

A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR EM ODONTOLOGIA

Alfredo Reis VIEGAS (1)

RESUMO

Os problemas e recursos da Odontologia Sanitária, são analisadas, assinalando a desproporção entre os mesmos e propondo sete medidas para a melhoria dessa situação, com ênfase na utilização de pessoal auxiliar em odontologia.

Definimos, inicialmente, o que se deve entender por pessoal auxiliar em odontologia.

Entende-se por pessoal auxiliar em odontologia, as pessoas que trabalham sob a supervisão e direção de um profissional competente, no caso, cirurgião-dentista, ou em outros termos, as pessoas de cujas atividades e atos profissionais é responsável o cirurgião-dentista sob cujas ordens trabalha. Deduz-se daí que este tipo de pessoal será de grande utilidade nas zonas e regiões onde haja número adequado de dentistas profissionais competentes.

O comitê de peritos em pessoal auxiliar em odontologia da O.M.S.¹⁵, em seu relatório, tece entre outras as seguintes considerações, que julgamos importante mencionar.

Recebido para publicação em 31-3-1966.
Trabalho da Cadeira de Técnica de Saúde Pública (Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. — Apresentado ao Simpósio de Odontologia Sanitária. — II Congresso Internacional de Odontologia e IX Congresso Odontológico Brasileiro, Rio de Janeiro, 25 a 31 de julho de 1965.

(1) Professor Assistente (Doutor) da Cadeira. Membro do Conselho de Peritos em Saúde Dental da Organização Mundial da Saúde. Membro do Conselho de Educação Dental da Federação Dentária Internacional.

1. Os serviços sanitários se têm desenvolvido e estendido nos diversos países no mesmo ritmo que a cultura e o progresso econômico nos setores industrial e agrícola. Sabe-se que os programas sanitários não se têm executado com igual rapidez, nem alcançado o mesmo grau de desenvolvimento em tôdas as partes do mundo. A trajetória desse progresso foi marcada em cada país por uma série de acontecimentos que modificaram a situação; e é fácil de compreender que não foram determinados somente pelo aumento dos conhecimentos científicos, como também por uma melhor avaliação, graças ao ensino das necessidades e exigências da população.
2. Já há muitos anos se reconhece a necessidade de ampliar e estender a assistência dental como elemento importante dos programas sanitários nacionais. Para organizar essa assistência e tornar extensivos por igual os serviços correspondentes a toda coletividade, foi necessário estudar as modalidades de sua prestação. Comprovou-se que em matéria de odontologia, o melhoramento e ampliação dos cursos de formação profissional, ao lado de que aumentou a eficiência do pessoal formado, veio trazer no-

vos problemas, devido sobretudo, ao maior tempo que exige a formação dos dentistas e a elevação do custo de seus serviços para os particulares e para a coletividade.

Por isso, considerou-se profissionalmente conveniente recorrer a diversas categorias de pessoal auxiliar para obter serviços complementares aos que proporciona o dentista através de uma grande preparação. Assim, um pessoal auxiliar menos especializado e perito, colabora com o dentista e desempenha sob sua direção, funções de menor responsabilidade. Os dentistas profissionais com preparação que lhes dá grande competência, podem estender o campo de suas atividades com o concurso de ajudantes muito competentes em um campo limitado.

3. As funções do pessoal auxiliar são muito variadas. Há por exemplo alguns auxiliares aos quais não se permite nenhum contato com os doentes; outros, ao contrário, não só estão em contato com eles, como podem atuar na bôca do paciente, prestando-lhe uma parte da assistência dental. A extensão das funções que podem ser delegadas às diversas categorias de auxiliares, depende das disposições regulamentares em vigor, da formação e experiência de cada um e da medida em que o dentista esteja disposto a tornar-se responsável por seu trabalho.
4. Uma vez que é um fato confirmado por muitos estudos que o emprêgo de pessoal auxiliar suplementar permite ao odontólogo aumentar a assistência dental no consultório, na clínica ou no hospital, é conveniente confiar a prestação dessa assistência a uma «equipe de higiene dental», tanto nos serviços públicos, de odontologia, como no exercício privado da profissão. Êste sistema pode aplicar-se proveitosamente nos programas de higiene dental estabelecidos pelos países adiantados e na organi-

zação de serviços dêsse tipo, nos países onde a assistência dental seja escassa ou inexistente.

5. Alguns países reconhecem já a utilidade do pessoal auxiliar de odontologia e o empregam em grande número. Isto indica que tanto os dentistas como os governos dêsses países aceitam os serviços do pessoal auxiliar, quando tratam de empregar todos os meios disponíveis para proporcionar ao maior número de pessoas, serviços cada dia mais completos.
6. Recomenda-se, ainda aos dentistas que prestem atenção não apenas ao adiestramento do pessoal auxiliar, bem como à conveniência de que os dentistas aprendam a utilizar seus serviços com maior eficiência e aproveitamento.

Vejamos agora porque é importante a utilização do pessoal auxiliar em odontologia.

Como é do conhecimento de todos em saúde pública os problemas são sempre maiores do que os recursos existentes.

Vamos apresentar alguns dados de Estados Unidos que mostram bem a gravidade dos problemas¹⁸.

Verificou-se, através de levantamentos, que nas crianças com menos de 5 anos de idade, que freqüentam o dentista, apenas uma em quatro apresenta todos os dentes tratados. Metade das crianças tinham dois ou mais dentes cariados, aproximadamente uma em cada quatro tinham seis dentes cariados, e uma em cada dez tinha dez ou mais dentes cariados.

Entre os adolescentes de 15 a 19 anos de idade, que freqüentam o dentista apenas um em cada seis tinha todos os dentes tratados. Quase cinquenta por cento tinham cinco dentes cariados, aproximadamente um em cada quatro tinha 8 dentes cariados e um em dez tinha dez ou mais dentes cariados.

No grupo etário de 20 a 24 anos de idade, o número médio de dentes extraídos ou com extração indicada foi de mais de quatro por paciente. No grupo de

a 54 anos de idade, cada paciente em média já tinha extraído onze dentes e apresentava ainda mais dois com indicação para extração.

À medida que a perda de dentes aumenta com a idade, a necessidade para a sua substituição aumenta proporcionalmente. Assim, em relação à necessidade de dentaduras se observou que um terço dos indivíduos acima de 35 anos de idade se apresentam sem nenhum dente, sendo que de 25 a 34 anos, três por cento usam dentaduras, de 55 a 64, trinta e seis por cento e com mais de 65 anos, sessenta e cinco por cento.

Em relação ao problema periodontal, segundo Marshall-Day¹³ aos 50 anos de idade pelo menos cinquenta por cento já estão afetados e praticamente na idade de 65 anos todos estão afetados.

