**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Buscando superar desafios e lutando para alcançar
os anseios: a experiência de cirurgiões-dentistas
idosos.**

Lucélia Silva Nico

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

**Orientadora: Professora Associada
Maria Cecília Focesi Pelicioni.**

**São Paulo
2009**

Dedicatória

*Dedico esta tese aos meus queridos pais:
Florentino Nico e Maria Socorro e Silva Nico.
Não há palavras em nosso vocabulário capazes de
externarem o quanto eu sou grata a vocês dois.
Como não há palavras, tentarei com as que
existem: muito obrigada.*

Dedicatória Especial

A Deus

Agradecimentos

Aos meus pais: Florentino e Socorro;

A minha irmã Adriana Silva Nico, ao meu cunhado Humberto Valverde e a minha primeira sobrinha e afilhada Marcela que está prestes a vir ao mundo;

Aos meus familiares que sempre torceram pelo meu sucesso, em especial a minha avó Tercília, as minhas madrinhas Enedite e Cida e a minha tia Darcy;

Ao Rafael pela caminhada, a minha comadre Heloísa, ao compadre Byron e ao meu querido afilhado Frederico;

Aos meus amigos e amigas, em especial aos amigos de Goiânia- GO;

Aos professores e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da USP;

Ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de estudos;

Ao Professor Roberto Augusto Castellanos Fernandez, pela sua presença desde minha inserção no curso de Doutorado;

Às professoras Silvia Cristina Mangini Bocchi e Maria Ercília de Araújo pelas suas contribuições no Exame de Qualificação, na pré-banca e na defesa da tese;

À Professora Margareth Ângelo por sempre se mostrar solícita e competente ao longo de nossos encontros e também na sua disciplina: “Seminários de Teoria Fundamentada em Dados”;

À Professora Maria da Luz, da Faculdade de Odontologia da UNICAMP, por sua competência e pela presença em vários momentos importantes em minha carreira;

Aos Cirurgiões-Dentistas do Brasil, especialmente aos que participaram deste estudo;

Aos amigos do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, de maneira especial à Priscila Bardal e ao seu esposo Vítor, por se mostrarem atenciosos com a minha pesquisa, à Rossana Mendez pelo apoio e conselhos, à Andressa pelos conselhos;

A minha querida orientadora Maria Cecília Focesi Pelicioni;

A todos que sempre estiveram comigo, em especial a ELE (nosso Pai de todas as horas).

Agradecimento Especial

A minha orientadora Maria
Cecília Focesi Pelicioni por sua
capacidade enquanto pessoa e
orientadora.

Epígrafe

"O Amor...

É difícil para os indecisos.
É assustador para os medrosos.
Avassalador para os apaixonados!
Mas, os vencedores no amor são os
fortes.
Os que sabem o que querem e querem o que têm!
Sonhar um sonho a dois,
e nunca desistir da busca de ser feliz,
é para poucos!!"

Cecília Meireles

Resumo

Uma investigação sobre a experiência de cirurgiões-dentistas idosos requer fundamentação teórica capaz de compreender como a profissão odontológica tem sido vivenciada, desde a graduação (décadas de 1960 – 1970) aos dias atuais. Este estudo buscou compreender a experiência de cirurgiões-dentistas de 60 anos e mais de São Paulo, em relação ao seu conhecimento técnico-científico sobre a Odontologia, ao longo de seu exercício profissional; bem como desenvolver e validar um modelo teórico-representativo da experiência dos sujeitos. O referencial teórico utilizado neste estudo foi o Interacionismo Simbólico, que é uma perspectiva da Psicologia Social, orientando o processo de reflexão, conferindo sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. O referencial metodológico adotado foi a *Grounded Theory*. Participaram da pesquisa oito cirurgiões-dentistas, com 60 anos e mais, que atuavam no serviço privado, público, na gestão, no meio acadêmico ou que já estavam aposentados. Os resultados permitiram o desenvolvimento e validação de um modelo teórico explicativo da experiência, representado pela categoria central: **BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS E LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS** que integra três momentos na vivência dos cirurgiões-dentistas. O primeiro representado pelo período pré-ingresso na Faculdade de Odontologia e ilustrado pela categoria: **ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES**. O segundo momento refere-se à experiência da graduação em Odontologia, representado pelo fenômeno: **BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS**. E o terceiro momento consistiu na vivência após a graduação e é representado pelo fenômeno **LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS**. Os conceitos identificados contribuem especialmente para ampliar a compreensão da experiência de cirurgiões-dentistas com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, proporcionando subsídios para melhor entender como a Odontologia vem sendo construída na vida destes profissionais, e de maneira interacional, com a sociedade como um todo, usuária deste saber teórico e prático.

Palavras-chave: promoção da saúde, saúde bucal, idoso, pesquisa qualitativa.

Abstract

A research of the experience of elderly dentists requires theoretical foundation to understand how the dental profession has experienced since graduation (years of 1960 - 1970) to today. This study sought to understand the experience of dentists with 60 years and more of São Paulo, with the technical-scientific knowledge of dentistry, through their professional practice, and develop and validate a theoretical model, representative of the experience of the subject. The theoretical framework used in this study was Symbolic Interactionism, which is a perspective of Social Psychology, guiding the process of reflection, giving support to the development of research. The benchmark methodology adopted was the Grounded Theory. Participated in the survey eight dentists, aged 60 and over who worked in private, public, in the management, academic or retired. The results enabled the development and validation of a theoretical model explaining the experiment, represented by the central category: SEEKING OVERCOME CHALLENGES and struggling to reach the aspirations which has three times the experience of dentists. The first represented by the pre-admission to the Faculty of Dentistry and illustrated by category: Strive to overcome difficulties. The second is the experience of graduate studies in Dentistry, represented by the phenomenon: SEEKING OVERCOME CHALLENGES. The third time was the experience after graduation and represented by the phenomenon STRUGGLING TO REACH THE ASPIRATIONS. The concepts identified particular contribute to enlarge the understanding of the experience of dentists with scientific-technical knowledge of dentistry, providing grants to better understand how to dentistry is being built in the life of these professionals, and in interaction with society as a all, users of this theoretical and practical knowledge.

Key-words: Health promotion, oral health, aged, qualitative research.

Índice

INICIANDO A PESQUISA	14
Dividindo Minhas Inquietudes.....	15
Pensando na História.....	20
Contextualizando Aspectos Relacionados ao Tema.....	22
<i>A História da Odontologia.....</i>	22
<i>A Formação de Recursos Humanos em Odontologia.....</i>	28
<i>A Atuação Profissional.....</i>	36
<i>A Saúde Bucal da População.....</i>	39
<i>A Promoção da Saúde.....</i>	41
OBJETIVOS	48
MÉTODOS / REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICO	49
Utilizando a metodologia qualitativa.....	50
Descrevendo o referencial teórico (Interacionismo Simbólico).....	51
O Interacionismo Simbólico e a Promoção da Saúde.....	54
Descrevendo o referencial metodológico (Grounded Theory)	56
REALIZANDO A PESQUISA	60
PESQUISA DE CAMPO: PASSOS METODOLÓGICOS.....	65
ASPECTOS ÉTICOS	66
A COLETA DE DADOS	66
A ANÁLISE DOS DADOS	67
VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO.....	69
RESULTADOS.....	71
FENÔMENO 1 – Buscando superar desafios.....	98
FENÔMENO 2 – Lutando para atingir os anseios.....	127
O Modelo Teórico	128
REFLETINDO SOBRE A DESCOBERTA.....	133
CONCLUSÕES.....	153
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS.....	163
ANEXOS	172
CURRÍCULO LATTES	175

Lista de Diagramas

Diagrama 1- ESFORÇANDO-SE PARA SUPERARDIFICULDADES.....	74
Diagrama 2- ESFORÇANDO-SE NA FACULDADE.....	79
Diagrama 3- LUTANDO PARA TRABALHAR E ESTUDAR.....	87
Diagrama 4- SENTINDO EXIGÊNCIA QUANTO AO ESTUDO.....	92
Diagrama 5- NECESSITANDO SE ESPECIALIZAR.....	96
Diagrama 6- BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS.....	98
Diagrama 7- SENTINDO DIFICULDADES PARA ESTAGIAR.....	102
Diagrama 8- BUSCANDO A ESPECIALIZAÇÃO.....	111
Diagrama 9- SENTINDO MUDANÇAS.....	115
Diagrama 10- EXPERIMENTANDO A ODONTOLOGIA ATUAL.....	120
Diagrama 11- LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS.....	127
Diagrama 12- BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS E LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS.....	132

Siglas Utilizadas

ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico

CF - Constituição da República Federativa do Brasil

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CD - Cirurgião-Dentista

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CPO-D – Índice do número de dentes cariados, perdidos, obturados.

CRM - Conselho Regional de Medicina

CRO - Conselho Regional de Odontologia

DF - Distrito Federal

DNSB - Divisão Nacional de Saúde Bucal

EC - Emenda Constitucional

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

PTB - Partido Trabalhista Brasileiro

SB - Saúde Bucal

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SNFO - Serviço Nacional de Fiscalização de Odontologia

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESP – Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho

CAPÍTULO 1:

INICIANDO A PESQUISA

"É dito que algo tão pequeno como o bater das asas de uma borboleta pode causar um tufão do outro lado do mundo." Efeito Borboleta

Dividindo Minhas Inquietudes...

A pesquisa apresentada consiste no desdobramento da Dissertação de Mestrado, realizada na Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FMB-UNESP). Na ocasião, objetivou-se compreender a experiência de idosos com a saúde bucal ao longo da vida (NICO, 2005).

Importante descoberta consistiu em alguns fatores que atuaram de maneira negativa na saúde bucal dos idosos entrevistados, de acordo com suas concepções. Denotou a apreensão do idoso acerca da evolução do conhecimento técnico-científico da Odontologia ao longo do tempo, mediante a comparação de suas experiências da época com a atual.

Nesta evolução, o medo odontológico teve uma abordagem distinta nestes dois períodos de tempo, sendo hoje amparado pela contribuição dos conhecimentos assimilados da Psicologia enquanto ciência capaz de beneficiar, por exemplo, as práticas Odontopediátricas. O tempo gasto na espera para ser atendido pelo Cirurgião-Dentista (CD), naquela época, tornava a ida ao profissional algo desmotivante.

Houve a melhoria da qualidade dos produtos industrializados e necessários para se realizar a higiene bucal. As escovas passaram a desempenhar o processo de limpeza com maior eficácia que no passado, bem como sendo possível

encontrar uma variedade de tipos no mercado de hoje. Houve, também, a mudança quanto à educação em saúde realizada pelo CD no consultório. De orientações rápidas sobre a higiene bucal no passado, atualmente eles orientam a realização de uma escovação mais completa, abrangendo, inclusive, a higienização da língua. A correta técnica de escovação dentária só foi aprendida com o CD a partir da década de 1960, apesar das crianças já virem escovando os dentes com os ensinamentos dos pais.

O biofilme também teve seu estágio de desconhecimento e conhecimento, facilitando um melhor desempenho teórico-prático do profissional, resultando em benefícios para o paciente.

A prática exercida no interior do estado de São Paulo também foi comparada com a da capital, sendo esta última considerada de melhor qualidade. As experiências evidenciam que as medidas coletivas de prevenção fizeram parte mais da Odontologia vivenciada pelos filhos (segunda metade do século XX), sendo o flúor o grande protagonista. Também, naquele tempo, as próteses dentárias não possuíam tanta qualidade como hoje, porque atualmente o profissional faz um exame clínico antes, visualizando as condições bucais, seguindo os passos necessários para a confecção da prótese.

Assim, a categoria denominada **“Avaliando a evolução do conhecimento técnico-científico da Odontologia”** foi composta por oito subcategorias: - sentindo medo do Cirurgião-Dentista; - despendendo muito tempo no consultório odontológico antigamente; - sendo a escova e a pasta de dentes, daquela época, diferentes das dos dias atuais; - percebendo a evolução quanto à orientação do Cirurgião-Dentista acerca da escovação dentária; - não sendo a placa

bacteriana preocupação do Cirurgião-Dentista naquela época; - comparando a qualidade da prática odontológica do interior com a da capital; - não vivenciando práticas coletivas de prevenção naquela época; - evoluindo a técnica de confecção da prótese dentária.

Contrapondo esta negatividade, a competência dos cirurgiões-dentistas da capital de São Paulo, fruto da formação destes profissionais, foi um fator levantado como importante questão, pois a atuação destes profissionais era considerada positiva, refletindo na saúde bucal dos idosos.

A Dissertação de Mestrado foi defendida em 2006, pouco antes do início dos estudos no curso de Doutorado.

A compreensão da experiência de cirurgiões-dentistas com o conhecimento técnico-científico na Odontologia requer um olhar para o passado, entendendo sua relação com muitos fatores envolvidos com o presente, possibilitando a sugestão de mudanças ou a manutenção de questões que contribuam para o futuro com melhor qualidade.

Quando essa experiência envolve cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, essa história abarca uma gama bem maior de vivências que possibilita compreender como o conhecimento técnico-científico na Odontologia vem influenciando a formação destes profissionais, bem como de outros que com eles vêm interagindo, e também como a saúde bucal da população tem acompanhado este processo histórico.

Abarcou-se um período de tempo maior na historicidade contribuindo para a apreensão de uma maior riqueza desse processo, como por exemplo: a) O que os cirurgiões-dentistas apreenderam da sua formação técnico-científica que aqui se

inicia nas décadas de 1960 – 1970? b) O que os cirurgiões-dentistas idosos veem de sua formação técnico-científica naquela época até os dias atuais? c) O que essa atuação vem influenciando na saúde bucal da população?

Assim, abranger essa faixa etária (idosos) consistiu na possibilidade de inserir um tempo maior de experiência que abarcou a década de 1960 aos dias atuais. O conhecimento técnico-científico de cirurgiões-dentistas idosos, o que eles apreenderam da teoria, da prática, do ensino, dos fatores intervenientes nessa experiência que envolveram a interação entre educadores e alunos, entre alunos e pacientes, entre os próprios educadores e os próprios alunos reflete como tem sido esse profissional na Odontologia.

Desta forma, pode-se destacar neste estudo como **Objeto de Pesquisa**: a experiência de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, do município de São Paulo, com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, até a presente década de 2000.

De maneira sucinta, alguns questionamentos foram feitos a fim de esclarecer a importância desse estudo para a Saúde Coletiva. Dentre eles, tem-se: Por que estudar a experiência de cirurgiões-dentistas idosos no município de São Paulo? Para responder a isso, quatro aspectos são importantes: cirurgião-dentista é um profissional que tem atuado em diferentes frentes, tais como no serviço privado, no serviço público, na docência, na gestão e que vai interagindo com a comunidade, com os usuários de serviços de saúde, na formação de recursos humanos, nas políticas públicas. E todo esse conjunto de áreas torna-se importante, dentre outros aspectos, pois reflete na saúde bucal da população.

Quanto ao fator cronológico, ou seja, pessoas com 60 anos e mais, explica-se tal escolha, pois estas abarcam uma vivência maior que outras faixas etárias, possibilitando abranger um período histórico compreendido entre a década de 1960 aos dias atuais. Período delimitado por importantes acontecimentos no Brasil, conforme já foi dito, do ponto de vista socioeconômico, político, como a Ditadura Militar, a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.

Quanto ao aspecto geográfico, ou seja, ao município de São Paulo, tido como importante pólo de desenvolvimento econômico, educacional, possibilitando compreender como ocorreu a interação com o conhecimento técnico-científico da Odontologia.

