

LEYLA RESENDE

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE:  
A SAÚDE BUCAL ALÉM DA CLÍNICA**

FORMIGA

DEZEMBRO/2011

LEYLA RESENDE

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE:  
A SAÚDE BUCAL ALÉM DA CLÍNICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON), no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

FORMIGA

DEZEMBRO/2011

LEYLA RESENDE

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE:  
A SAÚDE BUCAL ALÉM DA CLÍNICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON), no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**Banca Examinadora**

---

---

---

**Aprovada em Belo Horizonte** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DEZEMBRO/2011

Dedico este trabalho ao meu amado Pai,  
Orlando Ferreira de Resende (*in memoriam*),  
pelo amor incondicional sempre.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço primeiramente à Deus pela superação,  
aos meus filhos pela compreensão nos momentos de ausência, à todos que de  
alguma forma colaboraram e ao meu tutor e orientador Bruno Leonardo de  
Castro Sena pelo incentivo e aprendizado.

“Há uma especial providência na queda de um pardal.  
Se há de ser agora, não será depois; se não for depois,  
há de ser agora; se não for agora, há de ser todavia. Estar  
pronto é tudo. Uma vez que ninguém sabe o que virá, que  
importa que seja logo? Assim seja!”

**“Hamlet” de William Shakespeare**

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo a família como foco propõe um conceito ampliado do processo saúde/doença e promove intervenções que vão além das práticas curativas. A compreensão do processo saúde/doença vai além da biologia humana ou de um simples problema no corpo. Este processo encontra-se ligado a fenômenos históricos, determinados, em um certo local e momento relacionado à qualidade de vida das pessoas na comunidade. Considerando a importância da Estratégia Saúde da Família, este trabalho buscou, através de uma revisão de literatura, conhecer os fatores associados à cárie, ajudando a organizar programas para controle da progressão da referida doença que culminam com a perda do primeiro molar permanente. Além dos fatores sociais, a perda de dentes, de um modo geral, afeta funcionalmente o sistema estomatognático e a oclusão do paciente, levando a uma série de complicações que podem ser evitadas. Concluiu-se que a prática da Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica extrapola, e muito, os limites da boca, o que exige, em sua composição, ações que integrem diferentes áreas de conhecimento (enfoque interdisciplinar e multiprofissional).

**Palavras-Chave:** Estratégia Saúde da Família. Perda precoce de molares permanentes.

## **ABSTRACT**

The ESF, has focused on the family, proposes a enlarged concept of health/disease process and promotes interventions that go beyond healing practices. The understanding of health/disease process goes beyond human biology or a simple problem in the body. This process is linked to historical phenomena, determined in a certain location and moment connected to the quality of life of people in the community. Considering the importance of ESF, this study searched, trough a review of the literature know the factors associated to the caries, helping to organize programs to control of disease progression that get with the loss of the first permanent molar. For in addition to social factors, the loss of teeth, in general, affects, functionally, the stomatognathic system and occlusion of the patient, leading to a series of complications that can be avoided. It concluded that the practice of Oral Health Teams in Basic Attention extrapolates, and it's very much, the limits of the mouth, which requires, in its composition, actions that integrate different areas of knowledge (focus interdisciplinary and multiprofessional).

**Key words:** Family Health Strategy. Early loss of permanent molars.



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ABS -</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ACD-</b>	Auxiliar Consultório Dentário
<b>ACS-</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ATM-</b>	Articulação Têmpera-Mandibular
<b>AVC-</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>BVSMS-</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CD-</b>	Cirurgião Dentista
<b>CPOD-</b>	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
<b>DATASUS-</b>	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde do Brasil
<b>DIA-</b>	Diabetes Mellitus
<b>ESB-</b>	Equipe Saúde Bucal
<b>ESF-</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HAS-</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIV-</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>ICC-</b>	Insuficiência Cardíaca Congestiva
<b>LILACS-</b>	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>PIA-</b>	Programa Inversão da Atenção
<b>PS-</b>	Pronto Socorro
<b>PSF -</b>	Programa Saúde da Família
<b>SCIELO-</b>	Coleção de Revistas e Artigos Científicos
<b>SESP-</b>	Serviço Especial de Saúde Pública
<b>SIAB-</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS -</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TBC-</b>	Tuberculose
<b>THD-</b>	Técnico em Higiene Dental
<b>UBS-</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>US-</b>	Ultrassom

# SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	Pág. 10
<b>2 - JUSTIFICATIVA</b> .....	Pág. 13
<b>3 - OBJETIVOS</b> .....	Pág. 14
3.1 - Objetivo Geral .....	Pág. 14
3.2 - Objetivo Específico .....	Pág. 14
<b>4 - METODOLOGIA</b> .....	Pág. 15
<b>5 - REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	Pág. 16
5.1 - Qualidade de Vida na Estratégia Saúde da Família.....	Pág. 16
5.2 - A Promoção de Saúde Bucal dentro do PSF.....	Pág. 18
5.3 - Implicações Ortodônticas da perda precoce dos molares decíduos e dos primeiros molares permanentes para a oclusão.....	Pág. 22
<b>6 - DISCUSSÃO</b> .....	Pág. 27
<b>7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	Pág. 30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	Pág. 33

## 1 - INTRODUÇÃO

Segundo Faria *et al.* (2008), o Ministério da Saúde adotou em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de reorganização da Atenção Básica a Saúde (ABS) que seria o primeiro nível de atenção à saúde do indivíduo, relatando que seria: “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

A estratégia de ABS deve priorizar e valorizar as ações de promoção de saúde. As ações do PSF (Programa Saúde da Família) devem estar focadas nos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), no qual destacam-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade (BRASIL, 2007).