Esses dados possibilitam verificar que realmente os dois principais problemas da Odontologia Sanitária são realmente ponderáveis.

Passemos a analisar agora a relação dentista-população.

Vamos apresentar essa relação em diversos países, segundo dados da O.M.S.²⁰.

Indonésia	1: 284.000
Afagnistão	1: 228.000
México	1: 20.300
Equador	1: 11.200
Rússia	1: 4.800
Brasil	1: 3.700
U.S.A.	1: 1.700
Israel	1: 1.400

Como se pode observar essa relação é variável, indo da pior possível, a uma razoável, mas ainda longe da ideal. Exemplifiquemos com os Estados Unidos; lá, de acordo com o levantamento nacional realizado em 1957⁴, menos de cinquenta por cento da população havia visitado o dentista no ano anterior, e apenas vinte e três por cento o havia feito nos seis meses anteriores. Um em cada três não havia visitado o dentista nos cinco anos anteriores, incluindo dezoito por cento que nunca tinham ido a um consultório odontológico.

É óbvio que falta mão, de obra profissional, e isso torna-se bem mais flagrante, se não nos esquecermos que a profissão dental norte-americana utiliza pessoal auxiliar e, nem assim está resolvendo o problema lá existente.

Como melhorar essa situação?

Através de sete medidas essenciais:

Primeira, pela aplicação ampla de métodos preventivos.

Segunda, através de programas de educação sanitária em saúde dental.

Terceira, pelo aumento da mão de obra profissional, através da formação de maior número de profissionais com sensibilidade social de acordo com a nova filosofia de ensino que recomenda um maior equilíbrio no curriculum entre as fases técnica e social, como bem ressalta Blackerby¹.

Quarta, pela utilização de pessoal auxiliar, tanto os que prestam serviços junto ao dentista, ou sejam a auxiliar de dentista ou assistente e o protético, bem como os que prestam serviço ao paciente, no nosso caso (Brasil) a auxiliar de higiene dental.

Quinta, pelo aumento da produtividade dos atuais e dos futuros cirurgiões-dentistas.

Sexta, pelo desenvolvimento de sistemas de pagamento para tratamento dental.

Sétima, pela racionalização dos serviços sociais da odontologia, dentro dos cânones da técnica de administração em saúde pública, através da organização adequada dos serviços, e complementada por boa planificação, correta execução e uma avaliação ponderada dos programas elaborados.

Façamos algumas ponderações sobre essas sete medidas, colocando ênfase na utilização de pessoal auxiliar.

Primeira medida: Aplicação ampla de métodos preventivos

É aceito por todos aqueles que têm

visão no campo da saúde pública que é impossível o desenvolvimento de um programa dentário econômico para adultos, a não ser que se desenvolvam medidas de prevenção e tratamento dental, a fim de que as crianças assim beneficiadas possam ingressar em melhores condições no grupo adulto.

É ponto pacífico também que para um indivíduo ter a possibilidade de manter a saúde da boca durante toda a vida, é necessário receber tratamento dentário completo.

Todavia, só é possível dar tratamento dentário completo à população, pela aplicação à criança, de medidas preventivas eficientes e secundariamente por medidas curativas.

Das medidas preventivas o método mais adequado é a fluoretação da água de abastecimento público. Este método já está sendo usado em 43 países do mundo, e no Brasil já pelo menos 85 cidades o estão empregando. A eficiência desse método já está demonstrada também em nosso meio pelo estudo piloto de Baixo Guandú da FSESP.

Os resultados verificados depois de 10 anos confirmaram a eficiência do método e demonstraram a exequibilidade de sua adoção em nosso meio. A redução obtida nas idades de 7 a 10 anos que receberam o benefício durante toda a vida, foi da ordem de 64,1 por cento. Nas idades de 11 a 14 de 54,75 por cento e de 7 a 14 de 59,42 por cento. Esses dados podem ser verificados no Tabela I.

TABELA I

Número médio de dentes atacados pela cárie dental, nas crianças de 7 a 14 anos de idade, na cidade de Baixo Guandú, Estado do Espírito Santo, nos anos de 1953 a 1963*

Ano Idade	1953	1963	Percentual de redução		
			por idade	por grupos de idade	tôdas as idades
7	3,17	0,81	74,4	64,1	59,42
8	3,86	1,52	60,6		
9	4,55	1,86	59,1		
10	6,29	2,01	62,3		
11	6,71	3,01	55,1	54,75	
12	8,61	3,69	57,1		
13	9,41	4,58	51,3		
14	11,02	4,90	55,5		

* Dados da FSESP.

Pelos gráficos da cidade de Baixo Guandú, em que são comparados o número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, nos anos de 1953 e 1961 (Fig. 1) pode-se verificar:

a) O número de dentes livres de cárie graças ao flúor;

b) A diminuição no número de dentes perdidos;

c) A diminuição no número de dentes cariados, e

d) O aumento no número de dentes obturados.

