeida EO . . . . .	.Pla108, Pld083, PNa195, PNd189, PNd203
Abreu FAM . . . . .	.PNe250	Albero FG . . . . .	.PNf065	Almeida ER . . . . .	.PE005
Abreu FMS . . . . .	.Pld100	Albertoni PH . . . . .	.Pld120	Almeida ETDC . . . . .	.Pld014
Abreu FV . . . . .	.PE019, PE030, Pib074	Albino LGB . . . . .	.PNd157	Almeida F. . . . .	.PNd080
Abreu GMA . . . . .	.Pla140, PNb235	Albuquerque ACL . . . . .	.PNa071, Pnc066	Almeida GA . . . . .	.PNe023, PNe181, PNe201
Abreu LG . . . . .	.Pld045	Albuquerque CJM . . . . .	.Pld051, Pld057	Almeida GC . . . . .	.Pif015
Abreu MHNG . . . . .	.Pld100, PNb264, PNf229	Albuquerque DF . . . . .	.PNa217, Pnc213	Almeida GCM . . . . .	.Pnc208, PNf207
Abreu MM . . . . .	.Pla101, PNf179	Albuquerque DS . . . . .	.PNe050	Almeida GS . . . . .	.Pnc155
Abreu RT . . . . .	.PNe196	Albuquerque MM . . . . .	.Pnc040	Almeida HA . . . . .	.Pld009, PNd018
Abreu VGF . . . . .	.PNb077	Albuquerque MP . . . . .	.Plc118	Almeida J . . . . .	.Pib025
Abreu-Junior MJN . . . . .	.Pnc214	Albuquerque RC . . . . .	.Plc096, PNd077	Almeida JB . . . . .	.PNa138, PNa149, PNa151, PNe124
Abuchaim C . . . . .	.Pnc129	Albuquerque TT . . . . .	.Pla110, Pld109	Almeida JCF . . . . .	.Pnc172
Acay RR . . . . .	.PNd004	Albuquerque-Júnior RF . . . . .	.Ple081	Almeida JD . . . . .	.Pla038, Plc125, Pld038, Pif130, PNf089
Accorsi-Mendonça T . . . . .	.HA004	Albuquerque-Júnior RLC . . . . .	.PIO006, Ple070, Pif139, Pif140	Almeida JFA . . . . .	.Pla021, Pld021, Ple018, Pif014, PNa049, PNb043, Pnc052, PNd059, PNd150, PNe056, PNf044, PNf051
Achkar VNRE . . . . .	.Plc037	Albuquerque-Ribeiro JV . . . . .	.PIO004	Almeida JM . . . . .	.Pla032, Pld147, Pnc261, Pnc262, PNe258
Acquafreda T . . . . .	.FC014	Alça LRR . . . . .	.PO014	Almeida JX . . . . .	.Pnc023
Adabo GL. . . . .	.PNb122, Pnc145, PNd127, PNd139, PNe137, PNf129	Alcântara CEP. . . . .	.Plc072, Pld045, Pif045	Almeida KCM . . . . .	.PNa030
Adachi EM . . . . .	.PNb185	Alcântara JP . . . . .	.Pla005	Almeida L . . . . .	.Pib048, Plc048, Pld047
Adachi LK. . . . .	.PNb185	Alchieri JC . . . . .	.PNa186, Pnc185	Almeida LCAG . . . . .	.PNb171
Adde CA . . . . .	.PNe215, PNf041	Aldrigui JM. . . . .	.PNb107, Pnc106, Pnc114	Almeida LE . . . . .	.PE016, Plc135, PNe165, PNf088
Afonso RL. . . . .	.Pnc112	Aleixo RQ. . . . .	.Pif030	Almeida LFD . . . . .	.Pla029, Plc044, Plc150, Pld035, Ple035, Pif093
Agnol RJCD . . . . .	.PNb156, PNd155	Aleksejuniene J . . . . .	.PNd096	Almeida LHS . . . . .	.Pib103, PNe141
Agostineli SMC . . . . .	.PNb092	Alencar AHG . . . . .	.PNa055, PNb049, Pnc046	Almeida LKY . . . . .	.PE009
Agostini R. . . . .	.Plc002	Alencar BM. . . . .	.PNd013	Almeida LSB . . . . .	.Pnc084
Agripino GG. . . . .	.PE021, PNd215	Alencar CHM . . . . .	.PNd060	Almeida LY . . . . .	.Pld125
Aguiar APS . . . . .	.Pif021, PNa043, PNd032, PNd049, PNe042	Alencar CJF . . . . .	.PE031	Almeida MA . . . . .	.Plc096
Aguiar BA. . . . .	.PNe050	Alencar CRB . . . . .	.Plc061, Plc139	Almeida MAO. . . . .	.Pla012, Pld006, Pnc014
Aguiar CM . . . . .	.Pnc040, PNe040	Alencar EQS . . . . .	.PNa028	Almeida MEL. . . . .	.PNd028, PNd060, PNd106, PNd225
Aguiar FHB. . . . .	.PNa156, PNb168, Pnc154, Pnc156, Pnc163, Pnc175, PNd153, PNd172, PNe157, PNe164, PNf148, PNf156	Alencar LD . . . . .	.Pld108	Almeida MHC. . . . .	.Pnc031, PNd008, PNd011, PNf008
Aguiar JAK . . . . .	.PNb139	Alencar MJS . . . . .	.Ple119	Almeida MR . . . . .	.PNb238, Pnc028
Aguiar JMRP . . . . .	.Pif033	Alencar RC . . . . .	.Pla137, Pnc077		
Aguiar KA . . . . .	.Pld025	Alencar SM. . . . .	.Pnc084, PNd070		
Aguiar KCDS. . . . .	.PNa236, PNb240	Alencar TB . . . . .	.Plc120		
Aguiar LBV . . . . .	.PNe218	Alencar-T Júnior EA . . . . .	.PNf168		
Aguiar MC . . . . .	.Ple002	Aleva NA . . . . .	.Pla133, PNf208, PNf217		
Aguiar MCF . . . . .	.PNa208, Pnc228, PNf211, PNf229	Alexandre CN . . . . .	.Pib061		
Aguiar NS. . . . .	.Plc024	Alexandre MP . . . . .	.Plc028		
Aguiar SMHCA . . . . .	.PNb097, Pnc097, Pnc210, PNe090	Alexandre RS. . . . .	.PNb174, Pnc154, PNe152		
		Alexandria AKF . . . . .	.Pib063, Ple028, PNb114, PNe088		
		Alfaya TA . . . . .	.PE010, Pld049, Pnc081		
		Alfredo E . . . . .	.Ple126, PNa143, PNb042		

	PNe018		PId046	Andrade MA	.Pnd071
Almeida MS	.PNa200	Alves-Balvedi RP	.PNb059	Andrade MF	.PNa168, PNa174,
Almeida PC	.PNa085	Alves-Júnior C	.Pnc239, PNe236		PNb163, Pnc169,
Almeida RBA	.Pnc073	Alves-Junior RT	.PNb237		PNf128, PNf155,
Almeida RC	.Pnc031, Pnd008,	Alves-Rezende MCR	.Pla009, Plb123,		PNf176
	Pnd011, Pnf008		Plc113, Pif134,	Andrade ML	.Ple070, Pif150
Almeida RCC	.Pla012, Pld006,		PNb180, Pnc195,	Andrade PCAR	.PNa239, Pnc236,
	Pnc014		Pnd180, Pnf243		PNe237, Pnf236
Almeida RR	.Pnc028, PNe018	Alves-Wagner ABT	.PNf228	Andrade PF	.PNa265, Pnb269
Almeida SM	.Pif131, PNa214,	Alvim HH	.Plc096	Andrade RGV	.Ple129
	PNa217, PNa221,	Alvim-Pereira F	.Ple144, Pnc237	Andrade-Junior CV	.Pnc017, Pnb124,
	PNb215, Pnb218,	Amad-Neto M	.Pnd235		PNf048
	PNb221, Pnc213,	Amancio OMS	.PNa113	Andrades KMR	.PNa212
	Pnc215, Pnc219,	Amaral ALC	.PNf235	André CB	.Ple103
	Pnd082, Pnd213,	Amaral BA	.Pnd187	Andreassa RC	.Pif132
	Pnd220, PNe126,	Amaral CLC	.PE005	Andreatta-Filho OD	.Pif142, Pnb130,
	PNe214, Pnf215,	Amaral FLB	.Pla107, Pld104,		PNb245
	PNf218		Pif104, Pnc117,	Andreiulo RF	.HA015
Almeida TJS	.Ple013, Pnd033		Pnd168, Pnf150	Andrighetto AR	.Pib012, Pnb016,
Almeida VC	.PNa016	Amaral FR	.PNa123		PNe020, PNe028
Almeida-Filho RP	.PNe026	Amaral G	.Pnc025, Pld027,	Andrioli DG	.Pnc008
Almeida-Gomes F	.Pla020, PNe037,		PNb050, PNe200	Andrucioli MCD	.PNe015, Pnf014,
	PNe050	Amaral JG	.PNa100, Pnd102		PNf028
Almeida-Junior AA	.Pnd127, Pnd139	Amaral M	.Pnc085, Pld121,	Anele JA	.Pnc056, Pnf259
Almeida-Pedrin RR	.Pnc028, PNe018		Pld123, Pif083,	Añez MCG	.PNa017, Pnc021,
Alonso JMS	.Pld063, Pnf268		PNe136, PNe147		Pnc023
Alonso MBCC	.PNe214	Amaral PG	.Pld115, Pif116	Anfe TEA	.Pld105, Pnc149
Alonso RCB	.Pla100, Plb080,	Amaral R	.Plc081, Pnf123	Angeli R	.Pnd080
	Ple077, Pif079,	Amaral RC	.PNa063	Angélico C	.PNf008
	PNb142, Pnd125,	Amaral RMP	.PNe022	Angelieri F	.PNa013, PNa029,
	PNe131, PNe133,	Amaral TMP	.Ple055, PNa208		PNb008, Pnc008,
	PNf118, Pnf157	Ambrosano GMB	.Ple103, PNa062,		Pnd218, PNe219,
	PNb231		PNa179, Pnb136,		PNf021
Altemani A			PNb157, Pnb215,	Anibal PC	.Pnc071
Altieri KT	.Plc122, PNa197		PNb221, Pnd125,	Anido AA	.Pif079, Pnf157
Alvares GR	.Pif022, Pif026,		Pnd153, Pnd172,	Anjos CM	.PNb244
	Pnd204, Pnf047		Pnd220, PNe131,	Anovazzi G	.Pib146, PNa263
Alvarez-Leite ME	.PNe049		PNe133, PNe164,	Anselmo-Lima WT	.Pnc095
Alves AMH	.PE003		PNe218, PNe251,	Antonello GM	.Pib128
Alves ATNN	.Pnc012, Pnf067		PNf012, Pnf118,	Antoniali C	.Pnb068, Pnb082,
Alves BP	.Pnc087, Ple150,		PNf148, Pnf150,		Pne082
	Pnc165, PNe187		PNf156, Pnf159,	Antonias A	.Pnd085
Alves CCM	.Pib070		PNf199, Pnf216	Antoniazzi JH	.PE028, Pif019
Alves CMC	.HA006, Pla084,	Ambrosio AR	.PNe017	Antonio AG	.Pnd115
	Pld092, PNa096,	Amoras-Alves ACB	.Ple150	Antônio CHD	.Pld021
	Pnc070, PNe086	Amore R	.Pif079, Pnf157	Antonio LFM	.PO016
Alves DN	.Pnc065	Amorim JBO	.Pnd256	Antoniosi-Filho NR	.PNa136
Alves EB	.Plc095, Ple107,	Amorim LMF	.Ple042	Antunes ANG	.Pif082, PNa127,
	PNa169, Pnc165,	Amorim VA	.Pld045, Pif045,		Pnd129
	Pnc168, PNe187		PNe097	Antunes DE	.Pnc113
Alves F	.Pld037	Ana PA	.Pnd067, Pnf065	Antunes DP	.Plc132
Alves FA	.Pnd048	Anauate-Netto C	.Ple077, Pnf157	Antunes JA	.Pib071, Pnc062,
Alves FBT	.Pnf108	Anbinder AL	.Pla150, Plc138,		Ple071, Pif070
Alves FEMM	.Pla018		Pld136, Pld146,	Antunes JLF	.Pla051, Pnc111,
Alves FV	.Pnd240		PNa229, PNa232,		Pnd086, Pnf222
Alves J	.Pnf124		Pnd184	Antunes LA	.PE039
Alves JB	.PNa130, Pnb207,	Anchieta RB	.Pla108, Pld083,	Antunes LAA	.Plc059, Pld065,
	Pnc002, Pnc253,		PNa195, Pnd189,		Ple068, Pif068,
	PNe066, PNe250		Pnd203	Antunes LS	.Plc059, Ple068,
Alves KA	.Pnf165	Andia DC	.Pnf263		Pif068, Pif076
Alves LA	.Pla029, Plc044,	Andia-Merlin RY	.PNa086	Antunes MR	.Pnd007
	Ple035, Pif093	Andolfatto C	.PNe032	Antunes PM	.Plc057
Alves LAC	.Pnf173	Andrada MAC	.PNb128	Antunes RB	.Pif062
Alves LB	.Pnc239	Andrade A	.PNa082	Antunes RPA	.Pnf196
Alves LC	.Pnc216	Andrade AKP	.PNa268	Antunes VR	.Pnf228
Alves LMN	.PNb143, Pnf194	Andrade AM	.PNa132, PNa141	Aparecido FF	.Plc109
Alves LP	.PNe164	Andrade AO	.Pnc043, Pnc058,	Apolinário MEO	.Pnc201
Alves MC	.PNa060, Pnd182,		Pnd074	Apolonio FM	.Pif086, Pnd133
	PNe119	Andrade APRCB	.Pif075	Aquino ARL	.Pnb193, Pnd187,
Alves MGO	.Plc125	Andrade AS	.Pla065, Pnc105		PNf260
Alves MR	.Pnd002	Andrade AT	.Pnc202, Pnd136,	Aquino DR	.HA028, Pla150,
Alves MU	.Pld051, Ple105		PNe245		Ple146, PNa229,
Alves OC	.Pnf244	Andrade BNG	.PO015, Pld006		PNa262, Pnb002,
Alves PM (H1)	.Plc130, Plc139,	Andrade CR	.Pld044		PNb267, Pnf256,
	PNa231, Pnb224,	Andrade DP	.Pnc247		PNf257, Pnf269
	PNe228	Andrade ESS	.PNb234, Pnc024,	Aquino DRR	.Pla048
Alves PM (H2)	.Pif039, Pnc253		Pnd247	Aquino LMM	.Pnb193, Pnf260
Alves R	.Pnc204	Andrade FR	.PNe209	Aquino SG	.Pnd255
Alves RT	.PNe062	Andrade ICGB	.Pnd161	Aquino SN	.Pla127, Pld137
Alves RTC	.Pnc085	Andrade IM	.PNa193	Aragão EM	.Pnb053, Pnc053
Alves SFF	.Pif052, Pnb087	Andrade JP	.Ple011	Aragão-Neto AC	.Ple004
Alves SV	.Plc089	Andrade KMG	.Pld095	Arakaki Y	.Pnf151
Alves TP	.Pld065	Andrade LHR	.Pif076		
Alves VE	.Pla044, Pla046,				

Araki AT	.PNb095, Pnc035	Areal TC	.Plb132, Plc132	Ayach C	.PNe266
Arana LA	.Pla089, Pnc146, Pnd144	Arelaro MF	.Plb139, Pif138	Ayres APA	.Ple100
Arana-Chavez VE	.HA019, Pnb127, Pnb169	Ari HT	.Plc006, PNa007, PNb007, Pnc007 PNf077	Ayub KV	.PNe166
Aranega AM	.Ple003	Ariga SK	.PNa202, Pnc196, PNf235	Ayub PV	.Pld010
Aranha ACC	.Pnc125	Arioi-Filho JN	.Pla140, Pnb235 PNf125	Azambuja-Jr. N	.HA019, Pnd159
Aranes BM	.Plb049	Arisawa EAL	.HA023	Azenha MR	.PNb228
Aranes FM	.PNf019	Arita CHM	.Pnc064	Azeredo F	.Plb082, Ple006
Aranes WB	.PNe053	Arita ES	.Pla133, Ple124, Pif006, Pnf217 Pld144	Azeredo RA	.PNb037
Arão TC	.PNa235	Arkader RJ	.Pnc152	Azevedo AC	.Ple114, Pif122, Pnc258
Aras WMF	.PNf122	Armond MC	.Pif106, PNa179, Pnb174, Pnc125, Pnc194 Pnd217	Azevedo CGS (H1)	.Plb072, Plc048, Plc148
Araujo ABVL	.PNa093	Arnez MFM	.Pnc152	Azevedo CGS (H2)	.Pnb121
Araujo ACS	.Pnc252	Arouca GR	.Pif106, PNa179, Pnb174, Pnc125, Pnc194 Pnd217	Azevedo CM	.PNe096
Araújo AFDL	.Pnc034	Arrais CAG	.Pnc152	Azevedo D T	.Pnc178
Araujo AM	.Plc010	Arrais L	.Pnc152	Azevedo ER	.Pnc132
Araujo AMM	.PNe213	Arruda AM	.Pnc152	Azevedo FCG	.Plb129
Araujo AR	.Pif050	Arruda KEM	.Pnc152	Azevedo ID	.PE007, PNa028, PNa095, Pnb062, Pnc108, PNe061, Pne159
Araújo CA	.Pif118, Pnb246, Pnd236, PNe242, PNe243 Pnd026	Arruda MCV	.Pnc152	Azevedo JFDG	.PNa163
Araujo CCM	.PNb029	Arruda MO	.Pnc152	Azevedo LM	.PNa152, Pnc153
Araújo CRF	.Pnb212, Pnc234	Arruda TA	.Pnc152	Azevedo MLC	.PNa045, Pnb048
Araujo CS	.Pnd233	Arruda TEP	.Pnc152	Azevedo MS	.PNa104, Pnb113, Pne127
Araújo CTP	.Pld045, Pif045, Pif107, Pnf149	Arsatii F	.Pnc152	Azevedo RCG	.Pnc007
Araújo E	.Pnc162, Pnd178	Arteche AAF	.Pnc152	Azevedo TKB	.Pnc072
Araujo FB	.HA005, FC003, Pif065, PNa096, Pnb112, Pnf002	Artese F	.Pnc152	Azevedo-Alanis LR	.HA001, Pib126, Pld126, PNa151, Pnd079, PNe210
Araújo FEN	.PIO006	Artese HPC	.Pnc152	Azevedo-Neto RD	.Pne144
Araujo GG	.PIO001	Artoli AJ	.Pnc152	Bacchi A	.Pib085
Araújo GS	.Ple135	Arzate H	.Pnc152	Bach CC	.PNe219
Araujo GSA	.Plb080, Ple077, Pnb142	Ascencio AEP	.Pnc152	Bachiega JC	.Pnc223
Araújo IMZC	.Pld115, Ple114, Pif116	Áscoli FO	.Pnc152	Bachmann L	.Pnd146, Pnd166
Araújo JA	.Pnc172	Aseredo F	.Pnc152	Back-Brito GN	.FC007, Pib037, Plc037, Pld038, Pnd073
Araújo JET	.Pld127	Assaf AV	.Pnc152	Badaró MM	.Pld087
Araújo JJ	.Pnc144, Pnd110	Assed S	.Pnc152	Badauy CM	.Ple125
Araújo JLN	.Plc095, Pif105, PNa169, Pnc165, Pnc168	Assis ACS	.Pnc152	Bagateli JCE	.Pnb222
Araújo LJ	.Pif124	Assis AM	.Pnc152	Bagdeve T	.Pnd221
Araújo LL	.Pif010	Assis AMO	.Pnc152	Baggio R	.Pnd145, PNe145
Araújo LMA	.Pla130, Pla131, Pnb213	Assis AO	.Pnc152	Baglione MLASA	.Ple058
Araujo LSN	.Pnc174, Pnc175	Assis CP	.Pnc152	Baginato VS	.PIO014, Plc038, Pld037, PNa150, Pnc033, Pnc169, Pne126, PNe153, PNe194, PNe227
Araújo MA	.PNa030	Assis GF	.Pnc152	Bahia MGA	.PNa052, Pnb046, Pnc042, PNe039, Pnf037
Araujo MAM	.Pnb152, Pnb159, Pnc147, Pnc187, Pnd052	Assis MAL	.Pnc152	Bahia TPS	.Plc149
Araújo MB (H1)	.PNa208	Assis NMSP	.Pnc152	Bail M	.Pnc141
Araújo MB (H2)	.Pnb102	Assunção CM	.Pnc152	Bailly H	.Pnc072
Araujo MD	.Pne120	Assunção LRS	.Pnc152	Balan NVP	.Pld025
Araujo MS	.Pif039	Assunção MCT	.Pnc152	Baldissara P	.Plc085
Araujo MTS	.Plc109, Pnf022	Assunção WG	.Pnc152	Baldissera EFZ	.Ple075
Araújo NC	.Pnd253, Pnf255	Astolfi-Filho S	.Pnc152	Baldissera R	.Pne084, Pnf086
Araújo NS	.Plb136, PNe216, PNe217	Atoui JA	.Pnc152	Balducci I	.Pif130, Pnd201, Pnd232, Pnf089, Pnf232, Pnf233
Araújo RA	.Pnc059	Atta MT	.Pnc152	Balejo RDP	.Pnc251
Araujo RBR	.Pld068	Attia ML	.Pnc152	Ballarin A	.Pif097
Araújo RPC	.Pnb135, Pnc220	Attin T	.Pnc152	Ballester RY	.HA016, Pnc135
Araújo RTE	.Pld146	Aud SM	.Pnc152	Balmick S	.Plb005
Araújo TGF	.Pnd130	Augustin A	.Pnc152	Bandéca MC	.Pla099, PNa168, PNe153, Pnf128, Pnf166
Araújo TM	.PIO002, Pla013, Pif008	Augusto CR	.Pnc152	Banzi ECF	.Pnd105
Araújo TP	.Pnd043	Aun CA	.Pnc152	Baptista RS	.Pla034
Araujo VC	.Plb136, PNa230, Pnb231, Pnf230	Aun CE	.Pnc152	Barancelli M	.Plb147, Plc030, Pnb230
Araújo-Filho WR	.Pnd051	Aust S	.Pnc152	Barão VAR	.Plb112, PNa192, Pnd198, Pnd199, Pne189, Pnf190
Araujo-Junior RF	.Pnb209	Avaca JS	.Pnc152	Barata TJE	.PE040, Pla079, Pib109, Pld030, Ple115, PNa081, Pnc062, Pnf026
Arcari GM	.PNa166, Pnb128, Pnc167, Pnd175	Avila ALR	.Pnc152	Baratella PMR	.PNa016
Archangelo CM	.Pla108, PNa187, Pnd118, Pnd194, Pnd195, PNe161, Pnf264	Ávila GB	.Pnc152	Baratieri LN	.Pla098, Pnf097
Archegas LRP	.PNa161, PNa178	Ávila LFC	.Pnc152		
Arcieri RM	.Pnc226	Ávila OPD	.Pnc152		
Ardenghi TM	.Pld062, Ple059, Pnb106, Pnb109, Pnc103, Pnf109	Avila-Campos MJ	.Pnc152		
		Awata TTCB	.Pnc152		

	PNa166, PnC162, PNd178, Pnf169, Pnf177	Barros FC . . . . .	.Pld023	Bazzi JZ . . . . .	.PNb220
Baratto-Filho F . . . . .	.PNa058, PNB005, PNb058, PnC056, PNd131, PNe129, PNe144	Barros FM . . . . .	.PNd233	Beaini TL . . . . .	.PNa003, Pnf087
Baraúna AM . . . . .	.PNe023	Barros JV . . . . .	.Pla110	Beatrice LCS . . . . .	.PNa119, PNe175
Barbachan JJD . . . . .	.Ple125	Barros KU . . . . .	.Pla028	Beber AJ . . . . .	.PNa097, PNB226
Bárbara MAM . . . . .	.PNb243, PnC247	Barros LAP . . . . .	.Pif126, Pif129	Becker MM . . . . .	.PnC162, PNd175
Barbério GS . . . . .	.Pif145	Barros LFH . . . . .	.PnC240, PNd134	Becker TA . . . . .	.Ple003
Barbieri AA . . . . .	.Plc002	Barros LM . . . . .	.Pla037, Plb023, Plc034, Plc051, Plc124, Ple034, Pif102, PnC091, PNd095, PNe001, PNe207	Bedin MG . . . . .	.Pla116, Pld118, Pif113
Barbieri GM . . . . .	.PNb177, PnC170	Barros PP . . . . .	.Ple066, PNB179, PNd036, PNd138	Bedran TBL . . . . .	.PNb257
Barbieri S . . . . .	.Ple078	Barros RN . . . . .	.Plc091, Pnf131	Bedran-Russo A . . . . .	.PNb158, PNe117, Pnf159
Barbirato VB . . . . .	.PNd013	Barros RRM . . . . .	.Pld149, Pif147	Beira FTA . . . . .	.Ple079
Barbizam JVB . . . . .	.PNd150	Barros RTG . . . . .	.PNd243	Belardinelli B . . . . .	.Plb027
Barbosa AH . . . . .	.Plb035, Pld033	Barros SEC . . . . .	.PNb021, PNd024	Belchior-Duplat C . . . . .	.Pld091
Barbosa AJP . . . . .	.PnC013	Barros VF . . . . .	.PNe122	Belém MDF . . . . .	.PNb218
Barbosa AN . . . . .	.Plc064	Barros VRSP . . . . .	.PNe169	Beletti ME . . . . .	.PNa004, PNd209
Barbosa APA . . . . .	.Pla001	Barroso EM . . . . .	.PNe256	Bellan J . . . . .	.Pld101
Barbosa AS . . . . .	.Plb047, Pnf070	Barroso JA . . . . .	.PNd028	Bello DMA . . . . .	.PNd253, Pnf255
Barbosa AVH . . . . .	.PNe037	Barroso JM . . . . .	.Ple013, PNd033	Bello MG . . . . .	.PNb010
Barbosa BA . . . . .	.PNd241	Barroso LS . . . . .	.Plb016	Bello RF . . . . .	.Pld114, Ple101, Ple111
Barbosa CM . . . . .	.PNe149	Barrueco KRIS . . . . .	.Plc014	Belluci MM . . . . .	.PNd267
Barbosa CS . . . . .	.Ple031	Barsali BRS . . . . .	.PNe099	Beloti MM . . . . .	.Pif004, PNe246
Barbosa DB . . . . .	.PnC200	Barwaldt CK . . . . .	.Plc118	Beloto LM . . . . .	.Plb018
Barbosa FA . . . . .	.Plc004	Baseggio W . . . . .	.PNa164, Pnf133	Beltrame APCA . . . . .	.Pla060, Plc127, PNb111
Barbosa FCB . . . . .	.Pla035, Ple039	Basilio MA . . . . .	.PNC196	Beltrame-Junior M . . . . .	.PNb072
Barbosa FI . . . . .	.PNe250	Bassi RC . . . . .	.Pla037, Pla044, Pla046, Plc034, Ple034	Beltrão RTS . . . . .	.PNe213
Barbosa GAS . . . . .	.PNa186, PnC191, PNd191	Basso GR . . . . .	.Pld088	Beltrão RV . . . . .	.Plc019, PNa039, PNe213
Barbosa GF . . . . .	.Pld005, PNa137	Basso MFM . . . . .	.PnC118, PNe186, PNe199, Pnf186	Benatti-Neto C . . . . .	.PNe054
Barbosa GGR . . . . .	.PNd095	Basso TLD . . . . .	.PNa211	Bendo CB . . . . .	.PNd101
Barbosa GKS . . . . .	.PNd237, Pnf237	Bassoukou IH . . . . .	.Pnf096	Benedetto MS . . . . .	.Pld059, PNd113
Barbosa GLR . . . . .	.PNa217	Basting RT . . . . .	.Pla103, Pla107, Plb106, Plc102, Pld098, Pld104, Pif104, PnC117, PNd158, PNd161, PNd168, PNe149, Pnf147, Pnf150, Pnf163	Benedicto EN . . . . .	.Plc008, PNB017, Pnf016
Barbosa HAM . . . . .	.PNa024, PnC030, PNd019, PNe011	Bastos AS . . . . .	.PNe249	Benelli EM . . . . .	.PNe109
Barbosa JFP . . . . .	.Plb102	Bastos BLA . . . . .	.Plc106	Beneti IM . . . . .	.Plc003
Barbosa LO . . . . .	.PNb224	Bastos FA . . . . .	.Plc064, Plc106, Pld129, PNe093	Benetti AR . . . . .	.PE040, Pla079, Plb109, Ple115, PNa081
Barbosa MA . . . . .	.Plc019	Bastos JRM . . . . .	.Ple049, Pnf085	Benetti P . . . . .	.PNb150, PNd171
Barbosa NR . . . . .	.Plc103	Bastos JV . . . . .	.Ple020	Benfatti CAM . . . . .	.Ple142, PNa239, Pnf236, Pnf242
Barbosa RMO . . . . .	.PNd044	Bastos LC . . . . .	.Plc004, PNd219, PNd221	Bengtson AL . . . . .	.PNd176
Barbosa RPS . . . . .	.PNb065	Bastos LGC . . . . .	.PnC122	Bengtson CRG . . . . .	.PNd176
Barbosa RSS . . . . .	.PNb039	Bastos MF . . . . .	.FCO16, Pif031, PNe068	Bengtson NG . . . . .	.PNd176
Barbosa RW . . . . .	.PO008	Bastos MFA . . . . .	.Pla091, Pla095, Plb091, Plb098	Benício MR . . . . .	.PNb022
Barbosa TF . . . . .	.Ple047, Pif048, PNb086	Bastos MJO . . . . .	.Pla091, Pla095, Plb091, Plb098	Benjamin CM . . . . .	.PnC145
Barbosa TS . . . . .	.Plb064, Ple063, PnC105, PNd107, PNe095, PNe116	Bastos PCA . . . . .	.Plc102	Bentley MVLB . . . . .	.Ple137
Barbosa WFS . . . . .	.Pnf158	Bastos RS . . . . .	.Pld055, Ple049	Bento LW . . . . .	.Pnf002
Barboza CAG . . . . .	.PE001, PNB209, PnC239, PNe236	Bataglion A . . . . .	.PE006	Bento PM . . . . .	.PNb069, PNB224
Barboza ESP . . . . .	.PNb237, PNd244	Batalha-Silva S . . . . .	.PnC167, PNd175	Berber VB . . . . .	.Pif014, Pnf051
Barca DC . . . . .	.PNb187, Pnf204	Batista A . . . . .	.Pnf084	Berbert FLCV . . . . .	.PNb038, PNB040
Barcelheiro MO . . . . .	.Pla102, PNB139, PNd164	Batista AC . . . . .	.Pla139, Plc140, PnC077, PnC232, PNd231, PNe206, PNe209	Bergamaschi CC . . . . .	.PIO005, Plb046, Ple008, Pif063, PNa082, PNd084
Barcellos AAL . . . . .	.PNd174	Batista AFFS . . . . .	.Pla114, Pld079	Bergamin ACP . . . . .	.Pif104
Barcellos CSN . . . . .	.Pla054	Batista AUD . . . . .	.Pld115, Ple114, Pif078, Pif116, PNa205	Bergamini LFS . . . . .	.PNe078
Barcellos DC . . . . .	.Plb101, Plc103, PNb150, PNB189, PNd171, PNe047, Pnf130	Batista BB . . . . .	.PNb069	Bergamo FE . . . . .	.PNd085
Barcellos MB . . . . .	.Pif017	Batista CHT . . . . .	.PNa183, PNB184, PNd183, PNe184, Pnf182	Berger SB . . . . .	.PIO010, Plb096, Ple100, PNa144, PNe117, Pnf159
Barcelos KC . . . . .	.PNb084	Batista GR . . . . .	.PNe047	Bergoli CD . . . . .	.Plc085, Pld121, Pld123, PNe136, PNe147, Pnf192
Barcelos R . . . . .	.Plc060, Pif061, Pnf105	Batista MJ . . . . .	.PNa061	Berla SMC . . . . .	.PNe070
Bardeli LS . . . . .	.Plb095, Pif095, PNa149	Batista RC . . . . .	.PnC224	Berlinck TCA . . . . .	.PNb050
Bardini ACQ . . . . .	.PnC019	Bauer HC . . . . .	.Pla006	Bernabé PFE . . . . .	.PNa059
Barja-Fidalgo F . . . . .	.Plb068, PNa117	Bauer JA . . . . .	.Pnf239	Bernal CC . . . . .	.PNb166
Barni L . . . . .	.Plc012	Bauer JRO . . . . .	.PNb141, PNd137	Bernal MMP . . . . .	.PnC208, Pnf207
Baroni DB . . . . .	.PnC083, PNd081, PNe083			Bernardes C L . . . . .	.Pnf122
Barreto AO . . . . .	.PNb193, PNd187, Pnf260			Bernardes LAS . . . . .	.FC007
Barreto BCF . . . . .	.PNa177, PnC159			Bernardes RA . . . . .	.Pla015
Barreto IMQ . . . . .	.PNa259			Bernardes SR . . . . .	.PnC191, PNd191
Barreto JRP . . . . .	.Pla120, PNe143			Bernardes VF . . . . .	.Pnf229
Barreto-Junior BD . . . . .	.Pif047			Bernardi L . . . . .	.Pnf002
Barretto SR . . . . .	.PIO006, Ple070			Bernardinelli N . . . . .	.Ple017, PNa041, PNa046, PNa054, PNb051, PNd038, PNd050, PNd055, PNe058, Pnf046, Pnf052, Pnf054, Pnf055
Barrio RAL . . . . .	.PNd267, PNe248, Pnf240				

