

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PREVALÊNCIA DE PERDA PRECOCE DOS PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES INFERIORES EM CRIANÇAS: A realidade da
Equipe Saúde da Família Por Amor a São João da Ponte no período
de 2003 a 2010.**

ANA LUCIA SANTOS FAGUNDES

SÃO JOÃO DA PONTE – MG

JUNHO / 2012

ANA LUCIA SANTOS FAGUNDES

**PREVALÊNCIA DE PERDA PRECOCE DOS PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES INFERIORES EM CRIANÇAS: A realidade da
Equipe Saúde da Família Por Amor a São João da Ponte no período
de 2003 a 2010.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

SÃO JOÃO DA PONTE – MG

JUNHO / 2012

ANA LUCIA SANTOS FAGUNDES

**PREVALÊNCIA DE PERDA PRECOCE DOS PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES INFERIORES EM CRIANÇAS: A realidade da
Equipe Saúde da Família Por Amor a São João da Ponte no período
de 2003 a 2010.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Prof^a. Viviane Elisângela Gomes

Aprovada em Belo Horizonte, 30/06/2012

Dedico este trabalho a todos os moradores da área de abrangência da Equipe Saúde da Família “Por Amor a São João da Ponte” que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional durante todos os anos que trabalhei junto a eles.

Agradeço à Deus por sempre se fazer presente em minha vida.
Aos familiares pelo apoio irrestrito. À Prof^a Silmeiry Teixeira por sua
dedicação e carinho. Ao Prof^o Bruno Sena por sua orientação
e incentivo. E em especial a Miris Rosane e Daniela Carvalho
por sua amizade e valiosa ajuda neste trabalho.

*“Só engrandecemos o nosso
direito à vida cumprindo
o nosso dever de cidadãos do mundo”.*

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Os molares que nascem aos seis anos de idade são os primeiros dentes permanentes a irromper no arco, formando a primeira e mais importante das dez chaves de oclusão propostas por Angle e Andrews (chave de oclusão molar de Angle). Sendo assim, o primeiro molar permanente é muito importante no período de transição da dentição decídua para a dentição permanente, fazendo-se necessário um levantamento da prevalência da perda precoce desse dente. Após revisão de literatura, realizada em Bibliotecas Virtuais disponíveis na internet (Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora) utilizando as seguintes palavras chaves: “perda do primeiro molar permanente”, “extração do primeiro molar permanente”, “perda precoce do primeiro molar permanente”, analisou-se prontuários odontológicos (dados secundários) de crianças na faixa etária dos 06 a 10 anos, atendidas no período 2003 a 2010, na UBS “Por Amor a São João da Ponte” do município de São João da Ponte/MG, que tiveram perda do primeiro molar inferior permanente. A perda precoce dos primeiros molares permanentes poderia indicar uma ineficácia na promoção e controle da doença cárie na área de abrangência, além de provocar alteração da função mastigatória, continuidade da erupção dos dentes antagonistas (levando a uma extrusão dos mesmos) e rotação dos molares adjacentes. O maior índice de extração do Primeiro Molar Permanente Inferior, encontrado ao serem analisados os prontuários da Equipe de Saúde Bucal “Por amor a São João da Ponte” foi na faixa etária dos 10 anos. A inserção da ESB na ESF tem como objetivo a diminuição dos índices epidemiológicos odontológicos e ampliar o acesso da população as ações de Saúde Bucal. Existem várias consequências, como na função mastigatória, na harmonia oclusal, quando ocorre perda precoce do Primeiro Molar Permanente. A perda precoce do Primeiro Molar Permanente indica ineficácia na promoção e controle da doença cárie.

Palavras-Chave: Dente Molar; Perda de Dente; Cárie Dentária; Má Oclusão

ABSTRACT

The molars of six years are the first permanent teeth to erupt in the arch, forming the first and most important of the ten keys of occlusion and Angle proposed by Andrews (key Angle molar occlusion). Thus, the first permanent molar is very important in the transition from deciduous to permanent teeth, making it necessary to survey the prevalence of early loss of teeth. After literature review, conducted in Virtual Libraries available on the Internet (Scielo, Virtual Health Library (VHL), Google Scholar and Virtual Library Platform Agora) using the following keywords: "loss of first permanent molar," "extraction of the first permanent molar," "early loss of first permanent molar," "we analyzed dental records (secondary data) of children aged 06-10 years treated during the period 2003 to 2010, UBS in" For Love of the Johnstown Bridge "the city of Johnstown Bridge / MG, which had lost the first permanent molar. The early loss of permanent first molars could indicate an inefficiency in the promotion and management of dental caries in the catchment area, and cause alteration of masticatory function, continuity of the eruption of antagonist teeth (leading to an extrusion thereof) and rotation of adjacent molars . The highest rate of extraction of lower first permanent molar, found when analyzing the records of the Oral Health Team "For the love of St. John's Bridge" was aged 10 years. The insertion of the ESB in the ESF aims to decrease rates of dental epidemiology and expand the access of the population shares of Oral Health. There are several consequences, as in masticatory function, occlusal harmony, when it occurs early loss of the First Permanent Molar. The early loss of the First Permanent Molar indicates inefficiency in the promotion and management of dental caries.

Keywords: Molar Tooth, Tooth Loss, Dental Caries, Malocclusion

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1: Mapa do Estado de Minas Gerais 19

Tabela 1: População da ESF por faixa etária a ser estudada 21

Gráfico 1: Número de extrações por faixa etária 29

Gráfico 2: Número de extrações de Primeiro Molar Inferior Permanente por número de crianças na faixa etária dos 06 aos 10 anos 30

Gráfico 3: Número de extrações por ano de realização do procedimento 30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATM – Articulação Têmporo-Mandibular

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

ESB – Equipe Saúde Bucal

ESF – Equipe Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG – Minas Gerais

PA – Pará

PE – Pernambuco

PSF – Programa Saúde da Família

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	10
2 – JUSTIFICATIVA	12
3 – OBJETIVOS	13
3.1 – Objetivos Gerais	13
3.2 – Objetivos Específicos	13
4 – METODOLOGIA	14
5 – REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 – O Programa Saúde da Família como proposta para reestruturação da Atenção Primária em Saúde	15
5.2 – A Inserção da Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família	17
5.3 – A Equipe de Saúde da Família “Por Amor a São João da Ponte”	18
5.4 – A Importância do Primeiro Molar Permanente	22
5.5 – A Extração do Primeiro Molar Permanente	24
6 – DISCUSSÃO E RESULTADOS	28
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros molares permanentes têm sua formação iniciada ainda na vida intrauterina. Ao nascimento da criança, começa a mineralização. Ao terceiro ano de vida, a coroa está totalmente calcificada e inicia o processo de erupção por volta dos seis anos, com o início da dentição mista. É um período dinâmico, com remodelações rápidas e o surgimento das curvas de Spee e de Wilson e modificações na ATM (GUEDES-PINTO, 1994).