BAIXO GUANDU

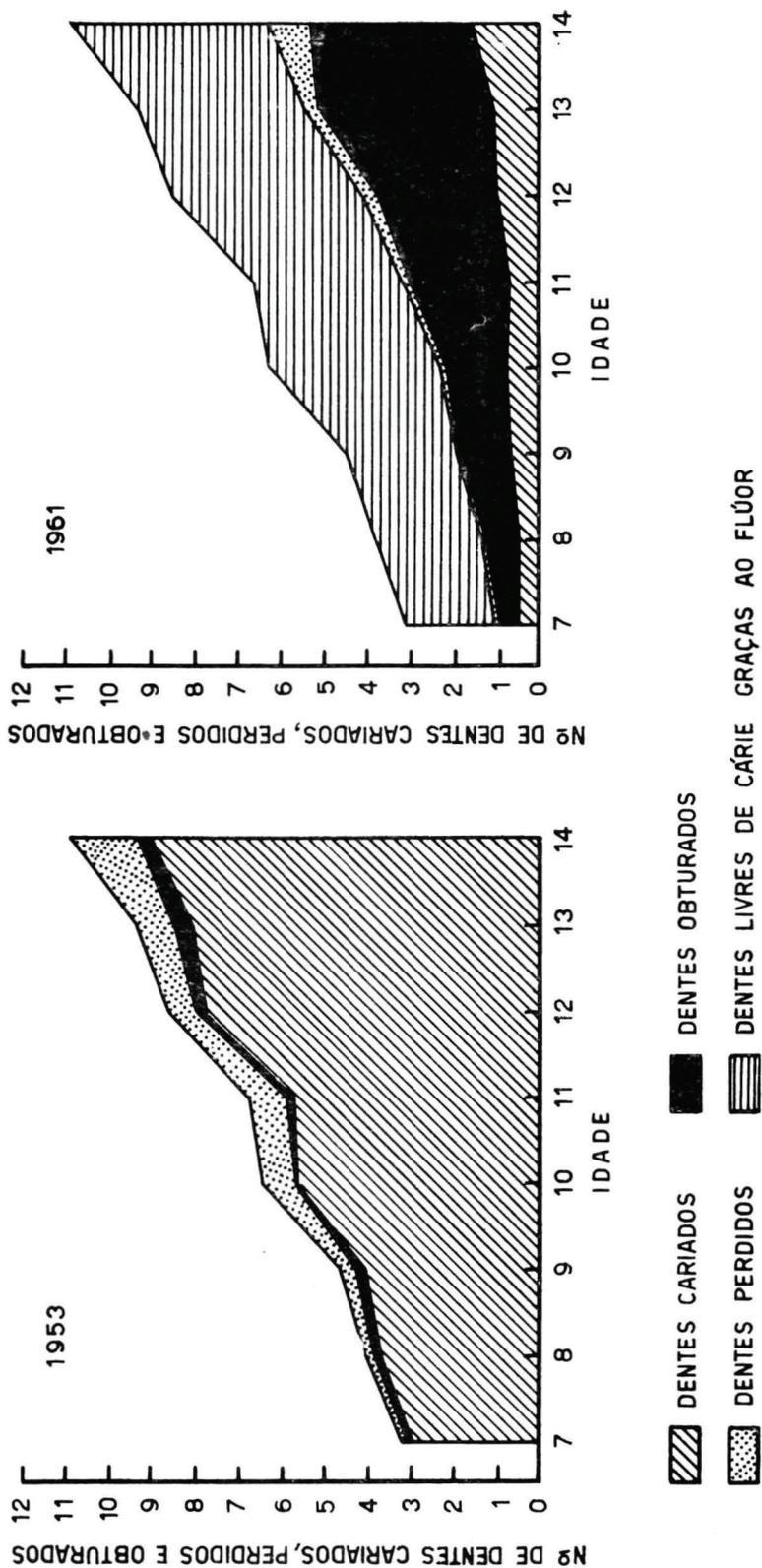


Fig. 1 — Média de dentes cariados, perdidos e obturados por criança.

Pode-se observar que apenas decorridos 8 anos de fluoretação, a população escolar já está recebendo uma atenção dental adequada, pois o número de dentes obturados é grande, o número de dentes cariados pequeno (corresponde à incidência) e o número de dentes perdidos tende a desaparecer.

Na impossibilidade de aplicação desse método, deve-se usar os métodos alternativos da fluoretação, tais como aplicações tópicas de flúor, comprimidos de flúor e soluções domiciliares de flúor.

É vital, que além dos serviços sociais da odontologia, também os dentistas clínicos apliquem ao máximo no exercício

da profissão os métodos preventivos. Isto além de contribuir para uma melhor saúde dental da comunidade, assegura também ao profissional maior conceito por parte de seus pacientes como também possibilita uma maior renda. Isto foi demonstrado através do levantamento executado pelo Centro de Pesquisa da Opinião Nacional (NORC)⁵, nos Estados Unidos, onde se verificou que quanto maior era a prática de serviços preventivos, maior era a renda líquida do profissional. Os dados observados estão sinalados na Tabela II, onde se vê que a diferença na renda líquida anual entre os grupos extremos quanto à prática de serviços preventivos é de \$4.600 dólares.

TABELA II

Prática de serviços preventivos e renda média anual.

Tipos de prática de serviços preventivos	Altamente preventiva	Moderadamente preventiva	Alguma prevenção	Prevenção ocasionalmente
Renda líquida/anual (dólares)	\$13.350	\$12.300	\$11.600	\$8.750

Segunda medida: Programas de Educação Sanitária em Saúde Dental

O valor saúde dental é praticamente desconhecido pela população. Faz-se necessário portanto elucidá-la. E se isto é importante para o grupo que não tem nenhuma noção desse valor, é ainda muito mais importante para o grupo que tem algum conhecimento. Este, geralmente, de vez em quando procura o dentista, mas é essencial instruí-lo sobre a importância das visitas periódicas ao dentista, pois do contrário as necessidades acumuladas aumentarão, e isso ocorrerá numa relação direta entre as visitas ao dentista e o intervalo de tempo entre elas. Assim sendo, quanto maior o intervalo entre visitas, maior será o problema dental que o paciente apresenta. Pelton¹⁶ observou

esta relação num levantamento que realizou em adultos do sexo masculino, através da verificação entre as necessidades dentais e o tempo decorrente da última visita ao dentista.

Na Figura 2 pode-se verificar esse fato e notar que, quanto maior é o tempo decorrente da última visita ao dentista, maiores são as necessidades acumuladas, e ainda estas vão se tornando mais severas. Isto é nítido no grupo de 7 anos ou mais, onde as necessidades de restauração, já estão ultrapassadas pelas necessidades de extração indicada.

Por outro lado, a educação sanitária é essencial para se instruir aquele grupo da comunidade, que possui recursos econômicos e que não utiliza os serviços profissionais do cirurgião-dentista, porque não deseja obter serviços, única e ex-

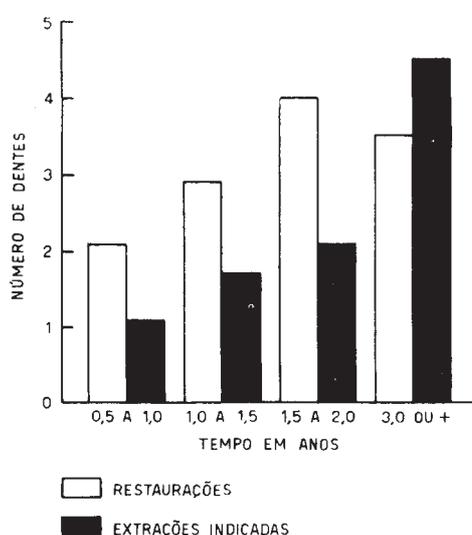


Fig. 2 — Dentes necessitando restaurações ou extrações indicadas, em adultos brancos do sexo masculino, em relação ao período de tempo decorrente à última visita ao dentista.

sivamente por desconhecer o valor da saúde dental. Além desse tipo de educação sanitária, que é dirigida a grupos ou ao todo populacional, é necessário que o cirurgião-dentista, e também pessoal auxiliar, realizem a educação sanitária individual, «tête à tête», principalmente com referência as medidas que o paciente deve executar para conservar a saúde oral. Por exemplo, instrução sobre a ingestão de açúcares em relação à cárie dental, ou instrução sobre técnicas corretas de escovação para a prevenção das doenças periodontais.