A ESF (Estratégia Saúde da Família) tendo a família como foco propõe um conceito ampliado do processo saúde/doença e promove intervenções que vão além das práticas curativas. A compreensão do processo saúde/doença vai além da biologia humana ou de um simples problema no corpo. Este processo encontra-se ligado a fenômenos históricos determinados, em um certo local e momento relacionados à qualidade de vida das pessoas na comunidade.

O objetivo geral deste estudo foi obter conhecimentos para elaborar programas de controle da cárie dentária visando reduzir a perda precoce do primeiro molar permanente. Pois além dos fatores sociais, a perda de dentes, de um modo geral, afeta funcionalmente o sistema estomatognático e a oclusão do paciente, levando a uma série de complicações que podem ser evitadas.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família apresentou em um de seus módulos, a importância da Saúde Bucal como parte fundamental na construção do SUS. Momento em que os serviços de Saúde Bucal necessitam se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Para que ocorra esta transformação é necessário

romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade.

Foi muito importante o estudo desse módulo, trouxe informações sobre a evolução histórica das políticas de saúde bucal no Brasil e dos principais modelos de atenção. Noções sobre planejamento local e a importância de se conhecer o território em que se trabalha, onde acontece a vida das pessoas e são estabelecidas as relações entre estas e destas com as instituições existentes (culturais, religiosas, políticas, econômicas, entre outras). O emprego da epidemiologia e da construção de um sistema de informação, como instrumentos fundamentais para o conhecimento e o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população. E também um processo de trabalho integrado, em equipe, a consolidar-se na estratégia das linhas do cuidado.

A inserção da Saúde Bucal no SUS durante muitos anos deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa situação vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da união de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde e para a revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida.

As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar.

A definição do campo da prática das Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica extrapola, e muito, os limites da boca, o que exige na composição que suas ações integrem diferentes áreas de conhecimento. São ações que devem integrar a prática das Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica.

Resultados de últimos levantamentos epidemiológicos nacionais de 2003 e de 2010 indicam que a perda precoce de elementos dentais é grave e o edentulismo se constitui, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública.

Para a prevenção desse agravo em saúde bucal recomenda-se a mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos, buscando a

incorporação e a universalização das tecnologias preventivas das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) que causam a perda de dentes e de procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais, por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Considerando a importância da Estratégia Saúde da Família, este trabalho busca através de uma revisão de literatura, investigar como tem sido a atuação do cirurgião dentista neste contexto, em se tratando de cárie em pacientes com perda precoce de molares permanentes.

## **2 - JUSTIFICATIVA**

A perda precoce de molares permanentes é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços e o modelo assistencial predominante de prática mutiladora, aliados às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada.

Para diminuir o grande contingente de dentes perdidos por sequelas da cárie e doença periodontal na população brasileira, faz-se necessário a organização e qualificação dos serviços odontológicos realizados na Atenção Básica.

### **3 - OBJETIVOS**

#### **3.1 - Objetivo Geral**

Obter conhecimentos para elaborar programas de controle da cárie dentária visando reduzir a perda precoce do primeiro molar permanente.

#### **3.2 - Objetivo Específico**

Conhecer estudos de práticas exitosas de promoção de saúde e prevenção, que tenham contribuições para minorar perdas dentárias de primeiro molares permanentes. Fazendo assim, aumentar a eficácia no atendimento odontológico e uma melhor interação entre a Equipe de Saúde Bucal e a Equipe de Saúde da Família.

## 4 - METODOLOGIA

O trabalho de conclusão de curso é uma atividade científica de sistematização e aprofundamento do conhecimento sobre um objeto de estudo ou problema relacionado a um determinado curso. Por isso, este trabalho adotou a modalidade de revisão bibliográfica para conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o tema proposto, possibilitando uma melhor compreensão do mesmo e contribuindo para a inserção efetiva do CD (Cirurgião Dentista) na Estratégia Saúde da Família, principalmente na prevenção e promoção em saúde.

Realizou-se uma revisão bibliográfica sobre estudos publicados a respeito da saúde bucal dentro da ESF, proporcionando possibilidades de conclusões gerais a respeito do tema proposto. Foram utilizadas, para sua busca, as palavras chaves: Estratégia Saúde da Família, Prevenção, Promoção de Saúde e Perda Precoce de Molares Permanentes.

Foram selecionados estudos nacionais e internacionais publicados entre os anos de 1986 a 2011. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em saúde (BVSMS), Coleção de revistas e artigos científicos (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Portal Saúde. Foi feita leitura cuidadosa dos artigos selecionados e elaborados resumos, com o objetivo de ordenar de forma clara e sistematizada os achados mais relevantes de cada trabalho para posterior análise, levando em conta seu valor teórico e sua importância científica.



## 5 - REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 - Qualidade de vida na Estratégia Saúde da Família

A constituição de 1988 transformou a saúde num direito de toda cidadã e a tornou responsabilidade do Estado. E assim, o Ministério da Saúde em 1994 criou o Programa Saúde da Família (atualmente transformado em Estratégia de Saúde da Família) como forma de reorganização da atenção primária à saúde no Brasil (SENNÁ, 2002).

O Ministério da Saúde (2000, 2003) a partir das Portarias nº 1.444 e nº 673, definiu a inclusão da ESB como parte do PSF; criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão da ESB (Equipe de Saúde Bucal) nas equipes de PSF, com o objetivo de organizar a atenção básica odontológica no âmbito municipal, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção quanto na recuperação e manutenção da saúde bucal. Visou também buscar a melhoria do perfil odontológico da população e, por consequência, sua qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2004).