Pensando na História...

A formação técnico-científica de um profissional da Odontologia, como é o caso do cirurgião-dentista, não está desvinculada da historicidade. Esta exerce influência nessa formação que, por sua vez, também é influenciada, num processo de interação. Fatores históricos exercem muita influência na formação deste profissional, os quais são absorvidos e parte deles repassados nas suas interações. As interações ocorrem com os próprios profissionais, como também com a população. Esta representada pela figura do usuário dos serviços privado e/ou público de saúde. Essa ideia dá sustentação ao referencial teórico adotado no trabalho, que será explicado melhor no capítulo 2, referente aos métodos.

No que tange à formação técnico-científica, o vocábulo técnico, neste trabalho, é adotado como sendo o que está vinculado à prática (práxis): do Grego (ação). Práxis é a atividade orientada para um resultado, por oposição a um conhecimento. Científico é o que revela ciência, aqui entendido como a teoria. Desta forma, técnico-científico adquire o significado de conhecimento teórico-prático.

Isto significa que nenhuma formação é alheia ao que ocorreu e o que vem ocorrendo no processo histórico. A formação que se iniciou para os entrevistados com a realização da graduação nas décadas de 1960 e 1970, neste estudo, envolve influências anteriores a ela que foram absorvidas e são repassadas, por sua vez são novamente absorvidas por outras pessoas, assimiladas ou não, podendo ser compartilhadas, tudo isso por meio da interação. Esse período contou com importantes fatos ocorridos, tais como, a Ditadura Militar no Brasil, as Reformas

Universitárias, a Reforma Sanitária, as Especializações nas escolas, contribuindo para a contextualização desta formação.

Como foi e vem sendo essa formação, o que absorveram de influência na história que vivenciaram e o que estão compartilhando com aqueles que fazem parte da história por meio de seus pensamentos e suas ações interessa nesta tese. Apreender um pouco do passado possibilita compreender em parte o presente e pensar o futuro, vinculado a uma história de vida.

Em parte, porque essa apreensão é um recorte do todo, pois a totalidade aqui é entendida como algo que não é apreendido em toda a sua extensão, mas apenas parte dela, o que contribui e muito para o seu entendimento.

O entendimento de uma experiência, que neste estudo se configura numa experiência com o conhecimento técnico-científico da Odontologia de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, é bastante enriquecedor, pois, dentre outros aspectos, é um reflexo de como a educação e a saúde, incluindo a saúde bucal, vem ou não sendo incorporadas pela sociedade brasileira.

Contextualizando Aspectos Relacionados ao Tema...

Pensar na experiência desenvolvida requer relacioná-la a alguns aspectos que fazem parte de sua contextualização. Estes, por sua vez, atuam como fatores que recebem a influência da interação na e da sociedade, como também, atuam na interação. Não são apresentados neste estudo como acontecimentos fragmentados, pois se relacionam entre si, na interação. Apenas a título didático, recebem tópicos separados.

Quando se afirma a contextualização destes aspectos, o estudo refere-se à tradicional: **Revisão de Literatura**. Nesta Revisão é apresentada a evolução da temática, sua problematização e relevância para o campo da saúde pública, como objeto de investigação.

Baseando nesses dizeres, torna-se possível contextualizar aspectos relacionados ao tema, abarcando: *A História da Odontologia, e inserida nesta história, alguns assuntos fundamentais: a Formação de Recursos Humanos em Odontologia; a Atuação Profissional; a Saúde Bucal da População e a Promoção da Saúde.*

A História da Odontologia...

Para BOBBIO (2001), a Odontologia, como todas as ciências, é um suceder-se de fatos, de realizações que ocorrem de forma lenta e contínua e que são influenciados sempre pelos acontecimentos anteriores.

Retomando as três perguntas que norteiam o desenvolvimento deste assunto: Como ocorreu a evolução do tema? Como problematizar esse tema? Qual a relevância para a Saúde Pública? Refletindo sobre essas três perguntas que contribuem para o desenvolvimento deste tema, o parágrafo anterior por si só traz possíveis respostas a esse bloco de perguntas.

Quanto à primeira questão, **a evolução da Odontologia enquanto ciência** ocorreu por meio de uma sucessão de fatos e de realizações, que são apresentados neste estudo, foram retomados alguns mais importantes e que se relacionam com a compreensão desta Tese. Segunda: problematizando este tema: **a história da Odontologia**. É interessante pensar nos dizeres de ALVES (2008), “o defeito é que faz a gente pensar. Se o carro não tivesse parado, você teria continuado a sua viagem calmamente, ouvindo música, sem querer pensar que automóveis têm motores. O que não é problemático não é pensado. Você nem sabe que tem fígado até o momento em que ele funciona mal. Nem sabe que tem coração, até que ele dá umas batidas diferentes. Você nem toma consciência do sapato, até que uma pedrinha entra lá dentro. Quando está escrevendo, você se esquece da ponta do lápis até que ela quebra. Você não sabe que tem olhos, o que significa que vão muito bem. Você toma consciência deles quando começam a funcionar mal. Da mesma forma que você não toma consciência do ar que respira, até que ele começa a cheirar mal... A gente pensa porque as coisas não vão bem – alguma coisa incomoda. Todo pensamento começa com um problema. Quem não é capaz de perceber e formular problemas com clareza não pode fazer ciência” (p.10). Para tanto, pode-se pensar qual defeito(s) a história da Odontologia traz e com ele(s) o que repercutiu na saúde bucal da sociedade.

Um destes defeitos refere-se ao aspecto elitista e privado, excluindo vários indivíduos que não possuíam meios econômicos e educacionais para fazerem uso do que, ao longo do tempo, a Odontologia ofereceu.

E quanto ao terceiro aspecto: a **relevância da questão histórica para a Saúde Pública**, a importância se refere ao papel fundamental para a compreensão da saúde e as interferências que ela vem recebendo ao longo da história.

Em relação a este bloco que compõe os três questionamentos: evolução, problematização e relevância, a história trouxe à sociedade, como marco fundamental de compreensão da saúde neste contexto, a Constituição da República Federativa do Brasil (C.F), de 1988. O preâmbulo da C.F/88 contribui para esta reflexão: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL”.

Baseado nos pressupostos acima promulgados é fundamental o esclarecimento de alguns termos do preâmbulo, que são adotados neste trabalho, servindo para a compreensão dos assuntos abordados.

O preâmbulo de uma Constituição Nacional não é norma constitucional. Sua natureza jurídica não possui força de norma constitucional, servindo apenas de fonte interpretativa. Assim, é apresentado o questionamento: o preâmbulo de uma

Constituição Estadual pode não estar de acordo com o preâmbulo da Constituição Nacional? De acordo com o Supremo Tribunal Federal (STF) a resposta para essa indagação é: SIM. Por exemplo, a Constituição do Acre não traz em seu preâmbulo os dizeres “sob a proteção de Deus”, como assim o faz o preâmbulo da Constituição Federal.

Extraí-se também do preâmbulo o dizer “Estado Democrático”. A conceituação é realizada a fim de servir como subsídios para o entendimento do que vem a ser considerado Estado. E essa compreensão é útil no momento da discussão realizada quanto ao papel do Estado na saúde. Para tanto, é necessário saber, dentre outros aspectos, quem compõe este Estado. Para CARVALHO FILHO (2009) o Estado é “um ente personalizado, apresentando-se não apenas exteriormente, nas relações internacionais, como internamente, neste caso como pessoa jurídica de direito público, capaz de adquirir direitos e contrair obrigações na ordem jurídica”. A pessoa jurídica de direito público é constituída por: pessoas que representam cada compartimento dentro do Estado federativo brasileiro – a União, os Estados, o Distrito Federal (DF) e os Municípios. Assim, para o autor, todos os componentes da federação materializam o Estado, sendo que cada um deles atua dentro dos limites de competência contidos na Constituição.

Em relação aos direitos sociais e individuais, também contidos no preâmbulo, adota-se a conceituação apresentada por LENZA (2009). De acordo com o art. 6º, da Emenda Constitucional (EC) n. 26/2000 direitos sociais são a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da Constituição.

Estes comentários sobre o preâmbulo da Constituição constituem uma breve explanação, oferecendo subsídios para o entendimento das reflexões que são apresentadas na sequência.

Para tanto, apresenta-se o conceito de seguridade social que é o conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. A seguridade social abrange, na CF, os artigos 194 ao 204. A saúde, inserida nestes artigos, integra o artigo 196 ao 200, da CF/88.

E em relação à saúde, o escopo primordial destes comentários refere-se ao fato de a saúde ser direito de todos e dever do Estado (art. 196) e viabilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com suas diretrizes (VADE MECUM, 2009).

Como a saúde, e nela a Odontologia, era experimentada, antes da Constituição de 1988? Foi visto que nos termos do preâmbulo da CF/88, foi instituído um Estado Democrático. Neste estudo, interessa abordar o Golpe Militar de 1964, ocorrido no Brasil, por ter sido uma época vivenciada pelos sujeitos deste trabalho.

Um movimento militar eclodiu em 31/03/1964, instalando-se uma nova “ordem revolucionária” no Brasil. O Ato Institucional n.1 foi baixado e com ele ocorreram muitas restrições à democracia. Com o Comando Militar da Revolução o autoritarismo foi implantado e o Congresso Nacional não tinha liberdade para alterar, de maneira substancial, o novo Estado que se instaurava (LENZA, 2009).

Respondendo ao questionamento feito sobre como a saúde era experimentada antes da CF/88, de maneira resumida, afirma-se que a saúde neste

contexto era acessível aos trabalhadores que possuíam carteira assinada (POSSAS, 1981)

Em relação a outro aspecto bem marcante na história da Odontologia, além do Constitucional, foi o do ponto de vista tecnológico. Uma das grandes inovações e que contribuíram para o desenvolvimento das atividades na profissão foi o surgimento do motor de alta-rotação substituindo o motor de corda. Em 1950, Robert J. Nelsen desenvolveu a primeira peça de mão que funcionava como uma turbina. Em 1956, o sueco Ivor Norlén patenteou nos Estados Unidos a turbina a ar. No ano de 1957, houve a primeira peça de mão a ar de sucesso clínico. Já na década de 1970, ocorreu uma melhora significativa, pois com o uso de componentes de fibra ótica construídos no interior da peça de mão, a luz pode ser colocada na área de trabalho (RING, apud FIGLIOLI, 2001)

Outro ganho para a profissão foi a criação dos Conselhos de Odontologia, dentre outros aspectos, ganho esse ético. A Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais. No dia 30 de junho de 1965, foi instalado o Conselho Federal de Odontologia, em caráter provisório, e eleita a sua primeira diretoria. Em 1966, os primeiros Conselhos Regionais de Odontologia foram instalados, existindo, atualmente, nos 26 estados e no Distrito Federal. Os principais objetivos dos Conselhos são a supervisão da ética profissional, o zelo pelo perfeito desempenho ético odontológico e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que exercem legalmente (LEI, 1964)

No dia 14 de abril de 2000, em solenidade ocorrida no Rio de Janeiro (RJ), o Conselho Federal de Odontologia (CFO) comemorou os 36 anos de criação dos Conselhos de Odontologia. Na ocasião, o Presidente do CFO, Jacques Narcisse

Henri Duval, apresentou aos presentes, entre eles parlamentares, as reivindicações da classe, destacando: a equiparação do CFO à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) na abertura de cursos superiores; a reinclusão da Odontologia nos planos de saúde; o combate ao exercício ilegal da profissão; o aumento de recursos para a área de saúde; a aprovação do projeto de lei que permite aos Cirurgiões-Dentistas a acumulação de dois cargos públicos; e a inclusão dos CD no Programa Saúde da Família (CFO, 2000).

Atualmente, todos os Conselhos seja o Conselho Regional de Odontologia (CRO), o Conselho Regional de Medicina (CRM), ou a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) são mantidos pelas denominadas contribuições especiais, contidas nos arts. 149 e 195 – CF/88.

A Formação de Recursos Humanos em Odontologia...

Os recursos humanos em Odontologia englobam uma gama de profissionais, tais como o técnico em prótese dental, o auxiliar de consultório odontológico, o técnico em higiene dental e o cirurgião-dentista.

O enfoque deste tema, como base para o estudo, é voltado para o cirurgião-dentista, o que inclui o graduando em Odontologia, que abrange a década de 1960 e 1970, e o profissional após a graduação (CD).

Alguns questionamentos servem como meio para conduzir o raciocínio adotado.

1º) Como era a formação técnico-científica do cirurgião-dentista no período compreendido entre as décadas de 1960 e 1970?

2º) Em que a década de 1980 contribuiu e influenciou nessa formação?

3º) Como está sendo a formação desses profissionais no período compreendido entre a década de 1990 aos dias atuais?

Refletindo sobre o primeiro questionamento, em relação ao ensino universitário, CARVALHO (2006) afirma que este interage com as influências culturais que a América Latina vivencia. A autora considera que a civilização americana influenciou os países da América Latina e, no caso da Odontologia, esta ocorreu principalmente devido aos progressos da profissão nos Estados Unidos (EUA). Os profissionais que foram complementar sua formação neste país, que se transformou em pólo formador de profissionais, procuraram implementar, no Brasil, o ensino e a prática odontológica apreendidos nos EUA. Em relação aos anos de estudo do curso de Odontologia, a autora traz que, na década de 1960, graduaram-se as primeiras turmas formadas em quatro anos de curso.

No final da década de 1950, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) foi fundada. Já na década de 1960, com a participação da ABENO e com a solicitação do Governo Federal, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) compôs uma comissão no intuito de apresentar sugestões para melhorar as condições de ensino odontológico no Brasil. Com isso, as propostas consistiram: na ampliação do currículo odontológico mínimo para 4 anos; o agrupamento de disciplinas em departamentos para permitir o

entrosamento de disciplinas afins e o “estudo orientado” com o objetivo de aproveitar o tempo do estudante (CARVALHO, 2006).

Também na década de 1960, no que tange à expansão dos cursos privados de Odontologia, esta foi antecedida por amplo processo de “interiorização de faculdades”. Esta interiorização foi decorrente da política educacional vinculada à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 1961, pelo presidente, da época, João Goulart. Com a Lei, ocorreu a liberalização do processo de instalação de faculdades e amparo legal e financeiro à iniciativa privada no campo do ensino. Verificou-se, então, maior expansão de faculdades na rede particular, ignorando-se na prática o critério de mercado de trabalho (CARVALHO, 2006).

PINHEIRO (2008) traz que após o Golpe Militar de 1964 foram realizadas medidas de recuperação da economia que resultaram, entre outras, no aumento da demanda por educação. Isto agravou a crise já existente no sistema educacional brasileiro, pois a demanda por ensino superior era maior que a oferta de vagas. Tal agravamento foi utilizado como justificativa para a assinatura de diversos convênios do Ministério da Educação (MEC) com organismos internacionais, conhecidos como “Acordos MEC-USAID”.

A autora resgata que foi no contexto do Governo Militar e da assinatura dos convênios MEC-USAID que se criaram as Faculdades de Farmácia e Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas e a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Araçatuba – UNESP. A exemplo destes dois cursos de interesse no trabalho de PINHEIRO (2008), no período de 1974 a 1981, houve convênios assinados entre as duas faculdades e a W.K. Kellogg Foundation,

originando diversas ações de intercâmbio entre Brasil e Estados Unidos e também convênios tripartites CAPES- ABENO- KELLOGG.