Terceira medida: 1. Aumento da mão de obra profissional — 2. Desenvolvimento da sensibilidade social da profissão.

Para aumentar o número de profissionais para que se melhore a relação dentista-paciente, necessitamos basicamente criar novas faculdades, ou aumentar o número de vagas existentes atualmente nos diferentes institutos ou delimitando o número de anos dos cursos de acordo com a realidade do país ou de suas diferentes regiões, ou acelerar a formação

de novos dentistas sem reduzir o número de horas-aluno, ou instituindo-se cursos noturnos.

Vejam rapidamente essas diferentes possibilidades.

Primeira: A criação de novas faculdades de odontologia deveria estar condicionada ao parecer favorável da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), que tem autoridade neste setor através do conhecimento preciso da situação brasileira. Ela pode opinar com exatidão qual o Estado ou região em que se deve criar uma nova faculdade. É essencial levar em consideração na ponderação a ser feita se há a possibilidade de conseguir corpo docente capacitado, condição «sine qua non» para sua criação. Sendo preenchida essa condição, deve verificar se existem verbas suficientes para:

- Instalação física da faculdade.
- Manutenção da faculdade: equipamento e material.
- Pagamento do pessoal docente e administrativo.

Notar-se-á que em inúmeras situações, seria mais racional e mais econômico, se o governo concedesse bolsas de estudos para a formação de cirurgiões-dentistas em faculdades já existentes, assumindo o futuro profissional a obrigatoriedade de regressar ao seu local de origem, e aí permanecer, pelo menos dez anos exercendo sua profissão, a fim de beneficiar sua comunidade.

Segunda: Poder-se-ia aumentar a mão de obra profissional, ampliando o número de vagas existentes nas atuais faculdades, através de melhoria das condições físicas, do equipamento, material e, se necessário, do corpo docente. Dêse modo, sem grande aumento de despesa, pode-se ampliar o número de formados.

Terceira: Pode-se também delimitar o número de anos dos cursos de acordo com a realidade do país ou de suas diferentes regiões. Na América do Norte, o número de anos dos cursos de odontologia, para se formar cirurgiões-dentistas

para servir adequadamente sua população, que indiscutivelmente possui um nível sócio-econômico bem superior ao nosso, é de quatro anos¹⁶. A escola que utiliza o maior número de horas, usa 5.190 horas-ano, que na base de 180 dias de aula-ano, corresponde ao emprêgo de 7 horas e 12 minutos-dia. As escolas no seu todo, usam 4.404 horas-ano, o que equivale à utilização de 6 horas e 7 minutos-dia.

A ABENO⁷ propôs para o Brasil dois tipos de cursos, um que equivale a 720 horas-ano, ou seja, 4 horas-dia, e o outro com 4.320 horas, que corresponde a 1.080 horas-ano, ou seja, 6 horas-dia.

No nosso ponto de vista, o curso de 2.800 horas, poderia muito bem ser realizado em 3 anos, ministrando-se 933 horas-ano, e 5 horas e 11 minutos-dia, o que seria racional, e que redundaria para certas áreas num grande benefício, pois aumentar-se-ia a mão de obra, e concomitantemente ter-se-ia um profissional de formação menos dispendiosa, e que estaria mais de acôrdo com o nível sócio-econômico da população a servir.

É inaceitável no Brasil qualquer curso que tenha uma duração superior a 4 anos, pois foge à realidade do país. É inconcebível portanto, o curso da Faculdade de Odontologia da U.S.P., cuja duração é de 5 anos e envolve 6.616 horas.

Atualmente, é consenso aceito pelos educadores de visão ampla, que se deve formar profissionais para atender à população com base em seu nível sócio-econômico. Devendo-se ensinar o essencial para o exercício consciente da profissão, delimitando-se os diferentes assuntos a serem ensinados às cátedras, sem superposição dos mesmos, eliminando-se cátedras ou disciplinas, por exemplo, prótese buco-maxilar, odontologia legal, ortodontia corretiva, que constituem conhecimentos que deverão ser ensinados em cursos de pós-graduação, o mesmo aplicando-se ao ensino de certas técnicas especializadas.

Quarta: Acelerando a formação de novos dentistas sem reduzir o número de

horas-aluno. Isto foi feito nos Estados Unidos, durante a guerra, e poderia também ser feito na realidade dos 48 meses, utiliza apenas 32, poderia ser completado em 2 anos e 11 meses, incluindo-se um mês de férias entre as diferentes séries.

Quinta: Outra possibilidade seria a de instituir-se cursos noturnos. A única despesa decorrente praticamente seria a referente ao pagamento do pessoal docente e administrativo.

Êstes cursos deveriam ser estruturados de acôrdo com a situação sócio-econômica das diferentes regiões do país, tendo nas regiões menos desenvolvidas a duração de 3 anos, com curriculum de 2.800 horas, ministrando-se 4 horas de ensino por aluno-dia e, tendo nas regiões mais desenvolvidas a duração de 4 anos, com curriculum de 4.320 horas, ministrando-se 6 horas de ensino por aluno-dia.

Êsse nível de escolaridade nos parece suficiente para formar cirurgiões-dentistas de acôrdo com a realidade brasileira.

Quarta medida: Pela utilização de pessoal auxiliar

Primeiro tipo: Auxiliar de dentista ou assistente.

Segundo tipo: Protético.

Terceiro tipo: Auxiliar de higiene dental.

Decorrem da utilização da auxiliar de consultório.

As vantagens da utilização da auxiliar de consultório, são as seguintes:

1.º Aumento de produtividade

Um maior número de pacientes pode ser tratado pelo dentista num igual tempo de trabalho, pois muitas atividades são delegadas e executadas pela auxiliar de consultório.

Moen¹¹ assinala que os dentistas que trabalham com uma assistente, atendem em média 37 por cento a mais de pacien-

tes, enquanto que os que trabalham com duas assistentes atendem em média 69 por cento a mais de pacientes.

Klein¹⁰ estimou que o número de pacientes pode ser aumentado de 35 por cento com a utilização de uma assistente, e de 75 por cento com duas.

Mc Crea¹² afirma que a produtividade do dentista pode ser aumentada de, aproximadamente, 30 por cento, quando auxiliado por uma assistente adequadamente treinada, e acrescenta ainda que se todos os dentistas dos Estados Unidos, na época (100.000), usassem esse tipo de

pessoal efetivamente, o aumento da produtividade equivaleria ao incremento de no mínimo 30.000 dentistas.