A inserção da ESB no PSF veio impactar, positivamente, os indicadores de saúde bucal da população brasileira dentro da atenção primária em saúde. Proporcionando oportunidades para que os profissionais inseridos na ESB atuem em equipe de modo interdisciplinar e multiprofissional é outra ação detectada. A realidade desta proposta traz diversas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde bucal para realizar e alcançar o proposto pela ESF. No entanto, a introdução da ESF é capaz de fortalecer a equidade em saúde, pois através dessa é possível a superação das desigualdades sociais e em saúde, nos diferentes contextos, conforme a realidade local (FRANCO; MERHY, 1999 *apud* BRASIL, 2000).

Para efetivação do SUS é necessário o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família entendendo-a como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. É fundamental a garantia do acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, assegurando a integralidade da atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal vem promovendo uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Com a inserção da Odontologia no PSF e a implantação do Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde, surge uma nova perspectiva de melhorar a situação de saúde bucal da população brasileira, onde se espera benefícios por meio de ações preventivas e de reabilitação bucal (BRASIL, 2007).

Saintrain e Vieira (2008) asseveram que a equipe de saúde necessita estabelecer objetivos humanísticos, elevando a qualidade de vida e valorizando os potenciais de capacidade de cada indivíduo. A equipe de saúde obtém dados epidemiológicos que servem de subsídios para o desenvolvimento de programas direcionados à cada população. Para isso, torna-se indispensável para a formação profissional o fato de que o saber odontológico ou de cada especialidade seja enriquecido de conhecimentos. Dessa forma, a importância da ação interdisciplinar, se agrega aos mais diversos tipos de conhecimentos fragmentadas em prol de uma atenção compartilhada pela qual transcederão os limites multidisciplinares. Camacho (2002), na mesma linha de pensamento, afirma que a contribuição da interdisciplinaridade representa não apenas a eliminação de barreiras profissionais entre as disciplinas, mas também, a reflexão entre as pessoas na busca de opções possibilitando uma prática organizacional na qual são levados em consideração saberes, atitudes e valores.

De acordo com o paradigma da promoção da saúde, vários são os fatores que interferem na saúde ou na doença do indivíduo, a saber: o biológico, o estilo de vida (hábitos, sociedade a que pertence), o ambiente (econômico, social e cultural) e o acesso a serviços de qualidade. Uma dieta cariogênica ou escovação inadequada não são fatores suficientes para definir a doença da cárie. O estilo de vida, padrões comportamentais individuais e coletivos, o acesso aos serviços e o ambiente são fatores que influenciam a manifestação patológica. Mesmo a renda e a educação surgem como

determinantes da saúde. O nível de educação pode definir a satisfação/insatisfação estética e funcional e afeta a consciência no controle do comportamento e das escolhas capazes de influenciar na saúde (PALMIER, 2008).

A boca está ligada fundamentalmente ao processo de socialização. Através da boca nos relacionamos com as pessoas e com o mundo, utilizando a fala, a aparência, o prazer do gosto dos alimentos e o sorriso (MINAS GERAIS, 2007).

Os problemas bucais podem causar dor, infecção, dificuldade em falar e mastigar, limites na alimentação, ausência da escola e aparência ruim, problemas esses que podem influenciar na saúde geral, nos estudos, no trabalho, na vida social e na qualidade de vida. A falta de acesso aos meios para manter a saúde bucal pode significar um processo de exclusão social (MINAS GERAIS, 2007).

O enfoque da saúde deveria ser 'de dentro para fora' do ser humano, em que o que mais conta é o subjetivismo do indivíduo, sua vontade. Com isso pode-se dizer que: "a saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade" (PALMIER, 2008).

## **5.2 - A Promoção de Saúde Bucal dentro do PSF**

A promoção da saúde se apresenta como um novo paradigma para a saúde, constituindo a corrente dominante entre as autoridades mundiais no assunto, baseada na constatação de que o modelo de atenção na saúde assistencialista e curativista não trabalha com os determinantes do processo saúde/doença e, portanto, não resolve os problemas de saúde (BRASIL, 1996).

Desde 1986, quando se realizou em Ottawa, Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde uma certeza começou a se firmar entre tantos quantos militam no campo da saúde: a de que a promoção da saúde poderia ser um paradigma mais potente para o enfrentamento dos enormes problemas de saúde e efetiva na reorientação dos sistemas de saúde, em especial, nos países em desenvolvimento (BRASIL, 1996).

Na carta de Ottawa conceitua-se a promoção de saúde “como o processo da capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. E acrescenta-se que “para atingir um estado de bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (BRASIL, 1996).

No Brasil (2006), a declaração de Adelaide (Austrália), ocorrida em 1988, embasou o enfoque do primeiro campo de ação, o das “Políticas Públicas Saudáveis”, sinalizando as quatro áreas/ações seguintes como prioridades:

- a) apoio à saúde da mulher;
- b) alimentação e nutrição;
- c) tabaco e álcool;
- d) criação de ambientes favoráveis.

Em 1991, em Sundsvall, Suécia, realizou-se a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Ela abordou a criação de “ambientes favoráveis à saúde”, dizendo que ambientes e saúde “são interdependentes e inseparáveis” e que atingir “estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais” (BRASIL, 1996).

Em 1992, realizou-se em Santa Fé de Bogotá, Colômbia, a Conferência Internacional que inseriu no âmbito da América Latina o tema da Promoção da Saúde, abordando, em especial, os problemas da saúde latino-americanos, reiterando “a necessidade de opção por novas alternativas nas ações de saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e da pobreza, ao que se superpõe o quadro causado pelas enfermidades da urbanização e da industrialização” (BRASIL, 1996).