Na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, que passou a receber este nome a partir de 1967, por exemplo, o convênio em conjunto com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a CAPES apoiou e financiou um projeto de reestruturação curricular. Tal projeto consolidou o atual modelo de currículo integrado adotado pela Faculdade (PINHEIRO, 2008).

PINHEIRO (2008) também afirma que o convênio condicionava ajuda em dinheiro a determinadas mudanças curriculares, de método didático, de programas de pesquisa, de organização e movimento de quadro docente. O destino do dinheiro era estabelecido pela Fundação. Em relação à divisão do valor total, estabelecida em contrato, parte deveria ser gasto com financiamento de pessoas da Faculdade, outra parte com visitas de professores às Universidades Americanas, a terceira parte com a compra de equipamentos e suprimentos e a última parte gasta com a contratação de serviços. A autora enfatiza que uma das condições impostas pela Fundação era a propagação pelos meios de comunicação de massa dos resultados alcançados em virtude do financiamento pela Fundação.

Segundo HADDAD e MORITA (2006) o modelo curativo de atenção à saúde tornou-se predominante a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Neste período, a ênfase era atribuída à atenção individual, assistencialista e especializada. Desta forma, a atenção vinha de encontro às medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. As autoras consideram que a formação em Odontologia entendeu a saúde como resultado do processo biológico. Tal modelo era fundado em princípios distantes do contexto

social, como o princípio flexneriano. Este dizia respeito ao modelo derivado do relatório elaborado por Abraham Flexner, em 1910. Mostrava a situação de escolas médicas dos EUA e exerceu enorme influência em outras áreas do conhecimento.

O modelo de formação odontológica no Brasil visava uma atenção voltada para a elite, desvinculada da noção de qualidade de vida. Desta forma, o ensino na Odontologia voltou-se para o desenvolvimento técnico, denominado de arte dentária, aproximando os termos arte e técnica.

Em relação à saúde, mais precisamente na segunda metade dos anos 1970, surgiu o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, inserido num movimento maior que era o de lutas a favor da liberdade democrática contra a Ditadura Militar (SANTOS, 2009).

Esse movimento sanitário brasileiro coincidiu com o esgotamento de um modelo bastante segmentado que excluía a população mais pobre e não inserida no mercado formal de trabalho do acesso aos serviços assistenciais públicos. A atenção à saúde centrava-se em consultórios médicos e hospitais privados (SILVA, 2009). O autor considera que esse movimento foi impulsionado por dois aspectos: o da crítica ao modelo vigente e o da construção de um novo sistema de saúde para o Brasil. Este poderia ser visualizado pelo ângulo da conquista do direito universal ao acesso e da organização do sistema de serviços de saúde.

Refletindo acerca do segundo questionamento, na década de 1980, o Brasil era o líder mundial em Faculdades de Odontologia, totalizando 69, incluindo as federais, estaduais e particulares. No entanto, o ensino de graduação ministrado na maioria das instituições existentes na época não formava profissionais em consonância com as necessidades da população (TELES, 1985). Para o autor, os

profissionais egressos na década de 1980 recebiam uma formação mais direcionada para a atuação elitista, com currículos montados com objetivos cognitivos, psicomotores e afetivos, visando mais a reparação dos danos causados pela doença do que seus aspectos preventivos.

CARVALHO (2006) relata que o Conselho Federal de Educação estabeleceu com a Resolução nº 4, de 3/9/1982, o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia. Objetivava-se, com isso, a formação de um profissional generalista, com a duração do curso equivalente a 8 semestres. Houve a introdução de matérias das áreas de psicologia, antropologia, metodologia científica e sociologia. Essas matérias geraram questionamentos frente às necessidades da formação técnica do profissional.

Nesse mesmo período foi resgatado no Brasil o termo Reforma Sanitária e discutido nos debates prévios à VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Nos dizeres de AROUCA (1998), estava *"em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado."*

Baseando-se nos dizeres acima proferidos por AROUCA (1998), a reforma democrática vinha ao encontro de um Estado democrático promulgado com

a CF/88. Em relação à Reforma Sanitária, COHN e ELIAS (2002) atestam o esgotamento das propostas originais desta Reforma no Brasil, enfatizando a necessidade de se promover o resgate da dimensão política, ao se tratar da questão da saúde e democracia.

Quanto a essa dimensão política e baseando no que significa o Sistema Único de Saúde, conquista legitimada e contida na seção saúde da CF/88 e nas Leis 8080/90 e 8142/90, a saúde é inconcebível quando há a violação do que está disposto na Lei.

Os 20 anos do SUS, completados em 2008, trouxeram para o debate político e acadêmico aspectos importantes para a sociedade. A revista Saúde em Debate inaugurou o primeiro volume de 2009 com diversos artigos abordando o tema. Entre os quais, de acordo com AMARANTE (2009), a proposta do SUS foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) pela primeira vez no I Simpósio Nacional de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. O documento intitulado de “A questão democrática na área de saúde” lançou as principais estratégias e diretrizes do SUS, como, também, a expressão Sistema Único de Saúde.

Retomando os últimos anos da Ditadura Militar no Brasil, nos anos 1980, a contribuição da democratização do Estado ocorreu por meio de pactos sociais. Estes, em especial ao nível da nação, envolvendo a relação sociedade-Estado, contribuíram para a democratização, principalmente quando conseguiram atingir ou envolver a maioria da sociedade. Desta forma, nos anos 1980, o avanço da democratização do Estado compeliu ao avanço do pacto federativo, com a redefinição das responsabilidades de cada ente federado, a favor dos anseios da

sociedade. Assim, a seção saúde da CF/88 e as Leis 8080/90 e 8142/90 refletem os novos papéis dos entes federados (SANTOS, 2009). E inserido nesse arcabouço do SUS, faz jus a uma das suas conquistas mais significativas, que se refere aos Conselhos de Saúde (COHN e ELIAS, 2002).

Segundo HADDAD e MORITA (2006), a atenção odontológica pública, antes restrita a poucos municípios brasileiros, aos poucos foi se expandindo. Esta expansão ocorreu à medida que a população começou a participar de maneira ativa por meio das Conferências de Saúde e reivindicar o direito à saúde bucal.

Com relação ao último questionamento, que se refere à formação dos cirurgiões-dentistas no período compreendido entre a década de 1990 aos dias atuais, alguns aspectos podem contribuir no entendimento desta formação.

Um destes aspectos refere-se às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Odontologia. Estas encontram em vigência desde 2002 e sinalizam para uma mudança de paradigmas, direcionando-se para a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, levando em conta a realidade social (CARVALHO, 2006).

Em relação a esse profissional, MORITA e KRIGER (2004) afirmam que o cirurgião-dentista que tem composto as equipes de saúde da família ainda tem sido formado segundo um modelo que privilegia o tratamento das doenças. HADDAD e MORITA (2006) esclarecem que na busca pela redução das desigualdades sociais, no direito à saúde e acesso a serviços, nos últimos anos, os investimentos em saúde bucal no SUS vêm sendo ampliados. Afirmam, ainda, que a inserção deste profissional nas equipes de saúde da família consiste em estratégia essencial de estruturação dos serviços no SUS. MORITA e KRIGER (2004) diante da formação

destes profissionais acrescentam, ainda, que estes trabalham de forma autônoma, têm pouca familiaridade com as instâncias do SUS e não possuem experiência de trabalho em equipe. Percebe-se, desta forma, a ausência de articulação entre a graduação em Odontologia e as políticas de saúde. Há um antagonismo entre as necessidades da população e a consolidação do SUS (HADDAD e MORITA, 2006). As autoras ainda destacam o papel, nesta história, de protagonista do trabalhador de saúde.

A Atuação Profissional...

É notório e de conhecimento de muitos estudiosos da área e dos usuários dos serviços odontológicos que a Odontologia, ao longo de sua história, direcionou sua atuação, mais veementemente, para o serviço particular. Este recebeu inúmeras designações, tais como: elitista, excludente, mutilador. NARVAI e FRAZÃO (2008) assinalam que na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1980, o grupo de debates encarregado de analisar e oferecer sugestões em relação à participação da Odontologia nos serviços básicos de saúde fez algumas considerações. Dentre estas, o grupo afirmou que o modelo de prática e assistência odontológica caracterizava-se, de forma geral, pela ineficácia, ineficiência, falta de coordenação, baixa cobertura, má distribuição, pelo enfoque curativista, pelo caráter mercantilista, monopolista, inadequação no preparo dos recursos humanos.

No ensaio de NARVAI (2006), há, dentre outros aspectos, a abordagem do surgimento das primeiras atividades odontológicas sob a responsabilidade do poder público no Brasil e sua evolução no século XX. O autor afirma, em relação ao

sistema incremental, que este consistiu na principal ferramenta teórica usada pela Odontologia Sanitária. Objetivava-se diagnosticar e tratar os problemas de saúde bucal da comunidade escolar. FRAZÃO e NARVAI (2009) citam que o sistema incremental foi uma tecnologia aplicada pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Estava associado fortemente ao planejamento normativo, centralizado e vertical. Para NARVAI (1994) este sistema tornou-se, praticamente, sinônimo de Odontologia escolar e de “modelo de saúde bucal” no setor público.

FRAZÃO e NARVAI (2009) afirmam que muitas pessoas consideram uma perda a retirada do consultório odontológico da escola, como ocorreu ao longo da história brasileira. Essa afirmação trazida pelos autores corrobora os achados do trabalho de NICO (2006). Na ocasião, a autora buscou compreender a experiência de idosos do município de Botucatu-SP, com a saúde bucal, ao longo da vida. Uma das questões percebidas pelos idosos foi o anseio pela reintrodução do CD nas escolas públicas, como se pode observar na seguinte fala: “... *Se tivesse um atendimento odontológico na escola, eu acho que esporadicamente o dentista podia ir nas classes e fazer uma conversa com as crianças sobre higiene bucal, sobre escovação, para atingir todo mundo, e se tivesse um atendimento constante ele estaria sempre atendendo grupos de crianças lá. Mas não é assim que funciona e você sabe disso... Não, não foi uma boa. Eu acho que o dentista que tava ali, ele tinha, ele conhecia as crianças, as crianças conheciam ele, então o medo diminui ou quase que não existe e a criança vai se habituando a ir ao dentista desde pequena porque quando entra na escola está com 6 pra 7 anos. Então acho que isso era um hábito muito bom*”.

Outro aspecto muito importante quanto a atuação profissional diz respeito aos convênios. GREC (2001) ao focar a questão dos convênios no mercado de

trabalho odontológico mostra as causas básicas da crise crescente no mercado. Entre estas estariam: a crise financeira mundial com repercussão no Brasil; a crise financeira interna (brasileira); o aumento nos custos de formação do profissional, na montagem e manutenção do consultório, nos materiais de consumo, nos impostos e encargos e na burocracia que envolve o dia a dia do profissional; o aumento do número de cursos e Faculdades de Odontologia; o aumento do número relativo de profissionais em relação ao número da população; a má distribuição dos profissionais e de renda da população; a “mentalização de Especialização”; a falta de políticas que visem a prevenção e saúde bucal.

O autor, ao mostrar estas causas, leva ao raciocínio de que todos estes fatores conjugados provocam a abertura de um campo enorme para as empresas intermediadoras de atendimento odontológico. Os conhecidos convênios são contratos prontos, oferecidos aos CD que podem aceitá-los ou não. Com a clientela dos consultórios odontológicos diminuída, o profissional admite, cada vez mais, pacientes encaminhados por convênios. O autor enfatiza que, desta forma, o CD simplesmente aceita a remuneração e as condições de pagamento, sem avaliar o quanto este ato poderia ser ou não benéfico para a classe odontológica.

A atuação no serviço particular da Odontologia é bastante conhecida, mas alguns aspectos quanto à atuação no serviço público merecem ser destacados. Um deles refere-se à inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Outro, dentro do SUS, é sua atuação na Estratégia Saúde Família e, outro aspecto muito relevante consiste na Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente. Estes três fatores conjugados revelam a presença do Estado nas questões que dizem respeito à saúde bucal.

A Saúde Bucal da População...

PINTO (1983) apresenta um retrato sobre a saúde bucal no Brasil, na década de 1980. Naquela época, existiam escassos dados epidemiológicos disponíveis. A maioria referia-se à prevalência de cárie em escolares de 1º grau. No que se refere à população de 6 a 59 anos de idade, havia um crescimento gradativo do índice CPO-D (que mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados). Isso agravado muito mais em virtude dos dentes extraídos. Um brasileiro, em média, atingia os 39 anos apresentando 12 dentes extraídos e os 59 anos com 24 dentes perdidos. Roncalli (2006) apresenta dados destas faixas etárias em relação ao CPO-D, sendo que aos 12 anos de idade, o valor era 6,65, na faixa etária de 35-44 anos era de 24,39, com 19 dentes perdidos e na faixa de 59 anos o valor era de 27,19, com 24 dentes perdidos.

NARVAI et al. (2000) afirmam que a cárie dentária é o principal problema de saúde bucal de cerca de 10 milhões de habitantes do município de São Paulo, em termos de Saúde Pública. Os autores citam a evolução da prevalência de cárie dentária em dentes permanentes da população de escolares do município de São Paulo, no período de 1970-1996. Eles trazem que o índice CPO-D, na década de 1970, apresentava o valor de 6,91, para a idade de 12 anos.

QUEIROZ et al. (2009) trazem que a área de saúde bucal começou a acumular experiência em levantamentos epidemiológicos, a partir da década de 1980. Estes incluíam exames clínicos bucais dos entrevistados, em especial escolares. Os autores resgatam a historicidade dos levantamentos epidemiológicos sobre saúde bucal no Brasil. O primeiro foi realizado em 1986, pela Divisão Nacional de Saúde

Bucal (DNSB) do Ministério da Saúde (MS). Teve o apoio do Instituto de Planejamento da Presidência da República. A faixa etária incluída foi de 6 a 12 anos (crianças), de 15 a 19 anos (adolescentes) e de 35 a 44 anos e 50 a 59 anos (adultos). Após dez anos, em 1996, com o SUS já implantado, realizou-se o segundo levantamento. Este sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Segundo os autores o levantamento limitou-se ao exame de cárie na faixa etária de 6 a 12 anos, com crianças selecionadas em escolas públicas e privadas. O último levantamento nacional foi o projeto Saúde Bucal (SB) Brasil 2003, o qual incorporou, pela primeira vez, as faixas etárias de 18 a 36 meses e 65 a 74 anos, incluindo a área rural. Sua realização ocorreu de 2002 a 2003.

Em relação a este último levantamento, BARBATO et al. (2007), comentando sobre as perdas dentárias em adultos brasileiros, afirmam que o edentulismo (perda total dos dentes) é um dos piores agravos à saúde bucal, sendo a cárie a principal causa de perdas dentárias. Em 2003, a média do índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) na faixa etária dos 35 aos 44 anos foi de 20,13. O componente “P” foi responsável por 13,23 dentes em média.

Em relação às perdas dentárias em idosos, ao longo do processo histórico, a realidade brasileira mostrou-se alheia às questões dos idosos e no que tange à saúde bucal isso não foi diferente, também concordando com essa afirmação ROSA et al. (1992). A preocupação com grupos específicos de escolares e gestantes levou a uma marginalização dos cuidados para as faixas etárias mais altas. Embora os problemas bucais que atingem esse grupo populacional atuem negativamente no seu bem-estar emocional e qualidade de vida, de acordo com AKIFUSA et al. (2005) durante muito tempo não foram considerados. A saúde bucal ganha importância para a qualidade de

vida dos idosos, pois, como afirmaram SHEIHAM et al. (2001), a qualidade de vida das pessoas sofre influência da condição de saúde geral, o que inclui a saúde bucal.