Rosiello¹⁷, em trabalho realizado na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da U.S.P., observou um aumento de produtividade de 33,80 por cento, computando o tempo dispendido pelo dentista na realização dos mesmos procedimentos operatórios com e sem a utilização da assistente, a fim de verificar o tempo ganho em cada etapa de trabalho e no seu total. Pela Tabela III, pode-se observar os dados que forem registrados.

TABELA III

Tempos médios por operação, expressos em minutos, segundo os procedimentos e a utilização ou não de auxiliar.

Procedimento	Sem auxiliar	Com auxiliar	Percentual de redução
Preparo do paciente	2,9	1,8	39
Exame	5,1	2,8	44
Preparo da cavidade	9,0	7,0	22
Restauração	11,4	7,2	31

2.^a Aumento do rendimento

Se a produtividade é expressa através da relação tempo-trabalho produzido, o rendimento se traduz pela relação produtividade-custo.

Essa assertiva pode ser verificada pela análise da renda média anual obtida pelos dentistas, quando comparados entre si, levando-se em consideração a utilização ou não desse tipo de pessoal. Segundo dados do Survey of Dentistry¹⁸ relativos ao ano de 1958, um profissional trabalhando com uma cadeira e sem assistente obtinha uma renda média anual de 8.469 dólares; já um profissional trabalhando com uma cadeira e uma assistente alcançava 12.872 dólares, o que representa um aumento de renda da ordem de 52

por cento; e um profissional, trabalhando com duas cadeiras e duas assistentes conseguia uma renda de 21.015 dólares o que corresponde a um aumento de 63 por cento em relação a última situação assinalada.

3.^a Melhor qualidade de trabalho

Isso decorre, em virtude de o profissional dispender menor esforço físico e mental, pois a assistente através de sua função passa a realizar inúmeras atividades que o dentista tinha que executar. Em consequência disso, o dentista pode se concentrar mais no que está executando, aprecia mais o trabalho que está realizando e advém disso como resultado um menor trabalho.

Segundo Waterman¹⁹, há uma redução de 50 por cento nas atividades exercidas por um dentista com o emprêgo de uma auxiliar, redução esta que passa a 75 por cento quando trabalha auxiliado por duas assistentes.

4.^a Melhor contrôlo do paciente

Esta vantagem se observa tanto em adultos, como em crianças, contudo, no exercício da odontopediatria, ela se torna mais nítida, pois com a redução do tempo há, proporcionalmente, redução do período de apreensão e do desconforto que o paciente poderia experimentar.

5.^a Permite reduzir os problemas dentais da população

É óbvio que, se da utilização da assistente surge a possibilidade de se atender um maior número de pacientes, está implícito que estamos reduzindo os problemas de saúde dental da população.

Vamos transcrever do Comitê de Peritos da OMS em Pessoal Auxiliar em Odontologia¹⁹ as funções específicas desse tipo de pessoal auxiliar, bem como a formação que necessita, pois estamos de pleno acôrdo com as sugestões oferecidas.

Funções

O Comitê examinou as funções gerais da auxiliar de dentista e recomenda encarecidamente que se considere como indispensável o emprêgo desta auxiliar em todos os serviços de Odontologia, públicos e privados. A título comparativo podemos dizer que a auxiliar de dentista há de ser para o dentista o que a auxiliar de cirurgia é para o cirurgião e, que tão indispensável é uma como a outra, para que o profissional exerça suas funções com maior eficiência.

A auxiliar de dentista deve desempenhar as seguintes funções:

1. Receber o paciente.
2. Prepará-lo para o tratamento que necessita.

3. Preparar e apresentar todos os acessórios necessários (guardanapo, cuba, etc.).
4. Esterilizar, cuidar e preparar os instrumentos (atividade em que deve ser muito competente).
5. Preparar e misturar os materiais de restauração (materiais de restauração e impressão, entre outros).
6. Cuidar do paciente, uma vez terminado o tratamento, até que abandone o consultório e, seguidamente, recolher os instrumentos e prepará-los para nova utilização.
7. Tornar a preparar o gabinete para o enfermo seguinte.
8. Apresentar as fichas clínicas ao dentista para que este escreva os dados referentes e arquivá-las.
9. Ajudar o dentista nos trabalhos de radiologia e na revelação e montagem das radiografias.
10. Instruir o paciente, sempre que seja necessário, sobre o uso correto da escova de dentes.
11. Dar assistência pós operatória às pessoas que tenham sofrido anestesia geral.

Nota: Em circunstâncias especiais pode ser necessário confiar-lhe algumas das funções que desempenha normalmente um protético dental, mas provavelmente, não se apresentará tal caso, se se dispõe dos serviços deste técnico.

Formação

Em todos os cursos de formação desta categoria de auxiliares deve ter-se presente o princípio fundamental de que sua missão consiste em ajudar o dentista no consultório, graças a seu concurso, trabalhar com mais eficiência e rapidez.

Por causa das relações que em seu trabalho deve ter com os pacientes e com o pessoal profissional, convém que a auxiliar seja de inteligência viva, de bom

caráter e de boa aparência. Estas qualidades são talvez tão importantes como um nível de instrução satisfatório.

Duração dos cursos

O grau de instrução e as demais qualidades exigidas das aspirantes, assim como o conteúdo da duração dos cursos, variarão consideravelmente, segundo seja a complexidade dos serviços que as auxiliares terão de prestar e estarão sem dúvida, em relação direta com o desenvolvimento da área onde se selecionem e do serviço de higiene dental, assim como com a competência dos dentistas.

Nas regiões em que os serviços dentais estejam bem desenvolvidos e os dentistas sejam treinados a utilização eficaz das auxiliares de dentista, assim como nas zonas onde haja um número suficiente de aspirantes idôneos, se requererá que as alunas tenham terminado o ginásio e sigam um curso oficial de formação durante um ano. Em outras zonas, por diversos motivos, não será preciso exigir um curso deste tipo.

A auxiliar de dentista que tenha seguido com proveito um curso oficial de formação, poderá adaptar-se em diversos meios, às necessidades e técnicas diversas dos dentistas, o que não poderá fazer tão facilmente a que se tenha formado mediante o sistema de aprendizagem ao lado de um profissional.

Os dentistas formados nas escolas onde também se organizam cursos para auxiliares de dentista, apreciam melhor as vantagens que derivam da utilização inteligente dos serviços destas auxiliares. As autoridades responsáveis pelo ensino da odontologia deverão examinar, portanto, a conveniência de aumentar o número dos cursos de formação de auxiliares de dentista.

