

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Equipe auxiliar odontológica

LIMITES DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM UM PANORAMA GLOBAL*.

Attribution limits of the oral health group in a global overview.

Milena Moraes de Oliveira LENZA¹, Lívia Grazielle RODRIGUES², Maurício Guilherme LENZA³, Mauro Machado do PRADO^{4,5}, Rhonan Ferreira SILVA^{2,5}.

1. Profa. Mestre da Disciplina de Odontologia Legal, FUG, Trindade, Goiás, Brasil.
 2. Programa de Pós Graduação em Odontologia, FO-UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
 3. Prof. Doutor da Disciplina de Pré-Clinica Infantil e Clínica Infantil, FO-UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
 4. Programa de Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos, UFG, Goiás, Brasil.
 5. Prof. Doutor da Disciplina de Odontologia Legal, FO-UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
- * Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de especialista em Odontologia Legal ABO-GO.

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 09 Ago 2019

Aceito em: 11 Set 2019

Autor para contato:

Profa. Milena Moraes de Oliveira Lenza.
Endereço: Av Americano do Brasil, n 904, Setor Marista
Goiânia, Goiás, Brasil. 74180-010
Email: milenalenza@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivo: Comparar as atribuições clínicas referentes à atuação da equipe auxiliar odontológica brasileira (Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal) com as atribuições de outras profissões auxiliares regulamentadas no exterior (Dental Assistant, Dental Therapist; Dental Nurse; Dental Hygienist; Orthodontic Therapist). Métodos: Foram buscadas normativas e leis, nacionais e internacionais, que subsidiassem a identificação das atribuições clínicas de auxiliares odontológicos nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed. Resultados: Os resultados apontam que há diversas funções que podem ser delegadas à equipe de saúde bucal no exterior que seriam privativas dos cirurgiões-dentistas brasileiros, tanto nas áreas de diagnóstico, preventiva, clínica geral e ortodontia, quando comparadas com as leis que regem a Odontologia no Brasil. Conclusões: Dental Nurse seria uma função com correlação a Auxiliar em Saúde Bucal, já os Técnicos em Saúde Bucal apresentam menor número de funções dos que as designadas aos terapeutas e higienistas odontológicos. O Orthodontic therapist é condizente a atividades privativas do cirurgião-dentista. De forma geral, os terapeutas entram na área de competência do Cirurgião-dentista no que concerne à Lei 5081/66, que regulamenta a profissão, inclusive dentro de especialidades odontológicas, como é o caso da ortodontia.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Força de trabalho; Recursos humanos em odontologia; Saúde bucal.

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde bucal ainda é deficiente em vários países do mundo¹. No Brasil, embora o número de cirurgiões-dentistas seja elevado, em uma taxa de 1:1965 habitantes, estes se encontram desigualmente distribuídos pelo território e

concentrados principalmente no setor privado, implicando barreiras no acesso aos cuidados odontológicos².

Neste sentido, têm-se incorporado, há várias décadas, profissionais de nível técnico para auxiliar o cirurgião-dentista (CD), com o objetivo de racionalizar o

trabalho, aumentar sua produtividade e qualidade, transformando o processo de promoção de saúde bucal, não apenas no Brasil³, mas também em vários outros países.

Embora o escopo de atuação da equipe auxiliar no mundo seja extenso e específico de cada nação, com atribuições e serviços nem sempre bem definidos, seu emprego poderia não ser bem visto pelos cirurgiões-dentistas³ e por vezes mal compreendido pela população. Entretanto, historicamente, o surgimento das profissões auxiliares seria algo imprescindível, considerando a necessidade de aumentar a produtividade do atendimento odontológico tanto em âmbito público quanto privado.

PROFISSÕES ODONTOLÓGICAS AUXILIARES NO BRASIL

No Brasil, o primeiro registro da divisão do trabalho odontológico cientificamente racionalizada se deu na década de 50, com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) da era Vargas, reconhecendo o papel da Auxiliar de Higiene Dental (AHD), ultrapassando a ideia tradicional de simples auxiliar de consultório⁴.

Essa profissão só foi disseminada nacionalmente em fevereiro de 1975, com o parecer n. 460, do Ministério da Educação (MEC), que instituiu a formação do técnico de higiene dental (THD) e do auxiliar de consultório dentário (ACD)⁴, cujas funções eram basicamente administrativas ou voltadas para a parte preventiva, diagnóstica e de clínica geral (cirurgia, dentística, periodontia e prótese)⁵.

Porém, em nosso país, esses profissionais só foram legalmente reconhecidos em 2008, quando sancionada a Lei 11.889⁶, que regulamentou as profissões do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB), estabelecendo as atribuições clínicas, educativas e administrativas, que cada um pode executar⁶. Até esta data, as competências da equipe auxiliar clínica (TSB e ASB) eram definidas pelo Conselho Federal de Odontologia, por meio de resoluções.

PROFISSÕES ODONTOLÓGICAS AUXILIARES NO EXTERIOR

A. DENTAL HIGIENIST

A concepção original da divisão de trabalho no atendimento odontológico surgiu nos Estados Unidos com a profissionalização da enfermagem como equipe de apoio à medicina. De tal forma, a relação medicina-enfermagem serviu de modelo para a relação odontologia-auxiliares e, em 1907, no estado de Connecticut, uma lei estadual criou a profissão de *Dental Hygienist* (DH)^{4,7,8}.