Bernardino DB	.PNa116	PNc263	Borges FMC	.PNb178, PNe063
Bernardino-Júnior R.	.Plc110, PNb182, PNc182	.FC013	Borges FT	.PNa207
Bernardo CC	.PNf252	.PNb047, PNd035	Borges GA	.Ple092
Bernardo-Filho M	.PNb076	.Pla132, Ple075	Borges GJ	.PNb261, PNd262
Bernardon JK	.Pla098, Plc108, Pif108, PNf169	.Pif089, PNd135	Borges H	.PNa187, PNd194, PNd195, PNe161
Bernd GP	.PNd023	.PNa168	Borges LF	.Ple023, Pif026, PNd204
Bersanete GR	.PNe193	.PNe012	Borges LH	.PE042, PNf145
Bersani M.	.Pla076, Plc077	.PNb248	Borges MAC	.Plc071, Ple027, Pif072, PNa031, PNa083, PNa109
Bersani-Amado CA	.Pla025	.PNe064	Borges MAG	.PNd040
Bertella SM	.Pib087	.Pla059, Pla071, Pif069	Borges MAP	.PNf161
Berthold TB	.Pib006, Pld008, Pld011	.PNd059	Borges MF	.PNa150
Berti SA	.PNa210, PNa219, PNb220	.Ple141, PNe236	Borges MFA	.PNe041
Berticelli RS	.HA001, PNa219	.PNd173	Borges RV	.Pib020
Bertini F	.PNc229	.PNf006	Borges TF	.PNb190, PNe188
Berto LA	.PNd081, PNe081, PNf081	.PNb194	Borges-Filho FF	.Pif126
Bertoldo CES	.PNc154	.Bogni FH	Borges-Pêgo SP	.PNe207
Bertolini MJ	.PNb125	.Boisvert H	Borghetti RL	.PNb082
Bertolini MM	.Plc074, Ple058	.HA010	Borgo M.	.PNd038
Bertolini PFR	.Pla151, Pif033, PNf253	.Pla060	Boriollo MFG	.Pla037, Pla044, Pla046, Plc034, Pld046, Ple034
Bertz FA	.Pla009, Pld010, Pif007	.Pld071	Borra RC	.Plc140, Ple130, PNb227, PNe231, PNd233, PNd240, PNe075, PNe094
Bervian J.	.PNe107	.Bolek RF	Borrasca AG	.Ple003
Berzin F	.PNb182, PNc181, PNc182, PNd182, PNf016	.Pld043, PNe108	Borsatto MC	.PNa115
Bessa AT	.Plc139	.Bolani PDA	Bortolo MV	.PNa054
Betti LV	.PNb054	.Bolzan MC	Bortoluzzi EA	.PE003, PNa046, PNe043, PNf034
Bez LV	.Ple142, PNf242	.Bombana AC	Bortoluzzi MC	.Pib142, Pld143, PNd248, PNe004
Bezerra BB	.PNb263, PNc254	.PNc074, PNd056, PNf057, PNf058	Borutta A	.PNe116, PNf102
Bezerra DS	.PNd028, PNf168	.PNa069, PNb032, PNd068, PNe005, PNf227	Boscato N.	.Plc118
Bezerra JP	.Pif031, PNe068	.PNd068	Bosco AF	.Pla032, Plc151, Pld147, PNa251, PNa266, PNb258, PNb266, PNc261, PNc262, PNc265, PNd268, PNe258
Bezerra MCB	.PNe098	.PNf227	Bosco VL	.PNf099
Bezerra RB	.PNa163, PNd129	.PNc168	Boscolo FN	.PNa214, PNa217, PNa221, PNb215, PNb221, PNc215, PNc219, PNe126, PNe214, PNf012, PNf215, PNf218
Bezerra SG	.Pld130	.Pif005	Bosqueiro JR	.PNf083
Bezinelli LM	.PNd086	.Bonan PRF	Bosso K	.PNe143
Bezzon OL	.Pld112, PNc192, PNd202, PNf121	.Pla127, Pib127, Plc124, Pld125, Pif052, Pif124, PNb087, PNd095, PNe207, PNe208, PNe225	Bosso R	.Pib021, Plc022, PNb038, PNf040
Bianchini MA	.Ple141, PNa239, PNe237, PNf242	.Bonassi G.	Botacin PR	.PNa001
Bianco KG	.PNf104	.Bonato RCS	Botelho AL	.Plc114, PNd186, PNe180, PNf180
Biasoli ER	.Pla149, Pib039, Pld132, Ple038, PNd259, PNf250	.Bonato RS.	Botelho AP	.PNf078
Biasotto-Gonzalez DA	.FC011, PNb183	.Bönecker M	Botelho JN	.PE020, Pif003
Biazevic MGH	.PNa092, PNd086, PNd093	.PE031, Plc069, Pld062, Pld066, PNa103, PNb102, PNc103	Botelho N.	.Pib109
Bichaco TR	.Ple044	.Bonelli ACC	Botelho TCF	.Ple016, PNb057, PNf053
Bier CAS	.PNd124	.Bonetti-Filho I	Botta SB	.PNb165, PNd097
Biffi JCG	.Pif029, PNb059	.PNf104	Bottino MA	.Ple081, Plc117, PNb187, PNf123, PNf137, PNf187, PNf204
Bigal ME	.PNf181	.Bonfante EA	Botton VM	.Pld054, Pif049
Bigheffi BB	.PNf083	.Bonfante S	Braga ACOP	.Pla087
Bigliazzi R.	.PNa024, PNc030, PNd019, PNe011	.PNc206	Braga EFA	.PNe268
Bigueti CC	.Pib015	.Pla032, Pld147, PNc261, PNc262	Braga FP	.PNd188
Bijella MFB	.PNd089	.Bonfim SRM	Braga JKS	.PNb064
Bilieri AA	.PNb090	.PNa266, PNc265	Braga LCM	.PNb046
Bincelli IN	.Pib102, Plc066, Ple066, PNe097	.Pla073, Plc069, PNc106	Braga LCM	.PNb046
Binda CL	.Pif133, PNa088	.Pld023, PNd113	Braga MB	.PNe115
Bindo MJF	.PNd132, PNd147	.Bonow MLM	Braga MM	.PO009, Pib071, Plc062, Pld023, Pld059, Ple071, Pif070, PNa107, PNb105, PNc106, PNc107, PNd112
Bindo TZ	.PNb058	.Borba M.	Braga MP	.Pla063
Biondi-Filho O	.Pla151, Pif033, PNf253	.PNe120	Braga RR	.Pib086, Pif089,
Biscaia LV	.PE027	.Borba MG		
Bisinelli JC	.PNb088	.Bordini PJ		
Bisognin EDC	.HA024	.HA001		
Bittar DG	.Ple060, PNc106	.Borges AB		
Bittar JD	.FC002	.Plc103, PNa172, PNd149, PNe047, PNf130		
Bittar TO	.PNd182	.Pif026, PNd190, PNd204		
Bittencourt BF	.PNd145	.Pla149, Pib039, Plc015, Pld132, Pld148, Ple038, Ple148, Pif148, PNc259, PNd259, PNf250		
Bittencourt JC	.PNa079	.Ple088, PNa172, PNb144, PNd149, PNf130		
Bittencourt MAV	.Pla013, Pif008	.PNd062, PNd153		
Bittencourt ME	.Pib147, Pld098, PNf147	.Plc047		
Bittencourt MS	.PNd079	.PNa174		
Bittencourt RC	.PNb241, PNe241	.Pld067, PNa224, PNb264		
Bittencourt S	.PNa257, PNb265,	.PNd145		
		.PNc268		
		.Pif088		
		.Pla052		

	PNd135, PNF057, PNf136, PNF144	Bronosky FE	.Pld084	Cabral LAG	.Plc125
Braga SRM	.PNa167, PNe162	Broon NJ	.PNa046, PNF034	Cabral RF	.PIO006
Bragato D.	.PNa011	Brücker MR	.Plc133, Pld004, Ple132	Cabrales RJS	.PIf025, PNa053, PNe051
Bramante AS	.PNa046, PNd038	Brum RC	.Pib095, Pif095, PNa149, PNa151	Cabrera LC	.PNe021
Bramante CM	.Ple017, PNa041, PNa046, PNa054, PNb051, PNd038, PNd050, PNd055, PNe058, PNF034, PNf046, PNF052, PNf054, PNF055	Brum RT	.PNa138, PNe124	Cadastro GA	.PNd210
Brancher JA	.PNb060, PNd079	Brum SC	.PE011, Pld051, Pld057, Ple105, PNb162	Cadioli IC	.PNb107, PNC114
Brancher SP	.PNC139	Brum TCB	.Ple021	Caetano NB	.Plc049
Branco ACL	.PNd092	Brunetta EV	.PNb262	Cai S	.PNa242, PNa268, PNe075, PNF058
Branco CA	.PNa181, PNF068	Brunetto DP	.Pib007, Pld013, PNC015	Caires LP	.PIf021, PNa043
Brandão AAH	.Plc125, PNC231, PNf232	Brunetto J	.PNa194	Cairo CAA	.Pla144, PNC247, PNf238
Brandão AMM	.Pld009, PNd018, PNf025	Brunheira EC	.PNf258	Cajazeira MRR	.Pib065
Brandao AS	.PNa012	Brunozi NB	.Pld030	Calabria MP	.PNd163
Brandão C	.PNa048, PNC036, PNC057	Brusco LC	.Pla075, Pib075, Pib076, Plc075	Calamita MA	.Pld113
Brandão GAM	.Pld009, PNd018, PNf025	Bruzadelli RR	.Pib023, Pif102	Calasans-Maia JA	.PNC012
Brandão NA	.Plc092, Pif047	Buchaim RL	.PNa001	Calasans-Maia MD	.PNC012, PNF066, PNf067
Brandão NL	.PNa170	Buchalla W	.PNa080	Calazans CM	.PE020
Brandão RR	.PE022, PNa088	Buczynski AKC	.Pla070, Pif071	Caldas CP	.Pla146, PNd249, PNd250
Brandão SO	.PO007	Bueno CES	.Pib102, Plc066, PNa057, PNa176, PNb179, PNC048, PNC054, PNC059, PNd034, PNd036, PNd053, PNd138, PNe055, PNF130	Caldas CS	.Plc043, Ple043
Brandão-Vieira R	.PNC027	Bueno M	.Pib103, Plc084, Pld089, Ple078, Ple079, Ple096, PNC126, PNe139, PNe141	Caldas DBM	.PNa138, PNe124
Brandini DA	.HA020, PNb180, PNC006, PNd006	Bueno MG	.PNC198	Caldas MP	.PNe218
Brando TM	.PNe025, PNF003	Bueno PAR	.PE035, PNd087	Caldas SGFR	.PNa032, PNe031, PNf031
Brandt WC	.Ple077, PNa127, PNa139, PNa188, PNb142, PNd117, PNd126, PNd129, PNe133, PNF118	Bueno RE	.PE035, PO002, PNd087	Caldas-Diniz MV	.Pla074, Pib148
Braosi APR	.PNf261	Bueno TL	.Ple047	Caldas-Junior AF	.PNa093, PNe185
Brasil CMV	.PNf223	Bueno VCPS	.PNa176, PNF135	Caldeira CL	.PNb036, PNC050
Brasileiro-Junior VL	.Plc019	Buafalino A	.PNe001, PNe232	Caldeira EM	.Ple009, PNb020
Braun AP	.PNb146	Bundzman ER	.Pld049, PNC081	Caldeira PC	.PNC228, PNd230
Braun KO	.Plc121	Buono VTL	.PNa052, PNb046, PNC042, PNe039, PNf037	Calderon PS	.Ple117
Bravim B	.PNC005	Burgos V	.PNd219	Caliari MV	.PNC228
Bravo F	.PNC252	Burmann PA	.PNa189	Calil CM	.Plc152, PNa267
Bravo M	.PNe009	Burnett-Jr. LH	.Pif094, PNb156, PNb176, PNb177, PNC170, PNd155, PNd165, PNd173, PNd179, PNF162	Calixto AL	.Plc105, PNa074, PNC138
Brazão MAM	.Pla021, PNb263	Burmann PA	.PNa189	Calixto LR	.PNC169, PNF166
Bremenkamp RM	.PNb075	Burnett-Jr. LH	.Pif094, PNb156, PNb176, PNb177, PNC170, PNd155, PNd165, PNd173, PNd179, PNF162	Calixto-Junior C	.PNb090
Brener S	.FC015	Busato IMS	.Pld126, PNd079	Calsina DO	.Pif128
Brentegani LG	.Plc137, Pif136, PNa069, PNb228, PNf227	Busato MCA	.PNa011, PNb023	Camacho GB	.PNa146, PNC142
Brentel AS	.PNf204	Busato PMR	.Pla079, PNe121	Camacho-Marquez D	.PNe009
Breschi L	.Pif086, PNd133	Buscariolo IA	.PNf041	Câmara AC	.PNC040, PNe040
Brigagão MRPL	.Ple041	Busin CS	.PNb230	Câmara CAP	.Pla012
Brigagão VC	.Plc111, Plc112	Buso L	.Pib122, Ple122	Camara DM	.PNb101
Brighenti FL	.Pld036, PNb075, PNd073, PNd116	Bussadori SK	.FC011, Pla043, Pib069, Pib073, Plc128, Pld130, Ple027, Ple074, Pif042, PNa031, PNa083, PNa109, PNa113, PNb183, PNC137, PNC223, PNf033	Camargo CHR	.Pif023, PNa050, PNd032, PNd047, PNd052, PNF049
Brigido MM	.FC002	Busato IMS	.Pld126, PNd079	Camargo EJ	.PNa041, PNa054, PNb051, PNd055, PNe058
Brilhante FV	.Pif031	Busato MCA	.PNa011, PNb023	Camargo EP	.Pla033
Briso ALF	.Plc099, PNa148, PNa156, PNb158, PNb161, PNb171, PNe166	Busato PMR	.Pla079, PNe121	Camargo ER	.PNC200
Brito CR	.Pif143	Buscariolo IA	.PNf041	Camargo ES	.PNa009, PNa019, PNd010, PNe019, PNf020
Brito DBA	.Ple051, Pif046	Busin CS	.PNb230	Camargo G	.Pif063
Brito DL	.PNd181	Buso L	.Pib122, Ple122	Camargo JAR	.Pib015, PNa047
Brito DM	.PNC028	Bussadori SK	.FC011, Pla043, Pib069, Pib073, Plc128, Pld130, Ple027, Ple074, Pif042, PNa031, PNa083, PNa109, PNa113, PNb183, PNC137, PNC223, PNf033	Camargo LB	.PNa107, PNC106
Brito EG	.PNf050	Bussaneli DG	.Pld072	Camargo RA	.Pib135
Brito FC	.PNa241	Butignon LE	.PNa202, PNC196	Camargo SEA	.Pif023, PNa050, PNf049
Brito GAC	.PNb078	Buzalaf MAR	.HA007, FC008, Pib030, Pld031, Ple030, Ple031, Ple097, Pif064, PNa080, PNC060, PNC144, PNd143, PNe060, PNe067, PNf079, PNF080, PNf085	Camargo Jr. SS	.Plc078, Pif077, PNb138
Brito LCN	.PNa051, PNb077	Buzatta LN	.Pib012	Camargos GV	.PNb181, PNC180
Brito LNS	.Pif016	Cabeda MF	.Plc107	Camilotti V	.Plc083
Brito MGS	.Plc054, Ple072	Cabral FC	.Pla106	Camões ICG	.Ple026
Brito WA	.PO007	Cabral GMP	.PNa095, PNe061	Campanelli AP	.HA027, HA029, PNe254, PNF055, PNf107
Brito-Júnior M	.Pib022, Pld024, PNa036, PNe035, PNe038			Campanelli V	.Pib141
Brito-Junior RB	.PIO005, Pib144, Plc043, Plc049, Pif143, PNd012			Campanha NH	.Pla034, Pla122, Pld084, Ple118, Pif117, PNe238
Brito IMPA	.Plc152			Camparis CM	.PNa182, PNF181
Britto PC	.PNf024			Campoli MAO	.PNC216
				Campos AA	.PE046, Pib090, Plc023, Plc028, Plc134, Ple090, Pif136
				Campos AC	.PNb185
				Campos ACV	.PNa224
				Campos CN (H1)	.PNa245

Campos CN (H2)	.PNf009, PNf059	Cardoso JC	.Pif139	Carvalho ALP	.Pla024, Pld026, Pnc055
Campos DF	.PNa017, PNa022, Pnc018, Pnc023	Cardoso JR	.PNa081, PNf026	Carvalho AO	.Ple100, Pnb136
Campos EA	.PNa058, Pnc056, Pnc096, Pnc134, Pnc269, Pnd131, PNe129, PNe267	Cardoso L	.Ple116, PNa188, Pnd129	Carvalho APMC	.Pnb019
Campos EJ	.Pib129	Cardoso LAG	.Pld150, PNa236, Pnb240	Carvalho AS (H1)	.Pnc029
Campos F	.Pib122, Ple122	Cardoso LML	.Pnc073, PNe072	Carvalho AS (H2)	.FC004, Plc036, Pld015, Pnd052, PNf049
Campos FUF	.Plc046	Cardoso LSS	.Pib150, Pib151, Pif150	Carvalho AS (H3)	.PNa072
Campos GE	.Pla138	Cardoso M (H1)	.Pnb111	Carvalho CAP	.FC008, Pib056, Plc053, Plc055, Ple049, Pif056, Pif057, Pnf085, PNf090
Campos JADB	.Pib033, Pib054, PNe069	Cardoso M (H2)	.Pnc125, PNa222, Pnb080, Pnf232	Carvalho CAT	.FC004, Pib020, Plc016, Pif023, Pif034, PNa050, Pnc047, Pnd047, PNe042, PNe047, PNf050
Campos JB	.PNe122	Cardoso MCR	.Ple136, PNa068, PNa247, PNa248, Pnc246	Carvalho CBM	.PNf100
Campos JP	.Pnb166	Cardoso MMM	.PNa183, PNa184, Pnb184, Pnd183, PNe184, Pnf182	Carvalho CCT	.Pnc185, Pnc201
Campos KPL	.Ple067	Cardoso MRM	.Pnd022	Carvalho CF	.Pla110
Campos LA	.Pnc134, Pnd131, PNe129	Cardoso MV	.Ple095	Carvalho CHP	.Pnc234
Campos MIC	.PNf009	Cardoso PE	.PNa050	Carvalho CM	.PNa246
Campos MIG	.Ple002	Cardoso RG	.PNa186	Carvalho CN	.Pld017, Pnd137
Campos MJS	.PO001, Pld041	Cardoso RJA	.PE028, Pla082	Carvalho D	.Pib027
Campos MLG	.Pnc254, PNe257	Cardoso RM	.Pnd253, Pnf255	Carvalho DM	.Ple067
Campos MVB	.Ple055	Cardoso TR	.PNa072	Carvalho EF	.PNa028
Campos N	.Plc151, Pld151, Pnb258, Pnb266, Pnd268	Cardoso VES	.HA017	Carvalho ERT	.Pla056, Ple058
Campos NG	.Pla124	Cardozo Pl	.PNa158	Carvalho ES	.Pnb056
Campos PSF	.PNa221, Pnd219	Caribé M	.Plc004	Carvalho FA	.PNe239
Campos RAM	.Pnc234	Carinhena CF	.Pnb022, Pnc027	Carvalho FAR	.Pla012, Pld006, Ple012, Pnc014
Campos RE	.Plc087, Pnb157, Pnc159	Carletto AF	.PE014	Carvalho FB	.PNf043
Campos TN	.PE041, PNa242, Pnb185	Carli JP	.Pib147, Plc030, Pld098, Pnb230	Carvalho FG	.Pnc127, Pnd130
Campos V	.Pib059, Pld069	Carli RL	.Pib123	Carvalho FJLC	.Pla064
Campos-Junior JC	.Pnc253	Carlin V	.Pnc227	Carvalho FK	.Pnd114
Campegheir UB	.PIO008	Carlini-Júnior B	.Pnb172	Carvalho FP	.Pnd110
Canabarro A	.Plc149	Carlo HL	.Pif078, Pnf068	Carvalho FS	.FC008, Pib056, Plc053, Plc055, Pld055, Ple049, Pif057, Pnf085, PNf090
Canali CSE	.Pnd103	Carlos IZ	.PNa203	Carvalho IH	.Pib039
Canavez J	.Pib090	Carlos-Filho CUO	.Pla024, PNa053	Carvalho JFO	.PNe048
Candeiro GTM	.Pnd058	Carlotto CA	.PNa102, PNe106	Carvalho KB	.Pnc074
Candido GA	.Pla125	Carmelo JC	.Pnd226	Carvalho KE	.Pla119
Cândido L	.PNe211	Carmezim-Neto J	.PNa178	Carvalho LBW	.Plc111, Plc112
Candido MSM	.Pnb125	Carmignani MR	.PNa198	Carvalho LFPC	.PNa246
Candruva MS	.Pnd115	Carmo LA	.Pib008	Carvalho LMM	.Plc149
Canepele TMF	.Pnc147	Carmo MAV	.Pnc230, Pnd230, PNf211	Carvalho LMNP	.Plc082
Canevarolo SV	.PNa191	Carmona LM	.Pnc099	Carvalho LS (H1)	.Pif050
Cangussu MCT	.PO003, PO017, Pib066, Plc054, Ple072, Pnc011, PNe085, PNe222	Carneiro BGDS	.Pla035, PNe063	Carvalho LS (H2)	.Ple095
Cantagallo CF	.Pnc112	Carneiro E	.Ple022, Pnb055, Pnc039, Pnd039, PNe057	Carvalho MA	.Pla112, Pla139
Cantisano MH	.Pla126	Carneiro MCM	.PNe177	Carvalho MAB	.PE045
Canuto NSCP	.PNe037	Carneiro TAPN	.Plc141, Plc143, Pnb246	Carvalho MAR	.Pib022, Pld024, PNa036, PNe038, PNe076
Capela MV	.Pnb210	Carneiro VA	.Pla035	Carvalho MF	.PE008
Caporossi LS	.Pla149, Pib039, Pld132, Pld148, Ple038	Carneiro VL	.PNe102	Carvalho MGF	.Pnc108, Pnf070
Capuano AS	.Pla143, Pib104	Carracho HG	.Pnb176	Carvalho ML	.PE035, Pnd087
Capuano-Neto F	.Pla143	Carrara MC	.Pld032	Carvalho MS (H1)	.Pif075
Caputo BV	.PNa086, Pnf082	Carrard VC	.Pib137, Ple125	Carvalho MS (H2)	.Pif033
Caputo JB	.Plc146, Pnd097	Carrareto ALV	.Pnb232, PNe256	Carvalho MV	.Plc130, PNe228, PNe230
Cara AA	.Pnd151	Carrasco TG	.PNa181, PNe183	Carvalho MVD	.PNa093, PNe185
Caramez RHF	.Ple138	Carrascoza KC	.Pnf093	Carvalho NR	.PNe175
Cararo F	.Plc131	Carregaro AB	.Pnf018	Carvalho PEG	.PNa015, Pnb022, Pnc013, Pnd007
Carcereri DL	.PE026, Ple128	Carreira CM	.Pnd056	Carvalho PER	.PNe098
Cardon S	.PNa020	Carreiro AFP	.Pib119, Pib121, PNa205, Pnb193, Pnc205, Pnd187	Carvalho PM	.Pib116
Cardoso AB	.Ple004	Carreiro LS	.Pnf026	Carvalho PSP	.Pnb242, Pnc248, PNe239, PNe240, PNe247
Cardoso AC (H1)	.PNe096	Carrela LH	.Pnd005	Carvalho RA	.Ple025, PNa038, PNa044, Pnb047, Pnb062, Pnc108, Pnd035, PNe159, PNf070
Cardoso AC (H2)	.PNa249, Pnc236, PNe237	Carreno NLV	.Plc094, Ple078	Carvalho RB	.PE022, Pif133, PNa088
Cardoso ACD	.Plc100, Plc104, Pld099, Pif099, PNe172	Carrilho GPB	.Ple136, PNa068, PNa247, PNa248, Pnc246	Carvalho RCR	.Pnc158, Pnf175
Cardoso CA	.PIO010	Carrilho MRO	.Pif103, Pnc141, PNe119, Pnf132		
Cardoso CAB	.PNa106	Cartaxo RO	.PIO013		
Cardoso CRB	.HA011, HA027, PNe254	Caruzo LP	.Pnb161		
Cardoso ES	.HA024, PNa245, Pnb244, Pnc243, Pnc244, Pnf245	Carvalho TB	.Pnb162		
Cardoso FGR	.Pld015	Carvalho AA	.Plc087, Pnf126		
Cardoso FP	.PNa260, Pnc032	Carvalho AAF	.Pif040, PNe082		
Cardoso J	.Pld106	Carvalho AC	.PNa108, Pnf226		
		Carvalho ACB	.PE007, Pnd083		
		Carvalho ACGS	.Plc003, Pnf004, PNf005		

Carvalho RF	.PIO011, PIf082, PNa184, PNe203	Castro HL	.PNe110, PNF074 .PNb189	Cecchin F	.PNb172, PNd150 .Pif117
Carvalho RM	.Pib093, Ple117	Castro JCM	.HA020, PNd006	Celiberti P	.Pnc107
Carvalho RV	.Pib014, Ple079, Pnc126, PNd121	Castro JFL	.PNa087, PNF223	Cenci MS	.Pib038, Pif098, PNb065, PNb113, Pnc128
Carvalho SPM	.PNa002	Castro LMS	.PNa118, Pnc068, PNf244	Cendron G	.Pla105
Carvalho TC	.Pib035	Castro LP	.Pld070	Ceneviva R	.PNd088
Carvalho TS	.PNa103, PNb102, PNf108	Castro MCC	.PNf179	Lenzi S	.Plc064
Carvalho VCQ	.Pib059	Castro ML (H1)	.Ple032	Ceolin DS	.PNb067
Carvalho VF (H1)	.Pld134, PNF225	Castro ML (H2)	.Pld106	Cepera F	.PNd015, PNF003
Carvalho VF (H2)	.Pib145	Castro ML (H3)	.PNd070	Cerci-Neto A	.Ple044, Pif043
Carvalho WM	.PE020, PNd020	Castro PDD	.Pld110	Cerezetti RV	.PNd065
Carvalho WR	.Pla085, Pla088, Pc091, Pld093, PNa134, PNb132, PNb237, Pnc245, PNf131	Castro RCFR	.PNa023, PNb029, PNd243, PNe025, PNe026	Cericato L	.Pib144
Carvalho YR	.Pla138, Pla144, Pib138, Pld138, Pif137, PNa228, PNb223, PNb243, Pnc229, Pnc247, PNd232, PNe231, PNf238	Castro RD	.Pla029, Plc044, Plc150, Pld035, Ple035, Pif093	Cerqueira DF	.PO009, FC010, Pla077, Pld080, PNb117
Carvalho-Filho J	.PNa262	Castro RFM	.Pla057	Cerqueira EGCF	.PNf043
Carvalhosa AA	.PNa207	Castro TES	.PNe075, PNe094	Cerqueira GC	.Pnc140
Carvalho-Sousa B	.Pla020, PNe037, PNe050	Castro WB	.Pld024, Pif045, PNe035	Cerri PS	.Pnc045, PNd252
Casagrande L	.HA005, FC003	Castro-Neto EJ	.Ple019	Cerrone-Junior G	.PNa218
Casarin RCV	.HA030, PNb265, PNd251, PNe252	Castro-Silva II	.PNb241, Pnc240, Pnc242, PNd134, PNe241	Cesar PF	.PNd122, PNd167, PNe120, PNe144
Casarin RP	.Pla131, Ple093	Catani DB	.PNb079	Céspedes IC	.Plc136
Casaroto AR	.PIO003, Pla025	Catelan A	.PNa156, PNb161, PNd172	Cestari TM	.HA002, HA007, PNa067, PNb067, PNb219, PNb238, Pnc067, PNe067, PNf083, PNF234
Casaroto PVM	.Pnc048	Catirse ABCEB	.Pla090, Pib092, PNa118, PNa129, Pnc124, PNe138	Cevidanes LHS	.Pnc014
Casas-Apayco LC	.Pla097, Ple097, PNb131, PNd160, PNe158, PNF133, PNf171	Cato CH	.PNe221	Chad ND	.Pib107
Casati MZ	.HA030, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, Pnc254, Pnc263, PNd251, PNe252, PNe265	Cattaneo PM	.PNd189	Chadi SF	.PE040
Casemiro LA	.PE046, Pla078, Pib035, Pib090, Pc023, Plc028, Plc134, Pld033, Ple024, Ple090, Pif035, Pif088	Cattani L	.Pnc018, PNF020	Chagas DB	.PNa238, Pnc238
Casotti E	.PE011, Pld051	Cavalcante ALC	.PNd185	Chagas MA	.Pld057
Cassaniga LKB	.Pib095, PNa153	Cavalcante ASR	.PNd232, PNF233	Chagas RV	.Pnc203, PNd017
Cassoni A	.PE038, Pla104, PNa236, PNd157	Cavalcante JA	.Pld023	Chamlian TR	.PNf096
Castanharo SM	.PNa182, PNF181	Cavalcante LM	.Pib085, Pib088, Pld087, Ple088, Ple089, Pif100, Pnc133, Pnc179	Charlier SC	.Plc076
Castanho GM	.PNd151	Cavalcante MAA	.Pla005, Pib005	Charone S	.Plc074, PNd094
Castanho JM	.Pib001	Cavalcanti AFF	.PNe097	Chávayry NGM	.Plc112
Castellan CS	.PNf057, PNF159	Cavalcanti AL	.Pib062, Plc061, Pld061, PNb069, PNd092	Chaves CAL	.Pla119, Plc122, PNa197, PNa203
Castellucci M	.Pif008	Cavalcanti AN	.Pld091, Pld095, PNa162, PNb164, Pnc163, Pnc175, PNe160, PNF117, PNf158	Chaves HV	.Ple039, PNb078, PNd185
Castelo PM	.Pla065, Pib064, Ple063, Pnc105, PNd097	Cavalcanti MCBV	.PE001	Chaves KCT	.Pnc020
Castilho AL	.PNa073, PNd075, PNf122	Cavalcanti MGP	.PNa215, PNe215	Chaves LDM	.Ple140
Castilho ARF	.Plc065, PNb133	Cavalcantii SCM	.Plc088, PNb144	Chaves MGAM	.PE016, PO001, Pla128, Ple140, PNe182, PNF088, PNf154
Castilho JCM	.PNb216, PNb217, Pnc217, Pnc218, PNe221	Cavalcantii SMB	.PNa105	Chaves MLO	.PNd247
Castilhos ED	.Ple075, Ple133	Cavalcantii UDNT	.Pnc003	Chaves PF	.Ple149
Castro ADV	.PO010	Cavalcantii YW	.Pib052, Ple051, Pif046, Pnc087	Chaves TM	.Pnc098
Castro AL	.Pnc210	Cavalleri SG	.PNf017	Chaves TP	.Pib044
Castro CB	.Pld136, Ple146	Cavalli V	.PIO010, Pla030, Pib096, Pib099, Pib107, Ple101, PNa147, PNa155, PNf172	Chaves VR	.PNe084, PNF086
Castro CDL	.Pnc091	Cavassim R	.Pla145, PNa258, PNb253, PNb256, PNe253	Chaves-Filho HDM	.PE016, Ple140, Pif092, PNa123, PNe091, PNF088, PNf154
Castro CG	.Pib012, PNb167, Pnc161, Pnc173, PNd170, PNF152, PNf178	Cavazzola FCM	.Pif094	Chávez AM	.PNf235
Castro CMMB	.PNa128	Cavenago BC	.Pnc055	Chermont AB	.PNa169, Pnc168
Castro GC	.PNa201, Pnc199, PNd196	Cawahisa PT	.PE020, PNb262, PNd020	Chevitarese L	.PE029
Castro GFBA	.Pla069, Pif058, Pif071, PNa105, Pnc110, PNd094,	Cazal C	.Pnc221	Chianca TK	.Pnc110
		Ccahuana-Yásquez RA	.FC006, PNb137	Chiba FY	.Pif049, PNa078, PNe078
		Cé PS	.Plc144	Chibinski ACR	.Pif066, PNa110
		Ceballos-Salobreña A	.Pla131	Chicri RO	.Ple086
		Cecanho R	.Pla041, Pib028, Pib041, Plc029, Pld029, Ple040, PNb009	Chieco KHF	.Pib084, PNb120
		Cecchin D	.Pla105, PNa056, PNb124, PNb148,	Chies AM	.PNa137
				Chiesa R	.PNe246
				Chiesa WMM	.PNf044
				Chin VKL	.PNb004
				Chinelatti MA	.Pib100, PNa115, PNd166
				Chiqueto K	.PNb021, PNd024
				Chou TTA	.Pla053, Ple053
				Chula DG	.Pla023, Pld020
				Chung A	.Plc016
				Chuves IL	.PNe223
				Cibulski MVM	.PNb230
				Ciesielski FIN	.Pnc076
				Cimões R	.Pnc252, PNd253, PNe262, PNF255
				Cintra LTA	.PNa187, PNd118,

	PNd194, PNd195, PNe161, PNF264		PNd021, PNd025, PNd188, PNd193, PNd196, PNe128, PNe133, PNe196, PNe198, PNe205, PNf118, PNf191, PNf197, PNf199, PNf205, PNF241		PNf062, PNf118
Circeli GZ	.PIO014			Correr-Sobrinho L	.HA018, Pib060, Pib079, Pib083, Pld086, Pld117, Ple094, Pif078, Pif084, PNa018, PNa124, PNa135, PNa139, PNa177, PNb129, PNb134, PNc127, PNd021, PNd025, PNd126, PNd130, PNd169, PNd193, PNe128, PNf068, PNf120, PNf139, PNf142, PNf197, PNF205
Cirelli JA	.HA032, Pib146, PNa263, PNe077, PNF240				
Cirino CCS	.Pla152, Pib152, Pif146, Pif151				
Claro CAA	.PNC203, PNd017	Consani S	.Ple085, PNa139, PNa144, PNa198, PNb129, PNb137, PNC127, PNC136, PNd117, PNf120, PNf142, PNf145		
Claudino LV	.Pib063, Ple028, PNe088				
Claudino M	.HA011, Pib040, Pib040, PNa077				
Clavijo VGR	.PNf128, PNf166	Consolaro A	.PNd114, PNd241, PNf034		
Clemente CB	.Pif084				
Clemente-Napimoga JT	.Pld040, Pld124, Pif039	Consolmagnano EC	.PNd050, PNF046	Cortellazzi KL	.Pif063
Closs LQ	.Pif065	Contar CMM	.HA001, PNa219	Cortelli JR	.HA028, HA031, PNa262, PNb002, PNb267, PNC251, PNf256, PNF257, PNf269
Closs PS	.Pla057, Pif029, Pif059, PNa090, PNb089	Conti ACCF	.PNb238, PNC028, PNe018		
Cocco AR	.Pla093	Conti S	.Pld063		
Coclete GA	.PNf019	Contin CFACF	.PNe097		
Coelho AAK	.PNd109, PNe268	Contreras EFR	.PNC123	Cortelli SC	.HA028, HA031, PNa262, PNb002, PNb267, PNF256, PNf257, PNF269
Coelho D	.Pib114, Ple113	Conversani MG	.Ple005		
Coelho FV	.PNe096	Conz MB	.HA024, PNa245, PNb244, PNC243, PNC244, PNF245		
Coelho LGC	.PNe156				
Coelho LT	.Pif038, PNa186	Coppo PP	.PNd200	Côrtes DF	.PNC064
Coelho M Q	.Pif052, PNb087	Coradini SU	.Pld106	Cortes ME	.Pld034, PNb033, PNC082
Coelho PG	.PNd246	Coratto L	.Pld028		
Coelho PR (H1)	.PNC183	Corazza PH	.Pib093	Cortez DGN	.PNC059
Coelho PR (H2)	.Pib094	Corbi SCT	.Pib146, PNa263	Corvello PC	.PNa256, PNF249
Coelho RS	.PNe262	Cordas TA	.FC007	Cosme JP	.PNe008
Coelho SMO	.Pld114	Cordeiro MMR	.Pib099	Côssio MG	.PNe250
Coelho T MK	.PNe268	Cordeiro RCL	.Pib064, Pld071, Pld072, Pld073, Ple069, Pib110, PNC063, PNC109	Costa AA	.PNe101
Coelho U	.Pif005, PNb027, PNd014			Costa ACBP	.PNb072, PNb074, PNe072, PNF111
Coelho-de-Souza FH	.Pib106, Ple106	Cordeiro VW	.PNa029, PNe025	Costa ACO	.Ple054, PNf179
Coelho-Junior LGTM	.PNa093, PNe185	Cordeiro-Neto JF	.PNC140	Costa AF (H1)	.PNC231
Cogo K	.PNa082	Cordero EB	.Ple141, PNa239	Costa AF (H2)	.Pib024
Coimbra LS	.PNC264, PNd255	Cornélio ALG	.PNb040	Costa ALG	.PNa078
Colavite PM	.Pib040	Coró V	.PNd236	Costa ALL	.PNb234, PNe230
Coldebella CR	.Pla014, Pld101, PNa033, PNb214, PNC132, PNd109, PNe268	Corona SAM	.PNb148, PNC160	Costa AML	.Pib061
Colenci R	.HA013, Pld152	Corradi DP	.PNb010	Costa APCS	.PNf179
Coletta R	.FC013, Pla127, Pld137, PNe001, PNe207, PNe208, PNe229, PNe232	Corraini P	.HA028, Pib145, PNb250, PNF257, PNf269	Costa APS	.PNb212, PNC208
Coletti FL	.PNa240, PNe258			Costa AR	.PNC127, PNd025, PNe128
Coletto JAM	.PNd124	Correa A	.PNd162, PNf139	Costa B	.Pla113, Pld113, PNC119, PNC224, PNe224, PNf188
Collares FM	.PIO008, Pib107, PNd140, PNe142	Correa ACP	.Pib078, Pif077	Costa C	.Pld026
Collares KF	.Pif003	Correia CB	.Pib086, Pld082, PNC130	Costa CAS	.PIO014, Pla014, Pib034, Pld101, PNa033, PNb171, PNb214, PNC033, PNd142, PNe140, PNe194, PNe227
Colodetti H	.PNd100	Correia FOB	.PNe249	Costa CB	.PNb216, PNb217, PNC218
Colombo APV	.PNa264, PNb259, PNd265	Correia GO	.PNa187, PNd118, PNd194, PNd195, PNe161, PNF264	Costa CT	.PNa104
Colombo CED	.PNb073, PNb223, PNb235	Correia GTB	.Pib126	Costa DES	.PNa038
Colombo NH	.PNa078, PNe078	Correia IC	.Ple119	Costa DPTS	.PNa119, PNe175
Colucci V	.PNb148, PNC124, PNC160, PNe138	Correia L	.Pib124, PNd004	Costa EL	.Pld092, PNa098
Comar LP	.PNa080, PNF079	Correia M	.PNC214, PNF213	Costa EMMB	.PNd258, PNF070
Compagnoni MA	.PNb206, PNd205	Correia MA	.Pib034	Costa FO	.PNa260, PNa262, PNb002, PNb267, PNC250, PNC266, PNd208, PNe264, PNf256
Compart T	.Ple061	Correia MB	.Pib128, Ple127, PNa104, PNb203		
Comunian JS	.Pib006, PNa007, PNb007, PNC007	Correia MEP	.PNe115		
Conceicao GA	.Pib092	Correia MG	.PNC254, PNe257		
Conceição JM	.PNe258	Correia MSNP	.Pla077, PNC103		
Conceição LD	.Pla049, Pla130	Correia-Afonso AM	.Pib100, PNa160		
Conde MCM	.FC003, Pib041, Ple093	Correia-Kazlauskas HG	.PNb029		
Consani RLX	.Pla123, Pib111, Pld111, Pld116, Pld117, Pld119, Ple116, Pif084, Pif112, PNa135, PNa144, PNa198, PNa201, PNa206, PNb198, PNb239, PNC189, PNC199,	Correia AC	.Ple070	Costa FPF	.PNa142
		Correia ACRB	.PNC040	Costa GM	.Pib022, Pld045, Pif045, PNe035
		Correia ASC	.PNC102		
		Correia AVL	.PNa087	Costa GP	.Pib138, Pld138
		Correia KR	.Pld013, Ple007, PNa008	Costa ICC	.Pld050, PNd225
		Correia MIB	.Pib027, PNC037	Costa JA (H1)	.PNe044
		Correr AB	.Pif084, PNa018, PNa135, PNb129, PNb134, PNd025, PNe128, PNf142	Costa JA (H2)	.Ple091, Pif101
		Correr GM	.PNb018, PNb058, PNb060, PNC134, PNC269, PNd132, PNe013, PNe144,	Costa JE	.PNa260, PNC250, PNd208
				Costa JES	.Ple110
				Costa JF	.Pla084, Pld092, PNa098, PNb141, PNd137
				Costa JL	.PNb078
				Costa JM	.Pla079