Plano de estudos

Um curso oficial deverá compreender as seguintes matérias:

1. Importância do comportamento moral.
 2. Princípios e métodos de esterilização.
 3. Preparação de materiais de restauração e impressão.
 4. Cuidado e conservação dos instrumentos e do material ligeiro.
 5. Primeiros auxílios.
 6. Conhecimento geral da nomenclatura odontológica.
 7. Utilização e arquivamento dos documentos das fichas pertinentes.
- À medida que se desenvolvem e ampliam os cursos, se incluiriam neles outras matérias, como noções de procedimentos de enfermagem, revelação e montagem de radiografias, técnica de operações em salas cirúrgicas, etc.
- Este tipo de pessoal auxiliar é considerado, pelos educadores americanos, como essencial para que a profissão possa proporcionar uma melhor saúde oral para a população. Pelo menos 44 das 48 escolas de odontologia da América do Norte estão ensinando os futuros dentistas a aprenderem a utilizar eficientemente a auxiliar de dentista.
- #### Passemos ao segundo tipo de pessoal auxiliar, ou seja, o protético.
- Este tipo de profissional é também muito útil ao cirurgião dentista. O tempo útil do profissional, precisa ser aproveitado ao máximo para a prestação de serviços diretamente ao paciente; tudo aquilo que puder ser delegado a pessoal auxiliar, deve ser delegado.
- Na Escola de Odontologia do Kentucky² foi introduzida uma nova e importante faceta no ensino. Foi introduzido um laboratório dental, tipo comercial centralizado, cujos objetivos são:
- 1.º Livrar o estudante de uma grande porção de fases estritamente técnicas da prática da carreira.
 - 2.º Ensiná-lo a trabalhar com este tipo de pessoal auxiliar, e

3.º Proporcionar mais tempo para experiência clínica.

Dê-se modo, eliminou-se do ensino, muitos dos aspectos técnicos, que geralmente não constituem parte da atividade do cirurgião-dentista no exercício de sua carreira.

A OMS¹⁵, assim se refere a este tipo de pessoal:

Funções

O técnico de prótese dental, cuja principal função for executar aparelhos ortodônticos, deverá trabalhar sob a direção e conforme as instruções de um dentista.

O técnico dental desempenhará as seguintes funções:

1. Vassar os moldes nas impressões tomadas da boca dos pacientes.
2. Construir os aparelhos correspondentes a esses moldes, de acordo com as instruções do dentista.
3. Trabalhar os metais e os materiais utilizados na construção destes aparelhos.
4. Construir as talas que se utilizam na cirurgia maxilofacial.
5. Construir aparelhos ortodônticos de acordo com as instruções do dentista.
6. Construir certos aparelhos como obturadores e próteses especiais.
7. Conservar os depósitos de materiais dentais.

Nota: Sugeriu-se que em determinadas circunstâncias e talvez nos países em vias de desenvolvimento, que o protético dental poderia encarregar-se de revelar as radiografias e de conservar o equipo dental pesado. O Comitê de Peritos insistiu em que o técnico dental não deve tomar impressões da boca nem ter contato com os pacientes.

Formação

Convém assinalar que nos casos em que o trabalho do dentista inclua traba-

lhos pe róltese é necessária a ajuda de um protético dental, especialista competente com conhecimentos teóricos e práticos nesta matéria, que sob a direção do dentista se encarregará de executar todos os trabalhos de laboratório ordenados por este.

As pessoas que desejam receber esta formação deverão ter um nível de instrução suficiente para seguir com aproveitamento os estudos técnicos. Na medida do possível convém que tenham terminado o ginásio.

Período de formação

O período de formação deverá durar dois anos como mínimo e se for possível, três.

Os cursos oficiais ocuparão a maior parte do período de formação e deverão dar-se em um centro especial, por exemplo em uma escola de prótese dental anexa ou independente de uma escola de odontologia. Terminado o curso, os alunos farão na escola ou fora dela um período de práticas de laboratório, sem o qual não poderão obter o título necessário.

Planos de estudos

Se recomenda que nos cursos se dêem ensinamentos teóricos e práticos na medida estritamente necessária para que o protético dental adquira os conhecimentos que exige o exercício de sua profissão.

Ao se organizar um curso, se procurará incluir no plano de estudos o ensino das seguintes matérias:

1. Princípios fundamentais de química e física necessários para o protético dental.
2. Utilização e conservação dos aparelhos, instrumentos e material importantes para o protético dental.
3. Princípios elementares das ciências biológicas cujo conhecimento permitirá ao protético dental compreender suas funções de auxiliar do dentista.

4. Técnicas utilizadas na construção de:
 - a) dentaduras completas.
 - b) dentaduras parciais.
 - c) aparatos de cerâmica e porcelana.
 - d) coroas e pontes.
 - e) aparelhos ortodônticos.
 - f) outros aparelhos requeridos pelo dentista.
5. Funções do protético dental como membro da equipe de higiene dental e especialmente noções de ética e de jurisprudência.
6. Ampla informação sobre os materiais dentais e sua utilização prática para construir aparelhos ortodônticos.
7. Informação sobre o papel que cabe ao dentista nos serviços de higiene dental, a fim de que o protético possa compreender a relação entre suas funções e as do dentista.

É impossível nesta descrição dispensar maior atenção ao grau de instrução que devem receber os alunos, no que diz respeito às teorias e aos princípios inerentes a sua profissão e a experiência indispensável. O Comitê estima que o programa de ensino ganhará em eficiência se as partes do curso relativas aos princípios se coordenarem com as referentes à experiência e prática.

Parece evidente que a formação de protéticos dentais pode organizar-se de diversas maneiras. No entretanto, os métodos recomendados pelo Comitê no presente informe tem dado magníficos resultados nos serviços de higiene dental.

Nos países onde não seja possível imediatamente organizar cursos oficiais em centros docentes, poderão empregar-se métodos de aprendizagem para adiestramento desses técnicos, mas este sistema não é tão eficaz como o dos programas oficiais de ensino. Se se empregam métodos de aprendizagem, deverão ser dirigidos exclusivamente por técnicos diplomados nessa especialidade.

Em alguns países se prepara o protético dental para fazer trabalhos bastante especializados. Dá-se assim o caso de especializá-los em um trabalho determinado como por exemplo, construção de dentaduras completas, cerâmica dental, etc.

Vejamos o terceiro tipo de pessoal sub-profissional, ou seja, a auxiliar de higiene dental.

Este tipo de pessoal auxiliar tem como funções específicas executar limpeza coronária dos dentes, aplicações tópicas e fazer educação sanitária individual. Sua utilização deve ficar restrita aos serviços de saúde pública, trabalhando sob a supervisão do cirurgião-dentista.

Devem elas ter pelo menos o curso primário completo.

O período de formação é de três a seis meses, com 250 horas, recomendando-se ênfase na parte prática (60 por cento), devendo seu preparo ser feito nos próprios serviços de saúde pública.