Essa lei serviu de modelo de legislação para outros estados estadunidenses, sendo seguida por Nova York e Massachusetts, iniciando a criação de escolas profissionais por todo o país, dando origem, em 1923, à criação da *American Dental Hygienists Association*⁸.

Atualmente, nos Estados Unidos, um DH é certificado por um programa de no mínimo dois anos de duração, podendo ser maior em casos de certificação de graus mais avançados. Cada estado possui legislação própria para que os mesmos

sejam licenciados, certificados ou registrados para praticar atribuições delineadas por leis ou regulamentos estaduais⁸.

No Canadá, a legalização da profissão de DH ocorreu gradualmente entre 1947 até 1968, quando os programas de formação profissional, com dois anos de duração, passaram a fazer parte das faculdades de Odontologia do Canadá. Em 1972, nos Territórios do Noroeste, foi fundada a primeira escola de formação de DT, a *National School of Dental Therapy* (NSDT), com um curso de dois anos de duração, modificando parcialmente o modelo da Nova Zelândia, buscando atender principalmente as comunidades dos Territórios do Noroeste e Yukon^{1,9}.

Em 1909, no Reino Unido, as cidades de Bradford, Cambridge, Chester, Coventry, Sheffield e Norwich começaram a estabelecer bases de um serviço odontológico escolar com a introdução das *Dental Dressers*, mulheres que eram treinadas para higienizar, restaurar e extrair dentes de crianças em idade escolar, sob a supervisão direta de um dentista. Embora sob constante oposição, essa profissão só foi extinta em 1942^{1,10}.

O estado da Austrália Meridional foi o primeiro a regulamentar, em 1971, a profissão DH, seguindo o modelo americano, embora o primeiro curso só tenha surgido em 1975, com 12 meses de duração¹¹.

Tanto na Austrália quanto no Reino Unido, *Dental Nurse* (DN) é equivalente à *Dental Assistant* (DA) nos Estados Unidos, esses profissionais fazem parte de uma categoria “higienista”, com formação voltada

para educação e prevenção, diferente do DT, que possui uma formação de intervenção com foco principal na assistência clínica^{1,4}.

No Japão, o treinamento para DH foi introduzido em 1915, porém o primeiro curso só foi legalizado em 1949, com duração de um ano. Posteriormente, esse período de duração foi aumentado para dois anos em 1959; para três, em 2001; e, a partir de 2004, com duração que pode chegar até quatro anos^{12,13}.

B. DENTAL ASSISTANT

O *Dental Assistant* (DA) possui uma formação bem mais informal e menos estruturada, podendo variar de treinamento pelo próprio dentista até um treinamento formal em instituição de ensino superior. Essa profissão não é regulamentada em 41 dos 50 estados americanos, sendo que, dos 9 restantes, apenas 2 exigem licenciamento, 6 exigem registro e apenas um exige certificação⁸.

C. DENTAL THERAPISTS

O advento do *Dental Therapist* (DT) começou na Nova Zelândia principalmente devido à alta taxa de rejeição de homens e mulheres para serviços militares durante a Primeira Guerra Mundial, por motivo de problemas dentais.

Nos EUA, em julho de 1949, a Assembleia Legislativa do estado de Massachusetts aprovou o Projeto de Lei do Senado 714, designado “lei de emergência, necessária para a preservação imediata da saúde pública”, instituindo um programa de treinamento para “pessoal feminino”, no qual os *Dental Therapists* (DT) receberiam dois

anos de treinamento e teriam permissão para preparar cavidades nos dentes de crianças, sob a supervisão de um dentista. Embora essa lei tenha sido revogada em julho de 1950, esse foi o primeiro passo para a implementação do pessoal auxiliar em saúde bucal com atribuições semelhantes às dos dentistas nos Estados Unidos¹.

Esse profissional só voltou a fazer parte da equipe auxiliar em saúde bucal norte americana em 2005, quando os DT iniciaram a prestação de atendimento odontológico básico às comunidades menos favorecidas do Alasca, nos Estados Unidos. A partir de 2009, os estados de Minnesota e Connecticut autorizaram a capacitação desses profissionais para promover cuidados de saúde bucal em áreas mais carentes^{11,14}.

Em 2014, o estado do Maine regulamentou a prática dos DT, permitindo que um DH se qualifique como DT, atendendo tanto crianças como adultos. Vermont aprovou legislação semelhante em 2016, apesar de nenhum desses dois estados possuir programas de treinamento específico para essa profissão¹⁴.

No Reino Unido, em 1959, foi aberta a primeira escola de DT, seguindo os modelos da Nova Zelândia. Atualmente, a formação com dupla certificação para DT e DH, possui a duração de 2 anos e 3 meses, em cursos superiores realizados integralmente ao curso de odontologia^{1,11}.