A primeira e mais importante das dez chaves de oclusão propostas por Angle e Andrews é a relação molar (chave de oclusão molar de Angle), na qual a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclui no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior. Como os molares que nascem aos seis anos são os primeiros dentes permanentes a irromper no arco, ao ocupar uma posição normal, todos os demais dentes articularão de forma correta, desde que não haja discrepâncias no tamanho dos dentes (FERREIRA, 2004).

Segundo ISSAO (1980), cerca de 25% dos primeiros molares permanentes inferiores se apresentam cariados um ano após a erupção. Após três anos, 50% deles estão cariados e passados seis anos, o mesmo ocorre em mais de 70%. Isso pode ser explicado por vários fatores, como a anatomia oclusal com muitas fóssulas e fissuras, a ocupação mais posterior no arco, a dificuldade da criança em higienizar a região e a falta de informação dos pais quanto à existência de dentes permanentes tão cedo na boca de seus filhos.

A perda precoce dos primeiros molares permanentes indica ineficácia na promoção e prevenção da doença cárie. GONZALES *et al.* (2001), afirmam que dentro das conseqüências da perda prematura do primeiro molar permanente se encontram a alteração da função mastigatória, a continuação da erupção dos dentes antagonistas que facilitam sua extrusão e rotação dos molares adjacentes.

Devido o primeiro molar permanente ser o dente mais importante no período de transição da dentição decídua para a dentição permanente, faz-se necessário o levantamento da prevalência da perda precoce desse. Os dados encontrados

servirão de parâmetro para avaliação da efetividade das ações de promoção de saúde.

A Equipe de Saúde da Família Por Amor á São João da Ponte possui equipe de Saúde Bucal, Modalidade II, desde 2002. Ações como aplicação de flúor em forma de bochechos, evidenciação de placa, escovação orientada e ampliação do acesso ao atendimento odontológico foram realizadas desde a implantação da Equipe. Porém, durante o atendimento clínico ainda se verifica a lesão de cárie extensa, com indicação de extração, em muitas crianças. Fato este que poderá ser analisado após a conclusão deste trabalho que será feito com análise de dados secundários obtidos nos prontuários odontológicos de crianças entre seis a 10 anos, atendidas no período de janeiro a dezembro de 2009.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem como fundamento conhecer a prevalência de extrações dos primeiros molares inferiores permanentes em crianças na faixa etária de seis a 10 anos, no período de 2003 a 2010, inseridas da Equipe de Saúde da Família Por Amor a São João da Ponte, Município de São João da Ponte - MG, visando analisar se a inserção da Saúde Bucal, que se deu no final de 2002, contribuiu para melhoria desse indicador. Sabe-se da importância deste elemento dentário na arcada, que é o primeiro dente permanente a irromper, sendo assim sua perda precoce pode indicar uma falha nos serviços de promoção e prevenção de doenças bucais como a cárie dentária.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Conhecer a prevalência de perda precoce do primeiro molar permanente das crianças de seis a 10 anos atendidas na UBS “Por Amor a São João da Ponte” no município e São João da Ponte – MG e propor novas ações de prevenção/promoção de saúde bucal, visando sempre melhoria da qualidade de vida.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar por meio de dados secundários (prontuários clínicos de atendimento odontológico) a quantidade de crianças, na faixa etária de seis a 10 anos atendidas no período de 2003 a 2010, que tiveram a perda do primeiro molar inferior permanente e, assim, conseguir dados que avaliem a eficácia de ações preventivas efetuadas desde 2002 pela equipe de saúde bucal da referida UBS.

4. METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura narrativa que consiste na síntese de estudos publicados sobre o assunto em questão (Perda precoce dos primeiros molares inferiores permanentes em crianças de seis a 10 anos) oferecendo possibilidades de conclusões gerais a respeito do tema estudado. Os idiomas pesquisados foram na língua portuguesa e inglesa e foram selecionados periódicos entre os anos de 1970 a 2011. A amostra foi definida pela leitura dos artigos e selecionados apenas os que tinham correlação com o tema pesquisado e ano de publicação dentro do recorte temporal apresentado. A busca foi realizada em Bibliotecas Virtuais disponíveis na internet (Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora) e utilizaram-se as seguintes palavras chaves: “perda do primeiro molar permanente”, “extração do primeiro molar permanente” e “perda precoce do primeiro molar permanente”.

Após a revisão de literatura, foram analisados prontuários odontológicos de crianças na faixa etária dos seis a 10 anos, atendidas no período 2003 a 2010, na UBS “Por Amor a São João da Ponte” do município de São João da Ponte/MG, que tiveram perda do primeiro molar inferior permanente. Os dados coletados foram colocados em gráficos para melhor visualização e, com isso, pode-se avaliar se houve eficácia nos trabalhos preventivos desenvolvidos pela Equipe de Saúde Bucal e se os mesmos resultaram na diminuição do número de extrações desse elemento dentário considerado tão importante na transição de dentição decídua para permanente.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 O Programa Saúde da Família como proposta para reestruturação da Atenção Primária em Saúde

A implantação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, determinou grandes mudanças nas políticas de saúde Brasil. O reconhecimento da crise no modelo assistencial predominante, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visem à transformação do sistema de atenção de saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde (BOARETO, 2011).

A portaria 648 de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, caracterizando a Atenção Básica por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Silva (2010) relata que a utilização dos serviços de Atenção Primária em Saúde pela população depende de boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada no indivíduo, na família e na comunidade.

Neste aspecto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma estratégia prioritária no tocante à reestruturação do setor, tendo como eixo a atenção básica, apresentando-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde. Propondo a mudança na concepção do processo saúde-doença, saindo do pólo tradicional de oferta de serviços voltada para a

doença para investir em ações que articulam a saúde com condições de vida, incorporando a prática da vigilância à saúde (LOURENÇÃO; SOLER, 2004).

A mudança no sistema de saúde brasileiro ainda pode ser considerada recente, se comparada a outros países que seguiram a tendência de valorização da atenção básica. No entanto, percebe-se que diferenças no modo como essas mudanças foram apresentadas à população e os apegos culturais ao modelo médico-centrado baseado em especialidades têm se tornado pontos dificultadores para o progresso do Programa Saúde da Família no Brasil (SILVA, 2010).

Segundo Magalhães (2011) o reordenamento da atenção à saúde no Brasil tem se dado através da atenção primária, particularmente por meio do Programa Saúde da Família. A organização do PSF a partir de uma base territorial e de critérios epidemiológicos, sua capilaridade, a prioridade conferida a problemas de saúde mais comuns nas comunidades, e a oferta, pelo Programa, de serviços de prevenção, cura e reabilitação tem se mostrado uma boa alternativa para minimizar as desigualdades existentes no país. O modelo tem permitido o alcance de maior resolubilidade, além de coordenar a atenção para os níveis mais complexos do sistema.

Tornou-se então, imprescindível a utilização de recursos federais pelos municípios, que teriam que dispor de autonomia para a orientação da estratégia, além de um número cada vez maior de profissionais qualificados para executar o sistema. Destaca-se que, atualmente, ainda há o desafio de superar a questão da expansão quantitativa de maneira que esta possa, paralelamente, ser seguida pela qualidade de gestão, sobretudo em nível municipal (RABELLO, 2011).