Costa JMC	.PNa005	Cruz LP	.Pla053, PIf021, PNd032, PNd049, PNe042	Dantas CDF	.Pla145
Costa KJR	.PNa082	Cruz RCS	.PNd235	Dantas EDV	.PNa071, PNa034
Costa KLL	.PNa261	Cruz SEB	.PNe251	Dantas IS	.Plc031, Pld115, Ple114, Pif116
Costa L	.PNb164	Cruz-Filho AM	.PNb052, PNe045	Dantas JA	.PNa221
Costa LC	.Pif092	Cubas GBA	.PNa146, PNa142	Dantas KA	.PNb246
Costa LF	.PNb082	Cunha AC	.Pla069, Pif071	Dantas LCM	.Plc143, PNb246, PNd191
Costa LHA	.Plc013	Cunha AGG	.PNb062	Dantas LM	.PNa163
Costa LJ	.PNa246	Cunha APTD	.PNd091	Dantas RMX	.Plb133
Costa LRRS	.PE018, PO007, PO010, PNa113, PNd096	Cunha CAC	.Pld050	Dantas RVF	.Pla058, Plb063, Plc039, Pif036
Costa LST	.PNf093	Cunha CW	.Plc006	Dantas TS	.Ple123, Pif047
Costa MB	.HA001, PNa210, PNa219	Cunha FL	.Plc032	Dardengo CS	.Pla012, Plb011, Ple012
Costa MC	.Pla003, Plb050, Plb058, Pld065, Ple068, Pif068, PNd003, PNe099, PNf001, PNf095	Cunha FQ	.HA012	Daruge-Júnior E	.Plc002, Plc008, PNf016
Costa MEPR	.Plc076	Cunha LF	.Plb109	Darveau RP	.HA032
Costa MM	.Pif118	Cunha LG	.Pla100, Plb080, Pld114, Ple101, Ple111, PNa180, PNb162, PNb205, PNe202, PNe203, PNd017, PNd136, PNd245, PNe245	Dassunção FLC	.Plc019, PNa039
Costa MMA	.Plc038	Cunha LJ	.Pla041	Daudt EB	.Ple151
Costa MS	.PE004, Pif024	Cunha MDS	.Plc026	Daudt LD	.Ple151
Costa NCS	.PNd232, PNf233	Cunha MJS	.Pla152, Plb152, Pif146, Pif151	Davalos PME	.PNe048
Costa NL	.PNa077, PNd231, PNe206	Cunha NLA	.PNf241	Davi LR	.Plb117, Pld112, PNa193, PNa192
Costa OVR	.PNd005	Cunha NM	.Pld131	Davidian MES	.Pla021
Costa RAF	.PNd017	Cunha RF	.PNb116, PNa102, PNf104	Davidowicz H	.Pla024, Pld026, PNe035, PNe055
Costa RCTS	.PNa012	Cunha RS	.Plb102, Plc066, PNa057, PNa176, PNb179, PNa048, PNe054, PNe059, PNd034, PNd036, PNd053, PNd138, PNf135	Davini F	.Plb102, PNa048, PNe054, PNd053, PNe055
Costa RF	.Pla139	Cunha RTR	.PNe049	Deboni MCZ	.PNd004
Costa RG	.PNd132, PNd147	Cunha TC	.PNb059	De-Campos L	.Plb042, PNf209
Costa RSA	.PNf262	Cunha TMA	.Pif012	De-Carli AD	.PNa250, PNe065
Costa SAA	.PNa005	Cunha TVRN	.PNb051	Dechichi P	.Plb004, Ple143, PNa004, PNa241, PNd209
Costa SM	.Pif052, PNb087	Cunha WA	.Pif050	Deco CP	.PNb243, PNa247
Costa SXS	.PNb163, PNf155	Cunha WR	.Pla078, Pif035	Decurcio DA	.PNa055, PNa220, PNa220
Costa TRF	.Plb089, Ple104	Cunha-Cruz J	.PNb063	De-Deus G	.PNa048, PNa036, PNa038, PNa057, PNd057, PNf045
Costa-Silva CM	.PNb110, PNa063, PNa109	Cuoghi OA	.PNa011, PNa023	Defendi RR	.PNb227
Cota ALS	.Pla063, PNa114	Cursino NM	.PNe082	Defino HLA	.PNb001, PNe005
Cota LOM	.PNb002, PNb267, PNa266, PNa264	Curtis KMC	.Plb146, Ple144	Dekon SFC	.Plb113, PNf193
Coto NP	.Pla083, Pif114, PNb196, PNf203	Cury AH	.Pif121	Del'Acqua MA	.PNf235
Cotrim FRA	.Plc045	Cury DBV	.Ple005	Delazare PHM	.Pif126
Cotrim-Ferreira FA	.PNa015, PNa016, PNb022, PNe009	Cury JA	.FC006, PNa063, PNb064, PNb079, PNd063, PNd065, PNd152, PNf060, PNf065	Del-Bel EA	.Ple001, PNb003
Cousin CL	.Ple106	Custodio W	.PNe204	Del-bel-Cury AA	.PNa063, PNb064, PNb119, PNb191, PNb201, PNb247, PNa186, PNa204, PNd197, PNe074, PNf060, PNf075, PNf201
Coutinho M	.Pla081, Pld103, Pif080, PNa158, PNe169, PNe178	Cyrino RM	.PNe264	Delbem ACB	.Pld070, PNa100, PNa112, PNd102, PNd116, PNe226, PNf101, PNf116
Coutinho NN	.Plb035	Czlusniak GD	.PNa110, PNa079	Delben AAST	.PNe037
Coutinho TCL	.Pif060	D'Addazio PSS	.PNf059	Delben JA	.Plb112, PNa192, PNd198, PNd199, PNe189, PNf190
Coutinho-Filho T	.PNa058	D'Agulham AC D	.PNe210	Delboni MG	.PNb043
Coutinho-Filho WP	.PNa058	D'Alpino PHP	.Plb080, Plb093, Plb105, PNf157	Delgado AM	.PNe231
Coutinho-Netto J	.Pla001, Pld144, PNb001, PNe005	D'Amore FC	.Ple015	Delgado RJR	.PNf046
Couto CF	.PNa134, PNf131	D'Arce MBF	.PNe164	Deliberador TM	.Plc142, Pld142, PNb058, PNb085, PNa096, PNa269, PNd227, PNe129, PNe267, PNf259
Couto GA	.Pla053	D'Avila S	.Pif016, PNb069, PNb224, PNd092	Deliberali FD	.Pla075
Couto GBL	.PNa098	D'Epiro TTS	.Pla002	Della-Bona A	.PE039, Plc093, Pld028, Pld088, PNb150, PNd156, PNa120, PNf137
Couto LB	.PNf032	D'Ippolito SFM	.PNd216	Delmondes LN	.Plb052, PNe087
Couto MGP	.Plb058	Daher C	.Pif111	Del-Pino FAB	.Plc042, Pld043, PNe064
Cozer TB	.PE022	Dal'Maso AMS	.Pif066	De-Marchi LM	.Ple098
Crastechini E	.Pld038	Damasceno AM	.PNf224	Demarco FF	.HA005, FC003, Plb014, Plb083, Plc041, Pld078
Cremonese GZ	.Plc098	Dametto FR	.Ple025, PNa038, PNa044, PNb047, PNa201, PNd035, PNf070		
Crippa GE	.Pif004, PNe246	Damian MF	.Pla132, Plb128, PNf220		
Crivellaro VR	.PNa096	Damm GR	.PNf263		
Cronthal AS	.Plc105	Damo AC	.Pif028		
Crosara MB	.Pif115	Danelon M	.Pld070, PNa112, PNd116		
Crosato E	.PNa092	Daniel GB	.Pla121, Plb120, Plc120, Pld120, Pif120		
Crusoé-Rebello IM	.PNd219				
Cruvinel DR	.PE043, Pld085, Pld090				
Cruz AD	.PNa219, PNd220, PNa126				
Cruz AOS	.Pla013				
Cruz ATG	.PNb053, PNa053				
Cruz BS	.Plb002, Ple010				
Cruz CAS	.PNb122, PNb126, PNd127, PNd139, PNf129				
Cruz DF	.PNe088				
Cruz FLG	.PIO011, PNa184				
Cruz GA	.PNe251				

	Ple079, Ple127, Pif098, PNb065, PNb203, PNc128, PNc142, PNd156, PNe064	Dipe AG . . . . .	.Plc134	Endo MS . . . . .	.Plb018, Plc021, Ple018, PNa042, PNe056
Demasi APD . . . . .	.PNb231	Dirsnabel AJ . . . . .	.PNf261	Enoki-Iikawa C . . . . .	.Plb008
Demeda CF . . . . .	.PNc234	Ditterich RG . . . . .	.PE035, PO002, PNc079, PNd087, PNe223	Escobar GF . . . . .	.Pld040
Demicheli G . . . . .	.HA023, Plb145, PNa268, PNb250	Divardin SF . . . . .	.PNb027, PNF138	Eskelsen E . . . . .	.Plb099, PNa155, PNa180, PNa229
Deprá MB . . . . .	.PNc023	Do MBMR . . . . .	.Ple124	Esmerino LA . . . . .	.Plc036
Derceli JR . . . . .	.PNb257, PNc178	Domingos RG . . . . .	.Pld007	Espejo LC . . . . .	.PNb169
De-Rossi M . . . . .	.Pla065	Domingues FHF . . . . .	.Plc027, PNc037	Esper LA . . . . .	.Pld151, PNa266, PNb266, PNc265, PNd268
Destro ASS . . . . .	.Pla115, Pla116, Pld118, Pif113	Domingues RS . . . . .	.PNb255	Espindula AP . . . . .	.PNd235
Destro MFSS . . . . .	.FC013, PNe234	Dominguete MHL . . . . .	.Plc145, Plc146	Espir CG . . . . .	.Pif020
Deitmer JT . . . . .	.PNe176	Dominguette AAS . . . . .	.Plc100, Plc104, Pld099, PNc139, PNe172	Espírito-Santo AR . . . . .	.PNa214
Devito KL . . . . .	.PE016, Plb132, Plc132, PNb154, PNe156, PNF088	Dominguez GC . . . . .	.PNb030, PNF018	Esposito E . . . . .	.PNb251
Devito-Moraes AG . . . . .	.Plb078, Pld077, PNc131, PNe118, PNe125, PNF119, PNf132	Dong Z . . . . .	.HA003	Espósito IV . . . . .	.PNa073, PNd075
Dezan-Junior E . . . . .	.PNe073	Dória JNSM . . . . .	.PNb147	Espositi TBD . . . . .	.PNc244
Dezem TU . . . . .	.PNa269	Dornelles RCM . . . . .	.Pif040	Esteves JC . . . . .	.Ple003
Dias AAM . . . . .	.PNd164	Dorni ACR . . . . .	.PNa152	Esteves RA . . . . .	.Ple107, Pif105, PNa169, PNc168, PNe187
Dias AE . . . . .	.Pld074	Dos-Santos PH . . . . .	.PNa156, PNb161, PNb171, PNe117, PNe166	Estrela C . . . . .	.PNa035, PNa055, PNa220, PNb049, PNc046, PNc173, PNe220, PNF141
Dias AGA . . . . .	.Pla057, Plb029, Pif059, PNa090, PNb089	Dossi AP . . . . .	.Pld056	Estrela CRA . . . . .	.PNa035, PNa055, PNe046
Dias AHM . . . . .	.PNd128, PNF189	Dovigo LN . . . . .	.Plc038, Pld037	Estrela RP . . . . .	.Plc086, Pld082
Dias AM . . . . .	.PNa123	Drago MA . . . . .	.PNa037, PNb037, PNb044	Etges A . . . . .	.Plb128, Pld004, Ple079, PNc126, PNd121
Dias AP . . . . .	.PNf116	Dreibi VM . . . . .	.Pla097, Ple097	Evangelista APA . . . . .	.Plc070
Dias ARC . . . . .	.PNe110, PNF179	Dressano D . . . . .	.Plb080	F LRS . . . . .	.PNe192
Dias AT . . . . .	.PNa255, PNd257, PNf254	Drubi-Filho B . . . . .	.Pld090	Fabião MM . . . . .	.PNc163
Dias C . . . . .	.Pif065	Drummond LGR . . . . .	.PIO012	Fabris V . . . . .	.PNd248, PNe004
Dias CC . . . . .	.PNa261	Duarte AAPS . . . . .	.Plb087, Pld004	Faccin ES . . . . .	.PNe093, PNF103
Dias CGBT . . . . .	.Plc095, Ple107, Pif105, PNa169, PNc165	Duarte D . . . . .	.PNb105, PNc090	Fadel MAV . . . . .	.PO005
Dias CRS . . . . .	.PNc070	Duarte ECB . . . . .	.Pla137	Faeda RS . . . . .	.PNc257, PNd239, PNd252
Dias CTS . . . . .	.PNb168, PNe163	Duarte HSA . . . . .	.Pld092	Fagundes ACG . . . . .	.PNb091, PNc093
Dias CVA . . . . .	.PNc099	Duarte KMR . . . . .	.HA004	Fagundes TC . . . . .	.PNe148
Dias DM . . . . .	.PNd023, PNe030	Duarte MAH . . . . .	.Pla015, Pla016, Plb015, Plb017, Plb021, Plb104, Pld025, Ple019, Pif027, PNa041, PNa047, PNb038, PNb051, PNc041, PNc045, PNe036, PNe043, PNe058, PNf040, PNF054	Faig-Leite H . . . . .	.Plc001, Pld001, PNd229
Dias FJ . . . . .	.PNd001	Duarte MCT . . . . .	.PNc071	Fais LMG . . . . .	.Plc089, PNc145, PNc225, PNd127, PNd226, PNe137
Dias HS . . . . .	.PO003	Duarte PM . . . . .	.FC016, Ple145, Pif031, PNa254, PNd251, PNe068, PNe259	Falagan-Lotsch P . . . . .	.Ple042
Dias KRHC . . . . .	.FC012, Pla101, Pla102, PNb076, PNd148, PNe110, PNe151, PNF179	Duarte RM . . . . .	.Pif090	Falavinha AL . . . . .	.PNf062
Dias LS . . . . .	.PNe003	Duarte S . . . . .	.PNb119, PNd063	Falbo P . . . . .	.Plb140
Dias RB . . . . .	.Pla083, Pif114, PNb196, PNF195, PNf203	Duncan BB . . . . .	.FC009	Falcão A . . . . .	.Plb068, PNa117
Dias RSS . . . . .	.Plb136	Duncan MJ . . . . .	.HA010	Falcao AFP . . . . .	.PNe184
Dias SC . . . . .	.Plc100, Plc115, Pld099, PNc139	Duque C . . . . .	.Ple036, Ple064, PNa076, PNd105, PNe131, PNF143	Falcão FRC . . . . .	.PNe184
Dias SS . . . . .	.PE029	Duque TM . . . . .	.Ple018	Falcão LS . . . . .	.Plb024
Dias ST . . . . .	.PNb195	Durski MT . . . . .	.PNa161	Falcão MML . . . . .	.Plc129, Pif125
Dias TM . . . . .	.PNa111	Dutra FT . . . . .	.PO004, Pld067	Falcão TRC . . . . .	.PNe184
Dias-Ribeiro E . . . . .	.PNe239	Dutra LA . . . . .	.Plb090	Falcón-Antenucci RM . . . . .	.Plb123, PNb199, PNb242, PNc195, PNc248, PNe240, PNf200, PNF243
Díaz-Serrano KV . . . . .	.PNa111	Dutra MC . . . . .	.Plb079, PNa177, PNd169	Faleiros PL . . . . .	.Pla032
Dib LL . . . . .	.PNb236, PNd005, PNf212	Eduardo CP . . . . .	.HA019, PNc125, PNd159, PNF209	Faltin-Junior K . . . . .	.PNa024, PNc030, PNd019, PNe011
Dib LPS . . . . .	.PNc022, PNd031	Eduardo FP . . . . .	.PNf209	Fantini SM . . . . .	.Plb013, PNb215, PNe010, PNF012
Dickel R . . . . .	.Plb025	Egg CMS . . . . .	.Ple045, Ple046	Fanton-Neto J . . . . .	.PNd207
Diesel PG . . . . .	.PNa140	Egreja AMC . . . . .	.PNa255, PNd257	Faot F . . . . .	.PNe186
Dietrich L . . . . .	.Plc143	Eid NLM . . . . .	.PNf091	Farac RV . . . . .	.PNe032
Dinarowski F . . . . .	.Ple064	Elias CF . . . . .	.PNa079	Faraco FN . . . . .	.PIO004, PNe244
Dinelli RG . . . . .	.PNf199	Elias CN . . . . .	.Plc025, Pld027, PNb050, PNe200	Faraco-Junior IM . . . . .	.Plc068, Ple065, PNf103
Di-Nicoló R . . . . .	.PNb152, PNF173	Elias GP . . . . .	.PNb068	Farago PV . . . . .	.PNa084
Diniz AC . . . . .	.PNa205	Elias LSA . . . . .	.Pla139, PNc232, PNe206	Faraoni-Romano JJ . . . . .	.PNb173, PNc178
Diniz DN . . . . .	.PNa071, PNc066	Ellwood RP . . . . .	.PNc064, PNF222	Fardin AC . . . . .	.Pif002
Diniz IQ . . . . .	.Pla028	El-Mowafy O . . . . .	.PNf128	Faria ACL . . . . .	.PNe130, PNe132, PNf146
Diniz MB . . . . .	.Pla064, Pld071, Pld072, Pld073, Ple069	Ely C . . . . .	.Ple083	Faria ACM . . . . .	.PNe220
Diniz MR . . . . .	.Pla111, Plb132, Plc132	Ely LMB . . . . .	.Ple141, PNe237, PNf242	Faria DA . . . . .	.PNa167
Diniz P . . . . .	.PNe009	Emmerich AO . . . . .	.PO008	Faria G . . . . .	.PNb028, PNc095, PNd016
Diniz TNG . . . . .	.Plb046	Emmi DT . . . . .	.PNd018	Faria GD . . . . .	.Pif003
Dionísio TJ . . . . .	.PNd211			Faria HBA . . . . .	.Ple014
				Faria IS . . . . .	.PNe070

Faria JCB	.PNb205, PnC202, PNd245, PNe156, PNe245	Fernandes FSF	.PNf201	Ferreira DC	.PNa105, PNe110, PNf074
Faria KM	.Pld140, Pif135	Fernandes G	.PNa182	Ferreira EF	.Pla047, Pld067, Pld100, Ple055, PNa224, PNB264
Faria LM	.Pla068	Fernandes GVO	.Pla141, PnC242	Ferreira EP	.Pib081
Faria MD	.PNf104	Fernandes IB	.Pla047, Plc048, Ple044, Pif043, PNe029	Ferreira FB	.Ple037, PNB070
Faria MDB	.PNe099	Fernandes KBP	.Ple044, Pif043, PNe029	Ferreira FBA	.Pla063, Ple044, Pif043, PNd066
Faria MI	.PNb053, PnC053	Fernandes KPS	.FC011, Pla043, Pib069, Plc128, Pld130, Ple027, Ple074, Pif042, PNb183, PNC137, PNC223, PNf033	Ferreira FM (H1)	.PNa124, PNC180
Faria MR	.Plc140, PNC231			Ferreira FM (H2)	.PNa101, PNa108, PNb100, PNf226
Faria PC	.Plc072			Ferreira FP	.Pla018
Faria RL	.PNb073, PNe072	Fernandes LA	.Pla032, Pld147, PNa251, PNC261, PNC262, PNe258	Ferreira FTSC	.Plc076
Faria TCS	.Plc066, Ple066			Ferreira FV	.Pld062, Ple059, PNb106, PNB109, PNf109
Faria-e-Silva AL	.PNd141	Fernandes LBF	.PNd080	Ferreira GE	.Pib071, Plc062, Ple071, Pif070
Faria-Júnior NB	.Plc022, PNB038, PNf040	Fernandes LHT	.PNe055	Ferreira GM	.PNd237, PNf237
Farias AC	.Pib007	Fernandes LV	.Pld061	Ferreira IA	.Plc115
Farias AM	.Pla058	Fernandes MS	.HA007, PNe067	Ferreira JF	.Plc105
Farias BC	.PNd253, PNf255	Fernandes PEM	.Pif147	Ferreira JM	.Pif047
Farias DCS	.PNb170	Fernandes PG	.PNb269	Ferreira LA (H1)	.Pib137
Farias LM	.Pib022, Pld024, PNa036, PNe038, PNe076	Fernandes RG	.PNd229	Ferreira LA (H2)	.PNa183, PNB184, PNd183, PNe184, PNf182
Farias-Neto A	.Pib119, Pib121, PNa205, PNB200, PNC205	Fernandes RR	.PNb032, PNC068, PNf244	Ferreira LS	.PNb033, PNf077, PNf170
Farina AP	.Pla105, PNB124, PNb172, PNe196	Fernandes SA	.PNC029	Ferreira MAF	.Pib119, PNB193, PNb212
Fariniuk LF	.Ple022, PNB055, PNC039, PNd039, PNe057	Fernandes-Filho RB	.Plc086, Pld082, Pif091, PNe137	Ferreira MB (H1)	.PNb045, PNd045
Farret MM	.Pld005, Pif010, PNe016	Fernandes-Júnior VVB	.Pla115, PNB150, PNd171	Ferreira MB (H2)	.Pib112
Farson CF	.Pib074	Fernandes-Neto AJ	.Plc110, Plc141, PNa124, PNa181, PNb181, PNB182, PNC180, PNC182, PNe023, PNe135, PNe181, PNe201, PNf167	Ferreira MC	.PNd013
Faustino SES	.PNe233			Ferreira MCD	.HA014, PE036, PNd098, PNf096
Faustino-Silva DD	.PNC116, PNf102	Fernández MR	.Ple078, Ple079, PNC126	Ferreira MEAL	.PNe111
Faustoferri RC	.PNC072	Ferracane JL	.Pib085, PNa145, PNC133	Ferreira MRW	.PNb032, PNe005
Favalli D	.PNa204	Ferracin G	.Pla063	Ferreira NC	.Pla085, Pld093
Faveri M	.HA025, Ple145, PNa259, PNB262, PNe259	Ferraço R	.Pib123, PNB199, PNC195, PNf200, PNf243	Ferreira NF	.PNC093
Federici BV	.PNC177	Ferrante SA	.PO007	Ferreira NG	.Pld114
Fedoço AS	.PNe182	Ferrão-Junior JP	.PNe268	Ferreira NP (H1)	.PO007, Pib118, Pif047
Feitosa DS	.PNe265	Ferrari DS	.PNa236, PNB240	Ferreira NP (H2)	.PNa050
Feitosa JPA	.Pla020	Ferrari KC	.Pif011	Ferreira NS	.PNa050
Feitosa VP	.PNd162, PNf139	Ferrari P	.Pld017, PNf169	Ferreira PM	.PNC122
Feldens CA	.PE037, FC009, Plc068, Pld064, PNf094	Ferrari VBC	.PNf036	Ferreira RABL	.Pib035
Feldens EG	.Pld064, Ple065	Ferraz BFR	.PNb255	Ferreira RC	.Plc033
Felipe AF	.Pla080	Ferraz CCR	.Plc017, Pld021, Ple018, Pif014, PNa049, PNB043, PNb124, PNC051, PNC052, PNd150, PNe048, PNe056, PNf044, PNf051	Ferreira RFA	.Pla013
Felipini RC	.Pld140, Pif134, Pif135	Ferraz CRS	.Pif055	Ferreira RI	.Ple005, PNa012, PNb010, PNe009, PNe096
Felippe GS	.Pla026	Ferraz EG	.PNC220	Ferreira RS	.PNa131
Felippe MB	.PNe216, PNe217	Ferraz JAB	.PNb052	Ferreira S	.Pld003
Felippe MCS	.PE003, Pla026, PNC049, PNf034	Ferraz MLF	.PNd235	Ferreira SH	.PE034, PE037, PNf094
Felippe WT	.PE003, Pla026, PNC049, PNf034	Ferraz NKL	.Pif074	Ferreira SJ	.PNe261
Felippini ALC	.PNe132	Ferraz NMP	.PNC009	Ferreira SQ	.Pib089, Ple104
Felipucci DNB	.Pld112, PNC192	Ferraz PS	.Pib028	Ferreira SS	.Pld105, PNC164
Felix VB	.PNC211	Ferraz Júnior AML	.PNa183, PNB184, PNd183, PNe184, PNf182	Ferreira TG	.Pld114
Felizardo KR	.PNb108, PNC123, PNd066	Ferraz VA	.PNf018	Ferreira VF (H1)	.Plc021
Feltrin PP	.PNb195	Ferreira AD	.Plc100, Plc104, Pld099, Pif099, PNe172	Ferreira VF (H2)	.Pla085, Pla088, Plc091, Pld093, PNa134, PNB132, PNb237, PNC245, PNd244, PNf131
Feng HS	.PNf252			Ferreira-Correia M	.PNb112
Fenyo-Pereira M	.PNa215, PNd216, PNf219	Ferazzo KL	.PNf018	Ferreira-Jr SB	.HA027, HA029, Pib040, PNe254
Feres M	.HA025, PNa253, PNa259, PNB262, PNd256, PNe259	Ferazzo VA	.PNf018	Ferrer JMU	.PNC031, PNd008, PNd011, PNf008
Feres MFN	.Pib008, PNC025	Ferreira AFM	.Ple033	Ferrer KJN	.PNC031, PNC008, PNd011, PNf008
Feres-Filho EJ	.PNd265	Ferreira APRB	.Ple099	Ferretti JLMF	.Pla116
Ferla JO	.PE038	Ferreira ATM	.PNf151	Ferro RL	.Ple096, PNe108
Fernandes A	.Plc131	Ferreira CB	.Pld093	Fidalgo TKS	.Plc060, Ple009, PNb020, PNB114, PNd080
Fernandes ABN	.Pla007	Ferreira CL	.PNe250		
Fernandes AM (H1)	.Pif021, PNa050, PNd032, PNd049, PNe042	Ferreira CM	.PNb090		
Fernandes AM (H2)	.Plc072, Ple129	Ferreira CMB	.Pib061		
Fernandes CB	.Ple146, PNa262	Ferreira DAH	.Pla029, Plc044, Plc150, Pld035, Ple035, Pif093		
Fernandes CV	.Pif043				
Fernandes EA	.PNa015				
Fernandes FHCN	.PNf121				

	PNd042, PNF047, PNF214	Fontana CE . . . . .	.PNb179, PNC054, PNd034, PNd053, PNe055, PNF135	Franco EB . . . . .	.Pla097, PNF126
Fidel SR . . . . .	.PIb019, PIb094, PId022, Ple023, PIf017, PIf022, PIf026, PNa048, PNB034, PNB050, PNC036, PNC038, PNC043, PNC057, PNd042, PNF047, PNF214	Fontana V . . . . .	.PNd068	Franco EM . . . . .	.PNC084
		Fontanari LA . . . . .	.PNa258, PNB253, PNB256	Franco FCM . . . . .	.PIF008
		Fontanella VRC . . . . .	.PE044, PId131, PIf065, PNd140	Franco GCN . . . . .	.HA028, HA031, Pla150, Ple146, PNa082, PNa262, PNB002, PNB267, PNF256, PNF257, PNF269
		Fonteles CSR . . . . .	.PNd028		
Fidel-Junior RAS . . . . .	.PIb094, PId022, Ple023, PNC043	Fontes ST . . . . .	.PIb103, PId089, Ple096, PNe139, PNe141	Franco JEM . . . . .	.PNa242
Figueira AVO . . . . .	.HA004	Fontes TN . . . . .	.Pla146	Franco LLMM . . . . .	.PE018, PIb049
Figueiredo CM . . . . .	.PNd039	Fontes TS . . . . .	.PIf107	Franco M . . . . .	.PNb229
Figueiredo CRLV . . . . .	.Ple004, PNa246	Forte FDS . . . . .	.Ple029, Ple114, PIf090, PNd064	Franco MMP . . . . .	.Pla084
Figueiredo CW . . . . .	.PIb073	Forte LFBP . . . . .	.PNb243, PNF073, PNF256	Franco RBC . . . . .	.PNd158, PNF147
Figueiredo EP . . . . .	.PIf127	Fortes CBB . . . . .	.Pla135	Franco VL . . . . .	.PId080
Figueiredo JAP . . . . .	.PId106, Ple106	Fortuna T . . . . .	.Pla136	Franzin LCS . . . . .	.PE035, PNd087
Figueiredo JLG . . . . .	.PNf124, PNF174	Fosquiera EC . . . . .	.PNa084, PNB145	Frasseto F . . . . .	.PNa060
Figueiredo LC . . . . .	.PNa253, PNa259, PNB262, PNd256, PNe259	Fossati ACM . . . . .	.PNC002	Frasson AD . . . . .	.Ple066
		Foxton RM . . . . .	.PNf117	Fratres FC . . . . .	.PIf137
Figueiredo MC . . . . .	.PNC116, PNF102	Fracalossi ACC . . . . .	.PNb229, PNe235	Fray A . . . . .	.PNa107
Figueiredo MD . . . . .	.Pla115, PIf113	Fracasso MLC . . . . .	.Pla008, Pla062, Pla076, PId012, PId077, PId061, PNd104, PNe100, PNF017	Frazão AR . . . . .	.PNC095, Ple107
Figueiredo MN . . . . .	.PNC264			Frazão MAG . . . . .	.PNC221
Figueiredo SR . . . . .	.PIb067			Fregnani ER . . . . .	.PIb140, PNd048, PNe046, PNF231
Figueredo CMS . . . . .	.PNe249	Fraga CAC . . . . .	.PId126	Freire A . . . . .	.Ple099, PNa161, PNa178
Filgueiras AMO . . . . .	.Pla126	Fraga JC . . . . .	.Pla066	Freire AR . . . . .	.PNf247
Filietaz M . . . . .	.PNb085	Fraga RC . . . . .	.PNa204	Freire CAM . . . . .	.PNe124
Finoti LS . . . . .	.PId122, PNa263	Fraga SN . . . . .	.PNa128	Freire F . . . . .	.PNb074, PNF071
Fior AL . . . . .	.Pla075, PIb075	Fragoso LSM . . . . .	.PNC154	Freire IR . . . . .	.PNC256
Fiorini JE . . . . .	.PId034, Ple034	Fraguas EH . . . . .	.Ple136, PNa068, PNa247, PNa248, PNC246	Freire JSL . . . . .	.PNC221
Fiorini T . . . . .	.Ple151, PNa252, PNF251			Freire LG . . . . .	.PId017
Flamia KS . . . . .	.PIb142, PId143	Fraiz FC . . . . .	.PNa101, PNe102, PNe109	Freire MCM . . . . .	.PIb057, PId058, PNa089
Flecha OD . . . . .	.PIb148, PId148			Freire MMLM . . . . .	.PNC185
Florenzano S . . . . .	.PIb130, PId128, PIf047	França BHS . . . . .	.PNb088	Freire STC . . . . .	.Ple129
Flôres CS . . . . .	.PId016	França CM . . . . .	.PId140, Ple149, PNd233	Freires IA . . . . .	.Pla029, PId044, PId150, PId035, Ple035, PIf093
Flores DL . . . . .	.PNC031			Freitas AA . . . . .	.PIF008
Flores FA . . . . .	.PO011	França DCC . . . . .	.PNa207, PNC210	Freitas ABDA . . . . .	.PIb023, PId051, PId124, Ple055, PIf102, PNC061, PNC091, PNd095
Flores JB . . . . .	.PId089	França EC . . . . .	.PNf211	Freitas AP . . . . .	.PNa190, PNB135, PNF134
Flores ME . . . . .	.PNf220	França FMG . . . . .	.Pla103, Pla107, PId102, PId104, PIf104, PIf143, PNC117, PNd158, PNd161, PNd168, PNF147, PNF163	Freitas AR . . . . .	.PE024, PNe089
Flores-Mendoza C . . . . .	.PNe101			Freitas AZ . . . . .	.PNd100
Florez FLE . . . . .	.PNC169, PNF176	França JP . . . . .	.PIb031, PId145, PId146, PNd097, PNF208	Freitas CHSM . . . . .	.PNb083
Florian F . . . . .	.Pla068			Freitas DA . . . . .	.Pla133
Florim RK . . . . .	.Pla141	França LL . . . . .	.PId149	Freitas DB . . . . .	.PNa090, PId092, PNa129, PNC124, PNe138
Flório FM . . . . .	.Pla103, PIb028, PIb044, PIb046, PIb106, PId012, PId013, PId029, PId032, PId049, PId102, PId029, PId104, PNa027, PNa133, PNa225, PNB092, PNC019, PNC117, PNd012, PNd168, PNe027, PNe149, PNF029, PNF147, PNF150	França MO . . . . .	.PNb243	Freitas DQ . . . . .	.PNC215
		França MS . . . . .	.PNd263	Freitas EM . . . . .	.PIb127
Flumignan DL . . . . .	.PIF091, PNC041, PNC130	França TRT . . . . .	.PNa105	Freitas FJG . . . . .	.PId134, PNB188, PNF225
Fonseca AGL . . . . .	.PIf122	Francci C . . . . .	.PIb078, PIb086, PId077, PNC131, PNe118, PNe125, PNF057, PNF119, PNF132, PNF144	Freitas GC . . . . .	.PId092, PNF126
Fonseca AS . . . . .	.PNb076	Franciscantonio M . . . . .	.PNa179, PNe160, PNF158	Freitas GP . . . . .	.PNb135, PNF134
Fonseca BM . . . . .	.Pla070, PIf071	Franci JAA . . . . .	.PIf136	Freitas H S . . . . .	.PNf228
Fonseca CME . . . . .	.PId136, PNa232	Francischi JN . . . . .	.Ple020	Freitas KMS . . . . .	.PNa025
Fonseca DC . . . . .	.PNb258	Francischone CE . . . . .	.HA002, PNB238, PNd241, PNe158	Freitas LF . . . . .	.Ple026, PNC043, PNd042
Fonseca DR . . . . .	.PIb072			Freitas LMA . . . . .	.PNa025
Fonsêca EL . . . . .	.PId031, PId115, Ple114, PIf116	Francisco BS . . . . .	.PNd244	Freitas LM . . . . .	.PNb037, PNB044
		Francisco KMS . . . . .	.Ple134	Freitas LRP . . . . .	.PIF034
Fonseca JSS . . . . .	.HA026	Francisconi CF . . . . .	.PId040	Freitas MPM . . . . .	.Ple011, PNe024
Fonseca LLV . . . . .	.Pla127	Francisconi LF . . . . .	.PNb131, PNd160, PNd163, PNe158, PNF133, PNF171	Freitas MR . . . . .	.PNa023, PNe026
Fonseca LM . . . . .	.PNe091			Freitas MS . . . . .	.PId117
Fonseca LP . . . . .	.PNa172	Francisconi MF . . . . .	.PNe021	Freitas PM . . . . .	.HA019, Ple102, PNa065, PNd159, PNF170
Fonseca RB . . . . .	.PIb079, PIf078, PNa177, PNd169, PNF068	Francisconi PAS . . . . .	.PIf103, PNB131, PNd160	Freitas R . . . . .	.PNC198
		Francisquini-Junior L . . . . .	.PNf087	Freitas RA . . . . .	.PIO015, PId130, PNB233, PNC233, PNe230
Fonseca RG . . . . .	.PNb122, PNB126, PNd127, PNd139, PNF129	Franco AL . . . . .	.PNa182, PNF181	Freitas RM . . . . .	.PNb248
		Franco APGO . . . . .	.PNa153, PNB151, PNd147	Freitas T M . . . . .	.PNe053
Fonseca SB . . . . .	.Pla041	Franco CF . . . . .	.PNC250, PNd208	Freitas TMC . . . . .	.PIf125
Fonseca-Silva AS . . . . .	.PId032			Freitas VS . . . . .	.PIf125, PNB233, PNB234
				Freitas-Júnior AC . . . . .	.Pla108, PId083, PNa195, PNd189,