Na Austrália, desde a sua regulamentação em 1966 até os anos 2000, a maioria dos DT atendiam apenas em Serviços Escolares Odontológicos para crianças, com algumas exceções, como no

estado da Austrália Ocidental, onde os DT atendem em clínicas públicas e privadas desde 1983, inclusive pacientes adultos indicados pelo dentista¹¹. Inicialmente, a formação dos DT era realizada em escolas desvinculadas de faculdades de odontologia, em curso de dois anos de duração, restrito a mulheres. Atualmente, várias universidades oferecem um programa de OHT (Oral Health Therapist), de três anos de duração, que combinam DT e DH, nos modelos da Nova Zelândia¹¹.

D. DENTAL NURSE

A partir da Primeira Guerra Mundial, o departamento de saúde da Nova Zelândia começou a desenvolver um programa que culminou, em 1921, com a primeira escola para *Dental Nurse* (DN), que perdurou até 2007, quando os cursos de DT e DH se fundiram em um único programa de três anos de duração, com um diploma de bacharel em saúde bucal e certificado em *Oral health therapists* (OHT)^{1,11}.

Mesmo assim, a DN ainda está presente em vários países como os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Japão.

E. ORTHODONTIC THERAPIST

Mais recentemente, o Reino Unido foi pioneiro na adição de um novo profissional à equipe de saúde bucal. Após ampla discussão, iniciada em 1973, em julho de 2007, foi fundado o primeiro curso de treinamento para *Orthodontic Therapists* (OT) no *Leeds Dental Institute*.

Atualmente, mais de sete centros são capacitados para oferecer esse tipo de formação, na Inglaterra, Escócia e País de

Gales, com cursos variando de um ano a um ano e meio de duração¹⁵⁻¹⁷.

Com base no que foi exposto, torna-se oportuno analisar as atribuições dos principais membros da equipe auxiliar clínica em Odontologia presentes em outros países (DA, DT, OT, DH e DN) e confrontá-las com as estabelecidas no Brasil para TSB e ASB, com o intuito de avaliar se a equipe auxiliar brasileira está ou não em consonância com o panorama mundial.

Neste contexto, o objetivo desse estudo foi comparar as atribuições clínicas elencadas na Lei nº 11889/2008⁶, regulamentadora da atuação dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal no Brasil, com as atribuições clínicas dos outros profissionais odontológicos auxiliares em um panorama global.

METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos de um estudo exploratório descritivo, por meio de uma pesquisa bibliográfica, buscando levantar informações em base de dados eletrônicas referentes aos limites da atuação da equipe de saúde bucal em diferentes continentes e descrever suas atribuições, comparando-as com aquelas elencadas em lei à equipe de saúde bucal no Brasil, assim como ao próprio cirurgião-dentista.

As buscas foram realizadas nas bases de dados: PUBMED, BVS, SCIELO e GOOGLE ACADÊMICO, além de literatura cinzenta e busca livre na internet, pesquisando por palavras-chaves associadas à: *Dental Assistants*; *Dental*

Therapist; Técnico em Saúde Bucal; TSB; *Dental Hygienist*; *Orthodontic Therapist*; Auxiliar em Saúde Bucal; ASB e *Dental Nurse*; *Dental Staff*; *Oral Health Workforce*; Recursos Humanos em Odontologia. Além disso, foram realizadas buscas nos sites da associação governamental e odontológica dos países que apareceram nas buscas.

RESULTADOS

Foram encontrados documentos e trabalhos científicos que exibiam as áreas de atuação de cinco profissões auxiliares odontológicas no exterior (DA, DT, OT, DH e DN), cujas atribuições foram compiladas nas categorias: diagnóstica e preventiva (Tabela 1), clínica geral (Tabela 2) e procedimentos ortodônticos (Tabela 3). Estas atribuições, então, foram comparadas com as dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal do Brasil.

DISCUSSÃO

Para atender a carência dos serviços de saúde bucal da população, aumentando o alcance, potencializando os resultados e minimizando os custos, é necessário planejamento e gerenciamento eficaz das equipes de saúde bucal, delegando funções e dividindo responsabilidades¹⁸⁻²⁹.

Esse planejamento é fundamental para estruturar a equipe auxiliar em odontologia e garantir que haja capacidade suficiente para alcançar os objetivos organizacionais, tanto agora quanto no futuro^{18,21}.

Tabela 1 – Atribuições clínicas desempenhadas pelas profissões auxiliares na área diagnóstica e preventiva.