Exemplificando ainda a atenção voltada às crianças, RIHS et al. (2005) disseram que grande enfoque é dispensado à diminuição na experiência de cáries coronárias em crianças. Porém, em relação aos índices de cárie na população adulta e idosa, a literatura internacional é controversa, com trabalhos apresentando idosos com precária condição de saúde bucal, alta prevalência de cárie, o que inclui a de raiz.

A Promoção da Saúde...

Diante dos aspectos abordados, um dos principais, senão o principal objetivo buscado no contexto odontológico é a materialização da Promoção da Saúde. Esta vem sendo buscada não apenas na teoria, mas também na sua atuação técnica. E inserida nesta promoção está a busca pela Promoção da Saúde Bucal.

As questões que envolvem a Promoção da Saúde não poderiam isentar-se das Conferências Internacionais que abordam tal temática. Pensar em saúde, por exemplo, leva os estudiosos a assinalarem alguns aspectos relacionados à Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, em 1986. Nela, o conceito de saúde é apreendido de forma mais ampla e não apenas num enfoque biológico. Mediante a Carta de Ottawa, compreendeu-se saúde como produzida socialmente, possuindo os seguintes requisitos para o seu alcance: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986).

Desde meados da década de 1980, diversos autores têm se preocupado em discutir a temática da promoção da saúde. Mas, na história da humanidade, sempre houve a preocupação com a promoção da saúde do ser humano. WESTPHAL (2006) ao descrever a evolução histórica do termo, dos gregos na Antiguidade ao momento atual, trata da sua construção como conceito e de seus significados. Mostra, dentre outros marcos históricos, os avanços da medicina nos séculos XVII e XVIII, que assentando as bases da bacteriologia e da microbiologia, ainda servem como orientação de práticas médicas e sanitárias.

No século XX, a “era terapêutica” propiciou o reforço do conceito de saúde como ausência de doença além de alguns princípios que passaram a orientar as ações de saúde: a unicausalidade, o biologicismo, o individualismo e a especialização.

A partir da década de 1970, houve o resgate do pensamento médico social do século XIX. Foi “um posicionamento científico e político que estudou as relações entre saúde e sociedade, caracterizando processos econômicos e políticos, como a origem dos perfis epidemiológicos complexos, próprios de situações de intensa desigualdade” (CZERESNIA, 2003)

CZERESNIA (2003), citando a diferença entre os conceitos de prevenção e promoção, defende a posição de que “as dificuldades em distinguir essa diferença estão relacionadas a uma questão nuclear à própria emergência da medicina moderna e da saúde pública. O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina, em particular, exercem significativo poder no sentido de construir representações da realidade, desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos

conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer”.

Nesta perspectiva, pode-se pensar em compreender como tem sido a experiência “concreta da saúde e do adoecer” dos atores envolvidos neste processo. Pensar saúde “não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico” (CZERESNIA, 2003).

“A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais” (MOYSÉS et al., 2004, p.629). Na perspectiva desta interação (*ações articuladas e coordenadas*) é que o referencial não-estruturalista aqui adotado também busca contribuir para a promoção da saúde bucal.

Marc Lalonde, Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, na década de 1970, redirecionou a ênfase de sua política de ação social. A partir de estudos relativos à saúde oferecida no país, sua política baseada na prevenção e tratamento de doenças direcionou-se a um novo modelo de saúde que se tornou conhecido como Promoção da Saúde. “Esse novo paradigma implica considerar a problemática que envolve os assuntos sociais mais complexos que afetam a sociedade moderna e que muitas vezes não dependem de comportamentos e decisões individuais” (PESSINI et al., 2007, p.317). A 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde realizada em Alma Ata, em 1978, já reconhecia a saúde como direito de todos.

As Conferências de Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991) estabeleceram as “bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde” e a promoção da saúde surgiu como “reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde” (BUSS, 2003).

Promoção da Saúde é definida na Carta de Ottawa como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001).

Há algumas dificuldades em definir o termo promoção de saúde, proveniente da dificuldade em conceituar o termo saúde (perpassando pela dimensão psicológica, social, econômica). Há uma rede de interações que fazem parte do cotidiano das pessoas, tornando diversificada a forma como elas percebem e cuidam da sua saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

PELICIONI (2005) pondera que a promoção da saúde é algo que transcende os cuidados de saúde. A saúde é posta na agenda de prioridades de políticos e dirigentes, em todos os níveis e setores. Estes têm sua atenção evocada para as consequências que suas decisões podem ter no campo da saúde e suas responsabilidades políticas com a qualidade de vida.

WESTPHAL (2006) considera que a Promoção da Saúde na América Latina para ser compreendida necessita do reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais. O direito à saúde é entendido como expressão direta do direito fundamental à vida. Para identificar as necessidades sociais é necessária a ação coletiva participativa dentro de contextos específicos que evidenciam a complexidade de sua determinação.

No campo da Promoção e da Prevenção em saúde bucal no país, vale ressaltar alguns aspectos fundamentais, conforme descrito a seguir.

KOZLOWSKI e PEREIRA (2003) salientam que Baixo Guandu, no Espírito Santo, foi a primeira cidade brasileira a adicionar flúor nas águas de abastecimento público. Isso ocorreu em 1953, havendo desta data até 1967 a redução de 65,4% de cárie em crianças de 6 a 12 anos.

No ano de 1974, a Lei Federal Nº 6.050 (LEI, 1974) é promulgada, e em 1975 é regulamentada pelo Decreto Nº 76.872, expressando a obrigatoriedade da fluoretação nas águas do Brasil.

RAMIRES e BUZALAF (2007) reafirmaram, por meio de revisão de literatura, que a fluoretação da água de abastecimento público consiste em uma das principais e mais importantes medidas de Saúde Pública no controle da cárie dentária.

FRAZÃO e NARVAI (1996), em material elaborado para os alunos da disciplina Odontologia Preventiva e Saúde Pública, da Faculdade de Odontologia da USP, intitulado como *Promoção da Saúde Bucal em Escolas*, trataram da cárie dentária como problema de Saúde Pública, criticaram a assistência individual predominante na prática odontológica, com a oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores e citaram que as poucas ações de promoção de saúde bucal existentes, quando desenvolvidas, eram quase exclusivas do Poder Público.

Promoção de saúde bucal é qualquer ação ou esforço planejado com a finalidade de criar ambientes suportivos, fortalecer ação comunitária, construir políticas públicas saudáveis, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar serviços de saúde na busca de metas em saúde bucal (MOYSÉS e WATT, 2000).

A promoção de saúde bucal encontra-se dentro de um conceito amplo de saúde, além da dimensão apenas técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva (BRASIL, 2004). “Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes” (BRASIL, 2004).

Do mesmo modo que o conceito de saúde bucal, o conceito de promoção de saúde bucal é uma abstração útil. Em termos gerais, saúde é um estado do indivíduo que não pode subsistir com saúdes parciais dos diversos órgãos e sistemas. Somente para efeitos práticos e didáticos é que o conceito de saúde parcial, especificamente de saúde bucal, serve para identificar objetivos parciais em programas de saúde, desde que não se perca de vista a limitação desse conceito (BASTOS et al. 2003).

No campo da saúde, a Saúde Coletiva envolve práticas que têm como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho os diferentes saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não-materiais, e como atividades

intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização (PAIM e ALMEIDA, 2000).

A Saúde Bucal Coletiva é “um campo de conhecimentos e práticas. Pretende-se que tal campo seja parte de um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e, a um só tempo, compreenda também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinido-o e, por essa razão, necessariamente transcendendo-o”. A Saúde Bucal Coletiva “advoga que a ‘saúde bucal’ das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível, portanto, de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos” (NARVAI e FRAZÃO, 2006, p.349).

Extrapolando para a promoção de saúde bucal, pode-se dizer que esse conceito compreende uma abordagem integrada, em que a saúde bucal não existe sem a saúde geral e não se pode conceber uma saúde geral com a ausência de saúde bucal. Na verdade, os conceitos de promoção de saúde são os mesmos para a promoção de saúde bucal, com o objetivo de que essa abstração se torne útil na avaliação de resultados das ações em saúde bucal (NICO e MOREIRA, 2003).

OBJETIVOS

Compreender a experiência de cirurgiões-dentistas de 60 anos e mais residentes no município de São Paulo, com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, ao longo de seu exercício profissional;

Desenvolver e validar um modelo teórico-representativo da experiência dos sujeitos.

CAPÍTULO 2:

MÉTODOS / REFERENCIAIS TEÓRICO- METODOLÓGICO

Métodos

Utilizando a metodologia qualitativa

A opção pela metodologia qualitativa decorre do anseio em compreender a experiência profissional de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais acerca do conhecimento técnico-científico sobre a Odontologia, acrescido da carência de estudos na perspectiva selecionada.

O método qualitativo é recomendado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, este tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto, no qual o fenômeno ocorre, seja considerado como parte do mesmo (FIELD e MORSE, 1985).

Para FIELD e MORSE (1985), as abordagens qualitativas são indutivas, significando que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, em que o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações supostas do fenômeno e então retorna ao campo para obter mais dados. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para este período de tempo.

Possuindo como foco de estudo a experiência de cirurgiões-dentistas idosos com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, o Interacionismo Simbólico apresentou-se como o referencial teórico mais adequado para empreender a discussão com os achados obtidos neste estudo, orientando, dessa forma, o processo de pensamento, atribuindo sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. Já

a abordagem metodológica empregada consistiu na *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada em Dados).

Descrevendo o referencial teórico (Interacionismo Simbólico)

Para CHARON (1989), o Interacionismo Simbólico baseia-se numa perspectiva da Psicologia Social, especialmente relevante para as preocupações da Sociologia. Ao invés de se focar no indivíduo e suas características de personalidade, ou como a estrutura social ou a situação social influencia o comportamento individual, o Interacionismo Simbólico focaliza-se sobre a natureza da interação, nas atividades sociais dinâmicas tomadas entre as pessoas.

BAZILLI et al. (1998) afirmam que as origens e as influências da Psicologia Social referem-se às ideias acerca do social e do individual, que existiram no final do século XIX e início do século XX. Estes autores afirmam que: “a psicanálise, as teorias de corte cognitivista, o behaviorismo e as teorias derivadas da Antropologia e da Sociologia Política dão sua versão da relação indivíduo-sociedade, das suas resultantes e implicações para o psiquismo humano” (p. 17).

Para esses mesmos autores cada um destes enfoques propõe um objeto, um recorte epistemológico ou metodológico para compreender o que cada enfoque mencionado considera essencial para a “Psicologia social, a Psicologia do social e as Psicossociologias” (p.17). Prosseguem ainda afirmando que o Interacionismo Simbólico emergiu deste contexto de ideias presentes no final do século XIX e início do século XX, na tentativa de contribuir para a discussão e conceito da Psicologia do Social.

De 1939 a 1946, houve um marco decisivo na evolução da Psicologia Social, exatamente no mesmo momento da consagração da carreira universitária de Kurt Lewin. Este pesquisador nasceu no dia 09 de setembro de 1890 em Magilno, na Prússia, tendo em 1921 iniciado na carreira de pesquisador (MAILHIOT, 1976).

Embora seja um equívoco atribuir todas as ideias básicas subentendidas no Interacionismo Simbólico a uma única pessoa, George Herbert Mead (1863-1931) foi, indubitavelmente, o gerador primordial do movimento. Nesse sentido, Mead pode ser chamado o “pai” do Interacionismo Simbólico (LITTLEJOHN, 1986).

No entanto, Mead jamais utilizou a expressão Interacionismo Simbólico. Quem a criou foi Blumer, um de seus seguidores, em 1937, responsável por compilar as ideias de seu mestre. Assim, nomeou uma abordagem relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo.

Para CHARON (1989, p.21), quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da Psicologia:

1º) O Interacionismo Simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo;

2º) O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação;

3º) Interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que

eles definem. Agimos de acordo com o modo que definimos a situação que estamos vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, *nossa interpretação da situação*:

4º) O Interacionismo Simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. Todos nós definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve escolher consciente a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção (Charon, 1989).

Estudos utilizando o interacionismo simbólico na área da saúde estão contribuindo para a compreensão deste referencial. Dupas et al. (1997) enfocam o interacionismo simbólico afirmando ser uma abordagem que permite ao enfermeiro compreender o outro, considerando os significados que esse outro atribui as suas experiências. As autoras consideram que o marco teórico que melhor embasa a prática de enfermagem, tanto na pesquisa, no ensino e na assistência, é o interacionismo simbólico, porque valoriza, sobretudo, o significado que o ser humano atribui as suas experiências. Este referencial favorece a opção por abordagens metodológicas qualitativas que possibilitam a produção de um corpo de conhecimentos baseado na realidade da prática de enfermagem. Explica as variações observadas nesta realidade. Permite que a riqueza e a diversidade de experiências do homem sejam estudadas e compreendidas.

LOPES e JORGE (2004) apresentam um estudo reflexivo e teórico, apresentando os pressupostos básicos deste referencial, que aborda o significado

como conceito central da teoria e considera que a partir da interação entre as pessoas as ações são construídas. Busca mostrar a afinidade da enfermagem com essa teoria, ao procurar possibilidades para o cuidar interativo, tanto no ensino quanto na prática e na pesquisa.

Numa abordagem interacionista, o trabalho de BOCCHI e ÂNGELO (2005), buscando compreender a experiência de cuidadores familiares de pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC), acerca das modalidades de cuidado adotadas por eles, durante o processo de reabilitação de uma pessoa com AVC no domicílio, é uma referência que auxilia pesquisadores na compreensão deste referencial em pesquisas na área da saúde.

O Interacionismo Simbólico e a Promoção da Saúde

Uma das grandes propostas de inovação apresentada nesta Tese consiste no ensaio empreendido acerca do referencial da Psicologia Social adotado, já abordado anteriormente (Interacionismo Simbólico) e a Promoção da Saúde.

PELICIONI (2005) salienta que a promoção da saúde “vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ter no campo da saúde e suas responsabilidades políticas com a qualidade de vida”.

Nesta perspectiva, o ensaio de NICO e PELICIONI (2009) apresenta reflexões acerca do referencial teórico de George Herbert Mead, numa tentativa de dialogar com a Promoção da Saúde, direcionando o olhar, também, para o campo da Saúde Bucal Coletiva. Inicia-se pela interpretação de Charon quanto ao referencial

proposto e abarca alguns pesquisadores da promoção da saúde e da saúde bucal coletiva. Por fim, suscita aos leitores que reflitam sobre as possibilidades da implementação da promoção da saúde bucal, numa forma interacionista, mostrando experiências nos campos da Odontologia, da Enfermagem e da própria Psicologia que vêm utilizando este referencial com sucesso.

A promoção de saúde bucal do idoso é discutida no ensaio mediante a contribuição do pensamento não-estruturalista representado pelo referencial teórico denominado Interacionismo Simbólico.

No Brasil, este referencial tem sido pouco utilizado nas discussões que abarcam a saúde bucal, em especial à saúde do idoso. Portanto, com o objetivo de ampliar as discussões no campo da promoção de saúde bucal de uma forma interacionista, buscou-se suscitar aos leitores a reflexão quanto à possibilidade de diálogo entre o Interacionismo Simbólico (perspectiva da Psicologia Social) e a promoção de saúde bucal, incluindo a saúde bucal do idoso, no sentido de aumentar, também, as possibilidades de atuação de modo a contribuir e enriquecer as experiências que vêm se desenvolvendo mediante outros recortes epistemológicos.