Promoção de Saúde é o processo através do qual o indivíduo é transformado, e através disso, é capaz de proporcionar o controle de sua saúde com conseqüente melhoramento dela (FARIA, 2008). O indivíduo adquire saúde quando ele consegue satisfazer suas necessidades fisiológicas, e de autoestima, de segurança e reconhecimento social quando ele consegue

transformar e conviver com o ambiente. Saúde não é meramente a ausência de doença.

No setor de saúde a participação de todos os atores sociais é essencial para a promoção da saúde, uma vez que é necessário transformar o indivíduo e incentivá-lo a mudar de vida. É preciso quebrar paradigmas; o trabalho intersetorial também é importante.

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle sobre sua própria saúde”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

A Estratégia Saúde da Família veio para amparar, pois suas ações tem como metas: promover saúde, prevenir, tratar e reabilitar (FARIA, 2008). A ESF veio priorizando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em suas décadas de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido palco de um intenso debate sobre a adoção de modelos assistenciais que reorientem a atenção à saúde no Brasil. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde a partir de novas bases, trabalhando com os princípios de territorialização, vínculo, integralidade na assistência, trabalho multidisciplinar, ênfase na promoção da saúde, estímulo à participação da comunidade, dentre outros.

Ritter, Fontanive e Warmling (2004) ressaltaram que não se pode esquecer que uma boa saúde bucal proporciona, entre outras questões, a sensação de bem-estar físico, psíquico, social e autoestima positiva. Ao eliminar problemas orofaciais, melhora a mastigação, facilita a ingestão/digestão de alimentos e comunicação (sorrir, falar) e diminui o número de doenças vinculadas ao processo de saúde, da doença e do cuidado de forma indivisível e indissociada do indivíduo.

Daí a necessidade da equipe de saúde estabelecer objetivos humanísticos, elevando a qualidade de vida e valorizando os potenciais de capacidade de cada indivíduo; intervenções específicas, respeitando hábitos, crenças e conquistas para mudar atitudes; e círculos de saber compartilhado e desfragmentação, visualizando o conjunto das disciplinas agrupadas,

textualizando a confrontação de visões plurais na observação da realidade (SAINTRAIN; VIEIRA, 2008).

Apesar dos determinantes das doenças bucais serem bem conhecidos e de existirem métodos efetivos para sua prevenção, as doenças bucais são consideradas importantes problemas de saúde pública devido à sua prevalência e impacto nos indivíduos e na sociedade (MINAS GERAIS, 2007).

Os resultados dos levantamentos epidemiológicos apontam para uma tendência ao controle da cárie dentária e doença periodontal em escolares, mas ainda com necessidade de atenção ao grupo restante da população, que se apresenta com grande demanda por ações integrais de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (MINAS GERAIS, 2007).

A ESF gera condições para a formação de uma rede integral de atenção em saúde bucal, fornecendo orientações e instrumentos para a organização a partir dos princípios do SUS, de Promoção à Saúde e da Atenção Primária, e dentro de um modelo não centrado apenas na assistência à doença, mas principalmente, na promoção de saúde e intervenção nos fatores que a colocam em risco (MINAS GERAIS, 2007).

Respeitando os principais objetivos do SUS deve-se levar em conta e aumentar o acesso da população à atenção em saúde bucal, reduzindo as inequidades. Incentivar o atendimento planejado e não baseado apenas na demanda espontânea, transformando o perfil do atendimento de ações centradas nos casos agudos para ações centradas no acompanhamento e no cuidado. Universalizar os procedimentos de promoção à saúde e prevenção, principalmente a fluoretação da água de abastecimento, as ações educativas e a escovação com dentífrico fluoretado. Orientar dentro do princípio da equidade, em caso de necessidade de priorização de atendimento, seja feita a priorização de acordo com critérios de risco ou necessidade, ou seja, priorizando os usuários mais necessitados (MINAS GERAIS, 2007).

Ainda dentro deste contexto de mudança de perfil de atendimento dentro do SUS, deve-se incentivar os procedimentos preventivos e conservadores em relação aos procedimentos mutiladores, incentivando também o diagnóstico precoce de modo a se deter a progressão da doença e adequar ao uso de protocolos de abordagem para as principais doenças bucais, baseados em evidências científicas (MINAS GERAIS, 2007).

### **5.3 - Implicações Ortodônticas da perda precoce dos molares decíduos e dos primeiros molares permanentes para a oclusão**

Apesar da significativa redução da cárie dental nas populações em geral, a cárie de estabelecimento precoce na infância ainda desperta preocupação, já que representa importante indicador da situação de saúde bucal na primeira infância (KNUPP, 2005). O que contribui para o aumento do risco e progressão da doença em idades subsequentes (VOLSCHAN, 2001; SOBRAL, 2003 *apud* KNUPP, 2005).

A Odontologia atual vem desenvolvendo, ao longo do tempo, novos conceitos de atenção precoce e manutenção da saúde, fundamentados no princípio da integralidade, capaz de transformar o cotidiano de suas práticas e a gestão do cuidado em saúde bucal. Entretanto, é notória a importância da figura materna no ato de cuidar. Entretanto, os profissionais de saúde bucal ainda se deparam com crianças, na mais tenra idade, com inúmeras necessidades odontológicas, em virtude das manifestações clínicas dessa doença, como dor e lesões cavitadas, que muitas vezes passam despercebidas pelos que lidam com a criança (KNUPP, 2005).

A abordagem precoce prioriza aspectos educativos e preventivos, como a orientação em relação à amamentação, formação de hábitos viciosos e a importância dos pais na promoção da saúde bucal de seus filhos (KNUPP, 2005; MOYERS, 1991).