| Atribuição clínica | DA | DT | DN | DH | OT | ASB | TSB |
|---|----|----|----|----|----|-----|-----|
| Recepção, bem-estar do paciente e promoção de saúde | | | ✓ | | | | |
| Aconselhando sobre nutrição e seu impacto na saúde bucal | ✓ | | | | | | |
| Avaliação da saúde bucal dos pacientes | ✓ | ✓ | | | | | |
| Orientação de problemas bucais como mau hálito | ✓ | | ✓ | | | | |
| Educação sobre técnicas de higiene bucal | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Prevenção | | | ✓ | | | | |
| Tomadas e revelação de radiografias dentárias | ✓ | ✓ | | ✓ | | | |
| Auxílio na obtenção de radiografias | | | ✓ | | | | |
| Processar filme radiográfico | | | | | | ✓ | ✓ |
| Realizar fotografias intra e extrabucais | | | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Preparação do campo cirúrgico | | | ✓ | | | | |
| Selecionar moldeiras | | | | | | ✓ | ✓ |
| Moldagem | ✓ | | | ✓ | ✓ | | |
| Preparar modelos em gesso | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Recortar modelos de estudo | | | | | ✓ | | |
| Odontograma preliminar da cavidade oral | | | ✓ | ✓ | | | |
| Realização do exame de Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico | | | | | ✓* | | |
| Profilaxia | ✓ | | | | | | ✓* |
| Limpeza e preparação dos dentes para colagem dos acessórios ortodônticos | | | | | ✓ | | |
| Aplicação tópica de flúor | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓* |
| Aplicação de selante | ✓ | ✓ | | ✓ | | | |
| Teste de vitalidade pulpar | | ✓ | | | | | |
| Aplicação de dessensibilizantes dentários | | ✓ | | ✓ | | | |
| Sondagem | | | ✓ | | | | |
| Fabricação de protetores bucais atléticos | | ✓ | | | | | |
| Fabricação de placas miorelaxante | | ✓ | | | | | |
| Colocação e remoção de mantedores de espaço | | ✓* | | | | | |
| Inserção de aparelhos removíveis passivos (como mantedores de espaço ou contenções) | | | | | ✓ | | |

Legenda: DA = *Dental Assistant*; DT = *Dental Therapist*; DN = *Dental Nurse*; DH = *Dental Hygienist* (“Higienista Odontológico”); OT = *Orthodontic Therapist*; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ASB = Auxiliar em Saúde Bucal. *Procedimentos sob supervisão indireta.

Tabela 2 – Atribuições clínicas desempenhadas pelas profissões auxiliares na área de clínica geral.

| Atribuição clínica | DA | DT | DN | DH | OT | ASB | TSB |
|---|----|----|----|----|----|-----|-----|
| Remoção de tártaro, manchas e placa dos dentes | ✓ | | | | | | |
| Polimento | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| Raspagem radicular | ✓ | | | | | | |
| Aplicação de anestesia local | | ✓ | | ✓ | | | |
| Administração de óxido nitroso | | ✓ | | | | | |
| Reimplante dentário em casos de avulsão | | ✓ | | | | | |
| Tratamento paliativo de emergência da dor dental | | ✓* | | | | | |
| Realizar isolamento do campo operatório | | | | | | | ✓ |
| Restaurações temporárias | | ✓ | | | | | |
| Condicionamento de tecidos dentários | | ✓ | | | | | |
| Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta | | | | | | | ✓ |
| Terapia restaurativa atraumática | | ✓ | | | | | |
| Preparação da cavidade para restaurações | | ✓* | | | | | |
| Restauração de dentes decíduos e permanentes | | ✓* | | | | | |
| Preparação e colocação de coroas provisórias | | ✓* | | | | | |
| Recimentação de coroas permanentes | | ✓* | | | | | |
| Pulpotomias em dentes decíduos | | ✓* | | | | | |
| Remover suturas | | | | | | | ✓ |
| Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares | | | | | | | ✓ |

Legenda: DA = *Dental Assistant*; DT = *Dental Therapist*; DN = *Dental Nurse*; DH = *Dental Hygienist* (“Higienista Odontológico”); OT = *Orthodontic Therapist*; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ASB = Auxiliar em Saúde Bucal. *Procedimentos sob supervisão indireta.

Tabela 3 – Atribuições clínicas desempenhadas pelas profissões auxiliares na área ortodôntica.

| Atribuição clínica | DA | DT | DN | DH | OT | ASB | TSB |
|---|----|----|----|----|----|-----|-----|
| Realizar fotografias intra e extrabucais | | | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Moldagem | ✓ | | | ✓ | ✓ | | |
| Preparar modelos em gesso | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Recortar modelos de estudo | | | | | ✓ | | |
| Realização do exame de Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico | | | | | ✓* | | |
| Limpeza e preparação dos dentes para colagem dos acessórios ortodônticos | | | | | ✓ | | |
| Realização do exame de Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico | | | | | ✓* | | |
| Realizar fotografias intra e extrabucais | | | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Colocar separadores | | | | | ✓ | | |
| Limpeza e preparação dos dentes para colagem dos acessórios ortodônticos | | | | | ✓ | | |
| Colagem de braquetes e acessórios | | | | | ✓ | | |
| Cimentação de bandas | | | | | ✓ | | |
| Preparar, inserir, ajustar e remover arcos previamente prescritos | | | | | ✓* | | |
| Realizar moldagens, vazar gesso e recortar modelos de estudo | | | | | ✓ | | |
| Inserção de aparelhos removíveis passivos (como mantenedores de espaço ou contenções) e aparelhos removíveis ativos | | | | | ✓* | | |
| Remoção de aparelhos fixos | | | | | ✓ | | |
| Prestação de atendimento ortodôntico de emergência | | | | | ✓ | | |
| Colagem de contenções | | | | | ✓ | | |

Legenda: DA = *Dental Assistant*; DT = *Dental Therapist*; DN = *Dental Nurse*; DH = *Dental Hygienist* (“Higienista Odontológico”); OT = *Orthodontic Therapist*; TSB = Técnico em Saúde Bucal; ASB = Auxiliar em Saúde Bucal. *Procedimentos sob supervisão.