Freitas-Júnior N	PNd203 .Plc006, PNa007, PNb007, PNC007 Pld026	Ganda AMF	PNF208 Pif110	Garone-Netto N	.PNa154, PNC177
Freua YS	Pld026	Gandelmann IHA	.Pla005, Plb005	Garrido ADB	.Plb024, PNb039
Frias AC	.Pld105, PNC086	Gandia ML	.Pld072	Gaspar JF	.PNa114
Frigério MLMA	.Pld135	Gandina-Júnior LG	.PNb031, PNe017, PNe022, PNF030	Gasparini F	.PNC041
Frighetto PD	.PNe130	Garzerla E	.Pld042	Gasparoto TH	.PND211
Frischknecht I	.PNF231	Garbelini CCD	.Ple044, PIf043, PIf062, PNe114	Gasperini FM	.PNC242
Froes TC	.PNe224, PNF188	Garbim AL	.Plc037	Gato KP	.PNb230
Fróes-Salgado NRG	.Plb078, Plb086, Pld077, PNC131, PNe118, PNF119, PNf132, PNF144	Garbin AJL	.HA021, Plc050, Pld056, Ple054, Ple134, PIf054, PNb081, PNb091, PNC093, PNd069, PNe092	Gavião MBD	.Pla065, Plb064, Ple063, PNa060, PNb182, PNC104, PNC105, PNC181, PNC182, PNd107, PNe095, PNe115, PNe116
Frollini E	.PNa139	Garbin CAS	.HA021, Plc050, Pld054, Pld056, Ple054, Ple134, PIf049, PIf054, PNa207, PNb081, PNb091, PNC089, PNC093, PNC226, PNd069, PNe078, PNe092, PNF110, PNF111	Gavini G	.Pld017
Frossard WTG	.Ple044	Garbossa M	.Plc025, Pld027, PNb050, PNe200	Gayoso GR	.PND081
Frota DPT	.PND225	Garbui IU	.PNa010, PNb011, PNC008, PNd021, PNe008, PNF008, PNF011, PNF024	Gazola EA	.Pld029, PNa090, PNb089
Frota FDS	.PNC097	Garcia ACS	.Plc003	Gazolla CM	.Plc145, Plc146
Frota RM	.PNC185	Garcia AR	.HA021, PNb180, PNd180	Gehrmann VP	.PNF212
Fúcio SBP	.PND125, PNd130, PNe131, PNF143 PNb129	Garcia AS	.PNC234	Generoso R	.FC001, Plc006, PIf006, PNa007, PNb007, PNC007, PNF217
Fugolin APP	.PNb129	Garcia CH	.PNC234	Gennari-Filho H	.Plb123, PNb143, PNF194, PNF200
Fujij FH	.Plb122, Ple122	Garcia EJ	.PNC234	Gennaro G	.PNa077, PNF236
Fukada SY	.HA012	Garcia FCP	.PNC172	Gentil FHU	.PNe180, PNF180
Fukuda CT	.HA023, PNd260	Garcia FW	.Plb041	Georgevich PVC	.PNe096
Fukushima KA	.PNe120	Garcia JT	.PO011	Geraldi CD	.PNC079
Fulchi ASS	.Plc057	Garcia LFR	.PE043, Pla078, Pla105, Pla124, Pld085, Pld090, Ple085, PIf035, PNb124, PNC136, PNd146, PNe134	Geraldini CAC	.PNb196
Fulco GM	.PIf038, PNd224	Garcia LMG	.PNe082	Geraldo-Martins VR	.PNC166, PNF160
Furlan NF	.Ple063	Garcia LP	.Plc127	Gerbi MEMM	.Ple139, PNC024, PNd247
Furlan WS	.Pld145, PIf144	Garcia LS	.PNF095	Gerlach RF	.Ple001, PIf149
Furlaneto FAC	.Plc151	Garcia MLB	.PE014	Germanos JH	.Pla131
Furletti VF	.PNC071	Garcia PONS	.Plb033, PNa157, PNe069	Gheno SM	.PNC137
Furquim RD	.PNa014	Garcia RB	.Ple017, PNa041, PNa046, PNa054, PNb051, PNd038, PNd050, PNd055, PNe058, PNF046, PNF052, PNF054, PNF055	Ghetti-Melo M	.Pld019
Furrati C	.Plc064	Garcia RCMR	.PNC078	Ghiggi PC	.Pld098, PNb156, PNd155, PNd165, PNd179, PNF162
Furtado GES	.PND028, PNd106, PNd225	Garcia ROP	.PNC201	Ghizoni JS	.Pla080, PNC122
Furtado RM	.Plb115, PNF246	Garcia RP	.Plc056	Ghosh A	.HA008
Furuse AY	.Plb109	Garcia VG	.Pla032, Plc151, Pld147, Pld151, PNa251, PNa266, PNC261, PNC262, PNC265, PNd268, PNe258, PNF005	Giacomini C	.PNa027, PNe027, PNF029
Furuse C	.Plb136, PNa230, PNb231	Garcia YM	.PNb185	Giacuno AL	.Plc015, Pld148, PIf148, PNC259, PNF250
Furuyama RJ	.Pld135, PNC193, PNe204	Garcia-da-Silva TC	.Pif134	Giampaolo ET	.Pla119, Plc079, PNa196, PNa197, PNa203, PNb197, PNC118, PNd076, PNe186, PNe195, PNe199, PNF069, PNF186
Fusinato PAS	.Pld029	Garcia-Junior IR	.PIf002, PNF004, PNF247	Giannasi LC	.PNb216
Fuzel CF	.Pla134, Plb134	Garib DG	.PNb013, PNb022, PNd013	Giannini M	.HA019, PNC010, Plb096, Ple100, Ple103, PNa179, PNb136, PNb153, PNb164, PNC125, PNC151, PNC156, PNe117, PNe150, PNe160, PNF117, PNF158, PNF159
Gadbem T	.Plc006, PNa007, PNC007	Garlet GP	.HA011, HA012, HA027, HA029, Plb040, Plc040, PIf145, PNa077, PNa265, PNb269, PNe077, PNe254, PNF261	Giardino L	.PNe052
Gadelha DF	.Pld127	Garlet TP	.HA012, PNa077	Gibilini C	.PNF221
Gadê-Neto CR	.Ple025, PNa038, PNa044, PNa095, PNb047, PNd035, PNe061			Gil C	.PND043, PNF184
Gagiotti SM	.PNC227			Gil RR	.PNe242
Gaglianone LA	.PNC163, PNC174, PNC175			Gimenes R	.PNb125
Gaio EJ	.Pla148, PNF262			Gimenez T	.Pla077
Gajewski VES	.Plb086			Ginani F	.PNC239, PNe236
Galafassi D	.PNb148			Giongo FCMS	.PNF061
Gala-García A	.PNb033			Giorgi KA	.PNC036, PNC057
Galazi DR	.PNF164			Giorgi MCC	.PNe163
Galbiatti VJ	.Pla062, Ple062			Giovani AR	.PNa143
Galetti R	.PND082			Giovani EM	.PNa086, PNb208, PNC207, PNC212, PNd210, PNF082
Galhardo APM	.Pla113, PNC224, PND043, PNF184			Giovanini AF	.Plc142, Pld142, PNb005, PNb085, PNC096, PNC269, PNd227, PNe267
Gallassi PC	.PIf032				
Galletti T	.Ple019				
Gallinari MO	.PNe078				
Gallito MA	.Pla091, Pla095, Plb091, Plb098				
Gallo AKG	.PND180				
Gallo CB	.Ple130				
Galvão HC	.PNC015, PNC233				
Galvão MR	.PNa174, PNb163, PNF155				
Galvão NS	.Pla057, Plb029				
Galvão YFS	.Ple111				
Gama ASL	.Plc095, Ple107, PIf105, PNC165				
Gama CMFN	.PNb012				
Gama DMG	.Plb097				
Gama LB	.PE004, PIf024				
Gama MCM	.Ple117				
Gambarelli FR	.PNC104, PNe115				
Gameiro GH	.Plc007, PIf006, PNa007, PNC020,				

	P1b005, P1c052, P1e058	Guinesi AS . . . . .	.PNe054	Henriques GEP . . . . .	.P1a123, P1b111, P1d111, P1d119, P1e116, P1f112, P1Na188, P1Na201, P1Na206, P1Nb239, P1Nc199, P1Nd188, P1Nd196, P1Ne198, P1Ne205, P1Pf191, P1Pf197, P1Pf205, P1Pf241
Groke PC . . . . .	.PND233	Guinossi TA . . . . .	.P1f096	Henriques IC . . . . .	.PE010
Groninger AIS . . . . .	.PND153	Guiotoku SK . . . . .	.PNb088	Henriques JFC . . . . .	.HA002, P1Nb238, P1Nd024, P1Ne021, P1Pf027
Groppo FC . . . . .	.P1C005, P1b044, P1b046, P1c043, P1c152, P1f044, P1Na082, P1Nc083, P1Nd081, P1Nd082, P1Nd084, P1Ne081, P1Ne083, P1Pf081, P1Pf215	Guiraldo RD . . . . .	.P1Na144, P1Na198, P1Nd193	Henz SL . . . . .	.PNe080
Grossemann S . . . . .	.PND099	Gulinelli JL . . . . .	.P1c003, P1Nc006, P1Pf005, P1Pf247	Hepp C . . . . .	.P1Na009, P1Na022, P1Pf020
Grossmann SMC . . . . .	.PND230	Gurgel BCV . . . . .	.P1Nc233, P1Ne261	Hepp V . . . . .	.P1Ne263, P1Pf266
Gualberto-Júnior EC . . . . .	.P1Na251	Gurgel CV . . . . .	.PND110	Herdoíza G . . . . .	.PND250
Guarda GB . . . . .	.P1Nb129, P1Nb134, P1Ne128	Gurgel NAH . . . . .	.P1a034	Hermont APBV . . . . .	.P1f051
Guaré RO . . . . .	.HA014, P1d052, P1f132, P1Nc100, P1Nd098, P1Pf096	Gurgel RAS . . . . .	.P1e004	Hernandes AC . . . . .	.P1Nc120
Guariza-Filho O . . . . .	.P1Na019, P1Nc018, P1Ne007	Gurgel-Filho ED . . . . .	.P1a020	Hernandes NMAP . . . . .	.P1Pf148
Guastaldi AC . . . . .	.PND239	Gursky LC . . . . .	.HA025	Hernandez AM . . . . .	.P1Pf219
Guastaldi FPS . . . . .	.P1e003	Guskuma MH . . . . .	.P1f002	Herrera BS . . . . .	.P1Nc264
Guedes APA . . . . .	.P1f096, P1Nb161	Gusman H . . . . .	.PE004, P1f024	Herrera DR . . . . .	.P1a039, P1b026, P1b135, P1Nb035, P1Nb145, P1Nc044, P1Nd054
Guedes CC . . . . .	.P1b069, P1Na113	Gusmão ES . . . . .	.P1Ne262	Herrera FS . . . . .	.P1Ne021
Guedes FR . . . . .	.PND002	Gusmão JMR . . . . .	.P1Nc188	Hespanhol AM . . . . .	.P1a142, P1Pf239
Guedes MR . . . . .	.P1e105	Gusmao MR . . . . .	.P1c043	Hesse D . . . . .	.P1a073, P1c069, P1e060
Guedes OA . . . . .	.P1Na035, P1Nb049	Gustafsson A . . . . .	.P1Ne249	Hickmann B . . . . .	.P1b147, P1c030
Guedes RS . . . . .	.P1d062, P1e059, P1Nb106, P1Nb109	Gustierres B . . . . .	.P1a008, P1d012	Hidalgo LRC . . . . .	.P1f054, P1Nd069
Guedes-Cruz B . . . . .	.P1b072	Haapasalo M . . . . .	.P1Ne052	Hidalgo MM . . . . .	.P1C003, P1a025, P1c067, P1Pf039
Guedes-Pinto AC . . . . .	.P1C010, P1e027, P1Nb095, P1Nc017, P1Pf109	Haas AN . . . . .	.P1a148, P1Pf262, P1Pf265	Higashi C . . . . .	.P1Ne154
Guerisoli DMZ . . . . .	.P1c027, P1Nc037, P1Pf038, P1Pf124, P1Pf174	Haas NAT . . . . .	.P1b141	Higino JS . . . . .	.P1Nc066
Guerra CS . . . . .	.P1e001	Habib FAL . . . . .	.P1C002, P1a013, P1f008	Hilgenberg SP . . . . .	.P1e037, P1f005, P1Nb027, P1Nb070, P1Nd014
Guerra LAP . . . . .	.P1Nc024, P1Nd247	Habitante SM . . . . .	.P1b016, P1d014, P1d016, P1Nb056, P1Nc069, P1Ne053, P1Pf042	Hilgert LA . . . . .	.P1Nb111, P1Nd178
Guerra MA . . . . .	.P1Nb076, P1Ne151	Haddad ACSS . . . . .	.P1Nb030	Hino CT . . . . .	.P1Nb014, P1Nd218
Guerra SMG . . . . .	.P1b051, P1Na037, P1Nb037, P1Nb044, P1Nd200	Haddad AE . . . . .	.PE031	Hintz R . . . . .	.P1f095
Guerreiro FS . . . . .	.P1Ne009	Haddad DC . . . . .	.P1a135, P1Nc088	Hipólito AC . . . . .	.P1a097, P1e097
Guerreiro-Tanomaru JM . . . . .	.P1a023, P1b021, P1c022, P1c023, P1c024, P1d020, P1e024, P1f020, P1f027, P1Na034, P1Nb038, P1Nb040, P1Nc041, P1Nc045, P1Nd041, P1Ne033, P1Ne036, P1Ne043, P1Pf035, P1Pf040	Haddad MF . . . . .	.P1c116, P1Na125, P1Nc190, P1Nd120, P1Pf193	Hipólito V . . . . .	.P1b080
Guglielmi CAB . . . . .	.P1Pf064	Haddad-Filho MS . . . . .	.P1Nc050	Hira AY . . . . .	.P1Nb004
Guignone CC . . . . .	.P1b051	Haffajee AD . . . . .	.P1Na051	Hirai VHG . . . . .	.P1Ne057
Guilger AC . . . . .	.P1e077	Hagenbeck-Neto H . . . . .	.P1e120	Hirakata LM . . . . .	.P1d005
Guilherme AS . . . . .	.P1e123	Haikal DS . . . . .	.P1c126	Hiraoka CM . . . . .	.P1Nc209, P1Nc217, P1Ne221
Guimarães ALS . . . . .	.P1c126	Haiteir-Neto F . . . . .	.P1Na221, P1Nb221, P1Nc219, P1Nd220, P1Ne218, P1Ne265, P1Pf218	Hirata-Júnior R . . . . .	.P1Nd042
Guimarães AN . . . . .	.P1Ne264	Hallak JEC . . . . .	.P1Ne002	Hochuli-Vieira E . . . . .	.P1f002, P1Pf247
Guimarães CM . . . . .	.P1b079	Hamanaka EF . . . . .	.P1Nc216	Hofling JF . . . . .	.HA010, P1e036, P1Na076, P1Nc071, P1Pf143
Guimarães FFZ . . . . .	.P1e129	Hamerski L . . . . .	.P1Na250	Holanda GSA . . . . .	.P1Nd128, P1Pf189
Guimarães IR . . . . .	.P1Na127	Hanan SA . . . . .	.P1b061	Holderbaum RM . . . . .	.P1b087
Guimarães JGA . . . . .	.P1b108, P1Na170, P1Nd174	Hanashiro FS . . . . .	.P1Nc164, P1Nc176	Holgado LA . . . . .	.P1Nc001, P1Pf248
Guimarães JP . . . . .	.P1f110, P1Na183, P1Na184, P1Nb184, P1Nd183, P1Ne182, P1Ne184, P1Pf182	Haneda IG . . . . .	.P1Nb126, P1Nc145, P1Nd139	Holleben P . . . . .	.P1d001
Guimaraes KAG . . . . .	.P1Na183, P1Nb184, P1Nd183, P1Ne184, P1Pf182	Hannas AR . . . . .	.P1f103, P1Nc060	Holzhausen M . . . . .	.HA031, P1Nc251, P1Pf269
Guimaraes LC . . . . .	.P1c076	Hans MR . . . . .	.P1e136, P1Na068, P1Na247, P1Na248, P1Nc246	Homem MGN . . . . .	.P1Nb004, P1Nd004
Guimaraes MR . . . . .	.P1Nd255	Hara AT . . . . .	.P1Ne113, P1Pf112	Honório APRC . . . . .	.P1b131
Guimaraes NLSL . . . . .	.P1Ne037	Haragushiku GA . . . . .	.P1Na058, P1Nb058, P1Nc056	Honório HM . . . . .	.P1e030, P1e097, P1f064, P1Nc144, P1Nd143, P1Ne060
Guimaraes PV . . . . .	.P1d110	Harari ND . . . . .	.HA024, P1Na245, P1Nb244, P1Nc243, P1Nc244, P1Pf245	Hori FS . . . . .	.P1Nc158
Guimaraes RB . . . . .	.P1C012	Harrison R . . . . .	.P1Nd096	Horiuchi ZHFN . . . . .	.P1Ne041
Guimaraes RP . . . . .	.P1Na128	Hasan NHM . . . . .	.P1Ne064	Horta BL . . . . .	.P1Nb203
Guimaraes SMR . . . . .	.P1Nb217	Hashizume LN . . . . .	.P1C008	Horta KOC . . . . .	.P1b008
Guimaraes TC . . . . .	.P1f089, P1Nd135	Hass V . . . . .	.P1a089	Hortense SR . . . . .	.P1e049
Guimaraes TM . . . . .	.P1a013, P1f008	Hassumi MY . . . . .	.P1Nc253	Hotta TH . . . . .	.P1Na181
Guimaraes-Henriques JC . . . . .	.P1Ne181, P1Ne201	Hatakeyama M . . . . .	.P1Nd232, P1Pf233	Hugo FN . . . . .	.P1a135, P1Nb225
		Hayashida RM . . . . .	.PE020, P1Nb262, P1Nd063	Huhtala MFRL . . . . .	.P1b097, P1c101, P1c103, P1d107, P1Ne174
		Hayashi DA . . . . .	.P1Nb262	Hujoel PP . . . . .	.P1Nb063
		Hayashi F . . . . .	.P1Nb085	Humel MMC . . . . .	.P1Ne048
		Hayashi FA . . . . .	.P1Nc260, P1Pf252	Hwas AARA . . . . .	.P1a118
		Hayashi JY . . . . .	.P1Nb004	Iacomini M . . . . .	.P1Pf060
		Hebling E . . . . .	.P1Na092, P1Pf224	lague-Neto G . . . . .	.P1Nc019
		Hebling J . . . . .	.P1a014, P1d101, P1Na033, P1Nb214, P1Nc033, P1Nd142, P1Ne140	Iano FG . . . . .	.HA007
		Heck AR . . . . .	.P1Nb053, P1Nc053		
		Hecke MB . . . . .	.P1Nb151, P1Nd147		
		Heiden CD . . . . .	.P1Ne012		
		Held TRE . . . . .	.PE030		
		Heller D . . . . .	.P1Nb259, P1Nd265		

Ibaldo LTS	.Ple065	Jacobina M.	.Ple117, Pif121	Kang SJS	.Pld042
Ibuki FK	.Pib043	Jacomo DRES	.Pld069	Kantovitz KR	.PNa114
Ichi AL	.Pla113, Pnc119, Pnc224	Jacques LB	.PNa140	Kapila S	.HA008
Iegami CM	.Pnc193, PNe204	Jahn RS	.PNa248, Pnb236, Pnc246	Kapila YL	.HA008
Ienne RV	.Pib115	Jakobson SJM	.Pnd039	Karakida LM	.PNa022, Pnc018, PNe019
Ignácio SA	.Pib126, Pld126, PNa009, PNa138, PNa161, PNa210, Pnb220, Pnc021, Pnd010, Pnd079, PNe019, PNe124, PNe210, PNe211, Pnf076	Jansen WC	.PNe049	Karlsson L	.Pnc222
Igreja BB	.Pif040, Pnc112	Janson G	.HA002, PNa025, Pnb021, Pnd024	Kasai MLHI	.Pif069
Ikegaki M	.Pnd063, Pnd070	Jardim JJ	.Pif028	Kasaz AC	.Pnb153, Pnb174, Pnc151
Ikegami ES	.Pnb250	Jardim PS	.Plc098, Plc107	Kataoka MS	.Pla087, Ple150
Ilinsky RS	.Pif072	Jardim-Júnior EG	.PNa070, Pnb097, Pnc076, PNe073, PNe104	Kataoka SHH	.Pnb036
Illipronti-Filho E	.PNe010	Jardini MAN	.Pnf238	Kato GF	.Pld135
Imada TSN	.Pnb219	Jassé FF	.PNa174, Pnb155, Pnb163, Pnf176	Kato MT	.Pib030, Ple031, Pnf080
Imbronito AV	.Pnf258	Jeremias F	.Pnb110, Pnc063, Pnc109	Kawaguchi FA	.Pnc177
Imgartchen MRA	.PE044	Jeromine JM	.Pnf020	Kawai T	.Pnc253, Pnd246
Imparato JCP	.PO009, PIO007, Pla073, Pib073, Plc063, Pld075, Pld080, Ple060, Ple076, Pif050, Pif070, PNa097, PNa102, Pnb105, Pnb117, Pnb226, Pnc099, Pnc106, Pnd099, Pnd112, Pnd113, PNe097, PNe098, PNe106, Pnf064, Pnf114	Jesus AG	.PNa173	Kawakami PY	.PNe244
Inacio FM	.Pla126	Jesus MA	.Plc073, Pnc110	Kawakami RY	.Pib001, Pnc001
Inada NM	.PIO014, PNe227	Jesus RR	.Ple124	Kawano Y	.Pnd135, Pnd157
Ingberman M	.PNa161	Jesus-França CM	.Pnc113	Kawatake MM	.Pla082
Inocência AC	.Pib037, Pnd073	Jimenez EEO	.Pnb027, Pnd014	Kegler EG	.PNa152, Pnb160, Pnc048
Inoue G	.Pib145	Joaquim RC	.Ple134	Kemmoku DT	.Pnc157, PNe247
Interliche R	.Pnd059	Joazeiro ANP	.Pib139	Kerbaudy WD	.Pnd256
Intra JBG	.Ple013, Pnd033	Johann ACBR	.Pnc228	Kikko RF	.PNa194
Iorio NLP	.Pnd115	Jóias RP	.PNa013	Kim SH	.Pnc267, PNe255, PNe263, Pnf266
Ioshida MM	.PE024, Pif056	Jonasson TH	.Pnc096	Kim YJ	.Pib146, PNa263
Ireno AB	.Pnd138	Jordão NQ	.Pnf165	Kimpara ET	.Plc088, Ple094, PNa121, Pnb144, Pnc218, Pnf130
Isber H	.Pnc013	Jorge AOC	.FC004, Pla144, Pib016, Pib020, Pib036, Plc016, Plc035, Pif034, Pif037, PNa155, Pnb072, Pnb073, Pnb074, Pnc047, Pnc073, Pnc188, Pnd047, Pnd056, PNe071, PNe072, PNe238, Pnf050, Pnf071, Pnf073, Pnf238	Kina J	.Pnf019
Ishikawa JA	.Pnb037, Pnd073	Jorge EG	.PNa034	Kirchhoff AL	.PNe045
Ishikawa K	.Pnb204	Jorge JH	.Pla122, Pld084, Pif117, Pnb140	Kirsten GA	.Pnb220, Pnc150, PNe150
Ishikiriana A	.Pnf164	Jorge PK	.Plc151	Kitamura KT	.Pnc216
Ishikiriana SK	.Pnc153, Pnf153, Pnf164	Jorge RR	.Pnc058	Kitayama VS	.Pnd020
Issa JPM	.Pla001, Pld002, Ple001, Ple137, Pif001, Pnb001, Pnb003, Pnd001, PNe005, PNe214	Jovito VC	.Pla029, Plc044, Plc150, Pld035, Ple035, Pif093	Klami CB	.PNa217
Italiani FM	.PNe060, Pnf080	Julião GS	.PNa117	Klautau EB	.PNe187
Ito AY	.Pld026	Juliasse LER	.PIO015	Kleine BM	.PNa053, PNe051
Ito CH	.Pld141	Julietti DLO	.Plc120	Klein-Júnior CA	.Pla027, Pib089, Plc106, Pld106, Pld129, Ple104, Ple106, PNa141
Ito DL	.Ple021	Junqueira JC	.Pnf076	Klingbeil MFG	.Pnd228
Ito ET	.PNa075	Junqueira JLC	.Pib036, Pnb072, Pnb073, Pnb074, Pnc073, PNe072, Pnf071, Pnf073	Klug LG	.Pnc134, Pnc269, Pnd131, PNe129
Ito IY	.Plc024, PNa034, Pnd016, Pnd114	Junqueira RB	.Plc046, PNe216, PNe217	Kluppel LE	.Pnd238
Iwanaga C	.PNe240	Junqueira TH	.PIO011, Pif082, PNa184	Kneist S	.Pnc116, Pnf102
Iwasaki AC	.Pnb185	Jurca-Martins MV	.Pnb012	Knop LAH	.Pnf023
Iyomasa MM	.Pla001, Pld002, Ple001, Ple137, Pif001, Pnb001, Pnb003, Pnb028, Pnd001, PNe005	Kafer KD	.Pib077, Pld076	Knupp RRS	.PNa048
Izumida FE	.Plc079, Pnc118, PNe186, PNe199, Pnf186	Kahn S	.PNa255, Pnd257, Pnf254	Ko C	.Pnd189
Jaber LCL	.Plc011, Plc078, Pif077	Kaieda AK	.Pnb025	Kobayashi FY	.Pib064
Jablonski T	.Pnc150	Kaisermann RB	.PE032	Kobayashi TY	.PNa112
Jabur LB	.PNa012	Kaizer OB	.Pla118, Pnf192	Kochenborger C	.Pld008, Pld011, Pnd022, PNe016
Jacinto RC	.Plc018, Ple015, Pnc051, Pnd036, Pnd046, PNe059	Kalaf APTM	.Pld023	Koga-Ito CY	.FC004, FC007, Pla038, Pib020, Pib037, Plc016, Plc036, Plc037, Pld036, Pld038, Pif034, PNa043, Pnb075, Pnb159, Pnc047, Pnd047, Pnd072, Pnd073, Pnf050
Jacob CH	.PNa223	Kalil MTAC	.Pnf214	Kogeo DR	.Pnd144
		Kalil MV	.Pib094, Ple023, Pnf214	Kohl NLM	.Pla040, Pld124
		Kalix AP	.Pla101, Pnf179	Kojima AN	.Pnb245
		Kallás MS	.Pnc086	Komiyama EY	.Pla038, Pib037, Pnb075, Pnb159, Pnd073
		Kamei NC	.Pnb222	Komori PCP	.Pld086, Ple094
		Kammerer BA	.Pif019	Koo H	.Pnc072, Pnc084, Pnd063, Pnf060
		Kanashiro LK	.Pnc019	Kose C	.Pnd154
		Kanashiro MVY	.Pnd260	Kotake BGS	.Ple131
		Kanegane K	.Pif055	Kowalski LP	.PNe233
				Kozlowski-Junior VA	.Pla039, Pib026, Pib135, Pld039, Ple037, Ple045, Ple046, PNa074,

	PNb035, PNb070, PNc044, PNc075, PNd054, PNe238	Leal SC	FC002	PNc163, PNc174, PNc175, PNe048, PNf148
Krahembuhl SMBA	Plc071	Leal TP	Pld080, PNb117	
Kramer PF	PE034, PE037, Plc068, Plc082, Pld064, Ple059, PNe107, PNf094, PNf103	Leandro GAL	PNe250	
Kraus MCS	HA014	Leão JC (H1)	PNa105	Lima AKMMN
Krebs RL	PNc058, PNd042	Leão JC (H2)	Pld002, PIf001, PNd001	Lima AM
Kubo CH	Pla053, Plb097, Plc101, Ple053, PNf089	Leão MP	PNd132	Lima AMPC
Kubo H	Plc071	Leão MVP	PIf037, PNc249	Lima AO
Kuchler EC	Pla003, Plb002, Plb050, Plb058, Ple010, Ple042, PNd003, PNf001, PNf095	Leitão RA	Ple114	Lima AP
Kuczera J	Plc142, Pld142	Leite AFO	Plb130, PNc232, PNe206	Lima BBM
Kuga MC	Plb015, Ple019, PNa047, PNc041	Leite AL	HA007, PNf080	Lima CEVC
Kurachi C	PNc033	Leite DS	Plb138, Pld138	Lima CJ
Kuramae M	PNa135, PNe012	Leite F	PNf011	Lima CS
Kurita LM	PNf216	Leite FHV	PNc128, PNe127	Lima CT
Kuroiwa DN	PIf130	Leite FPP	PIO011, Pla111, PNe203	Lima DANL
Kusano SC	PNa040	Leite FRM	HA032, PNb253, PNe253	Lima DC
Kusma SZ	PE035, PO002, PNd087, PNe223	Leite ICG	Plb067, PNe062	Lima DMB
Kutkiewicz TS	PNd012	Leite MAV	PNa163	Lima E
Labate CA	PNa082	Leite MF	HA014, Pla042, Pld042, PIf041, PNd098, PNe079, PNf096	Lima EC
Lacerda FC	Pla103	Leite RA	PE046, Plc134	Lima EMCX
Lacerda JA	PIO002	Leite RB	Pld061	Lima EMS
Lacerda PE	PNc189	Leite TM	Pld096, PNc146	
Lacerda RFS	PNb142	Leitune VCB	PIO008, Plc107, PNe142	Lima ENA
Lacerda SA	Plc137, PIf136, PNa069, PNb228, PNf227	Leles CR	PE015, PE017, Pla050, Plb118, Pld058, PNa035, PNa089, PNa226, PNb098, PNd206, PNd237, PNf237	Lima EO
Ladeira DBS	PNc219	Leles JLR	PNd237, PNf237	Lima FA
Ladislau AS	PNa024, PNc030, PNd019, PNe011	Leles CCO	Plc135	Lima FJ
Lage-Marques JL	Pld014, PNb045, PNb056, PNc069, PNd045, PNe053, PNf042, PNf056	Leles ER	PIf118	Lima FMS
Lages LHR	PNa029, PNe025	Leme AA	Pld103, PNa158, PNe178	Lima FR
Lago ADN	PNa154	Leme MS	PNe095	Lima GB
Lamas FJ	PO002, Pld145, PIf144	Lemos A	Pld008	Lima GF
Lamers ML	Pla002	Lemos EM	Pla018, Plb027	Lima GRA
Lana DM	Plb148	Lemos JC	PNc233	Lima GS
Lança FCR	PNa137	Lemos LVFM	PNb108, PNc123	
Lancellotti ACRA	PNb137	Lemos Júnior CA	PNa209	Lima HG
Lancia M	Plb030	Lenharo A	PNc240, PNe241	Lima IUB
Landázuri DRG	PNc022, PNd027, PNd031	Lenzi MM	Plb059, Pld069	Lima JA
Landman G	PNc233	Lenzi TL	PNb061, PNe146	Lima JEO
Lanel V	PNa209	León BLT	Plc080, PNf122	
Lângaro MC	Plc075	Leon YFFP	PNa035	Lima JPM (H1)
Langlois CO	Pld129	Leonardi DP	PNa058, PNb005, PNb058, PNc056, PNd085, PNd131	Lima JPM (H2)
Lannes CEC	Plb091	Leonardo JBP	Ple119	Lima JS
Lara GM	PNc251	Leonardo MR	PNc052	Lima KC (H1)
Lara TS	Pld010, PIf007	Leonardo RT	PNb241, PNd040, PNd041	Lima KC (H2)
Lara VPL	PNe076	Leonetti ES	PE038	
Lara VS	PNb211, PNd211	Lepri CP	PNc166, PNf160	Lima KS
Laranjeira AL	PNe208	Lepri TP	PNc160	Lima LAPA
Laroque MB	Ple075	Lescura CM	Pla150, Plc138	
Latempa AMA	PNa170, PNd174	Lessa CML	PNa123	Lima LM
Lauretí CAR	PNe247	Letti HCB	PIf009	
Lauris JRP	HA002, PNa023, PNb219, PNd088, PNe026	Levandowski-Junior N	Ple136, PNa068, PNa247, PNa248, PNc246	Lima LS (H1)
Lauxen IS	Plb137, Ple125	Levy FM	Pld031	Lima LS (H2)
Lavagna ACA	Pla128	Levy SC	PIf076	Lima LS (H3)
Lawder JAC	Pla051, PNc079, PNf138	Lewgoy HR	PIf079, PNf157	Lima MF
Lazarotto C	PNc039	Lia RCC	PNa211, PNb232	Lima MFB
Lazera MS	Plc149	Libardi CC	Plb105	Lima MR
Leal CMB	PNb195	Liberti EA	PE041	
Leal F	PNa048	Lima AA	Plb047, Ple051, PIf046, PIf122, PNc087, PNc258	Lima NRD
Leal FB	Pld094, PNd121	Lima AAS	HA001, Plc131, PNa009, PNd079, PNe019, PNe210, PNf076	Lima RKP
Leal RB	PNd108	Lima AC	PNa005, PNe046	Lima RLF
		Lima AF	Pld095, PNa162,	Lima RSMS
				Lima TA
				Lima TJV