Magalhães (2011) aborda a dificuldade da prática da interdisciplinaridade no trabalho das Equipes como sendo um dos principais fatores que dificultam a implementação do Programa Saúde da Família. E que a formação dos profissionais de saúde prioriza conhecimentos técnicos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo e ainda há supervalorização do médico pela população, o que dificulta o trabalho em equipe multidisciplinar.

5.2 Inserção da Equipe de Saúde Bucal na Equipe Saúde da Família

Por longa parte da história da saúde no Brasil, a saúde bucal foi tema tratado de modo à parte do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, constata-se a formulação de políticas públicas preocupadas em reverter essa tendência, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação dos saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde (CALDEIRA,2010).

Matos e Tomita (2004) relatam que o ensino odontológico no Brasil tem se baseado em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das faculdades de Odontologia e a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema frequentemente discutido entre estudantes e professores. Sendo assim, a formação dos acadêmicos de Odontologia segue na contramão das necessidades do país.

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família com o objetivo de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, teve a sua concretização por meio da Portaria 1.444/GM de 2000, na qual o Ministério da Saúde determinou o incentivo financeiro às Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados à família, considerando-a como instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais. Insere-se assim, a Odontologia no Programa, e conseqüentemente, a possibilidade de reorientar a atenção odontológica no Brasil (BOARETO, 2011).

O cumprimento dos princípios do SUS, como a universalidade e equidade, requer das equipes de saúde bucal o conhecimento de sua realidade e da sua comunidade local. Daí a necessidade de organizar as ações valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada (PESSOA, 2008).

Ao entender e aceitar a saúde bucal como parte integrante da saúde pública, os governantes contribuíram de forma positiva para a saúde da população, assim, a incorporação ao Programa Saúde da Família tem sido apresentado como

possibilidade de romper com os modelos que estão em vigência e que se baseiam no curativismo, tecnicismo e biologismo (BARBOSA, 2010).

Camargos (2011) relata que a saúde bucal nunca foi discutida num âmbito tão amplo desde sua inserção em 2000 na Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, onde houve a necessidade de reorganização da saúde bucal na atenção básica. A universalização do acesso, a integralidade das ações, a hierarquização dos serviços, o controle social – princípios e diretrizes do SUS – só serão efetivamente praticados com a reordenação das práticas sanitárias e por consequência a transformação do modelo de atenção até então vigente.

É preciso que a equipe de saúde bucal compreenda a importância do desenvolvimento de ações fora do consultório, agregando ações de promoção, prevenção e de educação em saúde junto aos grupos sociais que integram o território da Unidade Básica de Saúde (CATRINCK, 2011).

Para a Odontologia, este novo contexto pode representar um avanço significativo e um grande desafio, pois as ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família passam a ser uma nova estratégia que possibilitará a concretização de um modelo de atenção que efetivamente melhore as condições de vida dos brasileiros. Esse novo trabalho voltado para a família, considerando-a como uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, uma unidade grupal onde ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, culturais e religiosos (CAMARGOS, 2011).

5.3 A Equipe de Saúde da Família “Por Amor a São João da Ponte”

O município de São João da Ponte se localiza no Norte de Minas Gerais e tem como limítrofes:

- Norte: Ibiracatu, Varzelândia e Verdelândia
- Oeste: Lontra e Japonvar
- Leste: Janaúba e Capitão Enéas
- Sul: Patis e Montes Claros

FIGURA 1: Mapa de Minas Gerais

Fonte: www.municipioline.com.br

A cidade apresenta uma área de 1.849 km² e fica à 574 km de distância de Belo Horizonte e 141 km de Montes Claros e tem com rodovias de acesso a BR-135 e a MG-202. Sua população é de 25.358 habitantes (IBGE, 2010).

O município de São João da Ponte conta com 11 equipes de saúde da família (ESF):

- Por amor a São João da Ponte;
- Saúde é o que interessa;
- Prevenção é o nosso objetivo;
- União, juventude e progresso;
- Vereda – Núcleo;
- Simão Campos;
- Condado do Norte;
- Santo Antônio da Boa Vista;
- Vera Cruz;
- Tamboril;
- Dinizlândia (Morro Preto).

As quatro primeiras ESF's pertencem à zona urbana, sendo que, uma funciona na UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) do Bairro Denise e as outras três funcionam no Centro de Saúde São João da Ponte. As outras sete equipes estão situadas na zona rural e foram implantadas em locais que facilitam

relativamente a ida dos habitantes das comunidades rurais próximas à elas. Todas as ESF's são constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 5 a 8 agentes comunitários de saúde (ACS).

O município possui 100% de cobertura de saúde bucal, pois, para cada equipe de saúde da família existe uma equipe de saúde bucal (ESB), totalizando 11 equipes, sendo sete na zona rural (ESB's Modalidade I). Na sede do município, as 4 ESB's (Modalidade II) funcionam no Centro Odontológico situado em local diferente da Unidade de Saúde. O Centro Odontológico possui 4 equipes odontológicas onde trabalham 4 cirurgiões-dentistas.

A Equipe de Saúde da Família “Por Amor a São João da Ponte” , tem a sede da UAPS situada na área urbana da cidade e foi criada em 1996, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e oito agentes de saúde. Em 2002 foi inserido a Equipe de Saúde Bucal, modalidade II, composta por: Cirurgião dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal.

A área de abrangência é mista com micro-áreas urbanas e rurais. Foi a primeira equipe a ser implantada no município de São João da Ponte e mantém a sua composição até hoje. Atualmente a área está dividida em 08 microáreas, com uma população de 3.344 moradores, distribuídas em 868 famílias (SIAB, 2012). A faixa etária estudada (6 a 10 anos) corresponde a 9,33% da população da ESF 93% das residências são de casas de alvenaria, possuem fossa séptica, água tratada.

Segundo SIAB (2012) a Equipe “Por Amor a São João da Ponte” tem cadastrados 339 hipertensos e 59 diabéticos. Há um caso de tuberculose e um caso de hanseníase. O número de gestantes é 17, sendo que todas estão com vacinas e pré-natal em dia.

As consultas médicas e odontológicas são feitas de forma programada, com agendamento prévio pelo Agente Comunitário de Saúde ou Técnico em Saúde Bucal, nos casos de consultas odontológicas. Há disponibilização de consultas para livre demanda, que após triagem prévia são atendidas pelo profissional.

Em fevereiro de 2012, foram realizadas 56 primeiras consultas odontológicas programadas, e deste total, 50 tiveram o tratamento concluído (SIAB, 2012). Foram realizadas 18 atividades de educação em saúde com a comunidade e 203 procedimentos de escovação e fluoretação.