A regulamentação do pessoal auxiliar no Brasil significou uma grande evolução, visto que, embora comumente presente nos atendimentos odontológicos, estes profissionais não eram legalmente reconhecidos, mesmo que tivessem suas atribuições normatizadas pelo CFO. Com a implementação da Lei nº 11.889⁶, delegar tarefas de menor complexidade à equipe técnica possibilitou ao CD dedicar-se às atividades que exigem maior treinamento, aumentando assim sua produtividade^{4,6,22,23}.

Na maioria dos consultórios e clínicas odontológicas dos grandes centros urbanos, uma equipe auxiliar é fundamental para a sobrevivência da atividade econômica, otimizando o tempo e os investimentos empregados na prática odontológica, sem que haja perda em sua qualidade^{24,25,26}.

Neste sentido, a equipe auxiliar surgiu em vários países para agilizar o trabalho odontológico, aumentando sua produtividade e a qualidade. A incorporação desses profissionais possibilitou um aumento na cobertura da população, assim como mudanças nos recursos humanos^{7,19,27}.

A equipe auxiliar de saúde bucal pode compreender diferentes profissionais dependendo da região ou país a que se refere, podendo incluir uma ampla gama de profissionais, como: o Cirurgião-Dentista (CD), o *Dental Therapist* (DT), o Técnico em Saúde Bucal (TSB), o *Dental Hygienist* (DH), o *Orthodontic Therapist* (OT), o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), a *Dental Nurse* (DN) e outros profissionais, formais ou informais, complementares à odontologia. O escopo preciso da prática desses diferentes profissionais de saúde

varia de país para país, podendo ainda variar dentro de um mesmo país de acordo com legislações estaduais¹⁸⁻²¹.

A introdução do *Dental Therapist* (DT) na equipe de saúde bucal de alguns países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália é um exemplo de que ainda é possível gerar controvérsias, principalmente relacionadas à falta de compreensão de suas atribuições como membro da equipe odontológica¹.

Nestes e em outros países do mundo, esse membro da equipe auxiliar tange o papel do Cirurgião-dentista (CD), com atribuições limitadas no que concerne ao atendimento odontológico, porém sendo capaz de realizar procedimentos básicos na ausência ou sob a supervisão do mesmo¹. Historicamente, o DT está relacionado à prevenção e tratamento de doenças dentais em crianças. No entanto, em algumas situações, eles podem prestar cuidados a adolescentes e adultos, inclusive sem a supervisão direta de um CD¹. A atuação dos DTs na equipe de saúde bucal proporciona ao CD mais tempo para tratamentos mais complexos, além de ampliar o alcance geográfico da Odontologia, aumentando o acesso aos cuidados e fornecendo tratamento àqueles que não têm acesso a essa assistência¹.

Algo semelhante acontece com o *Orthodontic Therapist* (OT), que recentemente passou a fazer parte da equipe auxiliar do especialista em ortodontia em países do Reino Unido, e que, embora não exista no Brasil, frequentemente se confunde com as atribuições da equipe auxiliar desse especialista^{16,17,24,28-30}.

Por sua vez, os *Dental Nurses* (DN) prestam apoio a outros membros da equipe de saúde bucal, como os CDs, *Dental Hygienists* (DH), DT e OT, bem como aos pacientes³¹⁻³³.

Essas diferentes terminologias empregadas aos vários profissionais de saúde bucal acabam sendo ambíguas, tornando suas comparações e funções complexas²⁷.

As necessidades de saúde bucal da população são essenciais para designar adequadamente as funções da equipe auxiliar, seu recrutamento e treinamento apropriado. No entanto, na maioria das vezes, a designação e formação da equipe auxiliar é realizada sem esse levantamento e, ao invés disso, dados e modelos de outros países são empregados para determinar o escopo e a designação da equipe de saúde bucal sem a adequação necessária à sua implementação¹⁸.

Ou pior, como no caso do Brasil, onde procedimentos não regulamentados pela legislação acabam sendo delegados à equipe auxiliar após um breve “treinamento” realizado pelo próprio especialista e que, muitas vezes, é realizado sem o acompanhamento ou supervisão de mesmo^{24,30,34}, configurando clara violação do Código de Ética Profissional quando o mesmo define, em seu Art. 11, como infração: “delegar a profissionais técnicos ou auxiliares atos ou atribuições exclusivas da profissão de cirurgião-dentista”³⁵.

Mesmo assim, observa-se que uma parcela considerável da equipe auxiliar ainda não possui formação específica, desconhecendo suas funções previstas em legislação vigente³⁴. Funções estas que não

são bem delimitadas mesmo na lei, fazendo com que esses profissionais realizem uma série de tarefas ultrapassando sua formação, podendo inclusive, configurar o exercício ilícito da Odontologia. Havendo, frequentemente, algumas polêmicas em relação a suas competências, funções e atribuições em relação ao atendimento clínico terapêutico^{3,22,24,30,36}.