Lima TM	.Plb110, Plc119, Pld122, Ple109	Lopes HP	.Plc025, Pld027, PNb050	Luz KG	.PIO015
Lima V	.PNa261	Lopes JRG	.Pla037, Pla044, Plc034, Pld046, Ple034	Luz MA AC	.PNb169, PNf064
Lima VF	.PNf173	Lopes LDS	.PNf202	Luz TB	.Pff012
Lima-Arsafy YBO	.Pla041, Pla103, Plb028, Plb041, Plc029, Pld029, Ple040, Ple086, PNa133	Lopes LG	.PE021, Plc087, Plc092, PNa136, PNf126, PNf141	Macarini P	.Pla104
Lima-Neto EA	.PNC258	Lopes LS	.PO017, Plb066, PNe085	Macedo AF	.PNC090
Limaverde-Filho AM	.Pla102	Lopes MA	.FC013	Macedo AP	.Pff119, PNC197, PNe197, PNe202, PNf198
Limeira-Júnior FA	.Ple004, Ple033	Lopes MB	.Pla079, Plb084, Plb114, Ple080, Ple113, Ple115, PNa141, PNB108, PNb120, PNB175, PNC123, PNC143, PNe121, PNe191, PNe192	Macêdo APF	.PNb198, PNf199
Li-Min L	.PNf091	Lopes MC	.Pff112	Macedo FAFF	.Pld034
Linden MSS	.Plb147, Plc030, Pld098	Lopes MGK	.PNC091	Macedo GO	.Pff147, PNB261
Lindenblatt RC	.Pla128	Lopes MS	.PNf165	Macedo JF	.Pff110, PNa183, PNa184, PNB184, PND183, PNe182, PNe184, PNf182
Line SRP	.HA004, HA022, Pff063	Lopes PML	.PNa215, PNd215, PNe215	Macedo LGS	.PNC187
Linhares GS	.Plc018	Lopes RP	.Pla018	Macedo MA	.PNa151
Lins CCSA	.PNe037	Lopes SK	.PNf013	Macedo P	.PNe217
Lins EC	.PNC033	Lopes TS	.Ple042	Macedo PD	.PNf069
Lins FF	.Pla021, PNC052	Lopes TTV	.PNe199	Macedo RM	.Plc137, PNa069, PNb228, PNf227
Lins RC	.PNa087	Lopes WSP	.PND053	Macedo TFF	.Pla066
Lins RDAU	.Plc139, PNB069, PNb224, PNd258, PND263	Lopes Júnior C	.PE012	Macedo WTA	.Plc012
Lins RX	.Pff017	Lopez TCC	.Pld130	Macedo-Costa MR	.PNa071, PNC066, PNf072
Lins SA	.PNa070	Lorentz TCM	.PNC266, PNf211	Machado ACM	.PNa188
Liporoni PCS	.PIO010, Pla030, Plb096, Plb099, Plb107, PNa155, PNa180, PNe156, PNe157, PNf172	Lorenzo RL	.Plb023	Machado AFM	.Plb061
Lira AM	.Pla031, Plb063, Plc039, Pff036	Lorenzoni FC	.PNC206	Machado AKS	.PNb072, PNf071
Lira-Júnior R	.Plb052, Ple051, Pff046	Lorenzoni D	.Ple128	Machado AL	.Pla119, Plc122, PNa191, PNa196, PNa197, PNa203, PNb197, PNd076, PNe195, PNf069, PNf186, PNf235
Lisboa GM	.PNb149	Loretto SC	.PNe177	Machado AN	.PNC245
Lise AA	.PND179, PNf162	Losso EM	.PNb015, PNB060, PNf006, PNF013, PNf062	Machado CT	.PNa173
Little S	.HA011	Lotufo RFM	.PNf252	Machado EMB	.Pld028
Liuz RR	.Pla072, PNe105, PNe260, PNf105	Lourenço ADA	.Plb133	Machado FMC	.Pla008, Pla062, Pld012, Ple062, PND104, PNf017
Locatelli A	.PNb015, PNf006, PNf062	Lourenço APA	.Plb037	Machado FW	.Ple096
Locks A	.PO005, Ple128	Lourenço-Neto N	.PNa094	Machado HHS	.Pld081
Lodi CS	.PND102	Louzada FF	.Plc001	Machado JBM	.HA004
Lodi KB	.Pff130	Louzada MJQ	.Ple131	Machado LS (H1)	.PNe088
Loguercio AD	.Pla089, Plb089, Plc118, Pld106, Ple084, Ple091, Ple104, Pff101, PNa132, PNa141, PNb141, PNB145, PNC121, PNC129, PNC138, PNC146, PND137, PND144, PND154, PNe145, PNf127, PNf138	Lovadino JR	.PNb154, PNC154, PND153, PND172, PNe164, PNf148, PNf156	Machado LS (H2)	.Plb060, Pff096
Loiola ABA	.Ple069	Lubambo-de-Melo S	.PNC024	Machado MAAM	.HA003, Pff064, PNa094, PNC144, PND110, PND143, PNe060, PNf107
Loiola LE	.Plc022, Pld073, PNb040	Luca CEP	.Ple110	Machado MAN	.HA001, Plb095, Plb126, Pld126, Pff095, PNa149, PNa151, PND010, PND079, PNe210, PNe261, PNf076
Lolli LF	.PNf110	Luca JR	.Pld007	Machado MEL	.PNb241, PNC050
Lombardo CEL	.PNa191	Lucarini R	.Pla078, Pff035	Machado NAG	.Plc110, PNB182, PNC182, PNe023, PNe181, PNe201
Lon LFS	.PNC018	Lucas BL	.Plb116, Pff118	Machado PC	.PNf185
Longo M	.Pld147	Lucas MG	.PNa202	Machado PDC	.Ple002
Longo RE	.Pla071, Pff069	Lucas SD	.PO004, PNa224	Machado PL	.Pla013, Pff008
Loomans BA	.PNC162	Lucato AS	.PNe012	Machado SF	.Pld038
Lopes AC	.Pld027	Lucchiarri-Júnior N	.Ple141, PNa239, PNe237, PNf236	Machado SJ	.PNb244
Lopes ACR	.Plc023	Lucena CF	.PNb022	Machado UF	.PNf228
Lopes BMV	.PNe253	Lucena EES	.PNa091, PNC085	Machado WAS	.PNa255, PNd257
Lopes DK	.PNa239, PNC236, PNe237, PNf236	Lucena EHG	.Ple028, PNe088	Machado WC	.PNa123
Lopes DM	.PNC193, PNe204	Lucena ER	.PNa071, PNC066	Machado-de-Souza T	.Ple082
Lopes EF	.PNf115	Lucena HF	.PNa234, PNB233, PNb234	Machi KC	.PNa053, PNe051
Lopes FCZ	.Pla133	Lucena SC	.PNf075	Maciel ACC	.Pla052
Lopes FF	.Pff127, PNe086	Luciano M	.Pla051	Maciel RMV	.Pla091, Pla095, Plb091, Plb098
Lopes FMB	.Plc059	Lucisano MP	.PNe015	Maciel SM	.PE040, Pla063, Pla076, Plb109, Plc067, Plc077, Pld030, PNa081, PNC062, PND061, PNe029, PNe100, PNf026
Lopes GC	.PIO009, Plc108, Pff097, PNa171, PNa175, PNB170, PNC148, PNd175, PNe173	Luczyszyn SM	.PNC267, PNe255, PNe263, PNf261, PNf266	Maciel SML	.Plc070
Lopes GM	.PNC069	Luiz AC	.PNf209	Maekawa LE	.Plc016, Plc036, Pld015, PNd047, PND052
		Luiz KG	.Ple001		
		Luize DS	.PNa251		
		Lula ECO	.HA006		
		Luna NM	.Pff059		
		Lunardi N	.PND025		
		Lund RG	.Pla049, Plb038, Plc042, Pld043, PNe064		
		Luthi LF	.Pla123, PND188, PNf191, PNf241		

Maekawa MY	.Pla115, Pla116, Pld118	Mangini EA	.Pif141	Marques LS	.FC001, Pla074, Pib048, Pib072, Plc007, Pld047, Ple073, Pif006, Pif073, Pif074, Pnb007, Pnc007, Pnc020
Magalhães AC	.Pla097, Pld031, Ple030, Pif064, PNa080, PNa106, Pnc060, Pnc144, Pnd143, PNe060, PNe226, Pnf079, Pnf101	Mangueira DFB	.Pnc065	Marques MM	.PIO007, FC005, FC010, Pif072, PNa083, PNa213, Pnb033, Pnc035, Pnd151, Pnd212, Pnf077, Pnf160, Pnf209
Magalhães APR	.Plc087, Pnf126	Manhães-Júnior LRC	.PNa057, PNe216, PNe217	Marques MR	.Pnc215, Pnc254, Pnc068
Magalhães CS	.Pnc061, Pnc091, PNe035	Mania TV	.Pib039, Pld132, Pld148, Ple148	Marques MVVC	.PIO004
Magalhães D	.Pnc268, PNe135, PNe242, PNe243	Maniglia JS	.Pld144	Marques RM	.Pnc008
Magalhães DBL	.Pld115, Pif116	Maniglia-Ferreira C	.Pla020, PNe037, PNe050	Marques TM	.Ple131
Magalhães IB	.Plc006, PNa007, Pnb007, Pnc007	Mansano TM	.Pnc050	Marques-da-Silva B	.Pnc056
Magalhães JCA	.PO009, PO012, PIO007, Plc071, PNa083	Manso MC	.HA024, PNa245, Pnb244, Pnc243, Pnc244, Pnf245	Marques-Nascimento M	.PNa006
Magalhães LNC	.Pnb010	Manta GF	.Ple105, Pnb162	Marqueti AC	.PNa070
Magalhães MHCG	.Pnc209, Pnc211	Manzi FR	.Pnb221	Marquezan M (H1)	.Ple059
Magalhães RRS	.Pnc039	Mapengo MAA	.Plc056, Pld053, Pld055, Ple056, Pnc087	Marquezan M (H2)	.Pnf022
Magalhães-Filho TR	.Pnb147	Marangoni AF	.PNa109	Marquezin MCS	.Pla065
Maganin CGM	.Ple057	Marangoni S	.Pib035, Pib090, Plc023, Plc028, Pld033, Ple024, Ple090, Pif088	Marquis RE	.Pnc072
Magdaleno JPS	.Pnc194	Marão HF	.Plc003	Marra J	.Pnb206, Pnd205
Magini RS	.Ple142, PNe237, Pnf242	Marca C	.Pla019, Pif018	Marsicano JA	.PE025, Plc056, Plc090, Pld053, Ple056, Pif056, Pnd088, PNe087
Magnani MBA	.PNa018	Marcaccini AM	.HA004	Marsiglio AA	.Pnc172
Magno AFF	.PNa032, PNe031, Pnf031	Marçal S	.Pla061	Marsilio AL	.Pnc176
Magri LV	.PNa258	Marcantonio E	.PNa240	Marson FC	.PNa187, Pnd118, Pnd194, Pnd195, Pne161, Pnf264
Magrin T	.Pla130	Marcantonio RAC	.PNa240, Pnc255, Pnc257, Pnd252	Martelli DRB	.PE009, Plc124, Pif052, Pnb087, Pnd095, PNe207, Pnb089
Magro-Filho O	.Plc003, Pnf004	Marcelo VC	.PNa240, Pnb248, Pnc257, Pnd239, Pnd246, Pnd267, Pne248, Pnf240	Martelli E	.PE009, Pla127, Pib127, Plc124, Pif052, Pif124, Pnb087, Pnd095, Pne001, PNe207, PNe208, PNe229, PNe232
Maguilnik G	.Plc009	Marchesan MA	.PE018, Pib049, PNa226	Martelli-Júnior H	.PE009, Pla127, Pib127, Plc124, Pif052, Pif124, Pnb087, Pnd095, Pne001, PNe207, PNe208, PNe229, PNe232
Mahl CRW	.PE044, Pld131	Marchi GM	.PNa045, PNa056, Pnb048, Pnd037	Martin AA	.Pla030, Pla140, Pib099, Pib107, Pld086, PNe157, Pnf172
Maia AMA	.Pnc222	Marchi P	.Pld095, PNa162, Pnc163, Pnc174, Pnc175, Pnd153, Pne048, Pnf117, Pnf148	Martin AS	.PNa057, PNa176, Pnb179, Pnc048, Pnc054, Pnc059, Pnd034, Pnd036, Pnd053, PNe055, Pnf135
Maia AP	.Pnb233	Marchini AMPS	.Pnc178	Martin JMH	.PNa153, Pnb151
Maia CADM	.Ple025, PNa038, Pnb047, Pnd035	Marchiori AV	.Pnc178	Martin VZ	.Ple036
Maia CF	.Pif110	Marchioro EM	.Pnc178	Martinelli CSM	.Ple094
Maia EAV	.Pif108	Marcondes JPC	.Pnc178	Martinelli J	.PNa199
Maia GCTP	.Pnb087	Marcondes MS	.Pnc178	Martinelli WF	.Pib045
Maia HP	.PNa171, PNa175, Pnb170, PNe173	Margon CD	.Pnc178	Martínez CR	.Pnb083
Maia KD	.Plc058	Margonar R	.Pnc178	Martínez EF	.PNa230, Pnf230
Maia LC	.Plc059, Plc060, Plc078, Pld065, Ple009, Pif077, Pnb020, Pnb104, Pnb114, Pnc155, Pnd115, PNe105, Pnf113	Mariano FS	.Pnc178	Martínez TC	.Pnb155, Pnf176
Maia LGM	.Pnb031	Mariano TA	.Pnc178	Martínez VCM	.Ple139, Pnc024, Pnd247
Maia LP	.Pib149, Pnd264	Mariano RC	.Pnc178	Martinez-Mier EA	.Pnd106
Maia RMLC	.Pif126, Pif129	Marimom JLM	.Pnc178	Martinho FC	.Pib018, Plc021, Pnf044
Maia RV	.Pif131	Marin C	.Pnc178	Martinhon CCR	.PNa100, Pnd102, PNe226, Pnf101
Maia S	.Pnc022, Pnd027, Pnd031	Marinho ACS	.Pnc178	Martini AP	.Pld083
Maibrada EG	.Pnc004	Marinho AMCL	.Pnc178	Martin-Junior M	.Pla108, PNa187, Pnd118, Pnd194, Pnd195, PNe161, Pnf264
Maida ACP	.Pld044	Marinho CC	.Pnc178	Martins AB	.Pnc002
Mainardi FS	.Pib075	Marinho ES	.Pnc178	Martins ACO	.Pnc067
Maio RC	.Pnb262	Marinho RB	.Pnc178	Martins AF	.Pnc066
Malacarne-Zanon J	.Pnc141, PNe119	Marinho RH	.Pnc178	Martins AMEBL	.Pla117, Plc033
Malafaia FM	.PNa147, PNe200	Mariz ALA	.Pnc178	Martins AT	.PNe256
Malheiros-Segundo AL	.Pif111	Marini A	.Pnc178	Martins BC	.Pla129
Mallmann A	.Pla086, PNa140	Marino VAS	.Pnc178		
Malta DAMP	.Pnb128	Marins JSMR	.Pnc178		
Maltos KLM	.Ple014, Ple020	Marins RH	.Pnc178		
Maltos SMM	.Ple014	Mariz ALA	.Pnc178		
Maltz M	.Pif028, Pnb112, Pnf061	Marlière DAA	.Pnc178		
Maluf AP	.Pif143	Marmolejo LMG	.Pnc178		
Maluf RP	.Pif143	Marocchio LS	.Pnc178		
Maluta R	.Ple121, Pnb006	Marote IAA	.Pnc178		
Manarelli DO	.PNa009, Pnd010, PNe019	Marotti J	.Pnc178		
Manarelli MM	.PNe226	Marquardt-Filho EJ	.Pnc178		
Mancini MNG	.PNa222, Pnb080, Pnf232	Marques AL	.Pnc178		
Manfro ARG	.PNa097, Pnb226	Marques AS	.Pnc178		
Manfro R	.Pib142, Pld143, Pnd248, PNe004	Marques GS	.Pnc178		
		Marques ISV	.Pnc178		
		Marques JB	.Pnc178		

Martins BCL	.Pla091, Pla095	Massucato EMS	.PNb210, PNd627	Medeiros LADM	.PNd128, PNF189
Martins CA	.PE003, Pld139	Masuyama MM	.Pla042, PIf041, PNe079	Medeiros MAC	.Pla095
Martins CHG	.Pla078, Plb035, Pld033, Ple024, Ple090, PIf035, PIf088	Mata M	.PNe103	Medeiros MC	.Plc130
Martins CM	.PIO003, Pla025, Pla076, Plc067	Mathias P	.Pld091, PNB164	Medeiros PC	.PNd036
Martins EOB	.Plb150, Plb151, PIf150	Mathor MB	.PNd067, PNd228	Medeiros UV	.Plc047, PNC064
Martins FM	.PNC209	Matias LC	.PNf157	Medeiros WR	.PNa227
Martins FO	.PNe006, PNF015	Matos AB	.PNb165, PNd067, PND177	Medeiros-Júnior A	.Pld050
Martins GB	.Plb129, Plc129, PNe212	Matos BM	.Pla038, Pld036	Medici-Filho E	.PNb217, PNC218, PND217
Martins GC	.Plc105, Pld096, PNa074, PNC138, PND145, PNe123, PNe154	Matos DAD	.PNe187	Medina DLT	.PE032, PE033, PNa116
Martins GM	.PNe067	Matos DHF	.PNb007	Medrado ARAP	.Pla136, PNd234
Martins IP	.PNa032, PNe031, PNf031	Matos FR	.Plc148	Meechan JG	.Pla045, Plb045, Plc045, PIf044, PND084
Martins JL	.PO012, PO013	Matos IC	.PNf161	Meereis CTW	.Pla094, Ple083
Martins JMS	.PND104, PNF017	Matos JA	.Plb042	Mei RMS	.PNa009, PNC021, PND010, PNe019
Martins JS	.PNb073	Matos JTM	.PNf216	Meier MM	.HA017, Plb086, PNf136, PNF144
Martins LM	.PIf103, PNB131, PNb202, PNC206, PND123, PND160, PNf202	Matos LF	.Plc145, Plc146, PNf208	Meira JBC	.PNa083
Martins LP	.PNa032, PNe017, PNe031, PNF014, PNf028, PNF031	Matos R	.PO009, PNB105, PNC107	Meira JF	.Plc119, Pld122
Martins LRM	.PNa159, PNC157, PNC159, PNC161, PNC163, PNe135, PNe167, PNe171, PNf163, PNF167	Matson JR	.PNf258	Meira TM	.PNa022, PNC018, PNe007
Martins MAT	.Plc128, Pld130, PNa213, PNd212	Matson MR	.PNa243, PNd214	Meireles SS	.Plb103, PNd156
Martins MATS	.Plb048, PNB100	Matsubara FMB	.PNb005, PNd091	Meister LMB	.PNe238
Martins MD	.FC011, Pla043, Plb069, Plc128, Pld130, Ple027, Ple074, PIf042, PNa109, PNa113, PNa213, PNB183, PNC137, PNC223, PND212, PNF033	Matsubara VH	.PNb204, PNC193, PNe204	Melani ACF	.PNe065
Martins MEMN	.PNe203	Matsui RH	.PNb216, PNC030, PND019	Melani RFH	.PNa003, PNF087, PNf092
Martins MF	.PNa027, PNe027, PNf029	Matsumoto MA	.Pla004, Pla016, Plb001, Plb015, PNa047, PNC001, PNC227, PNF248	Melara R	.PNb177
Martins MM	.Plb009, PNC016	Matsumoto MAN	.Plb008, PNC025, PNC095, PNe015, PNf014, PNF028	Melchior MO	.PNe180
Martins MS	.PO005	Matta TCS	.Plb059, Pld069	Mello ABG	.PND103
Martins MT (H1)	.Plb132, Plc132, PNa218	Mattar C	.PNb013	Mello CT	.PNC103
Martins MT (H2)	.Ple138	Mattar R	.PE042	Mello DA	.PND021
Martins OP	.PNa250	Mattar SEM	.PNC095	Mello DNP	.PIf114, PNF195
Martins PO	.PNb013	Mattevi GS	.PO011	Mello I	.PIf019
Martins RA	.Plc136	Mattoli TMF	.Plb126, PNe210	Mello JAN	.Pla120, Plc119, Pld122, PNB195, PNe143
Martins RB	.PNa086	Mattos CMA	.PND200	Mello PB	.PNe022
Martins RJ	.HA021, PNe092	Mattos ES	.Pld094	Mello PC	.PNe197
Martins RR	.Plb118	Mattos M	.PNb089	Mello TRC	.PNf222
Martins TFA	.Ple124	Mattos MGC	.Pla112, PIf115, PIf119, PNa199, PNC191, PNC197, PND191, PNe130, PNe197, PNe202, PNf146, PNF198	Mello-Moura ACV	.Pld023, PNB095
Martins TM	.PNC261, PNC262	Mattos-Graner RO	.HA010, Ple036, PNa076	Melo ABP	.Plc019
Martins VJM	.PIf017	Mauro SJ	.PNb171	Melo ACM	.Plb012, PNB016, PNe020, PNe028
Martins-Filho IE	.Pla075, Plb075, Plb076, Plc075	Máximo AA	.PE021	Melo ACWR	.PIf110
Martins-Jr W	.PNe254	May LG	.PNb152, PNB187	Melo APC	.Plc135, PIf110
Martins-Júnior PA	.Plb048, Plc048, Pld047	Mayer MPA	.PNf160	Melo BR	.PNf067
Martoni SC	.Pla151, PIf033, PNf253	Mayoral-Molina JR	.PNC134	Melo DP	.PNa221
Martorell LB	.PE018, Plb049	Mazaro JVQ	.PNb143, PNC195, PNf194, PNF200, PNf243	Melo JF	.PNC252
Maruo H	.PNa019, PNa022, PND014, PNe007	Mazur RF	.Plb095, PIf095, PNa138, PNa149, PNa151, PNa153, PNb151, PNd147, PNe124	Melo LA	.PE009
Maruo IT	.PNa019, PNe007	Mazzetto MO	.PNe183	Melo LGN	.PNC265
Marzano T	.Pla012, Plb011, Ple012	Mazzo CR	.Ple087, PIf087	Melo MARC	.PIf130
Mascaro MB	.PNa079	Mazzoneto R	.PNa244	Melo MFB	.PNC214, PNF213
Maschiakow PSL	.PNb216, PNC218, PNe221	Mazzonetto R	.PNC181, PND182, PND238	Melo MMDC	.PNC098
Masotti AS	.Plc098	Mazzoni A	.PIf086, PND133	Melo MSE	.PNC062
Massara MLA	.PNa051	Medeiros AMC	.Plc130, PNa231, PNb212, PNe228	Melo PCC	.Ple020
Massi S	.PNe043	Medeiros BS	.PNa038	Melo SLS	.PNC214, PNF213
		Medeiros CF	.PNf162	Melo TV	.Ple023, PIf026, PND204
		Medeiros CR	.PNb166	Melo-Filho MR	.Plb127
		Medeiros FB	.PND005, PNF212	Melo-Neto JP	.Pld146
		Medeiros FRM	.PND192	Meloti AF	.PNa030, PNC022, PND027, PNF030
		Medeiros FSA	.PNC108	Meloto CB	.HA022
		Medeiros GC	.PND062	Menani LR	.PNf196
		Medeiros IS	.Pla092, PNa145, PNC120	Mena-Serrano AP	.PNC146
		Medeiros JMF	.Pld014, PNC050, PNf056	Mendes AM	.Plb009, PNC016
				Mendes B	.Pla122, PNB140
				Mendes CC	.PNf019
				Mendes CCA	.Pla126
				Mendes DA	.PNe040
				Mendes FA	.PNb190, PNe188
				Mendes FM	.Pla073, Pla077, Pld059, Ple060, PNa103, PNB095, PNb102, PNB105, PNb109, PNC017, PNC106, PNC107, PNC114, PND112, PND113
				Mendes GD	.Plc071

Mendes HBR	.PNc070	PNb183	Mohamed SC	.Ple008	
Mendes MB	.Plc111, Plc112	.PNe104	Moimaz SAS	.Pld054, Ple047, Ple048, Ple054, Ple134, Pif048, Pif049, PNa078, PNb063, PNb081, PNb086, PNC089, PNC226, PNe266, PNf110, PNf111	
Mendes RF	.Pld108	.Plc151, Pld151, PNa266, PNb258, PNb266, PNC265, PNd268			
Mendes WB	.PNa144				
Mendes YBE	.Pla051, PNa074, PNc075, PNe145				
Mendes-Júnior FIR	.PNb093	Mestnik MJ			
Mendez M	.Ple125	Mestriner-Junior W			
Mendonça AC	.FC016, Ple145, PNa254	Mestrinho HD			
Mendonça AJG	.PNc185	Meyer GA		Moinhos CA	.Plc080
Mendonça DL	.Ple109	Meyer TN		Moinho ALU	.Ple030
Mendonça DS	.Pld068	Mezomo MB		Mól VC	.Pla133
Mendonça ECC	.PNb165, PNd177	Mialhe FL		Molina C	.Plc063
Mendonça EF	.Pla125, Pla139, Plc140, Pld128, PNc077, PNC232, PNd206, PNd231, PNe206	Miamoto CB		Molina GF	.PNf023
				Möller CC	.Ple065
Mendonça JS	.Ple108, Pif109, PNa152, PNe168	Miamoto PE		Mollica FB	.PNb159
Mendonça LC	.Pib079, PNa177, PNd169	Miani PK		Mollo-Júnior FA	.PNa202, PNd192, PNf235
Mendonça LM	.PNd123	Miasato JM		Momesso MGC	.Plc063, Pld080, PNb117
Mendonça MJ	.Plc083	Mioto TF		Monaco RJ	.PNC137, PNf033
Mendonça MR	.PNa011, PNb023	Micaroni S		Mondelli RFL	.Pib105, PNa152, PNb160, PNC153, PNd163, PNe158, PNf133, PNf153
Mendonça RJ	.Pld144	Michel MD		Monini AC	.PNb031, PNe022, PNf010
Mendonça RMC	.Pib022, PNa036, PNe038	Michelan G		Montagner AF	.PNa150
Meneghim MC	.PNa062, PNf025, PNf063	Michel-Crosato E		Montagner AM	.PNC189
Meneguelli M	.PNb037	Micheletti KR		Montagner F	.Plc018, Plc026, Ple015, Pif015, PNa017, PNC051, PNd046, PNe059
Menezes AV	.PNb221, PNe265	Michida SMA		Montagnoli LG	.Ple031
Menezes CB	.Pib031	Midena RZ		Montaldi PT	.PNf230
Menezes CC	.PNa255, PNd257, PNf254	Mielke RC		Montalli GAM	.Pif044
Menezes FCH	.Ple092, PNa115, PNa130	Miguel JAM		Montalli VAM	.PIO005, Pif044, PNf230
Menezes HHM	.PNC268, PNe242, PNe243	Miguel LCM		Montan PF	.PNe229
Menezes JDS	.Pld011	Miguel MCC		Montandon AAB	.PNC225, PNd226
Menezes KE	.Pib029	Miguel N		Montanha EMA	.Pla062
Menezes KM	.Pld061	Miguita KB		Monte-Alto L	.PE033, PNa116
Menezes LM	.Pla010, Pla011, Pib010, Plc009, Ple006, Ple011, Pif010, PNa021, PNb026, PNd022, PNd023, PNe003, PNe016, PNe024, PNe030	Miguita L		Monte-Alto RV	.FC012, PNd148
		Mikowski A		Monteiro BVB	.Pib062, Pif016
		Milesi C		Monteiro DR	.PNC200
Menezes M	.PNd223	Mima EGO		Monteiro FAP	.Ple090
Menezes MAH	.Ple092, PNa115	Miná MCA		Monteiro JSC	.PIO002
Menezes MS	.Pla096, Pla109, PNC157, PNC161, PNf167	Minami MY		Monteiro MM	.Pla002
		Minotti PG		Monteiro VL	.Pld116
Menezes TEC	.PNe090	Miragaya LM		Monteiro-Junior S	.PNa166, PNb128, PNC167, PNf177
Menezes TOA	.Ple150	Miranda C		Monteiro-Neto V	.HA006, PNe070
Menezes VA	.PNb069, PNd092, PNd108	Miranda CB		Montemezzo ML	.Pld089, PNe141
Meng A	.Pla019	Miranda CES		Montenegro AC	.PNC245
Mercadante-Júnior R	.PE012	Miranda DA		Montenegro RF	.Pld051
Meschieri CA	.Ple001	Miranda KCO		Montenegro RV	.Pif078
Mesquita CR	.PNC038	Miranda LP		Montes CC	.Ple144, PNC237
Mesquita GC	.PNa159, PNb157, PNe167	Miranda ME		Montes MAJR	.PNb166, PNC009
Mesquita MF	.Pla123, Pib111, Pld111, Pld116, Pld117, Pld119, Ple116, Pif112, PNa188, PNa198, PNa201, PNa206, PNb198, PNb239, PNC199, PNd188, PNd193, PNd196, PNe196, PNe198, PNe205, PNf191, PNf197, PNf199, PNf205, PNf241	Miranda MS		Moraes AP	.PNa146
		Miranda MSF		Moraes BP	.PNC176
Mesquita RA	.PNC228, PNf211	Miranda RB		Moraes BR	.Plc087
Mesquita VT	.PNf189	Miranda RT		Moraes DBA	.PNb099
Mesquita-Ferrari RA	.FC011, Pla043, Pif042, PNa109,	Miranda TAM		Moraes IG	.Ple017, PNa041, PNa046, PNa054, PNb051, PNd038, PNd050, PNd055, PNe058, PNf046, PNf052, PNf054, PNf055
		Miranda TB		Moraes JD	.Plc013
		Miranda TPB		Moraes LC	.PNb216, PNb217, PNC209, PNC217, PNC218, PNd217, PNe221
		Miranda-Jr. WG		Moraes LL	.Ple057
		Mishima FD		Moraes MB	.PNC217, PNd217
		Missel EMC		Moraes MDR	.PNb178, PNf168
		Mitri FF		Moraes MEL	.PNb216, PNC217, PNC218, PNd217, PNe221
		Mitsui FHO		Moraes MF	.PNa147
		Mittelstadt FG		Moraes PPS	.PNf258
		Miyada RS		Moraes RM (H1)	.Pla150, Plc138
		Miyahara GI			
		Miyazaki CL			
		Modena KCS			
		Modesto A			
		Modesto MR			
		Mofatto LS			
		Moffa EB			
		Mognon L			

Moraes RM (H2)	.PNe088	Pif094, PNa137,	Munhoz LO	.Ple005
Moraes RR	.HA018, Pld094, Pif084, PNB134, PNC131, PNd141, PNf120, PNf145	PNb177, PNC170, PND165	Munhoz M	.PND037
Moraes SH	.PNb053, PNC053	PNb009	Muñoz MA	.Pld084, PNe145
Moraes SLD	.PNb242, PNF200	Motta ATS	Murad CF	.PNb034
Moraes SN	.Pif129	Motta CAVB	Murakami C	.Ple060, PNC103
Morais AP	.PE010, Pld049, PNa064, PNC081	Motta LG	Murakami LK	.PNe014
Morais CC	.Pld059	Motta LJ	Murakawa AC	.Pld032, Pld147, PNa251, PNC262
Morais ECC	.PND131, PNd132, PND147	Motta RHL	Muramatsu M	.PE041
Morais M B	.Pld047	Moura AAM	Murara J	.Pld095, Pif095
Morais MO	.Pld130, Pld128	Moura CCG	Murata RM	.PNC084
Morais MS	.PO007	Moura CM	Muscará MN	.PND255
Morea C	.PNf018	Moura CW	Mussallem FO	.PNa134, PNB237
Moreira AN	.PNC061, PNC091, PNe035	Moura FRR	Mussel RLO	.PNC152
Moreira ARO	.Pif127	Moura FS	Musskopf ML	.Ple151, PNa252, PNC088
Moreira CHC	.Ple151, PNa252, PNb268, PNF251	Moura GE	Muzilli CA	.Pld120, PNa122
Moreira ECF	.Pld113	Moura LB	Myaki SI	.PNb108, PNB127, PNe075, PNe094
Moreira ESA	.PNe076	Moura LFAD	Nadalin MR	.Pld140, PND048, PNe046, PNF128, PNf166
Moreira FCL	.Pld087, Pld092, PNa136, PNF126	Moura LNA	Nadanovsky P	.PNC029
Moreira JF	.PNb166	Moura MDG	Nagase DY	.PNC097
Moreira LT	.PE023, PNB053	Moura MS (H1)	Nagata JY	.PND020, PND063, PNf039
Moreira MS	.PNf077	Moura MS (H2)	Nagata ME	.Pld076, Pld067, Ple098, PND061
Moreira PR	.PNa260, PNB002, PNC032	Moura MS (H3)	Nagata MJH	.Pld032, Pld151, Pld147, Pld151, PNa251, PNa266, PNb258, PNB266, PNC261, PNC262, PNC265, PND268, PNe258
Moreira RJ	.Pld079	Moura PFB	Nahás-Scocate ACR	.PNa012, PNB010, PNC012
Moreira RTB	.PNb250	Moura PG	Nahsan FPS	.PNa164, PNB131, PND160, PNe158, PNf133, PNF171
Moreira RWF	.PND182	Moura R L	Nakagawa RKL	.PNe039
Moreira TAC	.PNC113	Moura RAS	Nakamae AEM	.PNb204, PNC193, PNe204
Moreira-da-Silva SML	.PND132	Moura SAB	Nakamune ACMS	.Pif040
Moreira-Junior G	.PNe076	Moura SK	Nakamura VC	.Pld018
Moreira-Neto JJS	.Pld068, PNB103, PNf100	Moura SS	Nakao LS	.PNa161
Morelli G	.Pld140, Pif135	Moura TDQ	Nakazone PA	.PNC035
Moreno A	.Pld116, PNa125, PNC190, PND120, PNf193	Moura WVB	Namba EL	.PNC076
Moreno L	.PNe193	Moura-Leite FR	Nanami R	.PNe267
Moreno MS	.Ple016	Moura-Netto C	Nanci A	.PNf244
Moreno NFF	.Ple040	Maysés GP	Naoo HT	.Pld117
Mores AU	.PNa075, PNC018, PNf020	Maysés MR	Napimoga MH	.Pld040, Pld040, Pld124, Pif039, PNa072, PNC002, PNC253
Moresca RC	.Pld013, Ple007, Pif011, PNa008, PNb015, PNB018, PNb090, PNC015, PNe013, PNF006, PNf013	Maysés SJ	Nardão GT	.PNa102, PNe106
Moretti ABS	.PNa094	Maysés ST	Nardello LCL	.Pld049
Moretti JCC	.PNb004	Mua B	Naressi SCM	.Pld002
Moretti LAC	.Pld149	Mukai MK	Narimatsu DMS	.PNC258
Moretti-Neto RT	.PNf202	Müller VM	Nary-Filho H	.Pld004, PNC001, PNf248
Moretto MJ	.PNe226, PNF101	Münchow EA	Nascente PS	.Pld043
Moretto SG	.HA019, PND159, PNf170	Mundim AR	Nascimento C	.Ple081
Morganti MA	.Pld010	Mundim FM	Nascimento CG	.Pld129
Morgental RD	.PNC041	Murakami C	Nascimento DF	.Pld127
Mori M	.PE041, PNB185, PNb204, PNF184	Murakami LK	Nascimento DOR	.Pld057, Pld029, Pif029
Moriya JA	.PNC168	Murakawa AC	Nascimento FD	.PNC229
Moro A	.Pif011, PNB015, PNb018, PNC015, PNe013, PNF006, PNf013, PNF062	Muramatsu M	Nascimento FNN	.Pld069, Pif071
Moron BM	.PNa080	Murara J	Nascimento GC	.PNC068
Morosini IAC	.Ple007, PNa008	Murata RM	Nascimento GF	.PNb053, PNC053
Mortari P	.Pif094	Muscará MN	Nascimento JE	.Pld125, Pif052, PNb087
Moschetti MB	.PNa009, PND010, PNe019	Mussallem FO	Nascimento JM	.Pld012, Pld011, Ple012
Mosele JC	.PNb230	Mussel RLO	Nascimento JS	.Ple070
Mota AJ	.FC007	Musskopf ML	Nascimento LDS	.Ple139
Mota ARL	.Ple025	Muzilli CA	Nascimento MCC	.PNC213
Mota AS	.PND190, PND204, PNe167, PNF167	Myaki SI	Nascimento OO	.Ple070
Mota CCBO	.PND222, PNF223	Nadalin MR	Nascimento RD	.Pld144, PNF238
Mota CS	.PNa131	Naganovsky P	Nascimento RJM	.Ple002
Mota EG	.Pld082, Pif085,	Nagase DY	Nascimento RS	.HA015
		Nagata JY	Nascimento RSS	.PE001