O modelo de promoção da saúde busca, na etiologia das doenças bucais, os meios de evitá-las. Para isso, é necessário estabelecer hábitos saudáveis na criança, o mais precocemente possível, para que os efeitos deletérios das doenças bucais sejam contidos (KNUPP, 2005; SILVA, 2002).

Com base nos estudos de Tiveron *et al.* (2004) citado por Knupp (2005) os programas educação em saúde tem concentrado seus esforços no sentido de modificar o comportamento da criança na fase escolar, quando, teoricamente, ela estaria apta a receber novos conhecimentos.

O estabelecimento da prática diária de hábitos, inclusive os que geram saúde, depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar, pois a célula mater da sociedade é a família, assim como a primeira unidade funcional de saúde e o primeiro modelo educacional. Logo, os padrões de

comportamento aprendidos na primeira infância são os que permanecem fixados mais profundamente e são os mais resistentes a mudanças (KNUPP, 2005).

A falta de cuidado pode ser traduzida como a inadequada higiene bucal, que, segundo Skaret *et al.* (2001) citado por Knupp (2005), é considerada como o principal fator de risco para o desenvolvimento da cárie dental, principalmente na primeira infância. Por essa razão, Magalhães *et al.* (2005) citado por Knupp e Souza (2005) ressaltam a importância da capacitação das mães no manejo das práticas do cuidado com seus filhos.

A saúde bucal infantil, seguramente, está na dependência direta dos cuidados da mãe, decorrentes do seu conhecimento, das suas percepções, dos seus valores e crenças, assim como relação com a sua própria saúde bucal (KNUPP, 2005).

Desde a vida intra-uterina, fatores genéticos ou ambientais podem interferir no desenvolvimento normal da oclusão. Entre os incontáveis fatores etiológicos de uma maloclusão estão as perdas precoces dos dentes. O trauma e as doenças periodontais influenciam consideravelmente na ocorrência das perdas dentárias, mas é a cárie dentária que continua a ser a principal vilã do alto índice dessas perdas. Portanto, a manutenção da higiene da dentição decídua concorre para o desenvolvimento normal da oclusão na dentição permanente, sendo um excelente “mantenedor de espaço” natural (SILVA; CARDOSO, 1999).

A ocorrência da perda precoce de dentes decíduos ou permanentes nos estudos de levantamentos epidemiológicos é definida como um dos tipos morfológicos mais frequentes de maloclusão (BRANDÃO *et al.*, 1997; SILVA *et al.*, 1989) tornando-se, então, um fato de evidente preocupação quanto à etiologia da maloclusão.

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 (KHOURI, 2008).

Propõem-se ressaltar a importância do primeiro molar permanente no estabelecimento e manutenção da integridade da oclusão, bem como expor a importância da manutenção dos molares decíduos até a esfoliação das raízes e estabelecer manobras terapêuticas e preventivas para a preservação e prevenção de cáries no período eruptivo e pós-eruptivo dos primeiros molares permanentes (KHOURI, 2008; GONZÁLES *et al.*, 2001).

A saúde bucal engloba um conceito amplo no qual a prevenção da cárie dental, dos problemas resultantes de traumas dentais, perdas precoces e problemas periodontais, são aspectos essenciais. Além disso, é necessário o cuidado no crescimento harmônico da face (maxila e mandíbula), da correta erupção e implantação dos dentes nas bases ósseas e orientação de uma oclusão balanceada (KURT, 2002). 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 Wilson e modificações na ATM (GUEDES-PINTO, 1994; LINO, 1990).

Para que haja acomodação dos molares permanentes no arco, há necessidade do crescimento nas bases ósseas nos planos anteroposteriores, 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 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).

Lino (1990) preconiza que o profissional deve recorrer a todos os recursos necessários para preservar os molares decíduos (pulpotomia, pulpectomia, restaurações, coroas metálicas, entre outros) até a sua época normal de esfoliação, pois o melhor mantenedor de espaço é o próprio dente. Pois de acordo com Jerkin (1998), a perda precoce de dentes decíduos acarreta problemas de redução do perímetro do arco dentário, aumentando as chances para o estabelecimento de más oclusões na dentição permanente e, devido a essa perda, os primeiros molares permanentes, ao irromperem ectopicamente, podem causar reabsorção da raiz distal do segundo molar decíduo e a perda prematura deste dente.

Assim qualquer medida profilática contra a cárie será uma conduta ortodôntica preventiva e o profissional deve proceder modificando os hábitos, orientando a dieta e higiene e realizando os procedimentos preventivos de aplicação de flúor e selantes (LINO, 1990).

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, repleta de fósulas 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.

Esses resultados mostram o início do problema que é verificado na prática clínica de adultos, onde grande parte dos pacientes apresentam cáries extensas e até ausência de um ou mais molares. Se a cárie não for tratada ou não houver prevenção adequada (flúor, selantes, educação em higiene) no período de erupção, certamente, o processo carioso evoluirá para a polpa, o que gerará desconforto e, conseqüentemente, trauma para a criança devido o tratamento ser bem mais agressivo (ISSÃO, 1980).

Gonzáles *et al.* (2001) afirma 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, após a revisão de literatura a esse respeito, conclui-se que a utilização de todos os recursos disponíveis em odontopediatria clínica é de extrema importância para a manutenção dos molares decíduos até a completa esfoliação de suas raízes, pois é importante para o estabelecimento da oclusão que, ao erupcionar, o primeiro molar esteja corretamente posicionado. É necessária a utilização de métodos preventivos para auxiliar na redução do índice de CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) dos primeiros molares permanentes e, para isso, é imprescindível que haja um programa para educação em saúde oral para os pais, para que eles possam tomar conhecimento sobre o período de erupção dos dentes permanentes desde os neonatais até os terceiros molares e a importância das três dentições, para que assim, eles possam incentivar seus filhos em relação à higiene oral (KHOURI, 2008).