Por ser uma equipe que está implantada há muito tempo com ações de prevenção e promoção sendo feitas de forma sistematizada desde a sua implantação, observa-se um controle das doenças bucais. O fortalecimento da atuação das equipes responsáveis pela atenção primária pressupõe a garantia do acesso à consulta odontológica e ao desenvolvimento de habilidades pessoais para se proteger da cárie dentária. Paralelamente, é essencial que haja melhor utilização da capacidade potencial do nível local para indicar as ações de promoção em saúde cuja execução compete a outros setores, como saneamento e educação, entre outros (MELO; CAVALCANTI, 2007).

TABELA 1: A tabela abaixo indica a população da Equipe de Saúde da Família por faixa etária a ser estudada

Faixa etária	06 anos	07 anos	08 anos	09 anos	10 anos
População	71	46	55	61	79

Fonte: SIAB 2011

5.4. A Importância do Primeiro Molar Permanente

Os primeiros molares permanentes têm sua formação iniciada ainda na vida intra-uterina. Ao nascimento da criança, começa a mineralização. Ao terceiro ano de vida, a coroa está totalmente calcificada e inicia o processo de erupção por volta dos seis anos, com o início da dentição mista. É um período dinâmico, com remodelações rápidas e o surgimento das curvas de Spee e de Wilson e modificações na ATM (GUEDES-PINTO, 1994).

Para que haja acomodação dos molares permanentes no arco, há necessidade do crescimento das bases ósseas no plano ântero-posterior, crescimento da porção distal dos ossos para a acomodação dos dentes, crescimento em altura para permitir a acomodação do dente decíduo e o crescimento do germe e posterior implantação normal do permanente, que é bem maior que o decíduo e através da erupção dos primeiros molares permanentes, tem-se o segundo ganho em altura ou dimensão vertical (GUEDES-PINTO, 1994).

A extração dentária precoce ainda é um problema de saúde pública a ser enfrentado em nosso país. Neste trabalho damos atenção em especial à extração do primeiro molar inferior permanente, pois sua perda precoce indica ineficácia na promoção e prevenção da doença cárie. Uma vez que a cárie é a maior causa das perdas precoces dos dentes posteriores (MELO; CAVALCANTI, 2007).

A primeira e mais importante das dez chaves de oclusão propostas por Angle e Andrews é a relação molar (chave de oclusão molar de Angle), na qual a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclui no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior. Como os molares dos seis anos são os primeiros dentes permanentes a irromper no arco, ao ocupar uma posição normal, todos os demais dentes articularão de forma correta, desde que não haja discrepâncias no tamanho dos dentes (FERREIRA, 2004).

As características anatômicas da face oclusal dos primeiros molares permanentes possibilitam que sejam mais suscetíveis à cárie dental devido à presença de cicatrículas, fóssulas e fissuras estreitas e profundas, consideradas como a primeira zona de risco na dentição permanente, dificultando a autolimpeza e o controle de higienização por parte do paciente, contribuindo para o alto índice de perda, ocasionando alterações funcionais e estéticas (MELO; CAVALCANTI, 2007).

Segundo Aguiar e Pinto (1996) a manutenção dos primeiros molares permanentes, na arcada dental, é fundamental para o estabelecimento de uma oclusão estável, pois eles constituem, de forma específica, parte essencial do sistema estomatognático.

González *et al.* (2001) afirmam que dentro das conseqüências da perda prematura do primeiro molar permanente se encontram a alteração da função mastigatória, a continuação da erupção dos dentes antagonistas que facilitam sua extrusão e rotação dos molares adjacentes.

As alterações produzidas pela perda uni ou bilateral dos primeiros molares permanentes inferiores não se restringem ao segmento posterior do arco dentário, acarretando graves alterações na região ântero-inferior, levando a uma maior ocorrência de diastemas e desvios da linha média, migração distal dos caninos inferiores, tendo como conseqüência uma classe II de caninos (NORMANDO *et al.*, 2003).

A perda de primeiros molares permanentes ocasiona complexos desajustes na oclusão. Os segundos molares superiores migram para a mesial e desenhm

uma giroversão mediopalatina. Os segundos molares inferiores migram para mesial, demonstrando uma marcante alteração na angulação de seu longo eixo. Os pré-molares inclinam para distal e existe uma tendência dos incisivos retroinclinarem-se. Quando a perda ocorre unilateralmente, a linha média da arcada dentária ainda é desviada para o lado da perda (GARIB *et al.*, 2010).

Jago (1953) citado por Scontre (2005) relatou que a exodontia do primeiro molar permanente inferior, determina inclinações dos dentes vizinhos, bolsas periodontais e sobremordida incisal, sendo o elemento estabilizador do relacionamento do arco superior e inferior, nas 3 dimensões do espaço, durante o período da dentição mista.

White *et al.* (1954) citado por Scontre (2005) descreveu que a perda dos primeiros molares permanentes levava ao colapso lingual dos incisivos inferiores e a um aumento nos trespasses vertical e horizontal, provocando rápida deterioração na oclusão dentária.

Tubel (1999) citado por Takara (2005), concluiu que o primeiro molar permanente e o dente mais importante da dentição humana, pela sua grande influência na mastigação, na estabilização da forma do arco dentário e no posicionamento de outros elementos dentários. E é de extrema importância que medidas preventivas sejam adotadas para sua perfeita integridade.

Segundo Khouri (2008) citado por Resende (2011) os primeiros molares permanentes iniciam o processo de erupção por volta dos seis anos de idade e são elementos-chave no equilíbrio do sistema estomatognático e, por isso, são considerados os dentes mais importantes da dentição permanente, pois, no seu posicionamento correto, estabelecem a primeira chave de oclusão (relação molar), são responsáveis pelo surgimento das curvas de Spee e Wilson, modificações na ATM (Articulação Têmporo-Mandibular), crescimento das bases ósseas no plano ântero-posterior, além do ganho em altura ou dimensão vertical.

Portanto, o método mais satisfatório para prevenir problemas de perda de espaço é manter os dentes em condições normais de saúde, usando todos os procedimentos educativos, clínicos e preventivos disponíveis (MELO; CAVALCANTI, 2007).

5.5 A Extração do Primeiro Molar Permanente

O primeiro molar permanente é um dos dentes mais importantes da cavidade bucal, porque é dos seis aos 12 anos o principal instrumento da mastigação e é chave de oclusão. É nessa época que o primeiro molar é confundido pelos leigos como um dente decíduo, não dando importância ao dente; com isso a instalação de lesões da doença carie, caso não tratada evolui e culmina com sua perda precoce (SCHMIDT, 2011).

Na perda de um molar permanente podem ocorrer alterações como distúrbios na oclusão; distúrbios na articulação têmporo-mandibular; redução da capacidade mastigatória em até 50%; gengivite; destruição dos tecidos de suporte e migração mesial dos segundos molares permanentes, do mesmo lado da perda dental; extrusão, retração gengival e hipersensibilidade do primeiro molar superior permanente com a perda de seu antagonista e, ainda, inúmeras outras alterações (AGUIAR; PINTO, 1996).