Nascimento TM	.Pld042	Nóbilo MAA	.Pla123, Pld111, Pld116, Ple116, Pif112, PNa188, PNa201, PNa206, PNb198, PNb239, PNc199, PNd188, PNd196, PNe198, PNe205, PNf121, PNf191, PNf205, PNf241	Pla109, PNa124, PNd170, PNf152 PNf062 PNc224 PNa096 PNd018 PNe049 FC010, FC014, Ple130, PNc235, PNe234 Pib040 PNd018 Pla004, PNa001, PNf248 PNd018 PNd061, PNe100 PE015, PE017, Pld058, PNa089 PNf056 PNb085 Pif108 PNd007 Plc084, Pld089, Ple096 Pib111, Pld111, PNa206, PNb239 PNb098 Plc097, PNd067, PNd167 Ple141, Pnc236 Pla123 PNf213 PNa142 Pla093, Pla094, Pib083, Plc094, Pld081, Pld094, Ple083, Pif081, PNc126, PNd140, PNe127, PNe139, PNe142, PNf145 Pld010 PNf228 HA013, Pld144, Pld151, Pif002, PNa251, PNb258, PNb266, PNe082, PNf005, PNf247 Pif002 Pld066 PNb068, PNb100, PNc266, PNd030, PNd101, PNf098 PNb159 Pnc094 Pif118 PNa091, PNb093, Pnc085, PNd187 Pif139, Pif140 PNa157 PNb092 PNf042 Pla076, Plc067, Plc077 Pif081 PNe062 Pib068, Ple067, PNa117, PNf007, PNf097 PNd219 Pib041, PNa133 Plc082 Plc073, Pif058 Ple045, Ple046 PNb042 Plc031, Pld115, Ple114, Pif116 PIO006, Ple070 PNd211 Pib034, Pnc033 PNe110, PNf074 Pla057, Pif029, PNb089 Plc135
Nascimento TN	.PNb148	Nobre-dos-Santos M	.Ple064, Pif063, PNa060, PNe063, PNe113, PNf112 Plc097 PO006, Pla031, Plc039 Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Nascimento VDMA	.Pif022	Nóbrega AA	.Ple064, Pif063, PNa060, PNe063, PNe113, PNf112 Plc097 PO006, Pla031, Plc039 Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Nassar CA	.PNd255	Nóbrega CBC	.PO006, Pla031, Plc039 Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Nassar PO	.PNd255	Nóbrega DF	.Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Nassur C	.Pla052, Plc076, PNb104, PNb114	Nobrega DM	.Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Natalicio GL	.Pla152, Pib152, Pif146, Pif151 Pif086, PNd133 PNa164 PNd207 PNe148 HA002, PNb238, PNc028, PNe018 PO012, PO013, Plc063, Pld080, PNb117, PNd159, PNf079, PNf170, PNf175 Pib037, PNd073 Pib079, PNa177, PNb134, PNd169, PNf120 PNf211 PNe242, PNe243 Pla049 Pla049, Pib014, Plc041, Pld078 Pld116 PNb056, PNe200 HA003 Pla096, PNa124, PNf152 Plc011 Pib077, PNd114, PNe015, PNf014, PNf028 Ple118, PNb202, PNb257, Pnc198, PNf202 Pif131, PNd082, PNf215 PNb011 PNe013 PNf229 PNa244, PNd238 Pla019 PNa147, Pnc004, PNc202, Pnc203, PNd017, PNd136, PNd184, PNd245, PNe071, PNe200, PNe245 Pld009, Pnc215 Plc141, Plc143, PNb190, PNb246, Pnc180, Pnc191, PNd190, PNd191, PNd236, PNe188, PNe243 PNd219 PNe021, PNe097 Pld009 Pib115, PNf246 Pib084, Ple115 PNd059 Pnc004 Ple133 Pla002, Pib042, Pib043, Pld042, Pnc080 PNe076 PNb136 PNd058 Pib078, Pld077, PNe118, PNe125, PNf119 PNb130 PNd201 Ple112, Pif142, PNb130, PNb245, PNd201			
Nato F	.Pif086, PNd133	Nobrega DM	.Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Naufel FS	.PNa164	Nóbrega AA	.Ple064, Pif063, PNa060, PNe063, PNe113, PNf112 Plc097 PO006, Pla031, Plc039 Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Navarro CM	.PNd207	Nóbrega CBC	.PO006, Pla031, Plc039 Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Navarro MFL	.PNe148	Nóbrega DF	.Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Navarro RL	.HA002, PNb238, PNc028, PNe018 PO012, PO013, Plc063, Pld080, PNb117, PNd159, PNf079, PNf170, PNf175 Pib037, PNd073 Pib079, PNa177, PNb134, PNd169, PNf120 PNf211 PNe242, PNe243 Pla049 Pla049, Pib014, Plc041, Pld078 Pld116 PNb056, PNe200 HA003 Pla096, PNa124, PNf152 Plc011 Pib077, PNd114, PNe015, PNf014, PNf028 Ple118, PNb202, PNb257, Pnc198, PNf202 Pif131, PNd082, PNf215 PNb011 PNe013 PNf229 PNa244, PNd238 Pla019 PNa147, Pnc004, PNc202, Pnc203, PNd017, PNd136, PNd184, PNd245, PNe071, PNe200, PNe245 Pld009, Pnc215 Plc141, Plc143, PNb190, PNb246, Pnc180, Pnc191, PNd190, PNd191, PNd236, PNe188, PNe243 PNd219 PNe021, PNe097 Pld009 Pib115, PNf246 Pib084, Ple115 PNd059 Pnc004 Ple133 Pla002, Pib042, Pib043, Pld042, Pnc080 PNe076 PNb136 PNd058 Pib078, Pld077, PNe118, PNe125, PNf119 PNb130 PNd201 Ple112, Pif142, PNb130, PNb245, PNd201			
Navarro RS	.PO012, PO013, Plc063, Pld080, PNb117, PNd159, PNf079, PNf170, PNf175 Pib037, PNd073 Pib079, PNa177, PNb134, PNd169, PNf120 PNf211 PNe242, PNe243 Pla049 Pla049, Pib014, Plc041, Pld078 Pld116 PNb056, PNe200 HA003 Pla096, PNa124, PNf152 Plc011 Pib077, PNd114, PNe015, PNf014, PNf028 Ple118, PNb202, PNb257, Pnc198, PNf202 Pif131, PNd082, PNf215 PNb011 PNe013 PNf229 PNa244, PNd238 Pla019 PNa147, Pnc004, PNc202, Pnc203, PNd017, PNd136, PNd184, PNd245, PNe071, PNe200, PNe245 Pld009, Pnc215 Plc141, Plc143, PNb190, PNb246, Pnc180, Pnc191, PNd190, PNd191, PNd236, PNe188, PNe243 PNd219 PNe021, PNe097 Pld009 Pib115, PNf246 Pib084, Ple115 PNd059 Pnc004 Ple133 Pla002, Pib042, Pib043, Pld042, Pnc080 PNe076 PNb136 PNd058 Pib078, Pld077, PNe118, PNe125, PNf119 PNb130 PNd201 Ple112, Pif142, PNb130, PNb245, PNd201			
Navas EAFA	.Pib037, PNd073	Nobrega DM	.Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa233, PNa234, PNb234, PNe230 PNe233 FC003, Pib014 HA003, HA005 PNb242, Pnc157, PNe008, PNe135, PNe196, PNf175 Plc010 PNb093 PNa170, PNd174 PNf032 PNa010, PNa011, PNd021 PNa010, PNa011, PNd021, PNe008, PNf011, PNf024 PNd213 Pif131, PNa214, PNd082, PNf215, PNf218 PNb105, Pnc107 Pib149, Pif147, PNa253, PNa265, PNb252, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264, PNf244 Pla096, Pla106,	
Naves LZ	.Pib079, PNa177, PNb134, PNd169, PNf120 PNf211 PNe242, PNe243 Pla049 Pla049, Pib014, Plc041, Pld078 Pld116 PNb056, PNe200 HA003 Pla096, PNa124, PNf152 Plc011 Pib077, PNd114, PNe015, PNf014, PNf028 Ple118, PNb202, PNb257, Pnc198, PNf202 Pif131, PNd082, PNf215 PNb011 PNe013 PNf229 PNa244, PNd238 Pla019 PNa147, Pnc004, PNc202, Pnc203, PNd017, PNd136, PNd184, PNd245, PNe071, PNe200, PNe245 Pld009, Pnc215 Plc141, Plc143, PNb190, PNb246, Pnc180, Pnc191, PNd190, PNd191, PNd236, PNe188, PNe243 PNd219 PNe021, PNe097 Pld009 Pib115, PNf246 Pib084, Ple115 PNd059 Pnc004 Ple133 Pla002, Pib042, Pib043, Pld042, Pnc080 PNe076 PNb136 PNd058 Pib078, Pld077, PNe118, PNe125, PNf119 PNb130 PNd201 Ple112, Pif142, PNb130, PNb245, PNd201			
Naves MD	.PNf211	Nóbrega AA	.Ple064, Pif063, PNa060, PNe063, PNe113, PNf112 Plc097 PO006, Pla031, Plc039 Pla031, Pla058, Plc039, Pif036 Pif025 FC007 PNa044 PNa028 PNd261 PNd035, PNe061 HA030, FC016, Pla147, PNa257, PNb263, PNb265, PNc254, PNc263, PNd251, PNe252, PNe265 PNb045, PNd045 PNe263, PNf266 PNe077 PNb126, Pnc145, PNd127, PNe137 PNd103 Pib043, Pnc080 PNb107 Pif042 Plc147, Pnc249 PNa160 Pif074 Plc025 Pif088 PNb077 PNd192 Pld015, Pif113, PNb189 PNa229, Pnc004 PNa244, PNd238 Ple009, PNb020 PIO005, Pif044 Pib143, Pld141, Pld150 PNa	

Oliveira DA (H3) . . . . .	.Plc075	Pif146, Pif151	PNe016, PNe024
Oliveira DC (H1) . . . . .	.PNb116	.PE007, PNd083,	Pif098, PNe148
Oliveira DC (H2) . . . . .	.PNf170	.PNf070	.Plc121
Oliveira DFV . . . . .	.PNe099	Oliveira PT (H2) . . . . .	.Plb143, Pld141,
Oliveira DPC . . . . .	.Pla047	.Plb149, Pif004,	Pld150
Oliveira DT . . . . .	.FC015, PNe233	.Pnc068, PNe246,	.PNf074
Oliveira DTN . . . . .	.Pla009, Plc113	.PNf244	Otero RA
Oliveira DWD . . . . .	.Pla047	Oliveira RC . . . . .	.PNe109
Oliveira E . . . . .	.Pla077, PNa167,	Oliveira RCG . . . . .	.Pif041, PNe079
	.PNe162	Oliveira RL . . . . .	.Ple093
Oliveira EN . . . . .	.Pla043	Oliveira RM . . . . .	.PNc194
Oliveira ERA . . . . .	.PNf224	Oliveira RMC . . . . .	.PNb169
Oliveira ES . . . . .	.PE021	Oliveira RN . . . . .	.Plc081, Plc117,
Oliveira FA . . . . .	.Pla137	Oliveira RR (H1) . . . . .	.PNb187, PNf123,
Oliveira FC . . . . .	.Pld146	Oliveira RR (H2) . . . . .	.PNf187
Oliveira FE . . . . .	.Pla038	Oliveira RS . . . . .	.PNd005, PNf212
Oliveira FG . . . . .	.Plb060, Pif096,	Oliveira RSF . . . . .	.Pnc026, PNe170
	.PNa148	Oliveira RV . . . . .	.PNe155
Oliveira FLC . . . . .	.Ple041	Oliveira SAG . . . . .	.Ple020
Oliveira FR . . . . .	.Plc015, Ple148	Oliveira SC . . . . .	.PIO015
Oliveira FS . . . . .	.Pnc068	Oliveira SGD . . . . .	.PIO009
Oliveira GC . . . . .	.PNd230		.Pacheco LF (H1)
Oliveira GHC . . . . .	.PE045	Oliveira SHG . . . . .	.PNd105, PNe133
Oliveira GI . . . . .	.Plc074		.Pacheco LF (H2)
Oliveira GJPL . . . . .	.Pnc255, Pnc257,	Oliveira SHP . . . . .	.PNd057
	.PNd252		.Paciornik S
Oliveira GU . . . . .	.PNf153	Oliveira SM . . . . .	.Plc135
Oliveira HE . . . . .	.PE014, PE027	Oliveira TBS . . . . .	.PIO013, Pla058,
Oliveira IB . . . . .	.Ple041	Oliveira TC . . . . .	.Plb047, Plb052,
Oliveira IF . . . . .	.PO015, Pla101	Oliveira TCS . . . . .	.Plb055, Pld035,
Oliveira IHS . . . . .	.Pld014	Oliveira TFL . . . . .	.Ple051, Pif046,
Oliveira IO . . . . .	.Plc041	Oliveira TFM . . . . .	.Pif122, Pnc087,
Oliveira JA (H1) . . . . .	.Pla120, Plc119,	Oliveira TM . . . . .	.Pnc258
	.Pld122, Pnc078,	Oliveira TRC . . . . .	.Pla015
	.Pnc122, PNe123,		.Padovani GC
	.PNe143	Oliveira VGM . . . . .	.PNb125
Oliveira JA (H2) . . . . .	.PNe018	Oliveira YMG . . . . .	.Pnc100
Oliveira JC (H1) . . . . .	.Pla036	Oliveira-Filho RC . . . . .	.PNa102, PNd113,
Oliveira JC (H2) . . . . .	.Pla122, Ple045,	Oliveira-Júnior OB . . . . .	.PNe106
	.PNb140		.Plc060
Oliveira JE . . . . .	.Pif091, Pnc130	Oliveira-Neto JM . . . . .	.PNf072
Oliveira JG . . . . .	.Pnc067		.Pac RC
Oliveira JLG . . . . .	.PNb202	Oliveira-Neto L . . . . .	.Plc095, Ple107,
Oliveira KMC . . . . .	.PNd117	Olivieri KAN . . . . .	.Pif105
Oliveira LB . . . . .	.PE031, Pld066,		.Pae RM
	.Pnc103, PNe217	Olmedo LYG . . . . .	.PNb260, PNe255
Oliveira LC . . . . .	.Pnc269	Oltamari-Navarro PVP . . . . .	.Plc088, Pld086,
Oliveira LD . . . . .	.FC004, Pla144,		.Ple094, PNa121,
	.Plb020, Plc016,	Onesti A . . . . .	.PNb144, PNf130
	.Plc036, Pif034,	Ono E . . . . .	.Plc103, Ple053,
	.PNa043, PNa222,	Onoda HK . . . . .	.PNb150, PNb185
	.Pnc047, PNd047,		.PNe041
	.PNd056, PNf050	Onofre MA . . . . .	.Pld112, PNa118,
Oliveira LJC . . . . .	.Plb128, Ple127,	Onofre NML . . . . .	.Pnc192, PNd202,
	.PNd121, PNe108	Onuma T . . . . .	.PNf121
Oliveira LSAF . . . . .	.PNd219	Oppermann RV . . . . .	.Pla045
Oliveira M (H1) . . . . .	.PNd071		.Pagnoncelli RM
Oliveira M (H2) . . . . .	.Pif106	Orbolato RAM . . . . .	.Pld004
Oliveira M (H3) . . . . .	.PNe165, PNf154	Ordinolá-Zapata R . . . . .	.Plb098
Oliveira MAA . . . . .	.Plb068, PNa117		.Paisano AF
Oliveira MAP . . . . .	.Plb003, Pld003	Orellana B . . . . .	.PNf058
Oliveira MAVC . . . . .	.PNb059	Orlando F . . . . .	.Pla015
Oliveira MC (H1) . . . . .	.Plc129, Pld133,	Orlando TD . . . . .	.Pla006, PNd029,
	.Pif125	Orosco FA . . . . .	.PNe010
Oliveira MC (H2) . . . . .	.Plb062, Pld061	Orrico SRP . . . . .	.PNe234
Oliveira MF (H1) . . . . .	.Pnc101		.Pla066, Pla074,
Oliveira MF (H2) . . . . .	.Pnc009	Ortega KL . . . . .	.Plb048, Pld047,
Oliveira MG . . . . .	.Plb137	Ortega-Lopes R . . . . .	.Ple061, Ple073,
Oliveira ML . . . . .	.PNa217, PNb218,	Ortiz AM . . . . .	.Pif073, PNa108,
	.Pnc213, PNd220	Ortiz TML . . . . .	.PNb068, PNb100,
Oliveira MP . . . . .	.PE009	Ortolani CLF . . . . .	.PNd030, PNd101,
Oliveira MPM . . . . .	.PNf112		.PNd111, PNe101,
Oliveira MS . . . . .	.Ple120, PNb186	Oshima CTF . . . . .	.PNe112, PNf098,
Oliveira MT (H1) . . . . .	.PNb136, Pnc125,		.PNf226
	.Pne160, PNf117,	Oshima HMS . . . . .	.Pld014
	.PNf158		.Paiva-Neto LA
Oliveira MT (H2) . . . . .	.Pla080		.PNd128
Oliveira NCM . . . . .	.Plc110		.Paixão F
Oliveira NFP . . . . .	.PNf263		.PNd002
Oliveira NS . . . . .	.PNa208		Palazon MT
Oliveira PCG . . . . .	.PNb202, Pnc198,		.Plb101
	.PNf202		.Paleari AG
Oliveira PGFP . . . . .	.Pla152, Plb152,		.PNb206, PNd205
			.Palinkas M
			.PNa111
			.Palioto DB
			.Plb149, Pld149,
			.Pif147, Pnc253,
			.PNb261, PNb269,
			.PNd261, PNd262,
			.PNd264
			.Pallos D
			.Plc147, Ple147,
			.Pnc249, PNd249,
			.PNd250
			.Palma DC
			.Plc121
			.Palma MAG
			.Pla147

Palma-Dibb RG	.PIb100, PIb105, PId097, PNa115, PNa157, PNa160, PNC166, PNC178, PNd166	Paula AB	.PId086, PId119, PIe094, PNa198, PNb142, PNd125, PNd130, PNe131, PNe133, PNe198, PNf118, PNf143, PNf199	Pegoraro LF	.PNd123
Palo RM	.PIa024, PId015, PIf023, PNC035, PNf049	Paula AMB	.PIc126	Pegoraro TA	.PIf121, PNd123
Pampuch AK	.PNe097	Paula CR	.PNb204	Peitl-Filho O	.PNC068, PNd119, PNe148
Panariello BHD	.PIa099	Paula DM	.PNb178	Peixoto AP	.PNb031, PNf010
Panazzolo JR	.PIb147, PId030, PId098	Paula E	.PNC083, PNd081, PNe081, PNe083, PNf081	Peixoto IFC	.PNa052
Panhóca VH	.PNf183	Paula FF	.PIb077, PId076	Peixoto ITA	.PNC071
Pannuti CM	.HA023, HA028, PIb145, PId152, PIe149, PNa267, PNa268, PNb227, PNb250, PNd260, PNf239, PNf252, PNf257, PNf258	Paula GA	.PNd190, PNd204	Pelegrine RA	.PNC059
Pantoja CAMS	.PId021	Paula JS	.PO014, PNd107	Pelisson CJ	.PIb044
Pantoja JL	.PId066	Paula LC	.PIb144	Pellicoli ACA	.PIb137
Panzarini SR	.HA020, PNC006, PNC216, PNd006, PNf005	Paula LM	.PIf028, PNC172	Pellizzaro D	.PNe114
Panzeri H	.PNd119	Paula LVL	.PNa173	Pellizzer EP	.PIb123, PNb143, PNb199, PNb242, PNC195, PNC248, PNe191, PNe192, PNe240, PNe247, PNf194, PNf200, PNf243
Papalexio V	.PNC267, PNe255, PNe263, PNf259, PNf261, PNf266	Paula MVQ	.PIa128, PId132, PNa218	Pena CE	.PNb153, PNb174, PNC151
Pappen FG	.PNe052	Paula RCM	.PIa020	Penha ES	.PNe061
Paradella TC	.PIf137, PNb074, PNC229, PNe231	Paula WN	.PNb248, PNe248, PNf240	Penha SS	.PIf055
Paragó FEM	.PNa170	Paula-Junior DF	.PNb098	Penha-Junior N	.PIa056, PId052
Paraguassu G M	.PIO002	Paula-Silva FWG	.HA008	Pentagna MB	.PNa117
Parahitiyawa NB	.PNe074	Paulino SM	.PNd110, PNd143	Pequeno JHP	.PNd225, PNe168
Paranaíba LMR	.PIc124, PNd095, PNe001, PNe207, PNe232	Paulillo LAMS	.PId103, PId107, PNa176, PNb168, PNd172, PNe048, PNe163, PNe178, PNf149, PNf156	Peracini A	.PIb081
Paranhos HFO	.PIb081, PIb117, PIc123, PId112, PIf111, PNa193, PNC192, PNe190	Paulo AO	.PNa143	Peralta FS	.PIc147, PNC249
Paranhos LR	.PIc008, PNb017, PNf016	Paulo GP	.PNb241	Peralta SL	.PNe141
Paranhos MPG	.PNb176, PNf162	Paulo MQ	.PIc101	Percinoto C	.HA013, PNb101
Paraventi BH	.PNb251	Paulon SS	.PIa029, PId150, PId035	Perdigão JPV	.PNa085
Paraventi VRH	.PNb251	Pavan S	.PIe048	Pereira AC (H1)	.PNe209
Pardi V	.PIb031, PId110, PNa062	Pavanelli CA	.PNb158, PNe117 .PId015, PId113, PNb189	Pereira AC (H2)	.PIb139, PId138
Pardini LC	.PE043, PIa124, PId085, PId090, PIe085, PNd146	Pavarina AC	.PIO014, PIa119, PIc038, PId037, PNa191, PNa196, PNa197, PNa203, PNb197, PNC118, PNd076, PNe194, PNe195, PNe227, PNf069	Pereira AC (H3)	.PO006, PNa062, PNf025, PNf063
Paredes SO	.PIe029	Pavesi VCS	.PId130, PNa113	Pereira ACS	.PIb004
Parisotto RK	.PIc107	Pavone C	.PNC257, PNd252	Pereira AFV	.PIa084, PNe086
Parisotto TM	.PIe064, PNa060, PNe113	Pazinatto RB	.PNf108	Pereira ALA	.PNC070, PNe086
Parma-Neto A	.PNa250, PNe065, PNe268	Pazolini P	.PNb205, PNd245, PNe156	Pereira ALP	.PNa011, PNb023
Parolo CCF	.PNf061	Pazzini CA	.PIb051	Pereira AMM	.PIa137
Parteira NJS	.PIf007	Peçanha APB	.FC001	Pereira AV	.PNf072
Paschoal MAB	.PNC144, PNf107	Pécora JD	.PIc071	Pereira BMF	.PIb119, PNa201, PNb193, PNC199, PNd196
Pascon FM	.PNa114		.PNf261	Pereira CA	.PIb036, PNa155, PNb072, PNb074, PNd056, PNe072, PNf071
Pascotto RC	.PIe098		.PId097, PNa045, PNa056, PNa160, PNb048, PNb173, PNC160, PNC178	Pereira CC	.PIa027, PId106, PIe082, PId106, PNd124
Pascutti EP	.PIf075	Pedrazzi V	.PIe137, PNf210	Pereira CCS	.PNe082, PNf004
Pasin RM	.PIb075	Pedrini D	.HA020, PNC006, PNd006	Pereira CP	.PNe255
Pasinato C	.PNe107	Pedrosa AC	.PNb014, PNb024	Pereira CRS	.PNa091, PNC085
Pasquali AAG	.PNd214	Pedrosa FLM	.PIa149, PIb039, PIc015, PId132, PId148, PId038, PIe148, PId148, PNC259, PNd259, PNf250	Pereira CV	.PIb031, PId110, PNd097
Passanezi E	.PNb255		.PIc059, PId065, PIe068, PId068, PNe099	Pereira CVCA	.PId065
Passos CP	.PIe002		.PNC059, PId065, PIe068, PId068, PNe099	Pereira DFA	.PNb075, PNb235
Passos GAS	.PNd068	Pedrosa EFNC	.PNb218, PNC213	Pereira DP	.PNe154
Passos IA	.PNb083	Pedrosa MM	.PIc029	Pereira EMF	.PIc072
Passos SP	.PNb187, PNf204	Pedrosa SS	.PNe187	Pereira EMR	.PNf211
Passos TA	.PIa031, PId036	Pedrosa VO	.PNC117	Pereira ESJ	.PNC042
Passos VF	.PNd152	Pedrosa-Junior WF	.PId144, PNf180	Pereira FA	.PIa109, PNe171
Pastori EC	.PNb010	Pedroso AC MLA	.PNa243	Pereira FCT	.PIb100
Patato AL	.PNd208	Pedroso CF	.PNd034, PNd036	Pereira FP	.PIf002
Patel MP	.PNf027	Pedrozzelli C	.PIa034	Pereira GS	.PNa037, PNb037, PNb044, PNb084
Patrício AAR	.PNa091, PNC085			Pereira HABS	.PNf080
Patrocínio ALF	.PIc076, PId061			Pereira IP	.PId119
Patrocínio MC	.PId136			Pereira JC (H1)	.PIa096
Pati EAMR	.PIc134			Pereira JC (H2)	.PIc090, PNd160, PNd163
Patussi EG	.PIa075, PIb075, PIb076, PId075			Pereira JJ	.PIe140

Pereira LAP	.Pla045, Plb045, Plc045, PNd084	Perondi F	.PNa008	Pinto DN	.PNf100
Pereira LAVD	.PNa240, PNB248	Peroni LV	.PO011	Pinto ES	.Pif099
Pereira LB	.PNa118, PNd068	Perozi C	.Pla101, Pla102	Pinto GBB	.PNe173
Pereira LC	.Plb129	Perrella A	.Ple147, PNd249, PNd250	Pinto GCS	.Pld085
Pereira LJ	.FC001, Pla133, Plb031, Plc007, Plc145, Plc146, Pld110, Pif006, PNc020, PNd097, PNf208	Perrella FA	.PNa215, PNe215	Pinto IA	.Pld066
Pereira LM (H1)	.Plc094	Perrone LR	.PNd256	Pinto JRR	.PNa122, PNB194
Pereira LM (H2)	.PE034	Peruchi LD	.Plc084	Pinto LHF	.Pla037, Pla044, Pla046, Pld046
Pereira LO (H1)	.PO001	Perussi LR	.Plc009	Pinto LMCP	.Pla059, Pla071, Pif062, PNd066, PNe114
Pereira LO (H2)	.FC002	Perussolo B	.PNc257, PNd252	Pinto LMS	.Pif121
Pereira LV	.Plb113	Pesqueira AA	.Pla075, Plb075, Plb076, Plc075	Pinto LP	.PNa233, PNa234, PNb062, PNB233, PNc233, PNC234
Pereira MAC	.Plb052	Pessoa JP	.Plc116, PNa125, Pnc190, PNd120, PNf193	Pinto LR	.Ple117, PNe193
Pereira MC	.Plb070	Pessoa OF	.PNe060, PNF080	Pinto MHB	.PO002, Pla051, Pla055, PNC079
Pereira MCMC	.Plb129, PNd234	Pessoa RS	.PNd246	Pinto MM	.PNb141, PNd122, PNd137
Pereira MD	.PNb014	Petry ASM	.PNb054	Pinto MPR	.Plc047
Pereira MN	.PE016, Plc135, PNe165, PNF088, PNf154	Petry CF	.Pif083	Pinto RVS	.Pla023
Pereira MR	.Pif051	Pfeifer AB	.PNa068	Pinto SCS	.Pla145, PNa258, PNb253, PNB256
Pereira MRR	.Plc121	Pfeifer CSC	.PNf144	Pinto SL	.Plc051
Pereira MSV	.PNa071, PNC066, PNf072	Phillips C	.PNc014	Pinto SS	.Ple026, PNC043
Pereira MVC	.Plb047, Plb055, Pif122	Piccioni MARV	.PNa174, PNB155, PNf176	Pinto TA	.Pif103
Pereira NMT	.Ple137	Picco DCR	.PNb082	Pinto TCA	.Plc070, Pif053
Pereira PC	.Plc117, PNa121, PNf187	Pick B	.PNb136	Pinto VCB	.PNC168
Pereira RD	.Plc033, Pld024, PNa036, PNe035	Picoli LC	.PNa079	Pinto-Jr. DS	.PO016, PNd228, PNf206
Pereira RDFC	.Pla074, Plc072, Ple073, Pif073	Pieper CM	.Ple096	Pinto-Neto AM	.HA022
Pereira RFR	.Pla037, Plc034, Ple034	Pieralini ARF	.PNc145, PNd127	Pinzan A	.PNa025, PNF027
Pereira RMR	.PNd246, PNd260, PNd267	Pierami GMG	.Plb030	Piovesan C	.Pld062, Ple059, PNa189, PNB106, PNb109
Pereira RP	.PNa202, PNC196	Pieri LV	.PNe021	Piovezan A	.PNe029
Pereira RS	.Ple013, PNa037, PNb037, PNB044, PNb084, PNd033, PNf036	Pierri J	.PNf235	Piovezan PHP	.Pld012, Ple062
Pereira SA L	.Pla040, Pld040, Pld124, Pif039, PNa130, PNB207, PNd235	Pierro VSS	.PNd115, PNF113	Pires FS	.Plc068
Pereira SF	.Pla088, PNB132	Pigossi S	.Ple144	Pires HCS	.Ple022
Pereira SK	.PNf108	Pilatiti GL	.Pla036, Pld145, Pif144, PNB254	Pires ILO	.PNC266
Pereira SM	.Plb031, Pld110, PNd097	Pilecki P	.PNf117	Pires JR	.PNa269, PNB232, PNb257, PNe256
Pereira T	.PNd207	Pimenta JA	.PNb172	Pires LS	.PE037, Pld064
Pereira TCR	.Pla083	Pimenta JDM	.Pif023	Pires MBO	.Plb127
Pereira TM	.PNC131	Pimenta RMC	.Plc129	Pires MBSM	.Pld048
Pereira TS	.PNb097	Pimental ELC	.PE032, PE033, PNa116	Pires RH	.Pld033
Pereira TT	.Pif048	Pinelli C	.Plb033, PNe069	Pires-de-Souza FCP	.PE043, Pla078, Pla105, Pla124, Plb090, Plc028, Pld085, Pld090, Ple085, Pif035, Pif088, PNB124, PNC136, PNd146, PNe134
Pereira YCL	.PNb001	Pinelli LAP	.Plc089, PNC225, PNd226	Pisani MX	.Pif111, PNa193, PNe190
Pereira-Cenci T	.Plc118, Pif098, PNa146, PNB065, PNC142, PNF201	Pinelli MM	.PNf172	Pita DS	.Plc099, Pif096
Pereira-Neto ARL	.Ple141, PNa239, PNe237	Pinheiro ALB	.PIC002, PNC024	Pita MS	.PNb180, PNd180
Peres KGA	.Ple127, PNB203	Pinheiro CR	.PNe054	Pithon MM	.Pla007, PNe006, PNf015
Peres MAA	.Ple127, PNB203	Pinheiro CS	.PNa200	Pitol DL	.Pla001, Pld002, Ple137, Pif001
Peres MFS	.Pla147, PNd251	Pinheiro FHSL	.PNa028, PNB062	Pitome AW	.PNb053, PNC053
Peres NCT	.Pld053	Pinheiro IVA	.Pif038, PNd062	Pitta FP	.PNf161
Peres PEC	.Plc121	Pinheiro JJV	.Ple150	Piuvezam G	.PNd224
Peres RCR	.Ple064, Pif063	Pinheiro LOB	.Pla036	Piva E	.Pla093, Pla094, Plb083, Plc094, Pld081, Pld089, Pld094, Ple083, Ple093, Pif081, PNa162, PNC128, PNd121, PNd140, PNd141, PNe127, PNe139, PNe141, PNe142
Peres SV	.PNe233	Pinheiro MC	.PNa258, PNB253, PNb256	Piva F	.PNf106
Pereira R	.Pif075	Pinheiro MLP	.Pld045, Pif045	Piva MR	.PNa234
Perez DEC	.Plb140, Ple126, PNd048, PNe046, PNf032, PNF231	Pinheiro RS	.PNa105	Pizzatto E	.Pif011, PNB015, PNb060, PNB085, PNb090, PNC096, PNd085, PNe013, PNf006, PNF013
Perez LEC	.Plc122	Pinheiro SL	.Pla033, Pla134, Pla151, Plb102, Plb134, Plc066, Pld102, Ple032, Ple066, Pif032, Pif033, Pif075, PNa097, PNa102, PNC059, PNC099, PNd099, PNe097, PNe098, PNe106, PNf064, PNF114, PNf253		
Perin CP	.PNd039, PNe057	Pinho MAB	.Ple023, Pif017		
Peris AR	.Plb110, Pld095, Ple109	Pinho MN	.PNb252		
Perito MAM	.PNa165	Pini NIP	.Plc067, Ple098		
Pero AC	.PNb206, PNd205	Pino AV	.PNa064		
Perochena AEC	.PNf052	Pintado LS	.PNe052		
Peron APLM	.Pld013, Ple007,	Pinto AF	.PO012		
		Pinto AKA	.Plc070		
		Pinto BD	.PNb118		
		Pinto CCF	.PNb113		
		Pinto CF	.Ple100, PNF159		
		Pinto CP	.Plb095, Pif095, PNa149, PNa151		

Pizzato S	.PNf062, .Pif011, .PNb090	Prado LC	.PNf048	Queiroz-Junior CM	.Ple020
Pizzol KEDC	.PNf010	Prado R	.Pnc005	Queluz DP	.Ple057
Pizzolito AC	.Pnc094, .Pne032	Prado RF	.Pla138, .Plb138, .Pld138, .Pna228, .Pnb223	Quindáia MB	.Pnd138
Pleffken PR	.Pld107, .Pne174			Quintans TC	.Plb032
Plotkowski MCM	.Pif017	Prado RL	.Plb052, .Pnc087	Quintão CCA	.PNf007
Poças-Fonseca MJ	.FC002	Prado TM	.Pla136	Quintino RP	.Pif102
Pochapski MT	.Pna084	Prado-da-Silva MH	.Pnd134	Quirino MRS	.Pld136, .Pna232
Poi WR	.HA020, .Pnc006, .Pnc216, .Pnd006	Prado-Junior RR	.Pld108	Quivey RG	.Pnc072
Poiate IAVP	.PE041	Praetzel JR	.Pnb109, .Pnf109	Rabang HRC	.Plc026
Poiate-Júnior E	.PE041	Prahl S	.Pnc133	Rabello AP	.Plb033, .Pne069
Pola NM	.Plc151, .Pld151, .Pna266, .Pnb258, .Pnb266, .Pnd268	Prata CA	.Plc137, .Pna069, .Pnb228, .Pnf227	Rabello PM	.Pnd090
Polak PT	.PNf013	Prata JA	.Pnb186	Rabelo DF	.Pld134, .Pnb188, .Pnf225
Poletto VC	.PE034, .Pnf103	Prates LHM	.Pnb096	Rabelo GD	.Plb004, .Pna004, .Pnd209
Poli-Frederico RC	.Pla063, .Pld030, .Pna081, .Pnc062, .Pnd066, .Pne029, .Pne114, .Pnf026	Prates RA	.Ple149	Rabin PK	.Pld005
Politano GT	.Pna107	Presoto CD	.Plb054	Rached RN	.Pna151, .Pnb151
Polli LG	.Ple091, .Pif101	Prevedello GC	.Pnc134, .Pnd131, .Pne129	Rached-Junior FJA	.Pne034, .Pne044
Pomacóndor-Hernández C	.Pne123	Previtali EF	.PE036	Rados PV	.Plb137, .Ple125
Pomarico L	.Plc059, .Pld065, .Pif076, .Pnb104, .Pnf115	Prieto AKC	.Plc050, .Pne092	Raele MP	.Pnd100
Pomilio A	.Pla151, .Pif032, .Pif033, .Pnf253	Prieto LT	.Pnb168, .Pnd172	Rafacho A	.Pnb067, .Pnf083
Pompeu FO	.Pla108	Prim CR	.PO002	Raggio DP	.Pla073, .Plc069, .Pif050, .Pna103, .Pna107, .Pnb102, .Pnb226, .Pnc106, .Pnd113, .Pnf108
Ponte TM	.Pnd093	Primo BT	.Pnf220	Rahal V	.Plb060, .Plc099, .Pna148
Pontes AEF	.Pna211, .Pna238, .Pnb232, .Pnc238, .Pne248	Primo LG	.Pla072, .Plc060, .Pif061, .Pnf105	Raimundo FM	.Plb040
Pontes CM	.Plb019	Progiant PS	.Pna187, .Pnd118, .Pnd194, .Pnd195	Raimundo LB	.Plc114, .Pnd186
Pontes ERJC	.Pne169	Prokopowitsch I	.Pif025, .Pna053, .Pne051	Raitz R	.Pna216, .Pnd214
Pontes GYLA	.Pne261	Prosdócimi FC	.Pna079	Raldi DP	.Pnb056, .Pnc069, .Pne053, .Pnf042, .Pnf056
Pontes LF	.Plc095, .Ple107, .Pif105, .Pnc165	Provedel L	.Pnd221	Rama GM	.Pif004
Pontual AA	.Plb133, .Pnc221, .Pnd064, .Pne213	Provenzano MGA	.Pla008, .Pla062, .Pld012, .Ple062, .Pnd104, .Pnf017	Ramacciato JC	.Pif005, .Pla045, .Plb044, .Plb045, .Plb046, .Plb144, .Plc043, .Plc045, .Plc046, .Ple008, .Ple043, .Pif044, .Pnd084
Pontual MAB	.Pnf242	Prudente MS	.Plc141, .Plc143	Ramalho LMP	.Pif002
Pontual MLA	.Plb133, .Pna039, .Pnc221, .Pnd064, .Pne213	Pucci CR	.Plb101, .Plc103, .Pnb150, .Pnd149	Ramirez CM	.Pna103
Ponzi EAC	.Pnc024	Pucci D	.Pib090	Ramos AL	.Plc005, .Pna014, .Pnd009, .Pne029, .Pnf017, .Pnf026
Pordeus IA	.Pla066, .Ple061, .Pna108, .Pnb068, .Pnb100, .Pnd111, .Pne101, .Pne112, .Pnf098, .Pnf226	Puertas KV	.Pnc137, .Pnf033	Ramos DM	.Pna081, .Pnc062
Porta MSD	.Plc064	Puppini-Rontani RM	.Plc065, .Ple077, .Pif079, .Pna060, .Pna114, .Pna164, .Pnb125, .Pnb129, .Pnb133, .Pnc127, .Pnd025, .Pnd105, .Pnd125, .Pnd130, .Pne128, .Pne131, .Pne133, .Pnf118, .Pnf120, .Pnf143, .Pnf199	Ramos GO	.Pld139
Porta SRS	.Pnb188, .Pnf225			Ramos IA	.Pld061
Portela JVV	.Pnd084	Pustigliani FE	.HA023, .HA028, .Pla142, .Plc152, .Pna267, .Pnc260, .Pnd260, .Pnf239, .Pnf257	Ramos LC	.Pna016
Portela MB	.Pla069, .Plc074, .Pif058, .Pnd094			Ramos MB	.Pnd123
Portella FF	.Pla135	Quagliatto PS	.Plb079, .Pna177, .Pnb157, .Pnd169, .Pnf068	Ramos MMB	.Pna070
Portero PP	.PO002	Queiroga AS	.Ple033	Ramos OLV	.Pif098
Porto AN	.Plc015, .Pld132, .Pnc259, .Pnf250	Queiroz AC	.Pnd261	Ramos SP	.Pla059
Porto GG	.Pna006	Queiroz AFVR	.Pla082	Ramos TS	.Pla093, .Pla094
Porto MT	.Plc133	Queiroz AM	.Pnd114	Ramos-Jorge J	.Pla074, .Pld047, .Ple073, .Pif073, .Pif074, .Pne112
Porto RB	.Pif030, .Pnb089	Queiroz CS	.Pif030	Ramos-Jorge ML	.Pla047, .Pla074, .Pla129, .Plb048, .Plb072, .Plc048, .Plc072, .Pld045, .Pld047, .Ple073, .Ple129, .Pif045, .Pif073, .Pif074, .Pnc020, .Pne101, .Pne112, .Pnf098
Porto VC	.Ple117, .Pif121, .Pnd211, .Pne193, .Pnf202	Queiroz DA	.Pnb205, .Pnc202, .Pne156	Ramos-Perez FMM	.Pna214, .Pnc215, .Pnc221, .Pnf218
Portocarrero A	.Pnd044	Queiroz EC	.Pnf167	Rampazzo JC	.Pla008, .Pnd104
Porto-Neto ST	.Pna168, .Pne153, .Pnf168	Queiroz FS	.Pna095	Ranali J	.Pnf081
Portugal KRT	.Pnc008	Queiroz JRC	.Plc117, .Pne203	Raposo AK	.Pna028
Poskus LT	.Plb108, .Pna170, .Pnd174	Queiroz LMG	.Plc130, .Pna231, .Pne228	Raposo LHA	.Pna159, .Pnb157, .Pnd170, .Pne167, .Pne171
Possagno RC	.Pnb145	Queiroz MG	.PE015, .PE017, .PE018, .PO007, .Pla050, .Plb049, .Pld058, .Pna089	Raslan SA	.Pla149, .Plc015, .Pif148, .Pnc259, .Pnf250
Possobon RF	.Pnf093	Queiroz MVM	.Pla096	Raso EMG	.Pld034
Potrich ARV	.Pnf002	Queiroz PS	.Plc080	Rasquin LC	.Pnf043
Pozza JMM	.Ple115	Queiroz RS	.Pla099	Rasteiro VMC	.Pnb072, .Pnf071
Pozzobon MH	.PE003	Queiroz RT	.Ple099	Rastelli ANS	.Pna150, .Pna168,
Pozzobon RT	.Pne155	Queiroz TP	.Pnf004, .Pnf005, .Pnf247		
Prado CJ	.Plb116, .Plc141, .Plc143, .Pnb181, .Pnb190, .Pnb246	Queiroz VC	.Pif108		
Prado EFGB	.FC007	Queiroz VS	.Pna010, .Pnf011		
Prado IC	.Pif140				