## 6 - DISCUSSÃO

Uma das causas mais comuns da má oclusão é a perda precoce de dentes. Estudo realizado na cidade de Natal por Costa (1988) citado por Silva e Cardoso (1999) confirma o potencial nocivo das perdas dentárias na manifestação da má oclusão. Além disso, os referidos autores afirmam que é provável que as perdas dentárias levem a um aumento da frequência de outras formas de má oclusão (sobremordida exagerada, diastemas, mordida cruzada posterior, etc). Ainda de acordo com os autores acima, esse dado aumenta a necessidade de estudos epidemiológicos no último estágio do desenvolvimento dentário, ou seja, a dentição permanente, visto ser essa a dentição definitiva e, portanto, a fase mais longa do desenvolvimento oclusal, cuja capacidade de se manter normal será consequência do que ocorreu nas dentições decíduas e mistas e na manutenção da higiene dos dentes permanentes. Elucidando que as consequências da perda precoce mais discutidas na literatura estão a mesialização do dente vizinho (MOYERS *et al.*, 1991; NAOHIKO *et al.*, 1993; COUGHI, 1998; BARBER, 1992), apinhamentos (HOLFEDING *et al.*, 1998; LUDSTROM, 1995) distúrbios na fala (SNOW, 1991; REIKAM; ELBRAWY, 1995), estética (PINKHAN, 1995), hábitos bucais deletérios (VAN DER LINDEN, 1996; DILLEY, 1990) extrusão do dente antagonista (HORST-SHUMACHER, 1996), desvio da linha média (OWEN, 1991).

Gonzáles *et al.* (2001) afirmam que dentro das 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. Silva (2002) por outro lado, afirmou que quando um molar decíduo é extraído precocemente, os dentes em posição mesial e distal a ele tendem a migrar para o espaço anodôntico. Essa migração poderá ser mais severa se houver perda precoce do segundo molar decíduo previamente a erupção do primeiro molar permanente. Em casos de perdas múltiplas de molares decíduos, pode acontecer mordida cruzada na região do primeiro molar permanente e migração mesial dos dentes permanentes com diminuição do comprimento do arco. Silva (2002) ainda afirmou que a manutenção do espaço nas fases de dentição decídua e mista é uma atividade de grande importância na prevenção da perda do comprimento

do arco e do espaço presente para a erupção dos dentes permanentes e consequentemente da instalação de maloclusões. Fatores como a idade, o dente perdido, a relação molar e a sequência de erupção devem ser analisados para verificar a necessidade da manutenção do espaço frente a uma situação de perda precoce, uma vez que o padrão da perda de espaço é variável de um indivíduo para outro. Dentre as principais maloclusões na dentição permanente associados à perda de espaço nas dentições decídua e mista estão o apinhamento dental anterior, a erupção ectópica, a impactação dentária, as mordidas cruzadas, a sobremordida e sobressaliência excessivas, o desvio da linha mediana e a relação molar incorreta.

Lino (1994) preconiza que o profissional deve recorrer a todos os recursos necessários para preservar os molares decíduos (pulpotomia, pulpectomia, restaurações, coroas metálicas, entre outros) até a sua época normal de esfoliação, pois o melhor mantenedor de espaço é o próprio dente. Pois de acordo com Barber (1992), a perda precoce de dentes decíduos acarreta problemas de redução do perímetro do arco dentário, aumentando as chances para o estabelecimento de más oclusões na dentição permanente e, devido a essa perda, os primeiros molares permanentes, ao irromperem ectopicamente, podem causar reabsorção da raiz distal do segundo molar decíduo e a perda prematura deste dente. Problemas de falta de espaço são comuns no período da dentição mista. Entre os fatores etiológicos os mais relevantes estão a doença cárie e a perda precoce de dentes decíduos que geram, entre outras consequências, falta de espaço para erupção dos dentes permanentes (MOYERS, 1991; GRABER, 1996).

Estudos epidemiológicos têm referido uma marcante redução na prevalência de cárie dentária. Entretanto, a polarização da doença em indivíduos ou grupos com alta frequência e severidade reflete as desigualdades sociais e econômicas de nossa sociedade e demonstra como a cárie dentária continua sendo um importante desafio para a saúde pública. Estudos têm sido realizados procurando estabelecer possíveis fatores de risco à doença para dirigir estratégias preventivas que apresentem uma boa relação custo benefício (MOREIRA *et al.*, 2005; PALMIER *et al.*, 2008).

Especialmente no início da idade escolar, a definição de fatores que indiquem maior probabilidade de doença cárie torna-se fundamental, uma vez

que pode favorecer o direcionamento de medidas preventivas que impeçam a instalação da doença na dentição permanente. A utilização de informações isoladas como hábitos dietéticos e higiene bucal não tem apresentado sensibilidade e especificidade suficientes para uma definição confiável do risco à cárie (KRAMER; FELDENS; ROMANO, 2000). Por outro lado, a literatura aponta para uma associação entre a presença e o número de lesões de cárie na dentição decídua e mista e maior experiência de doença na dentição permanente (PERETZ *et al.*, 2003; MOURA; MOURA; TOLEDO, 2007). Entretanto alguns autores não verificaram tal associação, ao menos de forma significativa, além de serem raros estudos a este respeito com crianças brasileiras (SILVA, 2002).