O plano de estudos calcado na experiência da FSESP¹¹ e da Faculdade de Higiene e Saúde Pública⁹, consta de:

- a) Parte teórica — de 100 a 200 horas compreendendo:
 1. Anatomia e Fisiologia oral — estrutura e funcionamento dos tecidos e órgãos bucais, particularmente dos dentes.
 2. Nutrição — relacionada aos tecidos bucais e dentes.
 3. Psicologia — estudo do processo do comportamento humano.
 4. Ética e Relações Humanas.
 5. Patologia — enfermidades que mais freqüentemente afetam os dentes e tecidos de suporte.
 6. Odontologia Preventiva — estudo dos métodos preventivos e seu emprego em Saúde Pública.
 7. Esterilização e manuseio do material e instrumental.

8. Educação Sanitária — conceito, princípios básicos, métodos e materiais.

b) Parte prática

Treinamento em centro de saúde ou unidade sanitária, onde depois de bem familiarizada com a técnica, passa a executá-la diretamente supervisionada pelos instrutores do curso.

As vantagens da utilização da auxiliar de higiene dental são as seguintes:

- 1.^a — Livra o profissional da execução de uma técnica essencialmente mecânica, deixando maior tempo para o dentista realizar técnicas mais complexas e que demandam maior preparo técnico-científico, bem como maior raciocínio e habilidade.
- 2.^a — O custo do tratamento preventivo apresenta uma redução acentuada, em virtude do menor salário que percebe este tipo de pessoal em relação ao cirurgião-dentista.
- 3.^a — Reduz a incidência da cárie dental em média de 40 por cento (Fluoretto de sódio a 2 por cento), possibilitando, desse modo, uma maior cobertura no programa de saúde dental.

É essencial portanto, que a recomendação feita pelo VIII Congresso Brasileiro de Odontologia, realizado em Curitiba em julho de 1962, para a legalização desse tipo de pessoal auxiliar, se concretize definitivamente. Sugiro que este Congresso reitere essa recomendação, que é vital, se é que a profissão deseja realmente melhorar as condições de saúde oral da população brasileira.

É inadmissível que em saúde pública se utilize um profissional de formação dispendiosa para a execução de uma técnica tão simples.

Quinta medida: Aumento da produtividade dos atuais e futuros cirurgiões-dentistas.

Com essa finalidade faz-se mister, como diz Mário Chaves³ aplicar os princí-

pios da organização científica do trabalho, tais como delegação de atividades, economia de movimentos, eliminação de tempos de espera, utilização de equipamento e materiais que possibilitem ganho de tempo, proporção numérica dentista-auxiliar, adequada e perfeita coordenação de trabalho desses elementos.

Quanto à delegação de atividades já vimos a importância da utilização da auxiliar de consultório, que como instrumentadora, manipuladora de materiais e de outras maneiras, pode simplificar o trabalho e economizar o tempo do dentista.

A economia de movimentos que é obtida através da racionalização do trabalho, estabelecendo-se normas para a execução das diferentes técnicas e fases, permite uma maior rapidez sem sacrifício da qualidade, com a concomitante eliminação de etapas inúteis e sem interrupções.

Para eliminar os tempos de espera, relativos por exemplo a tomada de présa de certos materiais, a melhor solução é a de se trabalhar com duas cadeiras e duas auxiliares, como demonstrou muito bem Waterman¹⁹.

Com referência à utilização de equipamento e materiais, vamos mencionar apenas a importância do uso dos motores de alta rotação, que, segundo dados de Guimarães⁸, calcado em seu trabalho de pesquisa, possibilitam uma redução de 50 por cento no preparo do dente e de 30 por cento no tempo total (preparo do dente e restauração).

A relação dentista-auxiliar deve ser pelo menos de 1:1.

Não se compreende que atualmente inúmeros serviços de saúde pública ainda não usem auxiliares de consultório; este erro deve ser corrigido, pois não se compreende que continuem a contratar mais dentistas, sem antes concretizarem essa medida, que como já demonstramos permite aumentar acentuadamente o rendimento do dentista.

Por último, é imprescindível que se ensine nas faculdades os futuros profis-

sionais a fim de que aprendam a trabalhar com esse tipo de pessoal auxiliar, bem como deve-se instruir também os profissionais atuais para o seu aproveitamento adequado, à medida que forem sendo incluídas nos serviços de odontologia.

Sexta medida: Desenvolvimento de sistema de pagamento para tratamento dental.

É esta uma das grandes metas da profissão odontológica, pois ou a profissão se organiza, criando as cooperativas de produtores ou os pacientes se organizam, criando as cooperativas de consumidores. É como diz Galagan "«Os sistemas de pagamento, «pré e post-payment», tendem a se desenvolver cada vez mais quer a profissão o deseje ou não, e diz bem, ou os dentistas tomam a iniciativa ou os interessados a tomarão».

Nos países onde a vida média vem aumentando, vem se desenvolvendo a organização de programas de saúde, tanto no campo médico como no odontológico, a fim de atender àquêl grupo populacional que está crescendo constantemente, e que é constituído pelos indivíduos que desejam obter serviços e que possuem uma possibilidade econômica relativa, isto é, não podem pagar seus tratamentos de uma única vez, mas o podem fazer parceladamente.

Sétima medida: Racionalização dos serviços sociais da odontologia, dentro dos cânones da técnica de administração em saúde pública.

Para que essa meta seja alcançada é necessário que os diretores de serviços tenham ou façam cursos de saúde pública.

Esses cursos devem incluir ensinamentos de saúde pública geral, bem como treinamento na parte específica. Dêsse modo o dentista tem a oportunidade de adquirir a capacidade para interpretar os problemas dentais com exatidão e situá-los nos problemas gerais de saúde pública, adquirindo assim, o equilíbrio necessário

para integrar seu programa no programa total da saúde pública.

Neste campo o que se faz necessário é que se modifique a orientação do ensino que está sendo ministrado em algumas escolas, devendo ser dirigido mais para a realidade do que para o ideal, devendo ser dirigido mais para a comunidade do que para a clínica particular, devendo o treinamento de campo ter uma ênfase maior do que a atual e com a orientação mais adequada, bem como deve haver maior ênfase na parte prática do que a atual. Essas são as necessidades, no meu ponto de vista, em relação ao treinamento dos dentistas de saúde pública que vão trabalhar em nível central.

Sem essa orientação, será impossível obter dentistas sanitaristas que façam planos cujos objetivos sejam realistas, planos que devem ser simples, equilibrados e flexíveis e de acordo com a realidade e as possibilidades de cada área, estado ou país.