	PNa174, PNB163, PNC169, PNe126, PNe153, PNF155, PNf166, PNF176	Resende CMBM . . . . .	.PNa186, PNC205	Ribeiro PP (H2) . . . . .	.Ple009, PNB020
Rastelli MCS . . . . .	.PNa110, PNC044	Resende MR . . . . .	.Pla044, Pla046, Pld046	Ribeiro RA (H1) . . . . .	.Plb062, PNe236
Rath IBS . . . . .	.PC0011	Resende NFB . . . . .	.Pif074	Ribeiro RA (H2) . . . . .	.Plb067, PNe062
Rattacaso RMB . . . . .	.PNe134	Resende PS . . . . .	.Plc140	Ribeiro RC . . . . .	.Plc079, PNC118, PNe186, PNe199, PNf186
Raubach CW . . . . .	.Plc094	Resende RFB . . . . .	.PNf066	Ribeiro RF . . . . .	.Pla112, Pif115, Pif119, PNa199, PNC145, PNC191, PNC197, PNd191, PNe130, PNe132, PNe197, PNe202, PNf146, PNF196, PNf198
Raucci-Neto W . . . . .	.Pld097	Resende RG . . . . .	.PNa235	Ribeiro SJJ . . . . .	.Plc063
Raveli DB . . . . .	.PNC022, PNd031, PNe017, PNF030	Retamoso LB . . . . .	.Pif012, PNa017, PNC021, PNC023, PNf023	Ribeiro TH . . . . .	.PNB004
Raymundi BF . . . . .	.PNf220	Reyes A. . . . .	.Plb071, Plc062, Ple071, Pif070	Ribeiro TTC . . . . .	.PNC031
Razaboni AM . . . . .	.PE006	Rezende CHA . . . . .	.PNb188	Ribeiro-Dasilva M . . . . .	.HA022
Reale CS . . . . .	.Pla010, Plb006, Pif009	Rezende EC . . . . .	.Pla039, Plb026, Plb135, PNB035, PNC044, PNd054	Ribeiro-Neto NR . . . . .	.Plb041
Rebelato R . . . . .	.PNd143	Rezende MLR . . . . .	.PNb255	Ribeiro-Rotta RF . . . . .	.PE045, PNd237, PNf237
Rédua RB . . . . .	.Plb011	Rezende NPM . . . . .	.PNC209	Ribeiro-Sobrinho AP . . . . .	.Plb022, PNa036, PNa051, PNB077, PNC032, PNd077, PNe038, PNe076
Regalado FF . . . . .	.PNe065	Rezende TMB . . . . .	.PNd077	Riberto FC . . . . .	.Ple111
Regalo SCH . . . . .	.Pla001, Pld002, Ple137, Pif001, PNa111, PNB001, PNB003, PNB190, PNd001, PNe002, PNe005, PNe188	Ribas MO . . . . .	.PNe211	Ricardo LH . . . . .	.Plc147, Ple147, PNC249, PNd249, PNd250
Reggiori MG . . . . .	.PNb208	Ribeiro AA (H1) . . . . .	.PNb163	Ricci HA . . . . .	.PNe140
Reghin LG . . . . .	.Pif006	Ribeiro AA (H2) . . . . .	.PNe111	Richter MM . . . . .	.PNf197
Regis MRS . . . . .	.Pla100	Ribeiro AB . . . . .	.PNb180, PNd180	Ricomini-Filho AP . . . . .	.PNb119, PNB247, PNC204
Regis RR . . . . .	.Plc123, Ple121, Pif123, PNB006	Ribeiro AJB . . . . .	.Plb072	Riehl H . . . . .	.PNb171
Rego CCT . . . . .	.PNb054	Ribeiro ALR . . . . .	.Plc086, Pld082, Pif091, PNC130	Rieth MD . . . . .	.Pla027
Rego GF . . . . .	.PE013	Ribeiro ANC . . . . .	.PNC029	Rigo A . . . . .	.Pif085
Rêgo JR . . . . .	.PNC034	Ribeiro APD . . . . .	.PIO014, Pla014, Pld101, PNa033, PNb214, PNe194, PNe227	Rigo ECS . . . . .	.Pif141
Rego MA . . . . .	.PIO010, Pla030, Plb096, Plb099, Plb107, PNa155, PNa180, PNe156, PNf172	Ribeiro BDA . . . . .	.Plb002, Ple010	Rigo RF . . . . .	.Plb082
Rego MRM . . . . .	.Pif026, PNd204	Ribeiro BM . . . . .	.Pld040	Rihs LB . . . . .	.PNa061
Rêgo ROCC . . . . .	.PNa261	Ribeiro CCC . . . . .	.HA006, PNa096, PNC070	Rino-Neto J . . . . .	.PNa006, PNd029
Rego RV . . . . .	.Plb071, Plc062, Ple071, Pif070	Ribeiro CF . . . . .	.PNb159	Rios D . . . . .	.Pla097, Pld031, Ple030, Ple097, Pif064, PNa106, PNC060, PNC144, PNd110, PNd143, PNe060, PNF079
Reinato JVD . . . . .	.Plc090, PNe089	Ribeiro CG . . . . .	.PNa249	Rios FS . . . . .	.Pla148
Reinke SMG . . . . .	.PNf138	Ribeiro CM . . . . .	.Plc047	Rippe MP . . . . .	.Pif083, PNe136
Reino DM . . . . .	.PNa265, PNd264	Ribeiro CMB . . . . .	.PNa105	Risso PA . . . . .	.PE004, Pif024
Reis A. . . . .	.Pla089, Plb089, Pld106, Ple084, Ple091, Ple104, Pif101, PNa132, PNa141, PNB141, PNb145, PNC121, PNC129, PNC138, PNC146, PNd137, PNd144, PNd154, PNe145, PNF127, PNf138	Ribeiro CS . . . . .	.PNC074	Rivero ERC . . . . .	.Pld139
Reis AC . . . . .	.Ple087, Pif087, PNa129	Ribeiro DA . . . . .	.Pla004, Pla016, Plb001, Plc136, PNa013, PNB229, PNC001, PNC227, PNe235, PNF248	Rizerio ISC . . . . .	.Plc004
Reis AF . . . . .	.HA019, PNB153, PNb174, PNC125, PNC151, PNC156, PNe152	Ribeiro DC (H1) . . . . .	.PNC229	Rizzante FAP . . . . .	.Pld031
Reis BKMA . . . . .	.Plc002	Ribeiro DC (H2) . . . . .	.Pla047, Pif074	Rizzato JL . . . . .	.Plb010
Reis BR . . . . .	.Pla109, PNe171	Ribeiro DG . . . . .	.Plc038, Pld037	Rizzatti-Barbosa CM . . . . .	.HA022, PNa185, PNb200, PNC203, PNd182
Reis JMSN . . . . .	.Ple118, Pif027, PNa174, PNa191, PNb155, PNd041, PNe036, PNe195	Ribeiro EP . . . . .	.HA030, PNa257, PNb265, PNC263, PNf264	Rizzato LE . . . . .	.Ple006, PNB026, PNe003
Reis LC . . . . .	.Ple023, PNF047	Ribeiro FC (H1) . . . . .	.Plc080	Rizzato SMD . . . . .	.Pla010, Pla011, Plc009, Ple006, Pif009, Pif010, PNb026, PNd022, PNd023, PNe003, PNe030
Reis LI . . . . .	.PNa222	Ribeiro FC (H2) . . . . .	.Ple013, PNB037, PNd033	Rizzi EC . . . . .	.Pld002, Pif001
Reis MA . . . . .	.Pld124	Ribeiro FMB . . . . .	.Ple124, PNF217	Rizzotti J . . . . .	.PNe033
Reis MIR . . . . .	.PE024, Plc055	Ribeiro FV . . . . .	.Pla147, PNe252	Roberto AR . . . . .	.PNa168, PNF166
Reis RC . . . . .	.PNf195	Ribeiro JA . . . . .	.PNC029	Rôças IN . . . . .	.Pif038
Reis RSA . . . . .	.PNb244	Ribeiro JAM . . . . .	.PNa186, PNC205	Rocco MA . . . . .	.PNa024, PNC030, PNd019, PNe011
Reis SCGB . . . . .	.PNa226	Ribeiro JCR . . . . .	.Plc104, Plc115, Pld099, PNC139, PNe172	Rocha AW . . . . .	.Pla135
Reis SRA . . . . .	.Pla136, PNd234	Ribeiro JGR . . . . .	.Plc115, Pif099, PNb122, PNC139, PNe172, PNF129	Rocha BC . . . . .	.PE027
Reis TS . . . . .	.Pla038	Ribeiro JPF . . . . .	.PO012, PNF175	Rocha BE . . . . .	.Pif143
Reis WCFB . . . . .	.PE016, PNF088	Ribeiro JS . . . . .	.PNa009, PNd010, PNe019, PNF020, PNf023	Rocha CP . . . . .	.PNC181
Reis-Filho CR . . . . .	.PNC002	Ribeiro LM . . . . .	.Plb057	Rocha DAP . . . . .	.PNC230
Reis-Filho VF . . . . .	.PNf208, PNF217	Ribeiro MAG . . . . .	.Pif139, Pif140	Rocha DG . . . . .	.PE018, Pif047
Rendeiro MMP . . . . .	.Pla048	Ribeiro MC . . . . .	.Pla033, Pld102, Ple032, Pif032	Rocha DGP . . . . .	.PNa057, PNB179, PNC059, PNF135
Renovato SR . . . . .	.Pla050	Ribeiro ML . . . . .	.Plb047, Plb055, Pif122	Rocha DM . . . . .	.PNb152, PNC147
Repeke CEP . . . . .	.HA027, HA029, Plb040, PNe254	Ribeiro MO . . . . .	.Ple039	Rocha EF . . . . .	.Plb141
		Ribeiro MP . . . . .	.Pla092	Rocha EP . . . . .	.Pla108, Pld083, PNa187, PNa195, PNd118, PNd189,
		Ribeiro MRC . . . . .	.PNa096		
		Ribeiro MS . . . . .	.Ple149, PNa242		
		Ribeiro NB . . . . .	.PNb222		
		Ribeiro PH . . . . .	.Pla129		
		Ribeiro PP (H1) . . . . .	.Plc116, PNa125, PNC190, PNd120, PNf193		

Santos NN	.PNe102	PNf028	Schwartz-Filho HO	.PNa253
Santos NR	.Pla074, Plc072, Ple073, PIf073	.Ple026	Sciasci P	.Pla064
Santos NSO	.PNf074	.PNd030	Scopel CR	.Pld052
Santos PA	.Pib054, PNa157	.PNa076, PNd130, PNe251, PNf143	Scott-Anne K	.PNe072
Santos PAV	.PNd258, PNd263	.PNf106	Scuoteguazza AC	.PNa238, PNe238
Santos PH	.Pib112, Pib113, PNa192, PNe174, PNd172, PNe189	.PE007, PNa173, PNd083	Seabra FRG	.PE007, PNe108, PNd083, PNe159
Santos PJ	.Pib093	.Pib122, Ple122	Segalla JCM	.PNb122, PNf129
Santos PJB	.PNc230	.Ple070, PIf053, PNd092	Segreto DR	.PNd126
Santos PMF	.Pld075, Ple076	.Pib070, Ple122	Segundo RMH	.PIO012
Santos PPA	.PNb233, PNb234, PNc233	.PNb094	Seijo MOS	.PNb164
Santos PRB	.Ple002	.Ple004, PNe220, PNd221	Seino PY	.PNd067
Santos RA (H1)	.Pld033	.HA001	Sekito P S C	.PE032
Santos RA (H2)	.PNb041, PNe037, PNe050	.PNb060	Sell AM	.PIO003, Pla025
Santos RAB	.Pla142, PNf239	.PE004, PIf024	Sella GC	.Ple141, Ple142, PNc236, PNf236, PNf242
Santos RB	.Pld129	.PNd236	Sella KF	.Pla079, PNb120
Santos RBM	.HA017	.PIO009, PNe148, PNd175	Séllos MC	.PNe111
Santos RL (H1)	.Pla007, PNe006, PNf015	.PNe018	Semencio KAP	.PNa049
Santos RL (H2)	.Pib032	.Ple086, PNe149	Semenoff TAV	.Pla149, Pib039, Ple015, Pld132, Pld148, Ple038, Ple148, PIf148, PNc259, PNd259, PNf250
Santos RMS	.Pla117	.PNf060		
Santos RR (H1)	.PO011	.Pld070, PNa100, PNb082, PNe112, PNd102, PNd116, PNe226, PNf101, PNf116	Semenoff-Segundo A	.Pla149, Pib039, Ple015, Pld132, Pld148, Ple038, Ple148, PIf148, PNc259, PNd254, PNd259, PNf250
Santos RR (H2)	.Pld054, PIf049, PNb091, PNe093	.PNe045		
Santos RT	.PNa102, PNe106	.Pib019, Pld019, Pld022, PNb034, PNf047	Semprini M	.Pla001, PNb001, PNb190, PNe002, PNe188
Santos SCC	.PNb126	.Ple087, PIf087, PNa253, PNf210		
Santos SG	.Ple104, Pld099, PIf099, PNc139, PNe172	.PNd166	Sena LG	.Pld074
Santos SMC	.Pib022, Pld024, PNa036, PNe035, PNe038	.PNe055	Sena MF	.PNf207
Santos SMG	.Pld054, PIf049	.PNe079	Sena NT	.PIf014
Santos SSF	.Pib016, Plc035, Pld016, PIf037, PNc188, PNe070, PNe071, PNf056	.PNa266, PNb258, PNb266, PNe265, PNd268	Sena SS	.Ple020
Santos TA	.Ple102	.PNb131, PNd160, PNe158, PNf133, PNf171	Sena-Filho M	.PIf047
Santos TAFB	.PNa229	.Pib067	Sendyk M	.Pla006
Santos TPM	.Ple055, PNa208	.PNa023, PNb017, PNb025, PNe014, PNe026, PNe219	Sendyk WR	.Ple136, PNa068, PNa247, PNa248, PNc246
Santos VAC	.PNb101	.Ple065, PNf094	Sene JPP	.Pib003, Pld003
Santos VMA	.PNe008	.Pld105	Seneviratne J	.PNb191, PNd197, PNe074, PNf075
Santos VR	.FC016, Ple145, PNa254	.Pib146, Ple144, PNa263	Senna MAA	.PE013, PE014, PE023, PE027, Pib053, Pld057, Ple050
Santos-Daroz CB	.PNc174, PNe175, PNd153	.Ple061, PNa108, PNf226	Senna PM	.PNb201, PNe074
Santos-da-Silva G	.Ple017	.PIf062	Senne MIA	.PNf045
Santos-Filho PCF	.Pla106, Pla109, PNa124, PNa159, PNb167, PNe157, PNc159, PNe161, PNc173, PNe135, PNe167, PNe171, PNf152, PNf167, PNf178	.Pib004	Senra MRP	.PNa123
Santos-Junior PV	.PNe072	.Ple096	Sentinela DC	.Pla091, Pib098
Santos-Neto FP	.PIO002	.PNf021	Seo J	.Pib125
Santos-Neto PE	.PNe208	.PNc013, PNe027, PNe096	Serpe L	.Ple045, Ple046
Santos-Pereira SA	.PNd266, PNf267	.Pla052, PNd074	Serralvo AD	.Ple080
Santos-Pinto A	.PNa030, PNa032, PNc022, PNd027, PNe017, PNe031, PNf010, PNf030, PNf031	.PE020, Pld005, PNd009	Serra-Negra JMC	.Pla066, PNe101
Santos-Pinto CCM	.PNa032, PNe031, PNf031	.PNa015	Serrano PO	.HA022
Santos-Pinto LAM	.Pla064, Pib106, Pld071, Pld072, Pld073, Ple069, PNb110, PNe063, PNe094, PNe109, PNd109	.PNd017	Serra-Silva MDM	.PNa201, PNe199, PNd196
Santos-Pinto PR	.PNa032, PNe031, PNf031	.Pld044	Serra-Vicentin MD	.PNc104
Santuchi CC	.PNb267	.PNb060	Sesma N	.Pld113, PNe119, PNe224, PNf188
Saraceni CHC	.PNa073, PNd075	.PNf079	Sett GSJ	.PNc091
Saraiva LM	.Pib057	.Pif010	Severino P	.PNc235
Saraiva LO	.PNb164	.PNa164	Severino VO	.Pla040, Pld124, PNb207
Saraiva MCP	.PNe015, PNf014,	.Pib085, Pib088, Pld087, Ple088, Ple089, PIf100, PNc133, PNe179	Sfalcin RA	.PNe131
		.Ple098	Sforza C	.PNd223
		.Ple125	Sgura R	.PNc120
		.Pla134, Pib134	Sheiham A	.Pib057
		.Pla039	Shi S	.HA003
		.PIO003, Pla025	Shibata S	.Ple108
		.Pld012, Ple062, PNf017	Shibli JA	.Pib143, Pld141, Pld150, PNa236, PNb240
		.PE040	Shibuya RH	.PNa220, PNe220
		.PNd066	Shima CHMM	.PNb127
		.Ple037, PNb070	Shimabuko DM	.Ple014, Ple021
			Shimano AC	.Ple087, PIf087
			Shimizu IA	.Pib012, PNb016,

Shimizu RH	PNe020, PNe028 .Plb012, Pnb016, PNe017, PNe020, PNe028	Silva EL	.Plc057	Silva LMM	.PICO015, Plb121
Shimohara LM	.PNe067	Silva EM	.Plb108, PNa131, PNa170, Pnb114, Pnc155, Pnd174, Pnf113	Silva LP	.Ple054
Shinkai RSA	.PICO12	Silva EMM	.PNa120, Pnb192	Silva LRS	.Plb038
Shinohara MS	.Plb110, Ple109	Silva ER	.Pnb207, Pnc002	Silva MA	.Pnb189, Pnf130
Shintcovsk RL	.PNF023	Silva ET	.PE015, PE017, Plb118, Pld058, PNa089, PNa226, Pnb098	Silva MAB	.PNe205
Shirakashi DJ	.PNa078, PNe078	Silva EV	.Pla091, Pla095, Plb091, Plb098	Silva MAD (H1)	.Plb012, Pnb016, PNe020, PNe028
Sicoli EA	.Plc083	Silva FA (H1)	.Pnc073	Silva MAD (H2)	.Plb139, Pfi138
Sieber VM	.Pnc116, Pnf102	Silva FA (H2)	.Pnd002	Silva MAGS	.Pla125, Pnd026
Siéssere S	.Pla001, Pld002, Ple137, Pif001, Pnb001, Pnb003, Pnd001, PNe002, PNe005, PNe188	Silva FAB	.Pnb025	Silva MAM (H1)	.PE011, Pld051, Pld057
Signoretta FGC	.Plc018, Ple015, Pnc051, Pnd036, Pnd046, PNe059	Silva FB	.Pnf128	Silva MAM (H2)	.Pnd050, Pnf046
Signori I	.PNa022, Pnc018, PNe007	Silva FC	.Pif034	Silva MAMR	.PNe180, Pnf180
Silikas N	.Pld087, Ple088, Ple089, Pif100, Pnc179	Silva FCFA	.Pif086, Pnd133	Silva MCO	.Pnd007, Pnd013
Silles GA	.Pld140, Pif135	Silva FDA	.Pla035	Silva MCVS	.Pld116, Pnb198
Silva A	.PNe176	Silva FDSCM	.Pif090	Silva MF	.Pnf122
Silva AACP	.Plc100, Plc104, Pld099, Pif099, Pnc139	Silva FMC	.Plc007, Pif006	Silva MFB	.PNa143
Silva AC (H1)	.Pnc027	Silva FMF	.Pla003, Plb058	Silva MGS	.Pla094
Silva AC (H2)	.Pif006	Silva GA	.PNa183, Pnb184, Pnd183, Pnf182	Silva MKD	.Pnb138
Silva ACB	.Pif090	Silva GAB	.PNe066, PNe250	Silva MM (H1)	.Pla034, Pnc198, Pnd076, Pnf069
Silva ACL	.Plc135	Silva GC	.PNa200	Silva MM (H2)	.Pnd069
-Silva AD	.Pnb231	Silva GF	.Pif020, Pnc045	Silva MR	.Pnb181, Pnc180
Silva AER	.Pld129	Silva GH	.Ple066, Pnd138	Silva MS	.PNe235
Silva AF	.Plb038, Pld094, Pnc128	Silva GO	.Plc103	Silva MSP	.Pld060
Silva AHX	.Plb126	Silva GPM	.Pif012, PNa017, Pnc021, Pnc023	Silva MTF	.PE045
Silva AM (H1)	.Pnc212	Silva GR	.Pla106, PNa124, PNa159, Pnc161	Silva NB (H1)	.Pnb063, Ple028, PNe088
Silva AM (H2)	.Pnb264	Silva HMT	.PNa173	Silva NB (H2)	.PNa134
Silva AM (H3)	.PNe096	Silva HRC	.PE013	Silva NCA	.Pnc028
Silva AM (H4)	.Pnd185	Silva ICG	.Plb074	Silva NR	.Pla106, PNe167
Silva AMBR	.PNe180, Pnf180	Silva ICR	.FC002	Silva PC	.PE013
Silva AO	.Pnf175	Silva IMCC	.Pnb218	Silva PG	.Pnf038
Silva APB	.PNa098	Silva IV	.PE007, Pnd083	Silva PIS	.Plc003
Silva AR	.Ple013	Silva J FE	.Pnb015	Silva PMB	.Ple117
Silva ARN	.Pnc034	Silva JA	.PNa035, PNa055, PNa220, Pnc046, PNe220	Silva PNS	.Pnd085
Silva AV (H1)	.Pnc013	Silva JB	.Pnd008	Silva PR	.Ple116
Silva AV (H2)	.Pnd167	Silva JFS	.Plb139, Pif138	Silva PSS	.Pnc152
Silva AVG	.Pld066	Silva JJ	.Plc034, Ple034	Silva RAB	.Plb077, PNe015
Silva BAS	.Pld057	Silva JLM	.Plb047, Plb055, Pif122, Pnc087, Pnc258	Silva RAP	.Pnf081
Silva BB	.Pnd070	Silva JM	.Plc017, Pnf048	Silva RB	.Pnb166
Silva BMAH	.Pla092	Silva JMF	.Pla115, Pnb152, Pnd052	Silva RC (H1)	.PO009, Plc063, Pld080, Pnb117
Silva BMCG	.Pnd168	Silva JMG	.PNa115	Silva RC (H2)	.Pif126
Silva CA A	.Pla043	Silva JPC	.PNa073, Pnd075, Pnf212	Silva RF	.Pnc192
Silva CAB	.Pnb231	Silva JPL	.PNe181	Silva RG	.PNa045, PNa056, Pnb048
Silva CFLM	.Pnb018	Silva JPS	.Pld050	Silva RHA	.PE012, Pla049, PNa002
Silva CG	.PNa139	Silva JS	.HA011, HA027, HA029, Plb040, PNa265, Pnb269	Silva RHBT	.Plc089
Silva CHV	.PNa119, PNa128, PNe175, Pnf165	Silva JSA	.Pnf177	Silva RJ	.PNe087
Silva CL	.Pnb118	Silva JSP	.Pnc239, PNe236	Silva RM (H1)	.Pif076
Silva CM	.Plc095, Ple107, Pif105, PNa169, Pnc165, Pnc168, PNe187	Silva JVL	.Pnb242, PNe008, Pnf175	Silva RM (H2)	.Pnc034
Silva CO	.PNa257, Pnd118, Pnd194, Pnd195, PNe161, Pnf264	Silva JYB	.Pnf099	Silva RMV	.Plc100, Plc104, Pld099, Pif099, PNe172
Silva CR	.Pnb143, Pnf194	Silva JZ	.Pnb097	Silva RP	.Pnf063
Silva CRG	.Plc035	Silva K ND	.Pif030	Silva RS	.Pnf228
Silva CS	.PNe113	Silva KR	.PNa039	Silva RSG	.PNa205
Silva D	.Plc129	Silva LAB	.HA008, Plb077, Pld076, Pnd114	Silva S	.Plb126
Silva DA	.PNa227	Silva LE	.Pla052, Pnf131, Pnf214	Silva SD	.Pnb235
Silva DB	.Pla060, PNa171	Silva LH	.Plc088, Pld086, PNa121, Pnb144	Silva SJA	.Pnb056
Silva DCC	.PNa010	Silva LLB	.Pnd002	Silva SMA	.Pla110, Pld109
Silva DL	.Pld008, Pld011	Silva LM (H1)	.PNa021	Silva SMB	.PNa094, PNa112
Silva DLF	.Pnd128	Silva LM (H2)	.PNe118, PNe125, Pnf119, Pnf132	Silva SO	.Plb147, Plc030, Pnb230
Silva DN	.Pld004	Silva LM (H3)	.Pif103, PNa132, Pnb131, Pnd160, PNe158, Pnf133, Pnf171	Silva SP	.Pla078, Plc023, Ple024, Plc090
Silva EG (H1)	.Pla053, Plb097, Plc101, Ple053, Pnd049			Silva SPF	.Pnd185
Silva EG (H2)	.Pnb204			Silva SR	.PE029
Silva EJNL	.Pnc058			Silva SRC	.PE002, Pnd037
				Silva SREP	.PICO007, Plb073, Pld075, Ple076, Pif072, Pif075, Pnf114
				Silva SS	.Pla035, Ple039
				Silva SU	.Pnb016, PNe020, PNe028
				Silva TA	.HA012, Ple020, PNa208, PNa235, Pnc077, Pnd231
				Silva TC (H1)	.Plb056
				Silva TC (H2)	.Pnf107

Silva TCR	.Plb041	Simões IDR	.Pla017	Soares JA	.Plb022, Pld024,
Silva TM	.Pld107, PNe174	Simon GHP	.Plc083		PNa036, PNe035,
Silva TMC	.Plc147, PNC249	Simone JL	.PNa237		PNe038
Silva VD	.Ple006, PNB026,	Sinhoreti MAC	.Pla081, Pla100,	Soares LES	.Ple094
	PNe003		Plb080, Plc083,	Soares LF	.PNf115
Silva VKS	.PNf208, PNf217		Pld086, Pld117,	Soares LP	.Pla102, PNB139
Silva VS	.Plb048, Plc048,		Ple077, Pif078,	Soares MC	.Plc124
	Pld047		Pif079, Pif080,	Soares MG	.PNe221
Silva WA	.PNa229, PNd136		Pif084, PNa126,	Soares MM	.PNC243
Silva WAB	.PNd002		PNa127, PNa135,	Soares MS	.PNa237
Silva WAD (H1)	.Plc114		PNa139, PNa144,	Soares MSM	.Plb131
Silva WAD (H2)	.Pla114, Pld079		PNb129, PNB134,	Soares PBF	.Pla106, Pla109,
Silva WJ	.PNb191, PNB201,		PNb142, PNC127,		PNb167, PNC268,
	PNC186, PNd197,		PNd125, PNd126,		PNe135, PNe171,
	PNe074, PNf075		PNd129, PNd162,		PNf178
Silva WP	.PO012		PNd193, PNe126,	Soares PV	.Pla106, Pla109,
Silva-Boghossian CM	.PNa264, PNB259		PNe128, PNf120,		PNa159, PNB167,
Silva-Concilio LR	.PNC202, PNC203,		PNf125, PNf139,		PNC157, PNC159,
	PNd017, PNd136,		PNf140, PNf142,		PNC161, PNC171,
	PNd245, PNe245		PNf197		PNC173, PNd170,
Silva-Filho JM	.PNe029	Sinisterra RD	.Pld034, PNB033,		PNd190, PNe135,
Silva-Filho ME	.PNe206		PNC082		PNe167, PNe171,
Silva-Filho OG	.Pld010, Pif007	Siqueira CS	.Ple143, PNC241		PNf152, PNf167,
Silva-Filho VJ	.PNC253	Siqueira DF	.Plc008, PNa023,		PNf178
Silva-Junior AR	.Ple148, Pif148,		PNb014, PNB017,	Soares RCV	.Pla014
	PNd259		PNb024, PNB025,	Soares RG	.Pla114, Plc114,
Silva-Júnior FL	.PNa044		PNC008, PNC010,		Pld079, PNd186
Silva-Junior JBA	.Pla020		PNd015, PNd243,	Soares RMA	.Pla069, Plc074,
Silva-Junior RS	.Plc086, Pld082		PNe014, PNe025,		PNd094
Silva-Junior ZS	.Plb069		PNf003, PNf021	Soares RV	.HA026
Silva-Lovato CH	.Plb081, Plb117,	Siqueira EL	.Pld017	Soares-Geraldo D	.PNa065
	Plc123, Pif111,	Siqueira FM	.PNe264	Soares-Júnior PC	.PNa138, PNa153,
	PNa193, PNe190	Siqueira MF	.PNb194		PNa178, PNB151
Silva-Neto JP	.Plc141, Plc143,	Siqueira MFR	.Plb026, PNB035,	Soave T	.PNb198
	PNb246, PNC191,		PNd054	Sobotka AM	.Pld028
	PNd191, PNd236	Siqueira MR	.Pla149, PNC259,	Sobral LM	.Pld137, PNe229
Silva-Neto UX	.Ple022, PNB055,		PNd259	Sobral MAP	.Pld105, PNa167,
	PNC039, PNd039,	Siqueira NCS	.PNC083		PNe162
	PNe057	Siqueira PC	.Pla050	Sobral MC	.Pla013
Silva-Sousa YTC	.PE002, Plb140,	Siqueira SH	.Plb026, PNB035,	Somensí FS	.PE024
	Ple126, PNa143,		PNd054	Sonoda CK	.HA013, HA020,
	PNC049, PNd044,	Siqueira VCV	.PNa018		PNb023, PNC006,
	PNd048, PNe034,	Siqueira-Jr. JF	.Pif038, PNf260		PNC216, PNd006,
	PNe041, PNe044,	Siquinelli NB	.Plb017		PNf005
	PNe045, PNe046,	Sirianni D	.PNd206	Sonoda LL	.PNd260, PNf252
	PNf032, PNf231	Skelton-Macedo MC	.PE028, PE031	Sonoda TN	.PNa049
Silveira AC	.PNf048	Skovron L	.PNd144	Soprano DR	.FC014
Silveira ADS	.PNd062	Skupien JA	.PNa150	Soprano KJ	.FC014
Silveira C	.Pld041, Pld133	Slaviero TVS	.Plc083	Sorgini DB	.Plb117
Silveira CFM	.PNa176, PNd034	Smith DJ	.HA010	Sória TS	.Pld078
Silveira EJD	.PIO015, PNa231,	Smolarek PC	.Ple045, Ple046	Soriani NC	.PNd202
	PNe228	Só MVR	.Pla019, Pif018	Soriano EP	.PNa093, PNe185
Silveira EMV	.Plc040, PNa077,	Soares AB	.PNb231	Sotelo LRR	.PNb221
	PNe254	Soares AJ	.Pla021, Ple018,	Soubhia AMP	.Ple131, PNC210
	PNe049		PNa042, PNa049,	Sousa AM	.PNf259
Silveira FF	.PE019, PE030,		PNC052	Sousa CDFS	.Ple004
Silveira FM	.Plb074	Soares ARL	.Pif068	Sousa CJA	.PNa005
Silveira FRX	.Ple110	Soares CG	.PNb176	Sousa CO	.PNe260
Silveira GF	.PNd041	Soares CJ	.Pla096, Pla106,	Sousa DL	.PNf100
Silveira MMF	.Plb133, PNa220,		Pla109, PNa124,	Sousa DP	.PE045
	PNe220		PNa159, PNa177,	Sousa EAC	.PNd198, PNd199,
Silveira PP	.PNb112		PNb157, PNB167,		PNf190
Silveira RG	.Pif067, PNa099,		PNC157, PNC159,	Sousa ELR	.Pla022, Plb025,
	PNb099, PNC115,		PNC161, PNC173,		PNC051
	PNd103		PNd169, PNd170,	Sousa EMA	.Pld019
Silveira VAS	.Pla138, Plb138,		PNe135, PNe167,	Sousa FACG	.Pif137, PNC229,
	Pld138, PNa228,		PNe171, PNf068,		PNe231
	PNb223, PNd229		PNf120, PNf141,	Sousa FB	.PNa085
Silveira-Júnior CD	.PNe188		PNf152, PNf167,	Sousa FRN	.PNC076
Silvestre FHD	.PO012		PNf178	Sousa GC	.Plc110, PNB181,
Simamoto-Júnior PC	.PNC173, PNd236,	Soares DGS	.Pla014, Pld101,		PNb182, PNC180,
	PNe242, PNe243,		PNa033, PNB214		PNC182, PNe023
	PNf178	Soares DN	.Plb065	Sousa H	.PNa037
Simão NM	.Plb059	Soares FF	.Plc054, Ple072	Sousa JM	.PNe100
Simão RA	.PNd094	Soares FMM	.Plb050, PNf001	Sousa JNL	.PO006, PNd128,
Simeão MCQ	.PNa095, PNa173,	Soares FP	.PNC260		PNf070
	PNe061	Soares FZM	.PNb061, PNe146	Sousa LG	.PNa111, PNe002
Simionato MRL	.PNf064	Soares GMS	.PNa259	Sousa MLD	.Pld050
Simioni FS	.Plc064	Soares GP	.PNb168, PNd153,	Sousa MLR	.PO014, PNa061,
Simioni-Filho RA	.PNb254		PNd172, PNf148,		PNb225, PNd106,
Simões A	.Plb042, Plb043,		PNf156		PNf221, PNf222
	Pld042, PNf209	Soares GR	.PNa001	Sousa MVS	.PNb008
Simoes CA	.PNa087	Soares HH	.Pld102	Sousa PMF	.Pld012