O Interacionismo Simbólico tem sido utilizado com sucesso na Enfermagem, o que fortalece e incentiva a tentativa de sua inserção nos diálogos com a promoção da saúde e no contexto em que se insere este trabalho, com a promoção da saúde bucal do idoso. O significado, neste referencial, é o conceito central e a partir das interações entre as pessoas é que as ações individuais definem situações e agem no contexto social que pertencem (LOPES E JORGE, 2005).

A reflexão da integração da teoria na prática, numa perspectiva interacionista, pode se estabelecer, por exemplo, na formação do estudante

universitário, de acordo com a realidade do Sistema de Saúde Brasileiro, atualmente reorientado na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). A aplicação da teoria interacionista, em pesquisas em enfermagem, no ensino e na prática busca ampliar conhecimentos e estratégias voltadas para um relacionamento interativo e humanizado entre pessoas (LOPES E JORGE, 2005).

Diante do exposto, também não se descarta a aplicação do Interacionismo Simbólico na maneira como os indivíduos compreendem e vivenciam a saúde, o sistema de saúde brasileiro, a relação ensino-pesquisa-extensão, o controle social, as redes de apoio social, ou seja, temas que podem ou não fazer parte das inquietações de pesquisadores, professores, alunos, comunidade, usuários do SUS, gestores. Temas apresentados no sentido de permitir uma reflexão diante de sua interação. Esta interação seja estabelecida ou não, integrada ou não, promovendo ou não a saúde bucal da população brasileira instiga este trabalho no sentido de propiciar reflexões numa tentativa de dialogar com o referencial proposto.

Descrevendo o referencial metodológico (*Grounded Theory*)

Tendo definido o referencial conceitual, faz-se necessário encontrar uma diretriz metodológica, coerente com o mesmo, capaz de indicar os caminhos a serem percorridos pelo investigador, principalmente com a organização, coleta e posterior análise dos dados coletados.

Segundo os idealizadores da *Grounded Theory*, GLASER e STRAUSS (1967), essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Para

eles a teoria significa “uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceituação para descrever e explicar” (p. 3). Eles apresentam um método de análise comparativa constante, em que o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados.

Este é um processo que GLASER e STRAUSS (1967) descrevem como amostragem teórica, em que o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Neste sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados.

Como exemplo de pesquisas utilizando esta metodologia, MACIEL e BOCCHI (2006) realizaram um estudo qualitativo, com pacientes acamados, visando compreender a experiência da pessoa dependente da enfermagem para o banho no leito e desenvolver um modelo teórico representativo dessa experiência, e para tanto, utilizaram os referenciais do Interacionismo Simbólico e da *Grounded Theory*. Outro exemplo de estudo que utilizou os referenciais interacionista (de Mead e Blumer) e o metodológico (de Glaser e Strauss) consiste na pesquisa realizada no interior paulista, em Botucatu-SP, por NICO et al. (2006), no intuito de compreender a experiência de idosos com a saúde bucal ao longo da vida.

A *Grounded Theory* preconiza que a coleta e a análise dos dados aconteçam concomitantemente, mediante um método de constante comparação, não havendo uma definição prévia do total de participantes (GLASER e STRAUSS, 1967).

A análise dos dados é realizada de acordo com o método da *Grounded Theory*, tendo como orientação as estratégias básicas apresentadas por CHENITZ e SWANSON (1986) para a formação de categorias.

Categorias, segundo as autoras, são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da *Grounded Theory*. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo, como consequência da análise.

A etapa da análise dos dados, segundo CHENITZ e SWANSON (1986), é constituída pelas seguintes fases: descobrindo categorias, ligando categorias, desenvolvimento de memorandos e identificação do processo, conforme descrito a seguir.

- **Descobrimdo categorias:** O passo inicial, uma vez redigido o texto da observação ou entrevista, consistirá em quebrar os dados em pequenos pedaços, de modo que cada um deles represente um incidente específico ou fato. Para isso, os dados serão analisados linha por linha, e parágrafo por parágrafo, buscando incidentes e fatos. Cada incidente será codificado como um conceito ou abstração do dado.
- **Ligando categorias:** Uma vez identificadas as categorias, será efetuada nova comparação, desta vez entre categorias, o que determinará uma melhor estruturação do conceito. Deste modo, ocorrerá um processo de redução das

categorias em que, pela comparação, será identificada a ideia que melhor explicará o fenômeno daquele grupo de categorias. Serão, então, identificadas as categorias e seus componentes, ou subcategorias.

- **Desenvolvimento de memorandos:** O processo de construção da teoria implicará o registro do processo analítico desde o seu início, de modo que se possa perceber o desenvolvimento do conceito, quase que passo a passo. Neste sentido, após a codificação inicial das primeiras observações, todas as ideias que foram surgindo em função da leitura e das próprias observações passarão a ser registradas.
- **Identificação do processo:** Uma vez identificadas as categorias e os seus componentes, elas serão ordenadas de maneira a identificar uma que será central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas se relacionam. Para chegar a ela, serão elaborados esquemas e aplicados aos dados (a autora fará então novo retorno aos dados, de modo a verificar qual deles melhor expressará as experiências dos sujeitos da pesquisa, em termos conceituais).

Os fenômenos são apresentados em forma de diagramas e quadros, descrevendo os conceitos que emergirão da experiência relatada do cirurgião-dentista, segundo os componentes do processo: temas, categorias, subcategorias e elementos.

Na verdade, é um método de constante comparação e indução, para conseguir abarcar toda a essência da experiência e, assim, apreendê-la de maneira mais fiel possível.

CAPÍTULO 3:

REALIZANDO A PESQUISA

POPULAÇÃO DE ESTUDO: CIRURGIÕES-DENTISTAS PARTICIPANTES

Participaram deste estudo oito (08) cirurgiões-dentistas com idade de 60 anos e mais, no exercício ou não de suas práticas profissionais, domiciliados na área urbana do município de São Paulo-SP, de ambos os sexos, com predomínio do sexo masculino.

Para maior diversidade, exploração e apreensão dos resultados foi priorizada, para a realização de entrevistas, a inclusão de cirurgiões-dentistas que exerçam ou já exerceram suas atividades de diferentes maneiras, isto é: em consultórios privados, no sistema público de saúde, na gestão de serviços e na docência em instituições públicas e/ ou privadas.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

CIRURGIÃO-DENTISTA 1

Possui a idade de 69 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Ingressou numa Faculdade Pública de Odontologia do município de São Paulo, em 1961 e graduou-se em 1964. Kursou Odontologia no período integral. Após a graduação, fez estágio em cirurgia em Hospitais. Iniciou o curso de Especialização em Cirurgia no ano de 1976, numa Associação em São Paulo-SP e finalizou-o em 1977. Inicialmente, exerceu a atividade em consultório particular. Kursou o Mestrado e o Doutorado em Cirurgia na mesma Faculdade em que se graduou. Posteriormente, fez concurso para docente em Cirurgia e foi aprovado, nesta mesma Faculdade. Atualmente é docente nesta

Faculdade e numa Associação em São Paulo-SP, na disciplina de Cirurgia.

CIRURGIÃO-DENTISTA 2

Possui a idade de 61 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Ingressou numa Faculdade Pública de Odontologia do interior de SP, em 1969 e graduou-se em 1972. Coursou Odontologia no período integral. Após a graduação exerceu a Clínica Geral por 10 anos. Trabalhou durante 14 anos em uma Usina de Açúcar e Alcool, como cirurgião-dentista, no interior de SP, e trabalhou em um Hospital, na mesma cidade. Posteriormente, direcionou-se para a Cirurgia. Iniciou o curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no final da década de 1980 e início da década de 1990, no interior de SP. Porém, no final do curso, descobriu que não era reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). Começou outra Especialização em Cirurgia em São Paulo, em uma Associação em 1994. Após a Especialização, recebeu o convite para atuar como docente nesta mesma Associação. Também foi docente em uma Faculdade de Odontologia particular, no interior de SP, a partir de 2002, durante quatro anos. Atualmente, possui uma atividade bastante intensa, trabalhando em um Hospital no interior de SP, na área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, trabalha em consultório particular e também é docente em uma Associação em São Paulo-SP.

CIRURGIÃO-DENTISTA 3

Possui a idade de 62 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Ingressou numa Faculdade Pública de Odontologia do município de São Paulo, em 1967 e graduou-se em 1971. Coursou Odontologia no período integral. Realizou estágios na área de Cirurgia numa Associação e em Hospitais em São Paulo-SP. Trabalhou do ano de

1971 a 1974 numa Associação em São Paulo-SP, realizando tratamento clínico, tais como, dentística, endodontia e também num serviço de radiologia. Em 1975, foi contratado por uma Faculdade de Odontologia pública de São Paulo-SP, para trabalhar como docente em Regime de Dedicação Integral à Docência e à Pesquisa, na área de Cirurgia. Atualmente, exerce esta atividade de docente na referida Faculdade.

CIRURGIÃO-DENTISTA 4

Possui a idade de 71 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Graduou-se numa Faculdade de Odontologia particular no interior de SP. Coursou Odontologia no período integral. Fez estágio em Cirurgia, depois que se formou. Trabalhou em consultório particular. Dedicou-se mais à disciplina de Prótese, depois que se formou. Não fez curso de Especialização. Atualmente exerce a atividade em clínica particular, mas está diminuindo a carga horária, devido a um problema de saúde que teve.

CIRURGIÃO-DENTISTA 5

Possui a idade de 61 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Ingressou numa Faculdade Pública de Odontologia do município de São Paulo, em 1969 e graduou-se em 1973. Realizou monitoria na disciplina de Prótese durante a graduação. Formou-se em agosto de 1973 e em dezembro do mesmo ano foi contratada como docente na mesma Faculdade que se formou. Coursou Odontologia no período integral. Realizou a clínica em consultório particular e depois de dois anos de formada começou a cursar o Mestrado na Faculdade na qual trabalhava e depois o Doutorado.

Atualmente exerce com dedicação exclusiva a atividade de docente em Prótese Total na Faculdade em que se formou.

CIRURGIÃO-DENTISTA 6

Possui a idade de 62 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Ingressou numa Faculdade Pública de Odontologia do município de São Paulo, em 1967 e graduou-se em 1972. Coursou Odontologia no período noturno. Após a graduação, exerceu atividade no consultório particular. Também trabalhou no Serviço Dentário Escolar, aonde estava sendo implantado o Programa Incremental de Atendimento. Trabalhou na Prefeitura de São Paulo, em 1977. A partir de 1995, trabalhou na assessoria técnica na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. A partir de 2005, ingressou na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, local aonde atualmente atua.

CIRURGIÃO-DENTISTA 7

Possui a idade de 71 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Ingressou numa Faculdade Pública de Odontologia do município de São Paulo, em 1965 e graduou-se em 1970. Coursou Odontologia no período noturno. Após a graduação, exerceu a atividade de clínica geral em consultório particular. Não fez curso de Especialização. Ingressou em 1974 na prefeitura de São Paulo, trabalhando como cirurgião-dentista. Hoje está aposentado.

CIRURGIÃO-DENTISTA 8

Possui a idade de 65 anos. Reside no município de São Paulo-SP. Ingressou numa Faculdade Particular de Odontologia, em Santo Amaro-SP, em 1976 e graduou-se em

1979. Após a graduação, começou a trabalhar em clínica particular. Começou a trabalhar na Secretaria de Saúde de São Paulo, em 1982, após prestar concurso. Não fez curso de Especialização. Atualmente, trabalha como cirurgião-dentista em um Centro de Saúde em São Paulo.

Quanto à amostra de cirurgiões-dentistas, ela adquire um diferencial por ser teórica. A amostra teórica é aquela em que os dados devem ser coletados até que cada categoria esteja saturada, ou seja, até que: (a) nenhum outro dado relevante emerja, (b) a categoria esteja bem desenvolvida em termos de suas propriedades e dimensões, demonstrando variação, e (c) configure o relacionamento entre as categorias (STRAUSS e CORBIN, 1998).

Vale ressaltar que propriedades são as características de uma categoria, o que define e dá significado às mesmas e, quando estas variam, pode-se dizer que são categorias que pertencem a outras dimensões diferentes e, portanto, permitem imprimir variações à teoria (STRAUSS e CORBIN, 1998).

PESQUISA DE CAMPO: PASSOS METODOLÓGICOS

A pesquisa de campo seguiu todas as etapas preconizadas na Teoria Fundamentada nos Dados, visando compreender a experiência de cirurgiões-dentistas idosos com o conhecimento técnico-científico da Odontologia ao longo de seu exercício profissional.

ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados foi realizada após Exame de Qualificação do projeto, e após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP, (ANEXO 1) que exige a autorização dos atores que participaram deste estudo (ANEXO 2), conforme Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996a), que apresenta as normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

A COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados utilizada foi a do snowball, ou bola de neve. Para obter maior variedade das informações, procurou-se incluir a participação de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, do serviço privado e público, exercendo o papel de gestor e de docente, em Faculdades particulares e/ ou públicas.

Para tanto, a pesquisadora visitou os próprios locais de trabalho destes profissionais, ou a residência, quando assim preferiram.

Foram cumpridas todas as normas estabelecidas para a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes no estudo.

A coleta de dados também se desencadeou mediante entrevistas não-estruturadas, do tipo focalizada. A questão de partida foi a que se segue: — “Como tem sido a sua experiência em Odontologia, ao longo do seu exercício profissional, desde a graduação”?

Para o registro dos dados foram realizadas gravações autorizadas e transcritas posteriormente, pela própria pesquisadora.

A duração das entrevistas variou entre uma hora e trinta minutos a duas horas.

A decisão de não mais coletar os dados deste estudo deu-se por saturação, quando houve o alcance de uma compreensão adequada dos conceitos que integram a experiência de interação dos cirurgiões-dentistas, contemplando elementos de causas e consequências indicativos de um processo.

A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu os estágios preconizados pelo Método Comparativo Constante da Teoria Fundamentada nos Dados (GLASER e STRAUSS, 1967).

Num primeiro momento, após a transcrição da entrevista, a análise iniciou-se com a codificação aberta dos dados, na qual cada entrevista foi quebrada em pequenos pedaços, estes denominados incidentes e examinada, questionada, linha a linha, buscando a compreensão dos significados contidos nos dados. Desta forma, as primeiras dimensões e propriedades constituintes da experiência foram identificadas. Cada pedaço recebe um nome que representa seu significado (código), como ilustra o seguinte exemplo:

Trecho da entrevista: “Eu me formei em 1964. Naquele tempo, a Odontologia não era como hoje. Não tinha assim um grande avanço tecnológico, como nós temos hoje”.

Códigos: - Formando-se em 1964; - Não sendo a Odontologia, naquele tempo, como hoje; Não tendo a Odontologia grande avanço tecnológico como hoje.

Posteriormente à codificação inicial, os códigos foram comparados entre si, agrupados de acordo com suas similaridades e diferenças conceituais, originando-se, assim, as categorias. A seguir, tem-se o exemplo da maneira como a categorização foi realizada:

Códigos: - Vendo muita mutilação no implante; - pessoas não podendo nem usar dentadura depois; - dentista extraíndo os dentes molares ao invés de extrair os dentes anteriores; mutilando o paciente.

Categoria: Experimentando iatrogenias na profissão.

As categorias possuíam nomes provisórios e à medida que o processo de análise foi ocorrendo, elas mudavam de nome várias vezes, chegando à denominação definitiva e mais representativa dos conceitos que agrupavam.