Melo e Cavalcanti (2007) realizaram um estudo epidemiológico entre escolares da rede pública municipal de Campina Grande, PB, onde puderam constatar que em 21,8% das crianças examinadas havia perda do primeiro molar permanente.

Almeida *et al.* (2004) demonstraram que os primeiros molares permanentes inferiores exibem maiores necessidades de extrações indicadas do que os primeiros molares permanentes superiores.

Ao examinar escolares entre oito e doze anos que tiveram atendimento dentário nas Escolas Estaduais de São Paulo, Souza (1970) constatou que 34,77% das crianças examinadas haviam perdido o primeiro molar permanente inferior.

Vieira e Rosenblat (2003) citados por Ferreira *et al.* (2004) relataram um estudo onde foram analisados a perda dentária de primeiros molares permanentes, em escolares de sete a doze anos, da rede pública e privada de Recife-PE. Os resultados revelaram que para o grupo total o percentual de perda foi de 3,6%, sendo que nas escolas públicas, 5,5% das crianças perderam algum primeiro molar permanente, comparado com 1,6 por cento das escolas privadas.

Oliveira *et al.* (1999) realizou um trabalho de avaliação do índice de CPO-D em primeiros molares permanentes de escolares da rede pública de Poços de Caldas-MG, onde constatou que dos 322 molares cariados 25 poderiam ser classificados com extração indicada, devido o exame clínico revelar fortes suspeitas de um comprometimento pulpar, ou mesmo cavidades extensas, onde a reabilitação envolveria a polpa dentária.

Bauday (2001) citado por Coser *et al.* (2005) encontrou 19,18% de indivíduos com perda de algum primeiro molar permanente e Gonzalez (2001) que encontrou perda de 32% e 23% feminino e masculino respectivamente. Já Coser (2005) encontrou um índice de 3,48% de perda de primeiro molar permanente na faixa etária de 06 a 18 anos.

Nicodemo *et al.* (1985) ao examinarem 162 indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 23 anos, constataram que o dente com maior prevalência de perda foi o primeiro molar permanente inferior esquerdo com 9,25% e os superiores direito e esquerdo apresentaram porcentagem de perda, sendo esta de igual valor 1,23%. Outro fator relevante encontrado foi o fato de que as perdas dos dois primeiros molares da mandíbula (12,96%) foi bem maior quando comparada com a perda dos dois da maxila (3,70%).

Moreira (2000) realizou estudo epidemiológico de cárie dental em uma população rural infantil, na faixa etária dos 06 aos 12 anos, sem assistência odontológica, onde constatou que dos 692 primeiros molares permanentes examinados, 259 estavam cariados (37,43%), 1,73% com extração indicada. Ferlin *et al.* (1989) citado por Normando (2003) realizaram um estudo epidemiológico sobre a ocorrência da perda dos primeiros molares em crianças entre 6-12 anos de idade, residentes no município de Ribeirão Preto-SP. Os resultados revelaram uma ocorrência de perda de primeiro molar de 6,3% para as crianças examinadas.

Em estudo realizado por Normando (2003), analisando radiografias com alterações dento alveolares decorrentes da perda unilateral do primeiro molar permanente inferior, observou-se que a perda do primeiro molar permanente inferior provocou um aumento da inclinação mesial do segundo molar inferior, em média de 8,4o ($p=0.000^{**}$). Os demais dentes, anteriores ao 1o molar perdido, apresentaram uma maior inclinação para distal quando comparados aos dentes homólogos contra

laterais. Essa inclinação foi maior quanto mais próximo estivesse o dente da área do primeiro molar.

Vieira (2010) realizou levantamento da perda de dentes no ano de 2009 no município de Aricanduva/MG, na faixa etária de 08 a 69 anos, e constatou que o dente mais extraído foi o primeiro molar inferior esquerdo representando 9,7% do total de extrações. O primeiro molar inferior direito, representou o terceiro dente mais extraído com 5,1%.

Scontre (2005) relata levantamentos epidemiológicos realizados nas cidades de Belém/PA por Brandão *et al.* (1997) e em Bauru/SP por Silva Filho *et al.* (1989) evidenciaram perda precoce em tomo de 35%; em Ribeirão Preto/SP por Ferlin *et al.* (1989) em crianças entre 6 -12 anos a ocorrência foi de 6,3%, já em Recife/PE, Couto *et al.* (1991) encontraram um percentual de 62,3% de perda precoce de crianças aos doze anos.

TAKARA (2005) cita estudo realizado por CHUKWU (2004) onde este examinou 12696 pacientes da cidade de Jos na Nigéria e observou a perda de 11546 dentes permanentes entre eles. Dentre eles, 53,2% foram perdidos por cárie, os demais dentes perdidos foram por motivos periodontais e ortodônticos. Em números gerais os primeiros molares permanentes foram os dentes com maior índice de perda, sendo as inferiores os mais envolvidos do que os superiores (31,3% inferiores direitos, 31,3% inferiores esquerdos, 19,2% superiores esquerdos e 18,2% superiores direitos).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Boareto (2011) e Lourenção e Soler (2004), concordam que a implantação do Programa Saúde da Família em 1994 propôs mudanças na concepção do processo saúde-doença, mudando a prática do modelo assistencial, incorporando práticas de vigilância em saúde. Magalhães (2011) e Silva (2012) acreditam que este modelo tem permitido o alcance de maior resolubilidade, além de coordenar a atenção para os níveis mais complexos do sistema e ter a capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas centrada em uma prática baseada no indivíduo, na família e na comunidade. Rabello (2011) e Magalhães (2011) destacam a importância de se ter profissionais qualificados para executar o sistema, e que ainda a formação dos profissionais de saúde prioriza o conhecimento técnico e privilegia o trabalho individual.

Caldeira (2010) e Matos e Tomita (2004) relatam que a saúde bucal foi tema tratado de modo à parte do processo de organização dos demais serviços de saúde e a formação dos acadêmicos de Odontologia segue na contramão das necessidades do país. Boareto (2011) e Pessoa (2008) relata a importância da inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família para se melhorar a organização do serviço odontológico, visando ampliar o acesso da população a este serviço, cumprindo os princípios do SUS. Camargos (2011) completa que a Odontologia nunca havia sido discutida num âmbito tão amplo como se deu após a sua inserção no Programa Saúde da Família. Catrinck (2011) juntamente com Camargos (2011) afirmam que este novo contexto representa um avanço e ratificam a importância do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, com a implantação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