De maneira geral, a precisão ainda insuficiente de modelos avaliados tem determinado sua pouca utilização em saúde pública e na clínica privada (MOREIRA *et al.*, 2005). O incremento significativo do número de primeiros molares permanentes cariados ou restaurados no início da dentição mista confirma estudos anteriores em crianças brasileiras (MAGALHÃES; NEVES, 1993) e indica que, se não forem instituídas medidas preventivas antes ou na época de sua erupção, os primeiros molares permanentes serão afetados pela doença, com todas as repercussões que isto representa.

## 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resultados de últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (1986, 1996, 2003 e 2010) indicam que a perda precoce de elementos dentais é grave e o edentulismo se constitui, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública. Para a prevenção desse agravo em saúde bucal recomenda-se a mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos, buscando a incorporação e a universalização das tecnologias preventivas das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) que causam a perda de dentes e de procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais, por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Considerando a importância da Estratégia Saúde da Família, observando a atuação do cirurgião dentista nela contida e com base na literatura revisada e discutida anteriormente, concluiu-se que:

- Torna-se evidente a necessidade da adoção de medidas educativas, preventivas e interceptativas ao nível das clínicas, bem como uma participação mais efetiva e interdisciplinar quanto à elaboração de estratégias ou meios para a instalação e monitoramento dos mantenedores de espaço para uma amenização das consequências da perda precoce dos dentes;
- Faz-se necessária a utilização de métodos preventivos para auxiliar na redução do índice de CPO-D dos primeiros molares permanentes e, para isso, é imprescindível que haja um programa para educação em saúde oral para os pais, para que eles possam tomar conhecimento sobre o período de erupção dos dentes permanentes desde os neonatais até os terceiros molares e a importância das três dentições, para que assim, eles possam incentivar seus filhos em relação à higiene oral;
- A ESF, tendo a família como foco, propõe um conceito ampliado do processo saúde/doença e promove intervenções que vão além das

práticas curativas. A compreensão do processo saúde/doença vai além da biologia humana ou de um simples problema no corpo. Este processo encontra-se ligado a fenômenos históricos, determinados, em certo local e momento relacionado à qualidade de vida das pessoas na comunidade;

- A Odontologia atual vem desenvolvendo, ao longo do tempo, novos conceitos de atenção precoce e manutenção da saúde, fundamentados no princípio da integralidade, capaz de transformar o cotidiano de suas práticas e a gestão do cuidado em saúde bucal. Entretanto, é notória a importância da figura materna no ato de cuidar;
- O estabelecimento da prática diária de hábitos, inclusive os que geram saúde, depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar, pois a célula mater da sociedade é a família, assim como a primeira unidade funcional de saúde e o primeiro modelo educacional. Logo, os padrões de comportamento aprendidos na primeira infância são os que permanecem fixados mais profundamente e são os mais resistentes a mudanças;
- Desde a vida intrauterina, fatores genéticos ou ambientais podem interferir no desenvolvimento normal da oclusão. Entre os incontáveis fatores etiológicos de uma maloclusão estão as perdas precoces dos dentes. A manutenção da higiene da dentição decídua concorre para o desenvolvimento normal da oclusão na dentição permanente, sendo um excelente “mantenedor de espaço” natural;
- 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;



- Verifica-se e na prática clínica de adultos, onde grande parte dos pacientes apresentam cáries extensas e até ausência de um ou mais molares. Se a cárie não for tratada ou não houver prevenção adequada (flúor, selantes, educação em higiene) no período de erupção, certamente, o processo carioso evoluirá para a polpa, o que gerará desconforto e, conseqüentemente, trauma para a criança devido o tratamento ser bem mais agressivo.

## REFERÊNCIAS

1. BARBER, T. Space mangement. In: BARBER, T.: LUK, L. **Pediatric Dentistry**. Bristol: John Wright & Sons, 1992, p. 223-246.
2. BRANDÃO, A. M. M. *et. al.* Oclusão normal e má oclusão na dentição decídua - um estudo epidemiológico em pré-escolares no município de Belém. **Rev. Paraense de Odontologia**, v.1, n.1, p. 13-17, jan/jun., 1996.
3. BRANDÃO, A. M. M. *et. al.* Oclusão normal e má oclusão na dentição mista - um estudo epidemiológico em escolares no município de Belém-PA. **Rev. Paraense de Odontologia**, v.2, n.2. p. 13 - 19. jul/dez., 1997.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, **Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Tradução: Luiz Eduardo Fonseca. Brasília. 1996. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
6. BRASIL. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br> Acesso em 14 de Fevereiro de 2011
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde: Política Nacional de Atenção Básica**.Vol. 4. 2004. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021)>Acesso em: 14 fev. 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648 GM/2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/dab/legislacao.php>> Acesso em: 14 fev. 2011.
9. CARVALHO, D. Q. *et al.* A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. V. 18, n. 01, Jan./Jun. 2004. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_saude\\_v18n1.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v18n1.pdf)> Acesso em: 14 fev. 2011.
10. COSTA, P. A. P. **Perdas precoces de molares decíduos e primeiros molares permanentes com fator etiológico de maloclusões dentárias** - Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Natal - Universidade do Rio Grande do Norte, 1988.
11. CUOGHI, O. A. Loss of space and dental arch length afther the loss of the lower first primary molar: a longitudinal study. **J.Clin. Pediatr Dent**. Win, 22:2, 117-20, 1998