Embora em transição na organização do processo de trabalho, saindo de uma relação individualizada profissional-paciente, para uma relação em equipe, mesmo que ainda centralizada no CD, a odontologia não evoluiu tão bem quanto outras profissões na competência de distribuir responsabilidades à equipe de saúde bucal^{6,18,34}.

Habilitar um profissional altamente qualificado para realizar tarefas clínicas complexas quando a população requer atividades básicas de promoção da saúde bucal não parece muito produtivo¹⁸.

A importância da saúde bucal e as disparidades no acesso a seus cuidados levaram alguns países a adotar novos profissionais aos cuidados odontológicos como o DT e o OT^{1,11,17,28,37,38}.

Estudos sobre a implementação desses profissionais à equipe de saúde bucal têm apresentado resultados positivos e custo-efetivos, aumentando o acesso a cuidados de saúde bucal de qualidade, principalmente para crianças e populações mais carentes^{14,38,39}.

Embora a falta de conhecimento sobre as diretrizes de supervisão e âmbito de atuação dos mesmos pelos CD tenha gerado preocupação com o impacto de seu próprio emprego no futuro¹⁶, em alguns

estados norteamericanos, os DH têm permissão para executar procedimentos clínicos sem supervisão de um dentista, podendo até mesmo montar seu próprio consultório, realizando exclusivamente serviços de higiene bucal. No Reino Unido, os DH podem trabalhar em seus próprios consultórios, mas só podem aceitar pacientes encaminhados por um CD²⁷.

Quando questionados, os pacientes expressaram opiniões positivas a respeito desses profissionais, sendo que a maioria achava que o mesmo valor deveria ser cobrado por um *check-up* de rotina com um DH ou DT em relação a um CD⁴⁰.

Embora frequentemente questionada, vários estudos comprovam a eficácia e efetividade dessa profissão⁴⁰⁻⁴³.

No Brasil, diferentemente do que ocorre em outros países, a Lei nº 11.889 proíbe que os TSBs ou ASBs exerçam suas atividades de maneira autônoma, devendo sempre acontecer com a supervisão de um CD^{6,42}. Considerando as condições sociais e o elevado número de CDs nos grandes centros urbanos, essa prática autônoma poderia ter mais impacto no mercado de trabalho do que uma real melhoria nas condições de saúde bucal da população²⁷.

A população brasileira ainda é pouco familiarizada com as competências do TSB na prática odontológica. Contudo, a ampliação de sua atuação nas políticas públicas de saúde bucal, trabalhando em parceria e cooperação, tem aumentado seu reconhecimento profissional^{27,44}.

A formação acadêmica dos CDs deveria envolver precocemente a relação com a equipe auxiliar, principalmente com os TSBs. Se a relação ocorresse desde o

início seria muito mais fácil sua otimização⁴⁴⁻⁴⁶.

Em um cenário global, muito antes do ano de 2008, países de outros continentes também agregavam profissionais auxiliares no âmbito odontológico. Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Japão, que, nos primórdios das décadas de 20 e 30, formavam os primeiros profissionais ditos *Dental Hygienist* (DH) e *Dental Therapist* (DT)⁴⁷.

Percebe-se um esforço desses países para regulamentar tais profissões mediante cursos de formação e objetivando o controle de doenças bucais e, acima de tudo, prevenção, atenção primária e aumento do acesso, criando assim possibilidades de melhoria da saúde bucal como um todo³⁸.

Depois de quase um século, em 2014, os DTs já estavam regularizados em 54 países, incluindo países industrializados altamente desenvolvidos, assim como países em desenvolvimento¹.

Vários estudos realizados para avaliar a qualidade e aceitação dos serviços prestados pelo DT constataram que o atendimento técnico prestado, dentro de seu escopo de competência, era comparável ao do CD e, em alguns casos, considerado superior. Porém, sua aceitação social ainda é variada nos países que legalizaram essa profissão^{1,40-42}.

A evidência disponível é suficiente para concluir que os DT são capazes de realizar procedimentos seguros e de alta qualidade, ao mesmo tempo em que aumentam a produtividade do CD⁴¹.

Mesmo assim, muitos CDs e associações de odontologia nos Estados Unidos foram contrários à inclusão do DT na

equipe odontológica, afirmando que esses profissionais ameaçam a saúde e a segurança dos pacientes, oferecendo uma qualidade inferior nos serviços prestados, e que eles abrem uma brecha para que indivíduos não qualificados pratiquem a odontologia¹.

Os defensores da inclusão dos DT na equipe de saúde bucal refutam essas afirmações, acusando os dentistas e associações de estarem defendendo interesses econômicos próprios sem se preocupar com a população que não tem acesso ao tratamento odontológico¹.

Os cuidados dos DTs foram avaliados em várias ocasiões e em vários países e foram observados cuidados de alta qualidade, seguros e eficazes, iguais aos dos dentistas que trabalham nas mesmas condições, porém a um custo menor^{1,40-42}.

Sabe-se que delegar tarefas a profissionais de nível técnico possibilita ao CD dedicar-se a atividades que exigem

maior treinamento, aumentando assim a sua produtividade²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam heterogeneidade nas atribuições da equipe de saúde bucal de diferentes países quando correlacionadas às atribuições previstas em lei à equipe auxiliar brasileira (ASB e TSB), inclusive com a possibilidade de serem executados atos que seriam privativos de um cirurgião-dentista no Brasil.