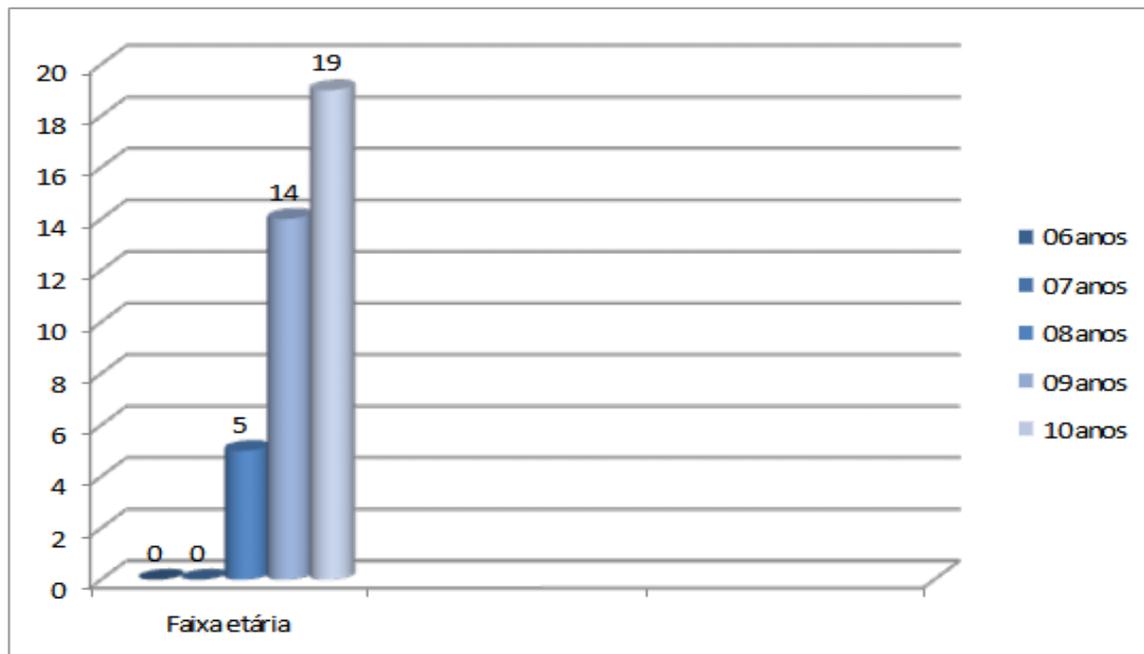
Guedes Pinto (1994), Ferreira (2004), Aguiar e Pinto (1996), Tubel (1999) citado por Takara (2005), Kouri (2008) citado por Resende (2011) e Schmidt (2011) são unânimes ao declarar o primeiro molar permanente como sendo o dente mais importante da dentição humana por sua influência na mastigação; estabilização da forma do arco dentário e no posicionamento dos demais elementos dentários. Já Melo e Cavalcanti (2007), Gonzáles *et al.* (2001), Normando *et al.* (2003), Garib *et*

al. (2010), Jacob (1953) e White *et al.* (1954) citado por Scondre (2005) relatam alterações provocadas pela perda do primeiro molar permanente como alteração da função mastigatória, continuação da erupção dos dentes antagonistas, rotação dos molares adjacentes, alterações ântero-inferiores, ocorrência de diastemas e desvio da linha média, migração distal dos caninos, inclinação distal dos pré-molares, retroinclinação dos incisivos, além de bolsas periodontais e sobremordida incisal. Portanto para estes autores, a manutenção deste elemento dental através de ações de prevenção e promoção se faz necessário para manter esse dente em condições normais de saúde.

Estudos mostram o alto índice de perda do primeiro molar inferior permanente como o realizado por Melo e Cavalcanti (2007) em Campina Grande/PB com 21,8% de perda. Souza (1970) analisou crianças em São Paulo na faixa etária de 08 a 12 anos e constatou índice de 34,77%. Vieira e Rosenblat (2003) citado por Ferreira *et al.* (2004) relataram que 3,6% dos escolares entre 7 e 12 anos em Recife/PE haviam perdido o primeiro molar permanente. Oliveira *et al.* (1999) em Poços de Caldas/ MG constatou que 25 dos 322 primeiros molares examinados tinham indicação de extração. Coser *et al.* (2005) cita estudo realizado por Bauday (2001) onde 19,18% dos examinados não possuíam o primeiro molar permanente. Gonzales (2001) observou que a perda do primeiro molar foi maior no sexo feminino (32%) do que no sexo masculino (23%). Coser (2005) ao examinar crianças na faixa etária de 06 a 18 anos observou índice de perda do primeiro molar de 3,48%. Nicodemo *et al.* (1995) destaca que a perda do primeiro molar permanente inferior é maior (12,96%) do que a perda do primeiro molar permanente superior (3,70%); fato este observado ao analisar 162 pessoas entre 18 e 23 anos. Moreira (2000) ao estudar 692 primeiros molares em crianças de 06 a 12 anos constatou que 1,73% se apresentaram com extração indicada. Normando (2003) cita um estudo realizado em por Ferlin *et al.* (1989) com crianças de Ribeirão Preto/SP , entre 06 e 12 anos onde a perda do primeiro molar permanente foi de 6,3%. Vieira (2010) em estudo realizado em Aricanduva/MG constatou que o dente mais extraído na arcada em relação aos demais, na faixa etária de 08 a 69 anos, foi o primeiro molar inferior permanente com 9,7%.

Com base nos estudos, o gráfico abaixo demonstra, em números absolutos, a quantidade de extrações realizadas no período de 2003 a 2010 por faixa etária na área de abrangência do PSF “Por amor a São João da Ponte”.

Gráfico 1: Número de extrações por faixa etária de seis a 10 anos



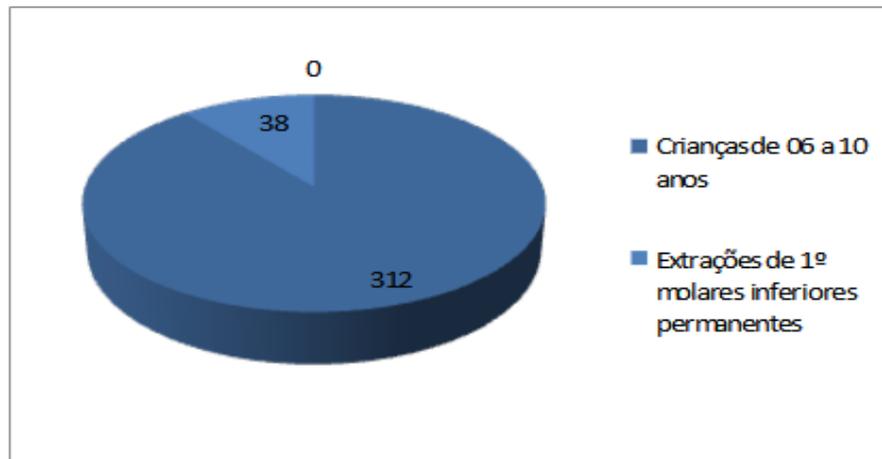
Fonte: Prontuários odontológicos da ESB “Por amor a São João da Ponte”

Ao analisar os dados encontrados (Gráfico 1), observa-se que o maior índice de extrações dentárias se encontra na faixa etária dos 10 anos representando 24,05% das crianças nessa faixa etária que já perderam pelo menos um molar inferior permanente. Somando-se todas as extrações realizadas nas faixas etárias este índice representa 12,17% (Gráfico 2). Achados parecidos com os encontrados por Melo e Cavalcanti (2007) - 21,8%, aos 19,18% encontrados por Coser (2005) e os encontrados por Bauday (2001) citado por Coser *et al.* (2005) que foi de 19,18%; Semelhante também aos 12,96% encontrados por Nicodemo *et al.* (1995).