O trabalho de NICO et al. (2007) exemplifica como se estabelece a análise nesta abordagem metodológica da *Grounded Theory*.

Os “memos” também foram desenvolvidos durante a análise dos dados. Os memos fornecem uma imediata elucidação das ideias sobre os códigos, categorias e as possíveis relações entre eles. Também possibilitam o pesquisador na formulação de questões e hipóteses que possibilitam a densificação das categorias e a integração da teoria.

De acordo com GLASER e STRAUSS (1967), no segundo momento da análise, ocorreu a comparação constante, a qual altera de incidente em incidente, para uma comparação entre incidentes com propriedades de categorias. Passou-se, desta

forma, à etapa denominada codificação teórica, objetivando-se realizar agrupamentos, integrando categorias que se referem a um mesmo fenômeno.

Ocorreu, posteriormente, a integração das categorias. Para tanto, elas foram reorganizadas, permitindo o agrupamento dos conceitos em uma ordem mais abstrata, originando os fenômenos. Logo após, foi possível delimitar a teoria. Nesse momento, iniciou-se a compreensão da categoria central, permitindo o desenvolvimento de uma teoria fundamentada nos dados.

Após seguir todas as etapas preconizadas pela abordagem metodológica utilizada, construiu-se um modelo teórico representativo da experiência dos cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, ao longo de seu exercício profissional.

VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

A validação do modelo teórico-representativo da experiência dos cirurgiões-dentistas foi realizada de acordo com as recomendações de STRAUSS e CORBIN (1998). Segundo os autores, a teoria emerge dos dados e representa uma abstração, portanto é importante determinar se o modelo teórico esquematizado não foi omissivo ou está representando além dos significados dos dados. Um dos caminhos utilizados para validar o modelo teórico é o de retornar aos dados e comparar o modelo com os dados brutos, realizando um tipo de análise comparativa de alto nível. Este modelo teórico tem que ser capaz de explicar a maioria dos casos.

Outra forma é contar a história para os sujeitos participantes do estudo ou pedir que eles a leiam e percebam se a mesma está adequada. É claro que ela nem

sempre estará adequada em todos os aspectos de cada caso, pelo fato de que a história é uma redução dos dados, mas, de forma geral, os sujeitos deverão se reconhecer no texto lido. A opção aqui adotada foi a de retornar aos dados, comparando-os aos dados brutos. A opção de retornar aos entrevistados não foi aqui adotada, configurando uma limitação do estudo.

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

Compreendendo a experiência de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais

A análise comparativa constante dos dados permitiu a construção e a validação de um modelo teórico que permite a compreensão da experiência de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, acerca do conhecimento técnico-científico da Odontologia.

A experiência dos cirurgiões-dentistas compreende três momentos de dimensões diferenciadas: interação pré-ingresso na Faculdade, representada pela categoria **ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES**, interação na vivência da graduação, representada pelo fenômeno **BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS** e interação após o curso de graduação (egresso), representada pelo fenômeno **LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS**.

Os momentos e as dimensões da interação serão apresentados a seguir.

ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES

As interações dos cirurgiões-dentistas iniciam num contexto de luta econômica, de esforço em relação aos estudos, de superação das dificuldades encontradas e na busca da realização do sonho de ingressar em uma Faculdade.

Desde a época escolar, a questão econômica os impulsionou ao trabalho. O interesse nos estudos, aliado à dificuldade financeira, possibilitou a inserção em escolas públicas, consideradas de qualidade, antes do ingresso na Faculdade. O esforço foi perceptível nesse movimento, atrelado ao fato de estudar e trabalhar desde a juventude.

A luta esteve presente também no momento da realização do Exame Vestibular para entrada para a Faculdade. Mesmo com uma primeira derrota, a persistência impulsionou-os à continuação dos estudos, superando essa barreira e atingindo o sonho de ingresso.

A imagem de alunos na Faculdade de Odontologia aliada à representação simbólica da roupa de cor branca alimentava o sonho de fazer parte deste contexto também. O esforço contribuiu muito para a inserção na Faculdade, superando a diferença econômica existente entre os alunos.

Este conjunto de fatores econômicos, de superação das dificuldades no Exame do Vestibular em busca da realização do sonho, aliado à luta existente, move o **ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES**, que consiste na forma inicial de interação dos cirurgiões-dentistas de 60 anos e mais na experiência.

Diagrama 1: **ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES**

Prestando para Medicina

No movimento do esforço para superar dificuldades, nem sempre a inserção no curso de Odontologia foi algo linear. Muitas vezes, ocorreu só após a derrota quanto à tentativa de ingresso no curso de Medicina, tido como primeira opção de escolha.

A Medicina era um curso muitas vezes escolhido como primeira opção no Exame Vestibular na década de 1960 e a Odontologia como segunda opção.

A escolha pela Medicina ocorreu por influências de familiares, pelo gosto manifestado pela cirurgia, atrelando o curso a essa disciplina, atribuindo movimento quanto à escolha por parte do aluno por este curso.

Ser aprovado em Medicina era sinônimo de estudo. O fato de um aluno estudioso não ser aprovado no Exame Vestibular era motivo de indagação por parte de outros colegas e até de questionamento com a sugestão de se realizar teste vocacional. A pesquisa foi indicada como algo a ser seguido na experiência do aluno que não teve a aprovação no curso de Medicina mesmo sendo muito estudioso.

O cirurgião-dentista possuía uma imagem de recalcado e medíocre quando escolhia a Medicina como primeira opção no Exame Vestibular, porém não era aprovado. E assim, resolveram cursar a Odontologia. O símbolo que a Medicina possui para os cirurgiões-dentistas que a escolheram como primeira opção, mas não foram aprovados no Vestibular é considerado como uma imagem de cirurgião-dentista recalcado e medíocre. Isso acontecia com vários cirurgiões-dentistas que quiseram ser médicos, mas não conseguiram. A mala de médico que alguns profissionais cirurgiões-dentistas carregam é um símbolo que externa o desejo de ser médico.

“... praticamente os 78 colegas que faziam parte daquela turma que iniciou o curso, muitos deles eram remanescentes, ou na verdade, pelo tipo de classificação que havia na FUVEST, você podia fazer como primeira opção, por exemplo, por Medicina e segunda opção por Odontologia”. CD 3

“... Então eu cheguei a fazer, acho que duas vezes o Vestibular. Minto, três vezes: porque na primeira vez eu fiz e não fui aprovado. E numa dessas vezes, como eu sempre fui muito bom aluno, muito bom aluno, os meus colegas de colégio acharam meio absurdo eu não passar no vestibular ou ter problema...” CD 3

“... eu tinha um tio médico, como sempre eu fui muito bom aluno, modéstia parte eu não vou ficar me elogiando, eu sempre fui maluco por escola, o primeiro da sala, aquelas coisas que naquele tempo ganhava medalha, então, num determinado momento, esse meu tio me influenciou bastante e eu acabei mudando um pouco o meu contexto e cheguei a fazer o vestibular, não tenho vergonha de falar, absolutamente nenhum, de Medicina”. CD 3

“... quando eu entrei na Odontologia, se você perguntasse para as pessoas que estavam ali, quem era que tinha feito vestibular pela primeira vez, ou pela segunda, mas sempre tendo como opção ser dentista, eram poucos...” CD 5

“... A grande maioria eram alunos que tinham tentado duas, três vezes, a Medicina. Não conseguiam entrar na Medicina. Aí eles faziam a Odontologia que era mais próximo de Medicina. Então o pessoal que estava lá era um pessoal forte. Porque eles ficavam duas, três vezes tentando fazer Medicina, não conseguiam, então eles iam cair lá na Odontologia. Era gente que estudava muito, principalmente as básicas...” CD 5

“... como eu sempre precisei trabalhar, quando eu fiz vestibular, eu queria uma, uma área, uma profissão da área de biológicas, e minha opção foi por Medicina, Odontologia, Veterinária...” CD 6

“... eu não sou dentista recalcado: aquele que fez vestibular para ser médico, não passou e aceitou a Odontologia. Que é o que acontece com mais de 90 e tantos por cento. Que eu sei, vejo e é. Pode o mundo inteiro dizer que não, eu sei que é. Porque eu convivo. Entendeu? Que usa até mala de médico para levar instrumental de dentista. Está cheio disso...” CD 7

“Prestei, prestei, prestei para Medicina. Antigamente foi a primeira opção. E a primeira opção também aqui quando eu... eu falei... eu entrei na faculdade tarde. Eu tive problema, minha mãe faleceu, larguei tudo. A minha última opção foi Odontologia. Deixa eu prestar, porque se eu não prestar eu também não presto mais nada. Peguei e entrei. Acho que era para ser dentista mesmo”. CD 8

Prestando Vestibular para Odontologia

O esforço atrelado ao sonho de ingresso na Faculdade de Odontologia foi desencadeado desde a juventude. Para o movimento de inserção na Faculdade, no curso de Odontologia, diversos motivos impulsionaram a escolha.

A vontade de “sanear a boca da população”, no sentido de tratar a boca da população, foi descrita numa redação ainda na época do ginásio, de juventude, mostrando a ligação com a Odontologia. O gosto pela profissão também deu

movimento à experiência. Havia interesse em conhecer um consultório dentário, mostrando admiração ao vê-lo. A tentativa de acabar com o medo de cirurgião-dentista também levou à procura pela profissão, observado em leitura de revistas que abordavam o assunto. A questão econômica, como a baixa renda apresentada pelos estudantes, que precisava trabalhar e estudar, os impulsionou para a escolha da Odontologia, no período noturno. Mesmo recebendo o convite de mudar do curso de Odontologia para Medicina numa Faculdade que aceitava a transferência de alunos, a opção foi continuar a fazer o curso de Odontologia. O fato de possuir compromissos econômicos com a casa, também contribuiu para pensar que não poderia fazer Medicina.

A escolha pela Odontologia ocorreu devido a algumas influências. Uma delas foi devido ao fato de o pai já ser cirurgião-dentista, o qual permitia que o filho ajudasse no laboratório na confecção de prótese, coroas. A própria postura da cirurgiã-dentista a qual frequentava chamava-a a atenção. A ética em respeitar o paciente, o atendimento da profissional preocupando-se com a assepsia do local.

Os depoimentos a seguir vêm ilustrar as opiniões e os sentimentos apreendidos.

“Durante um tempo da minha graduação no ginásio, eu cheguei a fazer uma redação que foi até premiada no colégio e eu disse, naquela redação, que eu queria fazer Odontologia, que eu ia sanear a boca do mundo, algumas coisas desse tipo, que eu lembro, naquela época”.

CD 3

“... porque o meu pai já era dentista (risos). Ele era formado na USP, em 1927, então já era de família mesmo. Por isso que eu me interessei, porque eu ajudava ele na prótese, desde de garoto. Eu ia pra oficina dele e ficava fazendo as coroas e tudo mais que ele precisava fazer, fazia gessinho, tudo. Então eu gostava. Já desde criança eu gostava muito. Então eu nunca pensei nada além da Odontologia pra mim”. CD 4

“... eu decidi muito em fazer Odontologia, quando depois eu passei a frequentar uma cirurgiaã-dentista mulher que era muito organizada, ela era... tinha um consultório muito organizado, limpinho, e ela era impecável, uma roupinha assim. E aquilo lá me despertou mais ainda. E eu não pensei duas vezes pra fazer opção. Tanto é que quando eu fui, quando eu fiz a minha opção no Vestibular, eu pus só Odontologia, só Odontologia, curso diurno Odontologia e aqui, essa escola aqui. Certo? Não tive assim nenhuma graça de entrar em Odontologia em outra Faculdade, não tive interesse em colocar em nenhuma outra coisa”. CD 5

“... eu fiz a Faculdade no curso noturno e deixei a Veterinária e a Biologia de lado. Não conhecia muito da área de Odontologia não, acontecia isso muito naquele tempo. Não sei se hoje ainda ocorre. O aluno que precisava trabalhar, ele acabava fazendo uma opção por alguma profissão que lhe desse chance de trabalhar. Então foi mais ou menos assim que eu cheguei no curso de Odontologia”. CD 6

“... eu adorava a Odontologia. Eu cheguei a pedir, às vezes para o dentista, me deixar entrar no consultório para eu ver. E eu olhava aquilo. Até um dentista, uma vez, ficou impressionado de ver como eu achava maravilhoso aquilo”. CD 7

“Mas uma coisa que me chamou a atenção mesmo é que eu trabalhava em vendas e às vezes eu ia em um lugar, e enquanto eu ficava aguardando, eu pegava um livreto e tinha uns livros chamado Intervalo. Isso, que era próprio de televisão, não sei o quê, e tudo o que eu lia estava escrito assim: o quê você tem mais medo? E era de ir ao dentista. Tudo. Todo livro tava: de ir ao dentista. Então, como ter medo de ir ao dentista? Eu vou ser dentista e ninguém vai ter medo de ir no consultório. Ninguém vai ter medo de mim. Eu tenho que ser um dentista que não vai ter medo”. CD 7

Após a inserção no curso de Odontologia nas décadas de 1960 e 1970, passa-se a experimentar o conhecimento técnico-científico da Odontologia.

ESFORÇANDO-SE NA FACULDADE

Esforçando-se na Faculdade refere-se ao processo contínuo de busca por superar as dificuldades vivenciadas na época da graduação, décadas de 1960 e 1970. Este esforço reflete a luta desencadeada que influenciou outros momentos vivenciados na profissão.

Os cirurgiões-dentistas interpretam e atribuem significados às dificuldades vivenciadas, na época da graduação, conforme a percepção dos esforços empreendidos para superá-las. Essa percepção é empreendida na interação com as pessoas que fazem parte de sua vivência, bem como, com o contexto no qual se encontravam inseridos.

Diagrama 2: **ESFORÇANDO-SE NA FACULDADE**

Estudando em tempo integral

As dificuldades aliadas ao esforço empreendido foram manifestadas em diversos eventos. Um deles refere-se ao fato de existir intensa atividade durante a graduação. A dedicação e o estudo na Odontologia era uma realidade a ser enfrentada, uma vez que havia atividade durante todo o dia e muitas vezes aula no período noturno, cursos e palestras.

"Era a carga horária que a gente tinha.

A atividade clínica era mais intensa. O acompanhamento do número de professores dentro da clínica". CD 2

"A gente na época tinha uma atividade bastante intensa. Era das 08 da manhã até às 18:00 horas. Muitas vezes a gente tinha atividade no período noturno. Muitos cursos, palestras". CD 2

O fato de possuir um tempo menor em anos na graduação na Faculdade, localizada no interior de São Paulo, foi considerado ótimo, na qual o estudo estava em primeiro plano, devido ao fato de ser uma cidade em que não havia muitos atrativos. Já na capital, algumas vezes era considerado complicado, haja vista ser uma cidade com várias coisas para se fazer.

O conhecimento técnico-científico na Odontologia, década de 1970, foi considerado bom. O que possibilitava o complemento após a graduação daquilo que não foi ministrado na Faculdade.