Comparativamente, as atribuições de um Auxiliar em Saúde Bucal se equivalem às da *Dental Nurse* no exterior, porém as atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal ainda estão longe de se equipararem às funções designadas aos *Dental Therapist* e *Dental Hygienist*. Não há, até a presente data, qualquer membro da equipe auxiliar brasileira que equivalha ao *Orthodontic Therapist*.

ABSTRACT

Objective: To compare clinical attributions related to the work of the Brazilian dental assistant team ("Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal") with attributions of other auxiliary jobs regulated abroad (Dental Assistant, Dental Therapist, Dental Hygienist, Orthodontic Therapist). Methods: National and international regulations and laws were used to support the identification of clinical attributions of dental assistants using Lilacs, Scielo, and Pubmed databases. Results: Several attributions can be delegated to the oral health team abroad that would be exclusive to Brazilian dentists, especially regarding diagnosis, preventive dentistry, general practice, and orthodontic treatment. Conclusions: Dental Nurse can be correlated to "Auxiliar em Saúde Bucal". "Técnicos em Saúde Bucal" have lesser attributions than those assigned to Dental Therapists and Hygienists. Orthodontic Therapist has attributions exclusively designated to the dentist. In general, Therapists attributions are of competence of the Dentist concerning Law 5081/66, which regulates the profession, including dental specialties, as is the case of orthodontics.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Employment; Dental staff; Oral health.

REFERÊNCIAS

1. Nash DA, Friedman JW, Mathu-Muju KR, Robinson PG, Satur J, Moffat S, et al. A review of the global literature on dental therapists. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2014;42(1):1-10.
2. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epidemiol. e Serv. Saude Rev. do Sist. Unico Saude do Bras.* 2018;27(1):1-10.
3. Sanglard CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG de. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cienc. e Saude Coletiva.* 2013;18(8):2453-2460.

4. Zanetti CHG, Oliveira JAA de, Mendonça MHM de. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. *Trab. Educ. e Saúde*. 2012;10(2):195–222.
5. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 185, de 26 de abril de 1993. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/rcfo185_93.htm#t1cap4. Acesso em: 19 de abril de 2019.
6. Brasil. Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm. Acesso em: 15 de abril de 2019.
7. Fones AC. The origin and history of the dental hygienists. *J. Dent. Hyg.* 2013;87 Suppl 1(suppl 1):58–62.
8. Guay AH, Lazar V. Increasing productivity in dental practice: the role of ancillary personnel. *J. Am. Coll. Dent.* 2012;79(1):11–7.
9. McKeown L, Sunell S, Wickstrom P. The discourse of dental hygiene practice in Canada. *Int. J. Dent. Hyg.* 2003;1(1):43–48.
10. Rowbotham JS, Godson JH, Williams SA, Csikar JI, Bradley S. Dental therapy in the United Kingdom: Part1. Developments in therapists' training and role. *Br. Dent. J.* 2009;207(8):355–359.
11. Friedman JW. The international dental therapist: history and current status. *J. Calif. Dent. Assoc.* 2011;39(1):23–9.
12. Yoshida N, Endo K, Komaki M. Dental hygiene education in Japan: present status and future directions. *Int. J. Dent. Hyg.* 2004;2(4):179–184.
13. Ishii T, Maki Y, Hirata S. Developing role of dental hygienists in Japan. *Jpn. Dent. Sci. Rev.* 2012;48(2):135–140.
14. Nash DA, Mathu-Muju KR, Friedman JW. The dental therapist movement in the United States: A critique of current trends. *J. Public Health Dent.* 2018;1–7.
15. Storey M, Mitchell L. Orthodontic therapists. *Fac. Dent. J.* 2015;6(1):32–35.
16. Patel S, Mack G. The knowledge and attitudes of orthodontic trainees towards orthodontic therapists: a national survey. *J. Orthod.* 2017;44(3):193–198.
17. Hodge T. Orthodontic therapists--a challenge for the 21st century. *J. Orthod.* 2010;37(4):297–301.
18. Knevel R, Gussy M, Farmer J. Exploratory scoping of the literature on factors that influence oral health workforce planning and management in developing countries. *Int. J. Dent. Hyg.* 2017;15(2):95–105.
19. Yamalik N, Ensaldo-Carrasco E, Cavalle E, Kell K. Oral health workforce planning part 2: Figures, determinants and trends in a sample of World Dental Federation member countries. *Int. Dent. J.* 2014;64(3):117–126.
20. Yamalik N, Ensaldo-Carrasco E, Bourgeois D. Oral health workforce planning Part 1: Data available in a sample of FDI member countries. *Int. Dent. J.* 2013;63(6):298–305.
21. Nash DA. Envisioning an oral healthcare workforce for the future. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2012;40:141–147.
22. Machado MA, Júnior ED, Paranhos LR. Quando o auxiliar odontológico extrapola os limites. *Rev Clín Ortod Dent. Press.* 2012;11(5):114–7.
23. Falcão AFP. A relevância do atendimento às Normas de Regulamentação do Exercício Profissional. *Rev. Ciências Médicas e Biológicas.* 2014;13(1):3–6.
24. Silva RF, Monini A da C, Neto JV, Júnior LF, Júnior ED. Percepção dos auxiliares odontológicos na clínica ortodôntica quanto aos seus limites de atuação profissional. *Rev. Dent. Press Ortod. e Ortop. Facial.* 2009;14(3):34–39.
25. Costa DS, Rocha MP da. O Cirurgião-Dentista e o Mercado de Trabalho no Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Id Line Rev. Mult. Psicol.* 2017;11(38):102–114.
26. Mathias MP, Casani E, Sagaz SM, Lucietto DA. Oferta de Cirurgiões-dentistas no Brasil. X Most. Iniciação Científica e Extensão Comunitária e IX Most. Pesqui. Pós-Graduação da IMED. 2016;1–11.
27. Sanglard-Oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Exploring professionalization among Brazilian oral health technicians. *Hum. Resour. Health.* 2012;10(5):1–10.
28. Hodge T, Scott P, Thickett E. Orthodontic Therapists and their Integration into the Orthodontic Team. *Orthodontics.* 2015;8(1):14–17.
29. Machado MA, Júnior ED, Paranhos LR. Quando o auxiliar odontológico extrapola os limites. *Rev Clín Ortod Dent. Press.* 2012;11(5):114–7.
30. Silva RF, Monini ADC, Daruge Júnior E, Franceschini Júnior L, Lenza MA. Utilização de auxiliares odontológicos em Ortodontia: implicações éticas e legais. *Rev. Dent. Press Ortod. e Ortop. Facial.*