Não foram encontradas extrações realizadas na faixa de 06 e 07 anos. Na faixa etária de 08 anos, tivemos 9,09% das crianças com perda deste dente e aos 09 anos este índice foi de 22,9% (Gráfico 1). Considerando que a erupção dentária do primeiro molar inferior permanente se dá por volta dos 06 anos, de acordo com Guedes-Pinto (1994), o tempo de permanência deste dente na cavidade bucal das crianças examinadas é de aproximadamente de 02 a 04 anos. Dado este, preocupante e que requer maiores investimento nas ações de promoção e

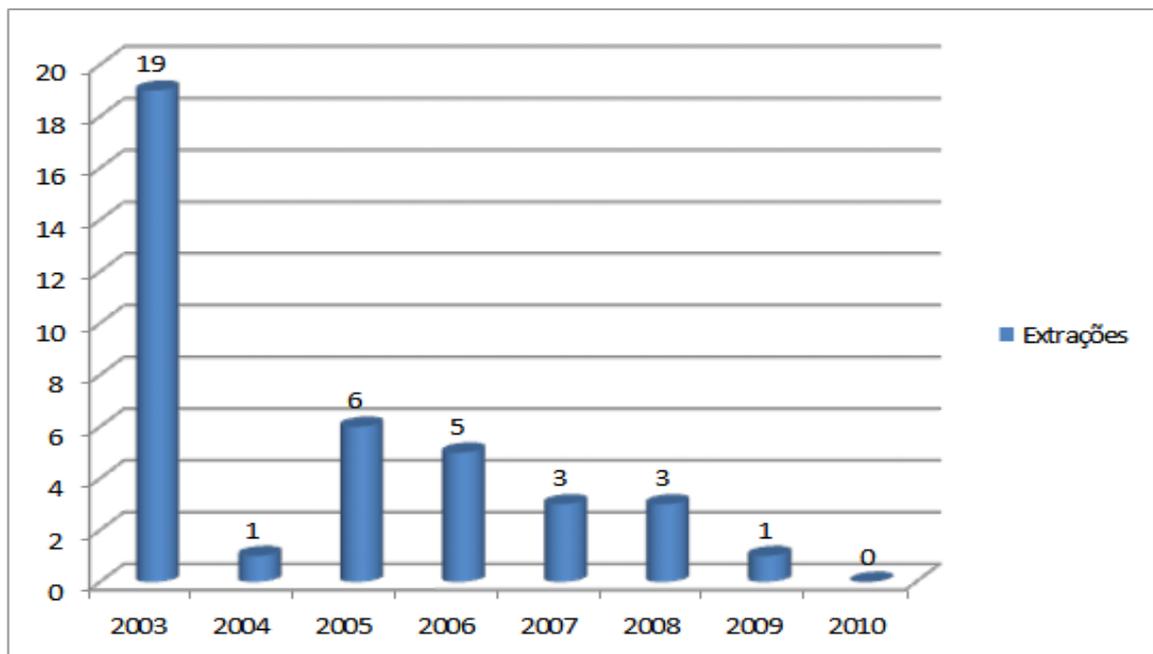
prevenção das doenças bucais, sendo a principal a cárie dentária. Fato este também relatado por Almeida (2004) e Souza (1970).

Gráfico 2: Número de extrações de 1º molar inferior permanente por número de crianças na faixa etária dos 06 aos 10 anos no período de 2003 a 2010



Fonte: Prontuários odontológicos da ESB “Por amor a São João da Ponte”

Gráfico 3: Número de extrações de acordo o ano em que foram realizadas



Fonte: Prontuários odontológicos da ESB “Por amor a São João da Ponte”

Ao observarmos o número de extrações do primeiro molar inferior permanente desde o início da inserção da Equipe de Saúde Bucal, poderemos observar uma diminuição considerável deste procedimento chegando, em 2010, não ter sido realizada nenhuma extração deste elemento dentário. Com isso, podemos identificar que as ações desenvolvidas pela equipe tiveram um resultado positivo na saúde bucal das crianças. Pessoa (2008) e Boareto (2011) confirmam que existem melhorias nos indicadores com a implantação da saúde bucal. Porém, outros estudos podem e devem ser realizados para melhor identificação e conclusão nesse aspecto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os primeiros molares são os primeiros dentes permanentes a irromper no arco e ao ocupar uma posição fisiológica em oclusão, todos os demais dentes articularão de forma correta, desde que não haja discrepâncias no tamanho dos dentes. E, cerca de 25% dos primeiros molares permanentes inferiores se apresentam cariados um ano após a erupção. Após três anos, 50% deles estão cariados e passados seis anos, o mesmo ocorre em mais de 70%.

Entre as consequências da perda prematura do primeiro molar permanente se encontram a alteração da função mastigatória, a continuação da erupção dos dentes antagonistas que facilitam sua extrusão e rotação dos molares adjacentes.

Com base na literatura revista e discutida, relacionada à prevalência de perda precoce dos primeiros molares inferiores permanentes na faixa etária de seis a 10 anos na equipe saúde da família “Por amor a São João da Ponte” no período de 2003 a 2010, pode-se concluir que:

- A implantação do Programa Saúde da Família trouxe mudanças na concepção do processo saúde-doença, investindo em ações que articulam a saúde com condições de vida, incorporando a prática da vigilância em saúde;
- A inserção da ESB na ESF tem como objetivo a diminuição dos índices epidemiológicos odontológicos e ampliar o acesso da população as ações de Saúde Bucal;
- O Primeiro Molar Permanente é o mais importante elemento dentário de transição da dentição decídua para permanente e o principal elemento que compõe a chave de oclusão;
- Existem várias consequências, como na função mastigatória, na harmonia oclusal, quando ocorre perda precoce do Primeiro Molar Permanente;
- A perda precoce do Primeiro Molar Permanente indica ineficácia na promoção e prevenção de doenças bucais como a cárie dentária;