“... foi uma Faculdade que o currículo era três anos. Era rápido, então... foi muito bom”. CD 4

“Três anos em Lins foi um tempo ótimo, porque dava tempo de você estudar tudo, que era pertinho da escola e eu morava perto da faculdade. E na cidade não tinha nada pra fazer mesmo, tinha que estudar mesmo. Aquela época era bem uma cidadezinha pequenininha. Então a gente só estudava, só estudava, e de vez em quando dava uma namoradinha. Agora em São Paulo, já era complicado, era curto o tempo, até ir na Faculdade, voltar, condição, tem uma correria, tem muito mais coisa pra fazer aqui. Então, eu acho que quatro ou cinco anos é o tempo ideal atualmente. Mas três anos pra mim foi ótimo”. CD 4

As matérias básicas, tais como microbiologia, fisiologia, farmacologia, bioquímica, anatomia, eram tidas como bem ministradas, com conteúdo denso, difíceis para a aprovação do aluno. Eram ministradas em conjunto com outros cursos e os alunos de Odontologia acreditavam que não era necessário todo o conhecimento técnico-científico ministrado nas matérias básicas para ser cirurgião-dentista, naquela época.

“As matérias básicas... eu lembro que elas foram muito bem dadas. A gente tinha professores bons. Microbiologia, Fisiologia, não me lembro de todos os professores. É... mesmo a fármaco. Eles tinham um conteúdo bem denso. Eram professores exigentes, não eram facilitadores, não estavam lá pra, sabe, fingir que ensinavam não. Eu considero que foram bem ministradas. Naquela forma tradicional de aulas expositivas. Algumas tinham aulas práticas também, de laboratório. Mas de uma forma geral, eu acho, embora na época a gente até achasse que não precisava de tudo aquilo pra ser dentista, era o que os alunos às vezes conversavam, mas eu acho que isso traz um aporte técnico, um aporte científico bastante importante”. CD 6

O esforço como aluno não se limitou às atividades internas à Faculdade, mas também envolveu com a população moradora num contexto denominado de atividades extras-muros. As atividades de prevenção realizadas refletiram numa integração do aluno com a população, incluindo a população da área rural. Cidades do interior de São Paulo, como Piracicaba, tinham o predomínio da cana-de-açúcar, com uma área rural bastante expressiva. Isso reflete a preocupação da Faculdade quanto à realidade da população desses locais.

“A gente tinha atividades não só na Faculdade, mas também atividades extra-muro. E participávamos de cursos de prevenção, mesmo de avaliação odontológica em bairros, na zona rural, porque Piracicaba é uma cidade aonde predomina a cana de açúcar e tem assim a parte rural assim bastante predominante”. CD 2

Influenciando o preparo para Medicina no perfil do aluno

A tentativa de inserção no curso de Medicina e o esforço despendido nos estudos, num primeiro momento, repercutiram no perfil do aluno que ingressou no curso de Odontologia. Isso devido ao fato de serem alunos estudiosos, que haviam prestado o Exame Vestibular, várias vezes, para Medicina, não foram aprovados e optaram por cursar, então, Odontologia. Eram alunos que estudavam muito, principalmente as matérias básicas.

“A grande maioria era alunos que tinham tentado duas a três vezes a Medicina, não conseguiam entrar na Medicina, aí eles faziam a Odontologia que era mais próximo de

Medicina. Então o pessoal que estava lá era um pessoal forte. Porque eles ficavam duas, três vezes tentando fazer Medicina, não conseguiam, então eles iam cair lá na Odontologia. Era gente que estudava muito, principalmente as básicas". CD 5

Superando o medo do desconhecido

O esforço esteve presente, também, na superação da inexperiência no início da graduação, visivelmente quanto ao aporte técnico. Depoimento sobre a disciplina de Anestesiologia retrata com propriedade a busca por superar o medo presente na aplicação prática da primeira anestesia realizada no paciente.

A superação do medo quanto à anestesia, próprio da inexperiência e da novidade presentes neste procedimento, esteve presente em vários momentos. O nervosismo era intenso, refletido no fato de o colega, no momento da anestesia, procurar a seringa e nem perceber que a mesma se encontrava nas mãos dele.

"... no começo, quando nós fomos pela primeira vez na clínica, para fazer a anestesia, nós entrávamos e o aluno do quinto ano dizia pra gente o que ele ia fazer e a gente tinha que anestesiá-lo para dar condições de ele fazer (risos). Era meio chato, era uma tremedeira..." CD 7

"... lembro até que uma vez eu não enxergava bem, para fazer uma troncular, não havia meio de eu enxergar e olhava, naqueles negócios. Um amigo meu percebeu que eu não enxergava, ele foi lá, e acendeu a luz do refletor. Nessa época também tinha um amigo meu, que ele veio: você não tem... você não tem uma seringa, rapaz, estou precisando de uma seringa... aquele nervosismo. Eu falei assim: e porque você não está usando essa? Ele olhou [para a mão dele]: ah, é... Você está entendendo? Coisas da profissão". CD 7

"E era uma, era situações assim: o paciente falava para um dos nossos colegas: nossa estou morrendo de medo. O nosso colega falava: garanto que você não está com menos

medo do que eu. Ele estava com mais medo porque ele ia aplicar, muito bom. Então você encontrava... o cara torcia para ter só infiltrativa e ninguém queria ter uma troncular". CD 7

Também ouve a superação do medo quanto à primeira cirurgia de extração dentária que foi realizada.

"... recordação que a gente guarda na mente as dificuldades que você tinha, a primeira vez quando você vai, você fica...assim, com...um pouco de receio na hora fazer a cirurgia, da aquele... de não conseguir remover o dente, entendeu? Às vezes a gente encontrava dificuldades, porque você era inexperiente, estava começando. Justamente porque em 63 eu ainda estava no terceiro ano de Odontologia. Estava estudando". CD 1

Experimentando matérias ensinadas com superficialidade

No movimento empreendido de esforço na Faculdade, foi experimentado o lado falho de algumas matérias. Ortodontia, por exemplo, teve a superficialidade do ensino, na década de 1970.

No período noturno, a vivência falha da parte clínica foi experimentada pelos alunos.

A falta de integração entre as disciplinas foi algo contestado pelos alunos do curso noturno, estudante que muitas vezes além de estudar, também trabalhava. Da mesma forma, a ausência de disciplinas na área de humanas foi perceptível pelos estudantes do noturno.

"... a discussão que já se fazia naquele tempo era de que precisava haver mais integração entre as disciplinas, entre as diversas matérias. Muitas vezes, nas aulas teóricas, os

Trabalhar e estudar constituem atividades de verdadeira luta, ainda mais num curso que exigia do aluno, muitas vezes uma dedicação integral, ou o estudo no período noturno. Ou seja, além de trabalhar ao longo do dia, à noite dedicava-se aos estudos na Faculdade, que não eram nada fáceis.

No contexto de luta para atingir objetivos, a experiência vivenciada foi, muitas vezes, a da realização do trabalho clínico (durante a graduação); o trabalho extra-muro; atividades que contribuíam para o orçamento familiar e o gosto externado pela profissão.

Na década de 1970, o contato com muitos colegas da mesma Faculdade que exerciam o trabalho em consultório particular foi experimentado. O trabalho técnico realizado em consultórios vinculados à Igreja foi uma experiência que fez parte da trajetória de cirurgiões-dentistas quando ainda eram graduandos. Desde o segundo ano da graduação, o contato com o que viria a ser a experiência profissional após a graduação foi antecipado mediante alguns procedimentos, como a anestesia.

A luta pelo trabalho levou alunos a realizarem passeatas a fim de arrecadar verbas para manter uma clínica odontológica vinculada a uma Igreja. O esforço empreendido por alunos do curso noturno, que no sábado, após a aula, atendiam na clínica da Igreja, foi vivenciado. A baixa condição econômica influenciava até mesmo a alimentação dos alunos, que depois do trabalho saíam para se alimentar, escolhendo refeições mais baratas.

O pouco tempo dispensado à família refletia o esforço empreendido na dedicação ao estudo, com a realização de parcerias com colegas para estudarem juntos, e dedicação ao trabalho.

professores colocavam algumas questões tipo: vocês vão ver isso em tal matéria. Chegava na outra matéria: vocês devem ter visto isto anteriormente. Então não havia muito entrosamento entre as diferentes disciplinas e isso já era um questionamento que os alunos, nós fazíamos para a Faculdade de Odontologia". CD 6

"... naquele tempo, também, a gente sentia, não sei se era com a Faculdade como um todo, eu vou falar por mim e pela minha turma. Nós sentíamos assim um pouco de falta de um conteúdo na área de humanas. Tanto é que uma das disciplinas... uma das cadeiras que entusiasmou muito a gente, porque foi um professor que veio com uma linguagem diferente, foi até o paraninfo da turma, foi a de saúde... naquele tempo era Odontologia Preventiva e Social, hoje Saúde Coletiva". CD 6

"Em certas matérias, teve matérias falhas, inclusive assim, por exemplo, ortodontia. Porque foi dado assim muito superficialmente. Muito... superficialmente. Praticamente não teve clínica. Era na época não sei se eu posso citar o nome do professor ou não, que foi um grande professor. Um grande ortodontista daqui de São Paulo. Então não teve. Praticamente não teve clínica. Fizemos alguns grampos e nada, nada, nada. Então, tivemos muito superficial esta parte". CD 8

O esforço empreendido na graduação, na busca por superar as dificuldades, também foi vivenciado na luta para realizar atividades de trabalho externas ao curso de Odontologia.

LUTANDO PARA TRABALHAR E ESTUDAR

Representa a prática da busca para atingir os objetivos dos cirurgiões-dentistas, ainda na época da graduação.

Trabalhar e estudar constituem atividades de verdadeira luta, ainda mais num curso que exigia do aluno, muitas vezes uma dedicação integral, ou o estudo no período noturno. Ou seja, além de trabalhar ao longo do dia, à noite dedicava-se aos estudos na Faculdade, que não eram nada fáceis.

No contexto de luta para atingir objetivos, a experiência vivenciada foi, muitas vezes, a da realização do trabalho clínico (durante a graduação); o trabalho extra-muro; atividades que contribuíam para o orçamento familiar e o gosto externado pela profissão.

Na década de 1970, o contato com muitos colegas da mesma Faculdade que exerciam o trabalho em consultório particular foi experimentado. O trabalho técnico realizado em consultórios vinculados à Igreja foi uma experiência que fez parte da trajetória de cirurgiões-dentistas quando ainda eram graduandos. Desde o segundo ano da graduação, o contato com o que viria a ser a experiência profissional após a graduação foi antecipado mediante alguns procedimentos, como a anestesia.

A luta pelo trabalho levou alunos a realizarem passeatas a fim de arrecadar verbas para manter uma clínica odontológica vinculada a uma Igreja. O esforço empreendido por alunos do curso noturno, que no sábado, após a aula, atendiam na clínica da Igreja, foi vivenciado. A baixa condição econômica influenciava até mesmo a alimentação dos alunos, que depois do trabalho saíam para se alimentar, escolhendo refeições mais baratas.

O pouco tempo dispensado à família refletia o esforço empreendido na dedicação ao estudo, com a realização de parcerias com colegas para estudarem juntos, e dedicação ao trabalho.

Diagrama 3: **LUTANDO PARA TRABALHAR E ESTUDAR**

Trabalhando na instituição bancária

Graduandos em Odontologia possuíam como renda o trabalho em Banco. Era um esforço muito árduo para manter uma rotina bastante complexa, haja vista que o trabalho exigia uma carga horária bastante puxada. Após o trabalho, o aluno dirigia-se ao curso de graduação no período noturno, exigindo energia para conseguir manter essa realidade experimentada.

"... tinha muitos colegas quando eu estudava aqui na USP que eram... que faziam Odontologia, uns eram oficial da Polícia Militar, outros eram funcionários do Banco do Brasil. Então esse não saía do emprego. Ficava sempre ligado com o emprego. Existia uma Odontologia assim... ajudava. Entendeu? Tanto que esse pessoal terminou a Odontologia, ficou trabalhando e continuou no emprego. Nenhum deles largou o emprego, se dedicou exclusivamente à Odontologia. Acho que tinha medo, sei lá. Não tinha muita segurança no trabalho próprio". CD 1

“... eu fui chamado, fui trabalhar no banco. Em época de prova, eu saía e ia estudar. E em época que eu não tinha prova, eu fazia hora extra, porque com o dinheiro da hora extra eu pagava instrumental, livro, essas coisas, e o ordenado eu ajudava na casa. E nesse período eu fui servente de obra pra ajudar a arrumar a casa para a minha mãe morar...” CD 7

“Eu levantava 05:15, pegava o ônibus das 05:30, chegava no banco às 06:00, trabalhava até 12:00, punha a marmita para esquentar, meio dia eu almoçava até 12:15. Eu fazia seis horas de hora extra, saía às 18:15, corria uns três quarteirões, pedia um sanduíche de ovo que já tava pronto, frito. Entrava, pegava a minha prova e fechava a porta. Se fechasse, não podia entrar mais. Na época que tinha prova, eu ia para casa do fulano e a gente estudava. Chegava lá, chegava uma hora e a gente estudava até umas cinco e meia, seis, todo dia. E sábado e domingo o dia todo e tal. Foram seis anos que, que assim, não tinha sossego dez minutos durante os seis anos. Acordava e levantava pensando. Acordava e levantava, assim...” CD 7

Interessando-se pelos estudos

O interesse pelos estudos era algo motivador diante do esforço empreendido, principalmente daqueles alunos que trabalhavam e estudavam, como os que cursavam Odontologia no período noturno. O quê cada aluno acrescentava à Faculdade contribuía para a sua qualidade. O interesse em determinadas disciplinas, como a Cirurgia, refletia-se em atitudes, tais como acompanhar o trabalho de outro profissional, auxiliando-o até nas pequenas coisas, tais como levar seus objetos de trabalho, a exemplo da maleta odontológica. O interesse também se manifestava na realização de cursos, ainda na graduação. O Hospital era um ambiente que despertava a atenção, pois era o local em que o aluno interessado em cirurgia desejava trabalhar.

Os finais de semana e feriados eram dedicados ao estudo. Os que trabalhavam e estudavam tinham que se dedicar aos estudos, e os alunos do curso noturno percebiam haver entre eles maior interesse nos estudos, em comparação com os alunos do curso diurno, que muitas vezes não trabalhavam.

*“Nessa época quando eu entrei, quando eu comecei fazer Odontologia, gostava muito, e gosto de Odontologia, eu gostava muito da área de cirurgia e ortodontia... sempre gostei muito de ortodontia e cirurgia. E ortodontia ainda era mais difícil que cirurgia. Porque não tinha **nenhum** curso. Nem de atualização. E cirurgia você ainda conseguia fazer um estágio num hospital. Eu arrumei primeiro um curso de estagiário na Santa Casa. Eu comecei fazendo. O primeiro estágio que eu fiz foi na Santa Casa, com o professor MG. E esse eu comecei fazendo em 63, como aluno”. CD 1*

“... cada aluno faz a faculdade. Tanto faz ser USP, zona Leste, zona Norte. E eu era um cara que me interessava muito. Eu fazia cursos, eu queria ser buco-maxilo, ia atrás, carregava maleta do dentista. Eu levantava cedo, a gente ia em Hospital na Lapa, na Penha. Eu assisti curso de cirurgia, passava o dia. Então a gente ia se ambientando. Agora outros não queriam. Outros não estavam nem aí. Eu ia. Fazia curso... Eu aproveitei todos os cursos que teve, eu aproveitei quando, quando estava fazendo graduação”. CD 8

“... eles iam gostar mais de dar aula para nós que para o diurno. Porque nós demonstrávamos muito mais interesse que os alunos, porque eram novinhos... é só dar risada assim pra tudo... Colega cai... ele ri. Um escorrega... ele ri. Não escorrega ele ri. Você passa num lugar, eu passo e fico olhando, eles estão rindo e você não sabe do quê”. CD 7

Mostrando interesse

O esforço empreendido para se chegar na Faculdade não se limitou apenas à concretização do tão almejado sonho. Dentro dela, passou-se a realizar outros papéis além do que o estudo exigia. A possibilidade de ser representante de classe numa Faculdade pública do Estado de São Paulo era tida como valiosa.