12. DILLEY, G. J.; DILLEY, D. H.; MACHEU, J. B. Prolonged nursing habit: a profile of patients and their families. **J. Dent.Child**, n. 47, p.102-108, mar/apr. 1990.
13. FARIA, H; WERNECK, M; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F; **Módulo I: Processo de trabalho em saúde do Curso de Especialização em Atenção B**; Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2008.
14. FERREIRA, F. N. **Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico**. 6ª Ed. São Paulo-SP: Artes Médicas, 2004.
15. FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na ESF: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>> Acesso em: 14 fev. 2011.
16. 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](http://www.actaodontologica.com/39_2_2001/estudio_epidemiologico_perdida_prematura_primer_molar_permanente.asp)> Acesso em: 14 fevereiro de 2011.
17. GRABER, T. M. **Ortodontia, Princípios e Técnicas Atuais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1996.
18. GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de Odontopediatria**. 9ª ed. São Paulo-SP: Pancast, 1994.
19. HOLFEDING, J.; KISLING, E. Premature loss of primary teeth Part I, Its overall effect on occlusion and space in the permanent dentition. **J. Dent. Child**. 45: 23-27, 1998.
20. HORST-SHUMACHER, G. Saúde Pública: Um olhar diferente. **Odontographie** – v. 01, n. 4, p. 61-63, 1996.
21. ISSAO, M. Primeiro Molar Permanente. In: INTERLANDI, S. **Ortodontia: Bases para iniciação**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1980.
22. KHOURI, E. J. **O Primeiro Molar Permanente e sua Importância para a Odontopediatria e Ortodontia**. São Paulo, 2008.
23. KNUPP, R. R. S. **Análise de conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.
24. KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. R. **Promoção em Saúde Bucal em Odontopediatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 33-39, 2000.
25. KUROL, J.; JERKLIN, K. Reabsorption of maxillary second primary molars caused by ectopic eruption of maxillary first permanent molar: a longitudinal and histological study. **J. Dent Child**, v. 49, n. 4, p. 273-9, Jul/Aug. 1982.

26. LINO, A.P. **Ortodontia Preventiva Básica**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1994.
27. LUNDSTROM, A. The significance of early loss of deciduous teeth in the etiology of malocclusion. **AJO-DO**. Nov.(819-826), 1995.
28. MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República; 2007.
29. MAGALHÃES, C. I.; NEVES, N. I R.; Primeiro Molar Permanente: Um Grave Problema de Saúde Pública. **Odont. Mod**. Rio de Janeiro, v. 250, n. 4, p. 23-27, Jul/ago., 1993.
30. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal..** - 2. Ed.Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p. 1. Saúde Bucal - Atenção primária, 2007.
31. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde** - 2. Ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p. 1. Saúde Bucal - Atenção primária, 2007.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 673**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, 03 de junho de 2003. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 14 fev. 2011.
33. MOREIRA, R. S. *et al.*A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1665-1675, nov-dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n6/03.pdf>>Acesso em: 14 fev. 2011.
34. MOURA, L. F. A. D.; MOURA, M. S.; Toledo O. A.; Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n.4, Rio de Janeiro, July/Aug., 2007.
35. MOYERS, E. R. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro; *Guanabara Koogan*. 1991.
36. NAOHIKO, I. *et al.* Influence of tooth-to-denture-base discrepancy on space closure following premature loss of deciduous teeth. **AJO-DO**: may (428-434), 1993.
37. NOGUEIRA, A. J. S. *et al.* Perdas precoces de dentes decíduos e suas consequências para dentição futura - elaboração de propostas preventivas. **Rev. ABO. Nac.** v. 6, n.4 - ago/set 1998.

38. OWEN, D. G. The incidence and nature of space closure following the premature extraction of deciduous teeth: A literature survey. **Amer. J. Orthodont.**, 59; 37-49, 1991.
39. PALMIER A, C. *et al.* **Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Saúde do Adulto.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
40. PERETZ, I. *et al.* Functional dissociations following bilateral lesions of auditory cortex. **Brain** **117**, p. 1283–1302, 2003.
41. PINKHAM J. R. **Odontopediatria da infância à adolescência.** 2ed. São Paulo: Artes Médicas, 1995.
42. REIKMAN, G. A.; ELBRADAWY, M: E. Effect of premature extraction of primary maxillary incisors on speech. **Pediatr. Dent.**n.7, p. 199-122, jun. 1995.
43. RITTER, F.; FONTANIVE, P.; WARMLING, C. M. Condições de vida e acesso aos serviços de saúde bucal de idosos da periferia de Porto Alegre. **Boletim da Saúde.** Porto Alegre - Volume 18, Número 1, Jan./Jun. 2004. Disponível em: <[http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1\\_08condições%20de%20vida.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_08condições%20de%20vida.pdf)> Acesso em: 14 fev. 2011.
44. SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc. Saúde Coletiva** vol. 13, n. 4, Rio de Janeiro, July/Aug. 2008<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_artt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_artt)
45. SENNA, M. C. M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2002; 18 Supl:203-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13806.pdf>> Acesso em: 14 fev. 2011.
46. SILVA, A. M. V.; CARDOSO, F. C. **Prevalência de Perda Precoce de Dentes Decíduos em Crianças que Procuram Tratamento Odontológico no Curso de Odontologia da UFPA.** (Monografia) Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Pará, 1999. Disponível em: <<http://www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa14.htm>> Acessado em 14 de novembro de 2011.
47. SILVA, F. *et al.* Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru-SP. Parte II :Relação sagital. **Rev. de Odont. USP**, v.4, n.2 p. 130-137, 1990.
48. SILVA, V.S.; BARCELOS, R.; SOUZA, I.P. Perceptions of pediatric patients and guardians about prosthetic appliances. **J Clin Pediatr Dent.** V. 27: p. 87-9, 2002.
49. SNOW, K. Articulation proficiency in relation to certain dental abnormalities. **J. Speech Hear Bis.** v.26, p.209-212, Aug. 1991.

50. VAN DER LINDEN, F. P. G. M. As conseqüências das perdas prematuras dos dentes decíduos. In: **Ordontia: desenvolvimento da dentição**. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Quintessence, 1996.