- Vários estudos epidemiológicos indicam o alto índice de extração do primeiro molar permanente e a extração deste dente na mandíbula é maior que a extração na maxila;
- O maior índice de extração do Primeiro Molar Permanente Inferior, encontrado ao serem analisados os prontuários da Equipe de Saúde Bucal “Por amor a São João da Ponte” foi na faixa etária dos 10 anos (24,05%);
- O tempo de permanência do Primeiro Molar Permanente Inferior foi em média de dois a quatro anos;
- Houve uma redução gradativa no número de extrações do Primeiro Molar Permanente Inferior no município de São João da Ponte, indicando melhoria no serviço prestado pela ESF.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, S. M. H. A; PINTO, R. S. **Lesões cariosas, restaurações e extrações por processo carioso de primeiros molares permanentes. Estudo clínico e radiográfico.** São Paulo, 1996. Disponível em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v25n2a16.pdf>. Acesso em: 02/03/2012.
1. ALMEIDA, V. C. *et al.* **Situação dos primeiros molares permanentes na clínica de odontopediatria da universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/artic>. Acesso em: 20/02/2012.
2. BARBOSA, ADRIANA SILVA. **Equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família.** Corinto, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2686.pdf>. Acesso em: 10/03/2012.
3. BOARETO, P. P. **A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF).** Campos Gerais, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2630.pdf>. Acesso em 19/02/2012.
4. BRASIL. IBGE. www.ibge.gov.br. Acesso em 14 de abril de 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Primária – SIAB.** Brasília-DF. Disponível em: www.siab.datasus.gov.br. Acesso em: 10/02/2012.
6. CALDEIRA, PATRICIA D. G. **A inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família.** Montes Claros, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1020.pdf>. Acesso em: 03/03/2012.
7. CAMARGOS, MARIA HELENA L. R. **A organização das ações de saúde bucal no contexto da estratégia saúde da família.** Patos de Minas, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2966.pdf>. Acesso em: 10/03/2012.
8. CATRINCK, QUÉZIA E. M. **A saúde bucal na estratégia saúde da família: avanços e desafios.** Teófilo Otoni, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2702.pdf>. Acesso em: 10/03/2012.
9. COSER, M. C. *et al.* **Frequência de cárie e perda dos primeiros molares permanentes.** Porto Alegre, 2005. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?q=estudo+epidemiologico+de+perda+de+primeiro+molar+permanente&hl=ptR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=dhxdT8CcGIOAgwfDhPChCw&ved=0CBoQgQMwAA. Acesso em: 10/03/2012.
10. FERREIRA, F. N. **Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico.** 6º Ed. São Paulo-SP: Artes Médicas, 2004, p. 84.

11. FERREIRA E FERREIRA, E. *et al.* **Prevalência de cárie de Primeiro Molar em crianças de 06 a 08 anos do projeto Guanabara.** Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude131.pdf>. Acesso em: 10/03/2012.
12. FRANÇA, J. L. *et al.* **Manual para normatização de publicações técnico-científicas.** Belo Horizonte: UFMG, 2009.
13. GARIB, DANIELA G; et all. **Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte II) – fatores ambientais.** São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.jsquad.com.br/dgarib/6.pdf>. Acesso em: 08/04/2012.
14. GONZÁLES, J. M. *et. al.* **Estudio Epidemiológico sobre la Pérdida Prematura del Prime Molar Permanente en Niños con edad Comprendidas entre 6 y10 años.** Acta Odont. Veneza. 2001; Disponível em: http://www.actaodontologica.com/39_2_2001/estudio_epidemiologico_perdida_prematura_primer_molar_permanente.asp. Acesso em: 10/03/2012.
15. GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de Odontopediatria.** 9 ed. São Paulo-SP: Pancast, 1994.
16. ISSAO, M. **“Primeiro Molar Permanente”** In: INTERLANDI, S. **Ortodontia: Bases para iniciação.** 2ª ed. São Paulo: artes Médicas, 1980.
17. LOURENÇÃO, L. G.; SOLER, Z. **Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil.** São José do Rio Preto, 2005. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/06%20ac%20-20id%2038.pdf. Acesso em 20/02/2012.
18. MAGALHÃES, PATRICIA LIMA. **Programa saúde da família: uma estratégia em construção.** Corinto, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>. Acesso em: 11/03/2011.
19. MATOS, PATRICIA. E.S; TOMITA, NILSE E. **A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>. Acesso em 19/02/2012.
20. MELO, F. G. C.; CAVALCANTI, A. L. **Perda precoce dos primeiros molares permanentes em escolares de campina grande PB.** Pernambuco, 2007. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/594/410>. Acesso em: 15/02/2012.
21. MOREIRA, E. H. L. B. **Estudo epidemiológico da cárie dental em uma população rural infantil sem assistência odontológica.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://www.dentalcosmetica.odo.br/conteudo/Tese_de_Mestrado_Dr._Eduardo_Lo'Buono.PDF. Acesso em: 10/04/2012.
22. NICODEMO, R. A. *et al.* **Prevalência de perdas dos primeiros molares permanentes entre estudantes da faculdade de odontologia de São José dos Campos.** São Paulo, 1985. Disponível em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v14nua15.pdf> . Acesso em 15/04/2012.

23. NORMANDO, ANTONIO D.C. **Análise radiográfica das alterações dentoalveolares decorrentes da perda unilateral do primeiro molar permanente inferior.** São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23138/tde-04112003-100645/pt-br.php>. Acesso em 09/04/2012.
24. NORMANDO, D. *et al.* A influência da perda bilateral do primeiro molar inferior permanente na morfologia dentofacial – um estudo cefalométrico. **Dental Press J Orthod**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n6/v15n6a13.pdf>. Acesso em: 10/02/2012.
25. OLIVEIRA M.M; *et al.* **Avaliação do índice de CPO-D em molares permanentes de escolares da rede pública de Poços de Caldas – MG relacionadas à prevenção precoce.** Alfenas, 1999. Disponível em: http://www.unifenas.br/pesquisa/download/ArtigosRev1_99/pag43-46.pdf. Acesso em: 19/02/2012.
26. PESSOA, L. A. **A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no PSF e a construção da Política Nacional de Saúde Bucal – um breve histórico.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD63. Acesso em:15/02/2012.
27. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: www.saude.gov.br-legislacao. Acesso em 02/03/2012.
28. RABELLO, CAMILA Z. **Uma reflexão sobre a atenção básica no sistema único de saúde.** Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3097.pdf>. Acesso em: 11/03/2012.
29. RESENDE, LEYLA. **Prevenção e promoção em saúde: A saúde bucal além da clínica.** Formiga, 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2011.
30. SCHMIDT, GISELE F. **Perda precoce do primeiro molar permanente.** Florianópolis, 2011. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Espodonto206204.PDF>. Acesso em: 02/03/2012.
31. SCONTRE, RENATA DE FÁTIMA. A importância do primeiro molar permanente e as consequências de sua perda. Piracicaba, 2005. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000788131&opt=1>. Acesso em 13/04/2012.
32. SIVA, FABIANE G. S. **A atenção básica como eixo estruturador de um novo modelo de atenção: avanços e desafios.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2740.pdf>. Acesso em 11/03/2012.
33. SOUZA, J. M. P. **Atendimento dentário de crianças de oito a doze anos de idade, nos grupos escolares estaduais da capital de São Paulo.** São Paulo, 1970. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v4n1/10.pdf>. Acesso em: 11/03/2012.

34. TAKARA, ELLIO. **A importância do primeiro molar permanente no desenvolvimento da oclusão.** Piracicaba, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000788442&opt=4>. Acesso em 12/04/2012.
35. VIEIRA, MARIA R. C. **Levantamento da perda de dentes permanentes no ano de 2009 no município de Aricanduva – MG, na faixa etária dos 08 aos 69 anos.** Aricanduva, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3074.pdf>. Acesso em: 08/04/2012.