Dentistas sanitaristas que não esqueçam que os recursos são menores que as necessidades existentes e que portanto, é necessário administrar o melhor possível esses recursos, empregando métodos adequados, aperfeiçoando sistemas que possibilitem maior eficiência ou seja, maior rendimento, racionalizando o trabalho a fim de obter o máximo de produtividade com o mínimo de custo.

Dentistas sanitaristas que organizem programas que produzam um impacto no problema, isto é, que trabalhem num nível útil, o que se reflete pelo progresso do programa. Programas em que o número de ações influí no problema que se está procurando resolver.

Dentistas sanitaristas que saibam que é importante fixar o grupo onde o trabalho rende mais, a fim de atender a um número que possa representar o nível útil, isto é, de maneira a influenciar ou modificar a morbidade e a mortalidade. Logo, que saibam hierarquizar os problemas, fixando prioridades e empregando os métodos e sistemas mais adequados. Por exemplo, que grupo devemos

atender, dentro dêste, a que idades, e mais, todavia que dentes eleger de maneira a procurar mudar os problemas de saúde oral diminuindo-os e controlando-os.

Dentistas sanitaristas que empreguem os princípios de administração adequadamente, a fim de executar as ações com o máximo de eficiência ou rendimento.

Através de:

- boa planificação de programas; propósitos e objetivos; que vamos fazer?
- boa organização — como e onde — devemos aplicar os recursos?
- boa direção — repartindo e delegando responsabilidades.
- boa avaliação — que fizemos do que planejamos fazer?

O que é realmente importante no treinamento de campo é que êle se desenvolva num Serviço que esteja enquadrado na filosofia que é ministrada na escola de saúde pública, a fim de que o estudante possa ver que aquilo que é ensinado não é apenas teórico ou utópico, mas que é prático e realizável.

Já em relação à atualização dos dentistas já formados, devem ser organizados pelas escolas de saúde pública cursos de orientação em odontologia sanitária, a fim de preparar aqueles dentistas que exerçam função administrativa e que não possam fazer os cursos de especialização por não poderem se afastar por longo tempo de seu posto ou país.

Devem também ser organizados cursos de orientação para dentistas de nível local, a fim de atualizá-los na nova filosofia da odontologia sanitária, com treinamento de campo orientado para o lado clínico preventivo, desde que seu trabalho seja exercido no nível operacional. Êstes cursos sempre que possível deveriam ser realizados pelos próprios serviços que poderiam contar com a colaboração do pessoal docente das escolas de saúde pública.

Ao concluir êste trabalho, queremos frisar que, se a profissão deseja realmen-

te melhorar as condições de saúde oral da população, torna-se premente que adote as medidas sugeridas neste trabalho, tôdas importantes, e entre elas a que consistiu seu escôpo fundamental, qual seja, a da utilização plena de pessoal auxiliar.

SUMMARY

The problems and resources of public health dentistry, are analysed showing the disproportion between them, and proposing seven measures to improve this situation, with emphasis in the utilization of auxiliary personnel on dentistry.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLACKERBY, P. E. — Departments of social dentistry: a review. (*in Seminar on Social Dentistry, Kellynton (Ala.) 1963. Proceedings...* Washington, D. C., U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1964, p. 3-7).
2. BOHANNAN, H. M. — Clinical dentistry. (*in Kentucky Conference on Dental Curriculum, Lexington (Ky.) 1961. J. dent. Educ.*, 26 (4): 393-413, Dec. 1962).
3. CHAVES, M. M. — Análisis de la productividad. (*in Odontologia sanitária. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1962, p. 251-260*).
4. ESTADOS UNIDOS. — National Health Survey. Dental care interval and frequency of visits... United States, July 1957 - June 1959... Washington, D.C., U.S. Department of Health Education and Welfare, 1960. 42p. (Health Statistics, series B-14).
5. ESTADOS UNIDOS — National Opinion Research Center. Factors associated with preventive dental practice. Chicago, 1959. (Report n.º 69 — Mimeografado).
6. GALAGAN, D. J. — Trends in dental public health in the United States and Canada. *Publ. Hlth Rep.*, 78 (8): 649-654, Aug. 1963.
7. GUIMARÃES JR., O. — Estudo para a reestruturação do currículo das faculdades de odontologia no Brasil. São Paulo, ABE-NO, 1962. 20p.
8. GUIMARÃES, L. O. C. — Estudos de tempo e movimento em operatória dental. Comparação de emprêgo de aparelhos de baixa e alta velocidade. *Bol. Ofic. Sanit. panamer.*, 53 (4): 335-339, oct. 1962.

9. GUIMARÃES, L. O. C. — A auxiliar de higiene dental em serviços de saúde pública. *Rev. Ass. Bras. Odont.*, 4 (1): 6-12, jan./abr. 1963.
10. KLEIN, H. — Civilian dentistry in wartime. *J. Amer. dent. Ass.*, 31 (9): 648-661, May 1944.
11. LOURES, O. F. & FREIRE, P. S. — Utilização efetiva de pessoal auxiliar em odontologia sanitária. (Trabalho apresentado no 1.º Congresso Odontológico da Guanabara, Julho de 1963).
12. McCREA, M. W. — Comentary on Dr. Burket's paper. *J. dent. Educ.*, 23 (2): 91-94, Jun. 1959.
13. MARSHALL-DAY, C. D. — The prevalence of periodontal disease. *J. Amer. Coll. Dent.*, 21 (3): 312-314, Sept. 1954.
14. MOEN, B. D. & FITZGERALD, L. M. — The 1950 survey of the dental profession. III. The dentist's work week. *J. Amer. dent. Ass.*, 41 (4): 505-510, Oct. 1950.
15. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD — Comité de Expertos en Personal Auxiliar de Odontologia. Informe... Ginebra, 1959. (Ser. Inform. techn. n.º 163).
16. PELTON, W. J. — Dental needs and resources. (in Pelton, W. J. & Wisan, J. M. *Dentistry in public health*. 2nd ed. Philadelphia, Saunders, 1960. p. 61-92).
17. ROSIELLO, S. L. — Estudos de tempo e movimento em operatória dental. II. Utilização da auxiliar odontológica. *Bol. Ofic. Sanit. panamer.*, 57 (2): 157-166, ago. 1964.
18. SURVEY OF DENTISTRY: final report [directed by] Byron S. Hollinshead. Washington, D. C., American Council on Education [1962]. 603p.
19. WATERMAN, G. E. — Effective use of dental assistants. *Publ. Hlth. Rep.*, 67 (4): 390-394, apr. 1952.
20. TENDÊNCIAS en la enseñanza de la odontologia. *Crón. Org. mund. Salud*, 15 (9): 356-361, sept. 1961.