Sousa RLS	.PNb200	Souza MC	.PNb034, PNd042, PNF047	Stamford TCM	.PNb066, PNb071
Sousa RV	.Pld060	Souza MCA	.PE011, Pld051, Pld057, Ple101, Ple105, Ple111, PNb162, PNb205	Stamford TM	.PNb066, PNb071
Sousa SA (H1)	.Pnc185, Pnc201			Stanczyk CP	.Pld145, Pfl144
Sousa SA (H2)	.Plc031			Stansbury JW	.HA018
Sousa SCOM	.Plb124, Pnc260			Stares SL	.Pnc236
Sousa SF	.PNf229			Staub MAC	.PNd085
Sousa-Neto MD	.PNa045, PNa056, PNa143, PNb042, Pnc049, PNd037, PNd044, Pnc034, Pnc041, Pnc044, Pnc045, Pnf231	Souza MGM	.Plb035, Ple024, Ple090, Pif035, Pif088	Stavridakis M	.Pnc134
		Souza MMG	.Plc011	Stegall-Junior W	.Pnc179
		Souza MN	.PNa064	Stefani FM	.Pnc111
		Souza MP	.Pla033	Steffens JP	.Pld145, Pfl144, PNb145, PNb254
Souto MAA	.PNb127	Souza NHC	.Pif042	Stegun RC	.Pla113, Pld113, Pld135, Pnc119, Pnc224, Pnc224, Pnf188
Souto RM	.PNa264, PNb259	Souza PEA	.HA026	Stein C	.Pla131, Ple075, Ple093
Soutomaior JR	.PNa128	Souza PHC	.PNa210, PNa219, PNb220, PNb230	Steiner-Oliveira C	.Pnc113, Pnf112
Souza ACD	.Pnc250, PNd208	Souza PRE	.PNd253, Pnf255	Steinmetz LG	.Pnc107
Souza ADL	.PNb039	Souza PTR	.PIO009	Stipp RN	.HA010, Ple036, Pnc076
Souza AL	.PE026	Souza RC (H1)	.PNa086, Pnf082	Stocco JR	.Pnc027
Souza AM	.PNd129	Souza RC (H2)	.Plb036	Stolf SC	.Pnc162, PNd175
Souza AP	.HA004, Pnf263	Souza RDC	.PNa186	Stona P	.Pld087, Pld173
Souza AQL	.PNb039	Souza RF	.Plb081, Plb117, Plc123, Ple121, Pfl123, PNa193, PNb006, Pnc190	Stormiolo JM	.PNf027
Souza AS	.Pnc049			Straioto FG	.PNb119, PNb247, Pnc204, Pnf201
Souza BDM	.PE003	Souza RG	.PO001	Strauss R	.Plc111, Plc112
Souza BH	.PNd216	Souza RMP	.Plc087	Strini PJSA (H1)	.Plc110, PNb182, Pnc182, Pnc023
Souza CECP	.Pld004	Souza ROA	.Pla031, Plb122, Plc098, Plc117, Ple122, PNa121, Pnc011, Pnf187	Strini PJSA (H2)	.Plc110, PNb182, Pnc182, PNd182, Pnc023
Souza CFM	.Ple029			Stroski ML	.Pif066
Souza CM	.PNf261	Souza SFC	.PNf057	Stuani AS (H1)	.PNb028, PNd016
Souza CRF	.Pla056, Plc052	Souza SLS	.Plb149, PNa265, PNb261, PNb269, PNd261, PNd262, PNd264	Stuani AS (H2)	.PNb028
Souza DC	.Pld150			Stuani MBS	.PNb028, Pnc012, PNd016
Souza DFRK	.PNf007	Souza STS	.Plc034	Sturaro RH	.Pfl149
Souza DLB	.Pnc208, Pnf207	Souza TC	.PE011, Pld051	Suaid FA	.PNb261, PNd262
Souza DM (H1)	.PNf268	Souza TMPA	.Pla029, Plc044, Plc150, Ple035, Pif093	Suarez AVG	.PNd164
Souza DM (H2)	.PO009			Suedam V	.PNf202
Souza EC	.Plc133	Souza TOF	.Plc128	Suffredini IB	.HA009, PNa073, PNd075, Pnf212
Souza EM (H1)	.PNa048	Souza TS	.PE016, Pnf088	Sugaya NN	.Plb125, Ple130, PNa209
Souza EM (H2)	.PNa178, PNb220, Pnc150, Pnc150	Souza WD	.Ple028	Suguio K	.PE038
Souza FA	.PNf247	Souza-Filho CB	.PNa143	Sullcahuamán JAG	.Pla071, Pfl069
Souza FB	.PNa128	Souza-Filho FJ	.Pla021, Plc026, Pld021, Pfl014, PNa042, PNa049, PNb043, Pnc052, PNd150, Pnc056, Pnf044, Pnf051	Sumida DH	.PNa078, Pnc078, Pnf111
Souza FN	.Pnc245			Sumita TC	.Pnc070
Souza GA	.PNa042	Souza-Gabriel AE	.PNd044, Pnc041, Pnc044	Sundefeld MLMM	.Pnc099, PNa148, PNb171, PNd006
Souza GCA	.Pld050			Sundefeld RH	.Pla108, Plb060, Plc099, Pld083, Pfl096, PNa148, PNa156, PNb161
Souza GFR	.Pla121	Souza-Júnior EJC	.Pla100, Pld091, PNb168	Sundefeld-Neto D	.Plb060, Plc099, Pfl096, PNa148
Souza GO	.PNb044	Souza-Júnior UP	.PNa071	Sung H	.Pnc224, Pnf188
Souza IF	.PIO007	Souza-Júnior XSS	.PO006	Susin AH	.PNa150
Souza IPR	.Pla069, Pla070, Plc073, Pif058, Pif071, PNa105, Pnc110, PNd080, PNd094	Souza-Zaroni WC	.Pnc164	Susin C	.Pla148, Pnc088, Pnf262, Pnf265
		Soviero VM	.PE033, Pla061, Pnc064, Pnc111	Sutana KM	.Pfl051
Souza JA	.Plc078, Pif077	Spada PCP	.Pnc013	Suzemeyan C	.Ple136
Souza JAC	.Pnc077	Spanemberg JC	.Pla131, PNb213	Suzuki CLS	.Pfl125
Souza JB	.PE021, Plc087, Plc092, PNa136, Pnf126, Pnf141	Spazzin AO	.Pnc196, Pnc205, Pnf205	Sverzut AT	.Pnc246
				Svizerio NR	.Plb093, Plb105
Souza JF	.PNb110, Pnc063, Pnc109	Speciali JG	.Pnf181	Swerts MSO	.Plc124, PNd095, Pnc001, Pnc232
Souza JG	.Ple120	Spin MD	.Pld055	Taba-Júnior M	.Plb149, PNb261, PNd261, PNd262, PNd264
Souza JGO	.Ple142, PNa239, Pnc236, Pnf236, Pnf242	Spina PFR	.Pnc098	Tabata LF	.Plb112, PNa192, PNd198, PNd199, Pnc189, Pnf190
Souza JGS	.Pla048	Spin PHR	.Pld134, Pnf225	Tabchoury CPM	.Pnc063, Pnf065
Souza JIL	.PNa040	Spin-Neto R	.PNa240, PNa263, PNb248, PNb256, PNd239, Pnc248, Pnf240	Taboza ZA	.Pnc261
Souza JMV	.PE007, PNd083			Tacola RMAB	.Pla107
Souza LA (H1)	.Pla003, Plb058	Spira B	.PNf058	Taga MLL	.Pnc067
Souza LA (H2)	.Plc125	Splendore SMG	.PNb194, Pnf253	Taga R	.HA002, HA007, Plc040, Pnc067, Pnc077, PNb067
Souza LB	.Plc130, PNa231, PNa233, PNa234, PNb233, PNb234, Pnc234, Pnc230	Spohr AM	.Plb010, PNa021, PNb115, PNb156, Pnd155, Pnd173, Pnd179, Pnf162		
Souza LC	.Pif086, Pnd133	Spolidorio DMP	.Plb034, PNb103, PNb257		
Souza LHC	.Pif016	Spolidorio LC	.PNb257, Pnc264, Pnd255, Pnc253		
Souza LHT	.Ple030	Squeff K	.Pnc030		
Souza LM	.FC002				
Souza LMA	.Pla045, Plb045, Plc045				
Souza LR	.Plc126				
Souza LS (H1)	.PO017				
Souza LS (H2)	.Pla044, Pla046, Pld046				
Souza M	.Pla105, Pnd150				
Souza MA	.Ple143, Pnc241				
Souza MBG	.PNf214				

	PNb238, PNC067, PNe067, PNF083, PNF234	Tavares WLF . . . . .	.PNa051	Tomita LM. . . . .	.PNF093
Tagami J. . . . .	.PNb136	Taveira CT . . . . .	.PE021	Tomm AGF . . . . .	.Ple088
Tagliaferro EPS . . . . .	.PNa062	Taveira LAA. . . . .	.PNd241	Tommasi DG. . . . .	.PNd223
Tagliani MM . . . . .	.PNC033	Taveira-Barbosa M . . . . .	.PNa166	Tondelli PM. . . . .	.PNa011
Taira NV . . . . .	.PNb162	Távora DM . . . . .	.PNF216	Tonella BP. . . . .	.Pib123, PNb199, PNC195, PNF200, PNF243
Tajara EH . . . . .	.PNC235	Távora FFF . . . . .	.Pif121	Tonial D . . . . .	.PNd179
Takahama-Junior A . . . . .	.Pib031, Pld110, PNd097	Tay LY . . . . .	.Pib026, Pib135, PNb035, PNb140, PNC044, PNd054, PNd154	Torno V. . . . .	.PNa153
Takahashi AT. . . . .	.PNb175			Torregrossa VR . . . . .	.PNd221
Takahashi CL . . . . .	.Pla115, Pla116, PNd149	Tedesco TK . . . . .	.PNb061, PNe146	Torres CP . . . . .	.PNa115
Takahashi CM. . . . .	.PNa176, PNC054	Teitelbaum AP. . . . .	.PNd145	Torres CRG. . . . .	.Pib097, Pib101, Plc103, PNa172, PNd149, PNe047, PNF130
Takahashi JMFK . . . . .	.Pib111, Pld111, PNa206, PNb239	Teixeira AH . . . . .	.Pla035, PNe063	Torres CS . . . . .	.PNd101, PNF098
Takahashi K . . . . .	.Pla008, Pla062, Ple062, PNd104	Teixeira AKM. . . . .	.PNd028, PNd060	Torres EM . . . . .	.Pla112, Pif115, PNa199, PNC191, PNd191, PNe202, PNF196, PNF198
Takahashi MK . . . . .	.PNa178, PNC150, PNe150	Teixeira CEC. . . . .	.Ple139	Torres FAG . . . . .	.PNe033
Takamatsu FA . . . . .	.Pla121, Pib120, Plc120, Pld120, Pif120	Teixeira CR . . . . .	.HA014	Torres FC . . . . .	.PNa023, PNb024, PNb029, PNd243
Takamiya AS . . . . .	.PNC200	Teixeira CS . . . . .	.PE003, PNb042, PNC049	Tórres LHN . . . . .	.PNe225
Takamori ER . . . . .	.PNC240, PNe241	Teixeira FCC . . . . .	.Ple092	Torres MCMB . . . . .	.PNd265, PNe260
Takamune SS . . . . .	.FC007	Teixeira FFC . . . . .	.Pld018	Torres MCU . . . . .	.PNC028
Takano RK . . . . .	.Pib145	Teixeira FM . . . . .	.PNd136, PNe245	Torres MGG . . . . .	.PNd219
Takayassu RN . . . . .	.Pla081, Pif080	Teixeira KIR . . . . .	.Pld034	Torriani DD. . . . .	.Ple075, PNa104, PNe108, PNe127
Takei VLF . . . . .	.PNe075, PNe094	Teixeira LC . . . . .	.Pld120	Torriani MA. . . . .	.PNb030, PNF018
Takenaka S. . . . .	.PNb002	Teixeira LJC. . . . .	.PNF245	Tortamano A. . . . .	.PNb030, PNF018
Takeshita EM. . . . .	.Pld070, PNd116	Teixeira LN . . . . .	.PNa118, PNC068	Tortamano IP. . . . .	.PNF041
Takiya CM . . . . .	.Pla141	Teixeira ML . . . . .	.Pla121, Pib115, Pib120, Plc120, Pld120, Pif120, PNa122, PNC189, PNd245, PNF246	Tortamano P. . . . .	.PNa242
Tallents R . . . . .	.PNa185	Teixeira R . . . . .	.PNd230	Tosello FB . . . . .	.PNd046
Tamaki R. . . . .	.PNC193, PNe204	Teixeira RB . . . . .	.Pla095	Toseto RM. . . . .	.PNe166
Tambelini CA . . . . .	.Pld030, PNa081, PNb175, PNC062, PNF026	Teixeira RC . . . . .	.PNb219	Tosoni GM . . . . .	.PNd220
Tamburini ABF. . . . .	.PNC099	Teixeira SC . . . . .	.Ple053	Tosti SC . . . . .	.PNe166
Tamburini FP. . . . .	.Pib009	Teixeira TS . . . . .	.Pla073	Tovo MF . . . . .	.PE034, Ple065, PNe093, PNF094
Tanabe R . . . . .	.PNd019	Teixeira VPA . . . . .	.Pla040, Pld124, PNb207, PNd235	Traina AA . . . . .	.PNd004
Tanaka MH. . . . .	.PNa263	Teles F RF . . . . .	.PNa051	Trajano VCC. . . . .	.PNC082
Tanaka O . . . . .	.Pif012, PNa017, PNa019, PNa075, PNC021, PNC023, PNd014, PNF020, PNF023	Teles MP . . . . .	.Ple002	Trajano VN . . . . .	.Ple033
Tanaka TG . . . . .	.PNa029, PNF021	Teles RP . . . . .	.HA025, PNa051	Tramontina VA . . . . .	.PNC267, PNe255, PNe263, PNF266
Tancredo F . . . . .	.Pld022, PNF047	Tengan C . . . . .	.Pld063	Tramontino VS. . . . .	.Pla123, PNF191, PNF241
Tango RN . . . . .	.Plc088, Pld086, Ple094, PNa121, PNb144	Tenuta LMA. . . . .	.PNa063, PNb064, PNb079, PNd065, PNd152, PNF060	Trauth KGS . . . . .	.Pla090, PNa129, PNC124, PNe138
Taniguchi R. . . . .	.Ple112	Teodoro GR . . . . .	.Pld036, Pld038, PNd072	Trautmann F. . . . .	.PNC217, PNd217
Tanji EY . . . . .	.Plc128	Tera TM . . . . .	.PNa222, PNb080	Travassos RMC . . . . .	.PNb041
Tannure PN. . . . .	.Pib050, Plc060, Plc073, Pif058, Pif061, PNF001, PNF105	Terada ASSD. . . . .	.Plc123, Pif123	Traya CH . . . . .	.PNa012
Tanomaru-Filho M. . . . .	.Pla015, Pla023, Pib017, Pib021, Plc022, Plc023, Plc024, Pld020, Pld025, Ple019, Ple024, Pif020, Pif027, PNa034, PNb038, PNb040, PNb241, PNC041, PNC045, PNd040, PNd041, PNe033, PNe036, PNe043, PNe058, PNF035, PNF040, PNF054	Terada RSS . . . . .	.PE020, PNd020	Trentin MS . . . . .	.Pib147, Plc030, Pld098
Tardivo TA. . . . .	.PNb257	Teramoto IC . . . . .	.Pif059	Trentino AC. . . . .	.PNa152, PNC153
Tarquinio SBC. . . . .	.FC003, Pib014, Pib128, Plc041, Ple127	Terra DP . . . . .	.PNd109	Trevilatto PC . . . . .	.Ple144, PNa149, PNa178, PNC237, PNe017, PNF261
Tatim LM. . . . .	.PNd145	Tessarolli V . . . . .	.PNd110	Trevisan CL. . . . .	.HA020, PNC006
Tavano O . . . . .	.PNe217	Thedei-Junior G . . . . .	.PNa072	Trevisan S. . . . .	.PNb012
Tavares AAAC. . . . .	.Pif110	Theodoro LH. . . . .	.PNa269, PNC257, PNC261, PNe256, PNe258	Trevizam NC. . . . .	.Pla081, Pif080
Tavares ABS . . . . .	.Plc081	Thomaz EBAF . . . . .	.PNC011, PNe222	Triches TC. . . . .	.Pla060, Plc127, PNb111
Tavares BS . . . . .	.PNa102, PNe106	Thomé G . . . . .	.PNd236	Trindade CB . . . . .	.PNb251
Tavares EP . . . . .	.Plc051	Tiepo MT . . . . .	.Pib141	Trindade CP . . . . .	.Pla061
Tavares JG . . . . .	.PNd173	Tinós AMFG . . . . .	.Ple052	Trindade FZ . . . . .	.Ple014, Pla014, Pld101, PNa033, PNb214, PNe194, PNe227
Tavares K . . . . .	.PNF214	Tiossi R. . . . .	.Pla112, Pif115, PNa199, PNe202, PNF196, PNF198	Trindade HC . . . . .	.Pib096
		Tiradentes N . . . . .	.PNF089	Trindade RF. . . . .	.PNa189
		Tirapelli C. . . . .	.PNd119	Triviño T . . . . .	.Plc008, PNb017, PNF016
		Tiveron ARF . . . . .	.PNd006	Trojan LC . . . . .	.Pib012
		Toda Al. . . . .	.Pld126	Trombone APF. . . . .	.HA011, Plc040, PNe254
		Togei FCFB . . . . .	.Ple147, PNd249	Tucci R. . . . .	.PO016
		Tolazzi AL . . . . .	.PNa210, PNa219, PNb220	Tuler MCM . . . . .	.PNb054
		Toledano M . . . . .	.PNe148	Turano LM . . . . .	.Pif120
		Toledo BAS . . . . .	.PE046	Turbino ML . . . . .	.PNC164, PNC176, PNd176
		Toledo BEC. . . . .	.PNa269, PNb232, PNb249, PNe256	Turcio KHL . . . . .	.PNb180, PNd180
		Toledo FA . . . . .	.Pib149	Tureli MCM. . . . .	.PNe116
		Toledo OA . . . . .	.FC002, PNa233	Turra MF. . . . .	.PNd085
		Toledo S . . . . .	.PNe251, PNe265		
		Tolentino LS . . . . .	.PNd061		
		Toma AM . . . . .	.Pla024		
		Tomasetti CSC . . . . .	.Plc077, Pld030		
		Tomazinho FSF . . . . .	.PE002, PNa058, PNC056		
		Tomazinho PH. . . . .	.PNb060		

Turssi CP	.PNb173, Pnc160	Varella AD	.HA009	Vialogo ML	.PNe047
Ubal dini ALM	.Pla076, Plc067, Plc077	Vargas AMD	.Pld100, Ple055, PNb264	Viana AC	.Pib146
Uehara AY	.Pnc157, PNe247, PNf175	Vargas DA	.Pla011	Viana ACD	.PNf037
Uehara SY	.Pnc019	Vargas FS	.Pib034	Viana ES	.PE037, Plc068, Pld064
Uemura ES	.Pla115, Pla116, Pld118	Vargas LMD	.Pla090	Viana MB	.PNa260, Pnc032
Ulbrich LM	.PNb005	Varrone LF	.Pnc069	Viana PGS	.PNf069
Ulbrich NL	.Pnd147	Vasconcellos AA	.Ple135, Pnd152	Vianna AP	.PNe017
Ullmann MA	.Plc094	Vasconcellos AB	.Pla102, PNb139	Vianna JS	.Plc047
Unfer B	.PNf084	Vasconcellos FJ	.PNb132	Vianna ME	.PNf051
Unruh RV	.Pnc267	Vasconcellos LGO	.PNb130, PNb245, Pnd201	Vianna MIP	.PO017, Plc054, Ple072
Urban VM	.Pla034, Pld084, Ple118, Pif117, Pnc198, PNe261	Vasconcellos LMR	.Pla144, PNb243, PNb245, Pnc247, PNf238	Viapiana R	.PNd037
Urruchi WMI	.Pnd004	Vasconcellos PHM	.PNf148	Vicente FS	.Pnc037
Valadão PA	.Ple110	Vasconcellos AAM	.PNa038, PNb062	Vicente VA	.PNe211
Valandro LF	.Pla086, Pla118, Plc081, Plc085, Plc098, Pld121, Pld123, Pif083, PNb187, PNe136, PNe147, PNf123, PNf187, PNf192, PNf204	Vasconcellos ACU	.Pib131	Victorelli G	.Pla082, Plc032
Valarini N	.PNe029	Vasconcellos BCE	.PNa006	Victorino KR	.PNa168, PNb163
Valdivia ADCM	.Pnd170, PNf178	Vasconcellos JA	.Plc115	Vidal CMP	.PNb158, PNe117
Valdivia SM	.Pif128	Vasconcellos KF	.Pla125, Pnd026	Vidal GA	.Pib082
Valdrighi HC	.Pnc019, Pnc026, PNe012	Vasconcellos LMR	.Pld092	Vidal HG	.PNa093
Valdrighi RAST	.Pla008, Pld012	Vasconcellos LRM	.Plc119, Pld122	Vidal MC	.Ple050
Vale HF	.PNb265	Vasconcellos MAC	.PNe002	Vidal ML	.Pib088, Pif100
Vale MJLC	.PNa225	Vasconcellos MC	.Pib150, Pib151, Pif150	Vidal MRM	.Pla041
Vale ML	.PNb078, Pnd078	Vasconcellos MG	.PNa231, PNe228	Vidal NVN	.Pnc091
Vale MPP	.PNb100, Pnd030, Pnd101, Pnd111, Pnd247, PNe112, PNf098	Vasconcellos NR	.Pld092	Vidigal-Junior GM	.HA024, PNa245, PNb244, Pnc243, Pnc244, PNf245
Vale MS	.Ple016, PNb057, Pnd058, PNf053	Vasconcellos PB	.Pnd001, PNe002	Vidotti HA	.Pnc067
Valença AMG	.PO006, Pla031, Pla058, Pib063, Plc039, Ple028, Pif036, PNb114, Pnc258, PNe088	Vasconcellos RG	.PE001, Pnd187	Viegas CM	.PNa108, PNf226
Valença PC	.PNa058	Vaz LG	.Plc086, Pld082, Pif091, Pnc130, PNe137	Vieira AE	.PNa004
Valente AP	.Pnd080	Vaz PRM	.Pif067, PNa099, PNb099, Pnc115	Vieira AEM	.Pnd116
Valente MIB	.PE019, PE030, Pib074	Vecchi A	.Pla010	Vieira AH	.PE015, Pib118
Valente MLC	.Ple087, Pif087	Vecchia MP	.Ple121, PNb006	Vieira APC	.PNb201
Valentini F	.Pif098	Vechio AMCD	.Pib124, Pnd228, PNf206	Vieira AR	.Pnd003
Valentini-Neto R	.Plc003	Vedovatto E	.PNf194	Vieira AS	.Pif129
Valentino TA	.Pib060, Ple092	Vedovello SAS	.Plc013, PNa027, Pnc019, Pnd012, PNe012, PNe027, PNf029	Vieira CI V	.PNa032, PNe031, PNf028, PNf031
Valera FCP	.Pnc095	Vedovello-Filho M	.Plc013, PNa027, Pnc019, Pnd025, PNe012, PNe027, PNf029	Vieira CS	.Ple129
Valera MC	.FC004, Pib020, Plc016, Pif021, Pif023, Pif034, PNa043, PNa050, PNb150, Pnc047, Pnc147, Pnc187, Pnd047, Pnd052, Pnd171, PNe042, PNf049, PNf050	Veiga AS	.Pib009, Pnc016	Vieira DC	.PNf083
Valinoti AC	.PNf113	Veiga MCFA	.PNf078	Vieira DP	.Pnc127
Valle AL	.PNb202, Pnc122	Veiga WO	.PO015	Vieira EMM	.Pld148, Ple038, Pif148, Pnd259
Valle MT	.Ple142	Velasco FG	.Ple021	Vieira FFR	.Pif067, PNa099, PNb099, Pnc115
Valle-Corotti KM	.PNb012, PNb013, Pnc027, Pnd013	Velasco IT	.PNf077	Vieira GF	.Pnc149, PNe179, PNf151
Valois RBV	.Ple120	Vellini-Ferreira F	.Ple005, PNa016, PNb013, Pnc029, Pnd007	Vieira GL	.Ple006
Valois-Alves J	.Pla074, Ple073, Pif073	Vellozo NC	.Pif112	Vieira IM	.PNf140
Valverde BS	.PNe268	Veloso HHP	.Pnd043	Vieira LAC	.PO007
Valverde DFA	.PNa140	Veloso IMP	.Pla047, Plc048	Vieira LCC	.Pif108, Pnc148, PNf169
Van-Amerongen E	.Plc069	Veltrini VC	.PNb222	Vieira LQ	.PNb077, Pnd077, PNe076
Vance R	.Pnc069, PNe053	Vencio EF	.Pla137	Vieira NA	.Pnd211
Vanderlei AD	.Pnc187, PNe203, PNf204	Vendramini F	.Pib145	Vieira NR	.PNa026
Vaneli RC	.Pld029	Ventiades JA	.Plc140	Vieira RS	.Pla060, Plc127, PNb096, PNb111
Vanessamorales	.Pif027	Venturini C	.Ple086	Vieira S	.Ple099, PNa161, Pnd147
Vanzelli M	.Pld032, Ple095	Vera RMLT	.Pnc181, Pnd182	Vieira SMCPAC	.Pif132
Varanda T	.Pla059	Vergani CE	.Pla119, Plc079, Plc122, PNa191, PNa196, PNa197, PNa203, PNb197, Pnd076, PNe186, PNe194, PNe195, PNe199, PNf069	Vieira TI	.Pla031, Pla058, Plc039, Pif036
Varela VM	.Pnd265	Vergnolle N	.HA031	Vieira-Barbosa NM	.Plc148
		Vermelho PM	.Pnc156	Vieira-Júnior JAS	.Pif139, Pif140
		Verner FS	.PNa184	Vieira-Júnior JR	.Pla127
		Veronezi MC	.Pib104	Vieira-Júnior ND	.Pnd100
		Verrastro AP	.Pnc111	Vier-Pelisser FV	.Pla019, Pif018
		Verri FR	.PNb242, Pnc248, PNe191, PNe192, PNe240, PNe247	Viganó CO	.PNa014
		Versiani MA	.PNa005	Vigorito AM	.PNb165
		Versloot J	.Pnd096	Vigorito JW	.PNb018, PNb030, Pnc015
		Viadanna APO	.Plc110	Vilanova LSR	.Pla125
				Vilela GR	.Plc145, Plc146
				Vilela PGF	.Pnc047
				Vilela SFG	.PNf073
				Vilhena FS	.Pib019, Pld019
				Villa LMR	.Plc116
				Villalpando KT	.Pla134, Pib134
				Villarinhos TFF	.Ple048
				Villa-Verde FA	.Pld096
				Villela-Rosa ACM	.PNb123
				Vinholis AHC	.Ple024, Ple090, Pif035, Pif088

Viotti RG	.PNb153, PNb174, PNC151	PNb055, PNC039, PNd039, PNe057	Zamin C	.PNe034	
Viscelli BA	.PNf234	Wiegand A	.PNa080, PNC060, PNf079	Zamora MS M	.PNa027, PNe027, PNf029
Visconti MAPG	.Plb132, Plc132	Wielewski LM	.Pif108	Zamperini CA	.Pla119, Plc122, PNa196, PNa197, PNa203, PNb197
Visconti RP	.PNb036, PNf041	Will JP	.PNf108	Zampieri MH	.PNd193
Visioli F	.Plb137	Winckler LF	.PNa122	Zanardi G	.Pla012, Plb011, Ple012
Vitolo MR	.FC009	Withers EHL	.PNb016, PNe020	Zanchi CH	.Plb083, Pld081, Pif081
Vitor MA	.Ple018	Witzel AL	.Ple110	Zancopé E	.PNd231
Vitoriano MM	.Pla020, PNe050	Witzel MF	.PNd240	Zander-Grande C	.PNC121
Vitral RWF	.Pld041, Pld133, PNf009	Wolle CFB	.Pla027, PNd124	Zandim DL	.PNe253
Vitti M	.PNe002	Wolosker A	.PNd216	Zandonade E	.PO008
Vitti RP	.PNa126, PNf145	Wuo AV	.Pld007, PNa237	Zandonadi FA	.PIO010, Plb096
Vivan RR	.Pla015, Plb015, Plb017, Plb104, Pld025, PNa041, PNa054, PNb040, PNb051, PNe058, PNf054	Xavier A	.Ple049	Zanelli CF	.PNb103
Vogt BF	.Pld004, Pif003	Xavier ACC	.Plc036	Zanesco A	.PNf021
Volpato CAM	.PNa194	Xavier AFC	.Plc139	Zanet TG	.PNf219
Volpato MC	.PNC083, PNd081, PNe081, PNe083, PNf081	Xavier CB	.Pif003	Zanetta-Barbosa D	.Plb004, Ple143, PNC241
Volschan BCG	.PE032, PE033, PNa116	Xavier CDR	.Plb063, Ple028	Zanetti CH	.PNb090
Voltarelli FR	.PNa162, PNC174	Xavier FCA	.PNC235, PNe234	Zanetti-Castro R	.Pla129
Wada RS	.PNd106	Xavier NL	.PNe268	Zani IM	.PNa194
Wady AF	.Plc122, PNa196	Xavier RLF	.PNC234	Zanin F	.Pla062, PNd104
Wagner K	.Ple015	Xavier TA	.PNC135	Zanin ICJ	.Pla035, Ple039, PNb178, PNe063
Wagner MC	.Pla148, PNf265	Ximenes-Filho M	.Pla060, Plc127, PNb111	Zanin L	.PNa225, PNb092
Wakaya DH	.Pif062	Yamaguchi CA	.PNf184	Zanin RF	.Plb076
Walter LRF	.PE040, Pla063, Pif043	Yamaguti PM	.Plb043, PNC080	Zanini AP	.Plc123, Pif123
Wambier DS	.PO002, Pif066, PNC079	Yamamoto ETC	.Pla115, Pla116, Pld118, PNC187	Zanirato JB	.Ple106
Wambier LM	.Ple084, Pif066	Yamanari LT	.Plb037, PNd073	Zanotto ED	.PNC068, PNd119, PNe148
Wanderley MT	.PNa103, PNb102, PNb107, PNC111, PNC114	Yamanori GH	.Ple019	Zaramela-Fraga L	.PNb157, PNC159
Wanderley-Cruz JF	.PNf122	Yamaoka FLPB	.PNa223	Zárate P	.PNa250, PNe065
Wandscher VF	.Plc085, Pld121	Yamasaki LC	.Plb078, Pld077, PNe118, PNe125, PNf119, PNf132	Zarpelão LB	.PNe193
Wang L	.Pla097, Plb093, Plb105, Ple097, Pif103, PNC144, PNC172, PNd163, PNf153, PNf171	Yamasaki MC	.Pif142	Zarzar PMPA	.Pla047, Pld067
Wanke B	.Plc149	Yamashita C	.Plc142, Pld142, PNC269, PNd131, PNd227, PNe129, PNe267, PNf076, PNf259	Zavanelli AC	.Plb113, PNa125, PNb143, PNC190, PNd120
Wasilewski MSA	.PNC150, PNe150	Yamashita CA	.Plb124	Zavanelli RA	.Ple123, PNd242
Wassall T	.Plb115, Plc046, PNa241, PNC189, PNe216, PNf246	Yamashita JM	.Pif057	Zaze ACSF	.PNf116
Watanabe E	.Plc024, PNa034	Yamazaki A	.PE023, Plb053	Zecchin KG	.FC013
Watanabe ER	.Pif119	Yamazaki AK	.Pif025, PNa053, PNe051	Zeferino EG	.PNa057
Watanabe PCA	.PNb218, PNC213, PNe214	Yanai MM	.HA007, PNe067	Zenóbio EG	.HA026, PNe250
Watanabe S	.PNa059	Yanikian AK	.Plb013, PNb215, PNf012	Zequetto MM	.PNa120, PNb192
Watanabe-Kanno GA	.PNC017	Yanikian F	.Plb013	Zezell DM	.PNa268, PNC131, PNf065
Watson TF	.PNf117	Yarid SD	.Ple134, PNa078, PNf111	Zhang Z	.HA003, HA005, FC003
Watts DC	.Ple088	Yassumoto LM	.Pla081	Zielak JC	.Plc142, Pld142, PNb085, PNC096, PNC134, PNC269, PNd227, PNe267, PNf259
Webber MP	.Ple132	Yatsuda R	.Plb046	Zielak MAC	.PNb085
Webber CM	.Pif028	Yorioka CW	.PNC260	Zimbaldi AM	.PNe098
Weber JBB	.Plb087, PNb115	Yoshimoto D	.Pif019	Zina LG	.PNb063
Weckwerth PH	.Plb015, Plb017	Yoshimoto M	.Pif141	Zingra ACG	.Pif121
Weffort SYK	.Plb013, PNf012	Yoshimura HN	.PNd122, PNe120, PNe144	Zinsly SR	.PNb217, PNC217, PNd217
Weidlich P	.Ple151, PNa252, PNf251	Yoshinari GH	.PNC027, PNC037, PNf038	Zogheib LV	.Pld121, PNC122
Weig KM	.PNb147	Yoshioka L	.PNC114	Zöllner MSAC	.PNb072
Weigert KL	.Pld106, Pld129	Younes RN	.HA009	Zöllner NA	.Pld014, PNa229, PNC050
Weinfeld I	.PNa068, PNa247	Youssef MN	.PNC164, PNC176	Zortea RM	.Plb076
Weingaertner WL	.PNa249	Yui KCK	.PNa172, PNd149	Zorzatto JR	.Pld103, Pif080, PNa158, PNe178
Weissheimer A	.Pif010, PNd022, PNd023, PNe030	Zacarias-Filho RP	.Plb061	Zorzela EC	.Pld114, Ple101, Ple105, PNb162, PNb205
Wendt FP	.PNa104	Zaclikevis MV	.Plb126, PNe210	Zuanon ACC	.PNb110, PNC063, PNC109, PNC132, PNd109, PNe103
Werkman C	.PNC231, PNf268	Zaffalon GT	.Plc071, PNa083	Zuben CF	.Ple043
Wermelinger RM	.PE023, Plb053	Zaghete MA	.PNb125	Zuccolotti BCR	.Plc116, PNa125, PNC190, PNd120
Westphalen FH	.Plc131, PNa210, PNa219, PNb055, PNb220	Zago CE	.Pld073	Zuim PRJ	.Pla009, Plc113, PNb180, PNb192, PNd180
Westphalen VPD	.Ple022, PNa219,	Zago PMW	.PNC083, PNd081, PNe083	Zuza EP	.PNa269, PNb232, PNb249, PNe256
		Zaia AA	.HA004, Pla021, Plc026, Pld021, Ple018, Pif014, PNa049, PNb043, PNd150, PNe056, PNf044, PNf048, PNf051		
		Zaia WLS	.PNf124, PNf174		
		Zaitter S	.PE002		

*O Rio de Janeiro continua lindo!
Rio de Janeiro: always beautiful!*



*O Rio ficará ainda mais bonito!
Rio de Janeiro will be more beautiful!*

90ª Sessão Geral & Exposição da IADR e 29ª Reunião Anual da SBPqO - julho no Rio de Janeiro, Brasil

90th General Session & Exhibition of the IADR and 29th Annual Meeting of the SBPqO - July in Rio de Janeiro, Brazil



INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR DENTAL RESEARCH

www.iadr.org



www.sbpqo.org.br

Expediente	7
Apoio & Patrocínio	11
Instruções aos Apresentadores	12
Cursos, Simpósios e Reuniões	14
Programa Geral	15
Resumos dos trabalhos apresentados nas categorias HA, PE, PO, PIO, FC, Pla, Plb, Plc, Pid, Ple, Pif, PNa, PNb, PNc, PNd, PNe, PNf.	17
Hatton (HA) - "IADR/Unilever Divisional Award"	
HA001 a HA032	18
Pesquisa em Ensino (PE)	
PE001 a PE046	22
Pesquisa Odontológica de Ação Coletiva - POAC (PO)	
PO001 a PO017	28
Pesquisador Iniciante em Odontologia (PIO)	
PIO001 a PIO015	31
Fórum Científico (FC)	
FC001 a FC016	33
Fórum Myaki Issao A	
Pla001 a Pla152	35
Fórum Myaki Issao B	
Plb001 a Plb152	54
Fórum Myaki Issao C	
Plc001 a Plc152	73
Fórum Myaki Issao D	
PId001 a PId152	92
Fórum Myaki Issao E	
Ple001 a Ple151	111
Fórum Myaki Issao F	
Pif001 a Pif151	130
Painéis A	
A1 (001 a 032)	149
A2 (033 a 059)	153
A3 (060 a 084)	156
A4 (085 a 117)	159
A5 (118 a 180)	163
A6 (181 a 206)	171
A7 (207 a 235)	174
A8 (236 a 269)	178

Painéis B	
B1 (001 a 031)	183
B2 (032 a 059)	186
B3 (060 a 084)	190
B4 (085 a 117)	193
B5 (118 a 179)	197
B6 (180 a 206)	205
B7 (207 a 235)	208
B8 (236 a 269)	212
Painéis C	
C1 (001 a 031)	217
C2 (032 a 059)	220
C3 (060 a 084)	224
C4 (085 a 116)	227
C5 (117 a 179)	231
C6 (180 a 206)	239
C7 (207 a 235)	242
C8 (236 a 269)	246
Painéis D	
D1 (001 a 031)	251
D2 (032 a 059)	254
D3 (060 a 084)	258
D4 (085 a 116)	261
D5 (117 a 179)	265
D6 (180 a 205)	273
D7 (206 a 235)	276
D8 (236 a 268)	280
Painéis E	
E1 (001 a 031)	285
E2 (032 a 059)	288
E3 (060 a 083)	292
E4 (084 a 116)	295
E5 (117 a 179)	299
E6 (180 a 205)	307
E7 (206 a 235)	310
E8 (236 a 268)	314
Painéis F	
F1 (001 a 031)	319
F2 (032 a 059)	322
F3 (060 a 083)	326
F4 (084 a 116)	329
F5 (117 a 179)	333
F6 (180 a 205)	341
F7 (206 a 234)	344
F8 (235 a 269)	348
Índice de Descritores	353
Índice de Autores	371