- 2006;11(5):121–128.
31. Awojobi O, Movahedi S, Jones E, Gallagher JE. Can dental nurse training provide exposure to both practice and hospital settings? *BDJ Team*. 2018;5(7):18102.
 32. Awojobi O, Movahedi S, Jones E, Gallagher JE. The evaluation of an innovative dental nurse training pilot scheme. *Nat. Publ. Gr*. 2018;1–6.
 33. Awojobi O, Jones E, Gallagher JE. Dual training of dental nurses: stakeholder views on an innovative pilot. *BDJ Team*. 2018;5(3):18038.
 34. Gomes D, Finkler M. Relação entre trabalho especializado e técnico: o caso da ortodontia à luz da bioética clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(67):1111-1122. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0206>.
 35. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução 42/2003 e aprova outro em substituição. *Diário Oficial da União*. Brasília, 14 junho 2012; Seção 1, nº114. p118. Disponível em: http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf. Acesso em: 19 de abril de 2019.
 36. Liñan MBG, Bruno LENB. Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental. *Trab. Educ. e Saúde*. 2007;5(2):327-366. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000200007>.
 37. Yakob M. BOS updates its guidance on supervision of orthodontic therapists. *Br. Dent. J*. 2017;222(10):400.
 38. Yang YT, Chen B, Wanchek T. Dental therapists: A solution to a shortage of dentists in underserved communities? *Public Health Rep*. 2017;132(3):285–288.
 39. Brickle C, Self K. Dental therapists as new oral health practitioners: increasing access for underserved populations. *J. Dent. Educ*. 2017;81(9s):e65–e72.
 40. Macey R, Glenny AM, Brocklehurst P. Assessing the efficacy and social acceptability of using as front-line clinicians. *BDJ Team*. 2017;2(4):1–5.
 41. Dasanayake AP, Brar BS, Matta S, Ranjan VK, Norman RG. Are procedures performed by dental auxiliaries safe and of comparable quality? A systematic review. *J. Calif. Dent. Assoc*. 2012;40(1):65–78.
 42. Dyer TA, Robinson PG. The acceptability of care provided by dental auxiliaries: A systematic review. *J. Am. Dent. Assoc*. 2016;147(4):244–254.
 43. Wright JT, Graham F, Hayes C, Ismail AI, Noraian KW, Weyant RJ, et al. A systematic review of oral health outcomes produced by dental teams incorporating midlevel providers. *J. Am. Dent. Assoc*. 2013;144(1):75–91.
 44. Warmling CM, Rosiris Cipriani C, Schneider Pires F. Perfil de auxiliares e técnicos em saúde bucal que atuam no sistema único de saúde. *Rev. Atenção Primaria a Saude*. 2016;19(4):592–601.
 45. Freire AC da GF, Garbin AJI, Rovida TAS, Garbin CAS. O conhecimento das funções e a formação dos auxiliares odontológicos atuantes no serviço público de saúde de municípios do noroeste paulista. *Rev. Bras. Pesqui. em Saúde*. 2011;13(3):5–9.
 46. Esposti CDD, Oliveira AE, Neto ET dos S, Zandonade E. O Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal e suas Relações com a Equipe de Saúde Bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde e Soc*. 2012;21(2):372–385.
 47. Calache H, Hopcraft M. The Role of the Oral Health Therapist in the Provision of Oral Health Care to Patients Across All Ages. *Oral Heal. Care-Prosthodontics, Periodontol. Biol. Res. Syst. Cond*. 2012;249–270.