O período também abrangeu a Reforma Universitária, com a indicação para atuar na relatoria. Outro papel desempenhado foi o de orador na época da Formatura. Isso tudo era motivo de orgulho para o aluno que se sacrificou e lutou para chegar onde desejava. Ou seja, o esforço, aliado ao interesse e à dedicação contribuíam para um bom desempenho do aluno na Faculdade, podendo exercer outros papéis que beneficiavam sua formação enquanto pessoa. Outro exemplo disso foi a participação em projetos externos à Faculdade, como o Projeto Rondon.

“... na minha trajetória na Faculdade, eu fui eleito o representante de classe. Era uma coisa extremamente valiosa dentro da Faculdade, depois que era o que discutia os assuntos da classe com os professores, que foi uma experiência muito grande, eu era muito quieto e passei a ser muito falante, porque eu precisava defender a classe. Depois eu fui vice-presidente da comissão de formatura até abrir a comissão de formatura. Depois eu fui... teve a Reforma Universitária e eu fui o Relator da Reforma Universitária e depois teve outro ano, acho que foi no quinto ano e eu organizei o álbum de formatura e depois no último ano eu fui eleito o orador da turma. Durante o período da faculdade eu fiz projeto, que eu me orgulho muito: Projeto Rondon no Piauí, no Maranhão e no Vale do Rio Doce em Minas e aqui em São Roque. Tudo isso no período de férias da Faculdade e férias no serviço”. CD 7

“... acho que eu fui a primeira turma depois de uma reforma curricular que era o curso de cinco anos e depois esse curso passou a ser de quatro anos e meio”. CD 5

“Então você vem vindo, você faz a Rondon num pedaço das tuas férias...”. CD 7

“No Projeto Rondon, você está sozinho. Você na escola, você olha, olha, mas você sempre está achando que você vai perguntar para o professor e qualquer dúvida ele tira. E lá não tem o professor, e você não pode ter dúvida e você não pode errar porque você não tem recursos... Um dia nós fomos testar, no fim do projeto, aquele poste lá, que tem uma bandeira e o avião parava, descia, e pegava a gente, e quando não tinha mais nada, fomos viajar, pusemos uma bandeira e não parou ninguém. Aí nesse dia, nós ficamos sabendo de fato que a gente não tinha ninguém mesmo, para socorrer a gente. Era um poste muito alto que se tivesse uma emergência, você subia uma bandeira. E quando o avião passava para ir num lugar ou outro levar as coisas, ele via a bandeira e descia ali e via a emergência. Nós nunca tivemos. Mas quando um dia nós resolvemos fazer um teste, aí nós colocamos a bandeira e não pareceu ninguém. Passou, mas não veio” CD 7

“A Enfermeira, a gente passa dar um valor extraordinário no trabalho da Enfermeira, que a gente convive junto ali. E a gente trabalhando, com o médico é assim: negócios que eles falam de tipo, coisa e tal, agora é conjunto de pessoas. Tem um nome: a equipe de trabalho. Multiprofissional. Nós éramos multiprofissional. Eu me lembro... eles pegam um pedaço de pau comprido e põe uma rede e amarra a rede e põe a pessoa na rede e põe o pau nas costas e leva a pessoa pra ser socorrida. Então, eles chegam assim... Eu me lembro que tinha um senhor que chegou, levou uma facada e abriu aqui o rosto assim, ficou caído. E aí, eu e o médico, um segura, o outro faz sutura e tal. Outra coisa que chamou extremamente a atenção foi uma criança que, ela virou uma vasilha de água fervendo nela e ela se queimou e o pessoal disse que pelo de gato era bom. Gato é sujo pra chuchu, aquela coisa toda. E puseram pelo de gato no moleque com a queimadura. Aquele suco grudou....” CD 7

EXIGINDO O ESTUDO PELO ALUNO

A exigência por parte dos professores quanto ao estudo era sentida pelos alunos. A luta pelos anseios, externada no primeiro fenômeno, estendia-se dentro da

Faculdade, também devido às exigências do professor. As matérias básicas eram bem exigidas pelos professores, tido como muito bons, tanto na pública como na Faculdade particular. O papel do professor, além de exigir estudo do aluno, também era percebido como aquele que se preocupava com o profissional que estava sendo formado, para que tivessem segurança em atuar na profissão.

Diagrama 4: **SENTINDO EXIGÊNCIA QUANTO AO ESTUDO**

Motivando-se pelo papel do professor

No movimento da experiência, a exigência sentida pelo estudo também veio acompanhada do sentimento de motivação que o professor passava aos alunos. Ter um ídolo na Faculdade representava uma influência muito grande no aluno, a ponto de o mesmo se interessar em seguir a disciplina deste professor. O respeito do professor pelo aluno também era algo motivador, uma vez que servia de exemplo para que o aluno também o respeitasse.

“Desde o início, tive um ótimo professor que foi Dr. RGB, um dos professores que mais se destacaram, na área de cirurgia odontológica. Ele era responsável pelo serviço de cirurgia do Hospital das Clínicas aqui de São Paulo, professor muito conceituado e muito capaz. Então, me despertou a partir daí o interesse pela cirurgia”. CD 2

“Na época existia um serviço de radiologia que era o mais tradicional de São Paulo de Odontologia que é o Serviço Radiológico Dentário Montanha Júnior, a quem eu devo a minha homenagem, ao Dr. A, que também me entusiasmou bastante, e aí surgiu a oportunidade, do professor, que foi o meu, vamos dizer o meu ídolo aqui na Faculdade, chamava-se JBF, que era o titular da disciplina de cirurgia.... Então, desde o começo, ele, ele sempre me empolgou muito e esse foi o primeiro contato na escola que eu obtive assim, vamos dizer, que eu coloquei no início do meu memorial, me direcionando para que eu tivesse esse, esse gosto mais pela cirurgia”. CD 3

“Nós tínhamos um professor que ele era o que dava... ele ia pra Chicago para dar um nome das novas doenças. Então surgiam doenças e, durante um certo tempo, ele era chamado, ele era baixinho, Prof. JB, e ele era Patologista. Nós tínhamos um apreço tão grande por ele, era assim, a gente Nossa Senhora... eles conseguiram um respeito na gente, pelo respeito que eles tinham pela gente. Tanto é que o Diretor da Escola, que era um sujeito grosseiro, nós simplesmente não, não, não conversávamos com o Diretor da Escola, que era de uma matéria que dava. Ele dava aula e nós não perguntávamos”. CD 7

Possuindo professores interessados

A maneira como os conhecimentos eram ministrados pelo professor externava o interesse que existia. As aulas teóricas e práticas e a avaliação da aprendizagem do aluno no final de cada aula contribuía para o aprendizado. Professores atualizados com o ensino, interessados na realização de seminários. Na Anatomia, por exemplo, o estudo das peças anatômicas em grupo contribuía para que

todos os alunos do grupo pudessem estudar o assunto. A disciplina era considerada difícil, porém os professores eram tidos como muito bons. A preocupação por parte dos professores e o interesse também estavam presentes no fato de alertarem ao aluno que qualquer procedimento a ser realizado era para ser considerado como perigoso, ou seja, isso mostrava o compromisso com o ensino.

“Então foi a experiência dentro do laboratório, de colegas que se sentiram mal, de pacientes que você diz que havia terminado o trabalho o paciente desmaiou, e paciente que enquanto você separava o instrumental ele desmaiou e você sozinho. De paciente que você pegou e virou ele de ponta a cabeça dentro do consultório para ele ficar bom. E de pacientes que vieram com problemas simples, e foram os mais difíceis e foram os que deram mais problemas. Então ficou assim: sempre que for muito simples, é muito simples: muito cuidado. Porque você pode complicar por achar simples. Ou ele pode ter complicado com o nome de simples. Pode complicar pela sua, vamos dizer é... a sua displicência, você relaxar. Porque nós fomos ensinados que tudo era muito, muito perigoso. Tinha que ter cuidado com tudo. Sempre que você fosse fazer uma pequena cirurgia, por mais simples que ela aparentasse você teria que ter o instrumental tudo para uma complicação; você sempre tinha que imaginar a possibilidade de uma complicação, porque se complicasse você não precisava correr atrás de instrumental e se não complicasse você tinha instrumental também”. CD 7

“A anatomia, o professor dava uma aula, pra você assistir aula, depois eles punham as peças em cima das mesas de mármore e você com um livro em espanhol. Um dos alunos ia lendo. Você tinha de cinco a seis alunos naquela mesa de mármore. Então um dos alunos ia lendo, e o outro aluno ia correndo o dedo mostrando aonde era e os outros ficavam acompanhando. De repente, mudava o que tava lendo e o que tava mostrando, então saía dois que só estavam olhando, passava pra lá, e os que estavam lendo ia acompanhando passava pra lá. Então, quando terminava a aula, todo mundo leu, todo mundo acompanhou e todo mundo prestou atenção ali. E as provas eram assim. Tinha uma seta nos lugares, com a pergunta, com uma seta e um sininho. Você olhava, pim, você mudava de lugar. Se você resolveu que é, tudo bem, se você não achou, tchau. Não dava para colar porque o cara que tava na frente tava fazendo uma coisa que você ainda não viu...” CD 7

Lutando para superar dificuldades

A luta para superar dificuldades dentro da Faculdade também estava relacionada à inexperiência somada com a postura de alguns professores. Naquela época, em que se vivenciava a Ditadura Militar, havia professores cuja patente era a de Capitão. Experimentar, enquanto aluno, a sensação de ter chamada a atenção e nem ao menos saber o motivo foi algo na formação que marcou.

“... na época dos militares, o cara era capitão... foi comigo que aconteceu. Um aluno tinha uma seringa montada. Naquela época, você tinha a agulha, tinha um negocinho que você rosqueava. Tinha agulha longa e curta. Hoje você tem a carpule que usou jogou fora. Lá você esterilizava, era uma loucura. Então você não podia ter uma agulha longa com um intermediário curto, era chamada intermediário a pecinha. Porque tecnicamente era muito perigoso. Então se a agulha fosse longa o intermediário tinha que ser longo. E o aluno que estava lá com tudo esterelizado, estava com a agulha longa e o intermediário curto. E eu peguei aquele começo de anestesia, você estava só querendo saber aonde você ia anestesiá-lo. E eu estava com a seringa na mão e o professor acabando comigo. E eu não sabia porque. Calou e eu não sabia porque, ele me falava tudo aquilo, mas não me falava porque. Ora se o instrumental era todo do aluno que estava lá, eu não tinha nada com isso. Mas ele achou que eu tinha que ter visto”. CD 7

A não passividade por parte dos colegas, ao perceberem que o professor exercia sua autoridade indevidamente, refletia a capacidade de reivindicação de direitos e a empatia pelo colega de turma.

“Quem está errado era quem montou aquilo. E aí quando clareou que era o negócio da agulha, os meus colegas não gostaram. Eu era muito querido pelos... por essa trajetória. E aí, nós pedimos para falar com a Direção da Cadeira de Anestesiologia e reclamamos. O cara era capitão, aquele negócio todo e reclamamos dele. E um camarada: se fizesse isso comigo, eu não respondo por mim. Aí o cara falou assim: o quê você faria? Aí ele falou: O quê eu acabei de falar. Eu, se, ele é... tonto... ele ficou quieto. Se falasse o que falou para mim, eu não sei o quê aconteceria. Aí um outro levantou: se falasse comigo também eu não sei o que ia acontecer”. CD 7

NECESSITANDO SE ESPECIALIZAR

O papel que a evolução da tecnologia trouxe para o profissional esteve, também, relacionado ao interesse de se aperfeiçoar nos estudos, representado pela Especialização.

“Porque você tinha que... em virtude dessa evolução, dessa tecnologia, que foi assim muito rápida, a necessidade de você se dedicar mais a uma especialidade”. CD 2

Diagrama 5: **NECESSITANDO SE ESPECIALIZAR**

Todo esse processo vivencial reflete a busca por parte dos cirurgiões-dentistas idosos na superação dos desafios que lhes foram impostos, ao longo da experiência. Tais

acontecimentos refletem seus anseios na situação: BUSCANDO SUPERAR
DESAFIOS.

FENÔMENO 1 – Buscando superar desafios

Influenciando o preparo para Medicina,
no perfil do aluno.

Buscando superar desafios

Trabalhando no Banco Motivando-se pelo papel do professor

Diagrama 6 – BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS

Ao buscar superar desafios, o movimento empreendido é de luta para se alcançar os anseios almejados. Não se vê nessa experiência a passividade e as desculpas diante das dificuldades. Observam-se profissionais lutando a favor do que realmente consideravam importante em suas vivências.

LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS

No movimento da experiência dos cirurgiões-dentistas, o interesse na busca pelo conhecimento esteve atrelado às dificuldades existentes na época.

As dificuldades em se aperfeiçoar não foram componentes decisivos para que os cirurgiões-dentistas permanecessem passivos diante da situação. Vários mecanismos de superação destas dificuldades, devido à inexistência de cursos de especialização na década de 1960, foram utilizados, tais como: a busca pela realização de cursos, inclusive de atualização, o interesse em frequentar congressos, semanas odontológicas promovidas por associações.

O interesse por determinadas áreas moveu os cirurgiões-dentistas na busca por superar dificuldades da época, quanto ao conhecimento que era desejado.

O gosto e o interesse pela cirurgia moviam o cirurgião-dentista a atuar em Hospitais, como forma de ter maior contato com a área de interesse. Adquiriam experiência ao ver os casos dos pacientes que eram atendidos no Hospital e até colaboravam em algumas tarefas, como por exemplo, suturar.

A dedicação pela área de interesse, como pela prótese, com a realização pelo próprio cirurgião-dentista da confecção da prótese no laboratório, contribuiu no aprendizado do profissional que não realizou a Especialização, ou seja, a vivência prática do cotidiano auxiliando na experiência do profissional. O interesse pela prótese também esteve vinculado à sensibilidade do profissional. A habilidade manual aliada ao senso estético, o lado artístico foram somatórios que contribuíram para o interesse em relação a essa disciplina. Desse conjunto de fatores, o caminho percorrido, em se tratando da academia, trilhou os passos da monitoria até atingir a docência.

O interesse por determinada disciplina, como a ortodontia, foi desencadeado devido à atuação em outra área, como a cirurgia. A preocupação em deixar a saúde bucal do paciente adequada antes da cirurgia ortognática despertou o interesse pela ortodontia, com a busca pela realização de cursos. Havia um grupo detentor do conhecimento na ortodontia, pois não existia curso de Especialização no Brasil, necessitando a ida do profissional para o exterior. Então, o cirurgião-dentista que se interessasse em fazer um curso de ortodontia no Brasil necessitava se aproximar do grupo considerado fechado e formado por profissionais famosos. Em outros casos, a necessidade de sustentar a família (esposa e filhos) foi um fator que dificultou a realização do curso pretendido, como a ortodontia.

Na busca pela superação de dificuldades, a relação interpessoal dos profissionais foi benéfica diante da ausência de curso de Especialização no intuito de poderem aprimorar seus conhecimentos.

A experiência de relação de parceria entre colegas da mesma profissão contribuiu para o conhecimento. Uma vez que um profissional já graduado

convidava outro recém-formado a trabalhar e acompanhar seu cotidiano era incentivo no crescimento e motivação do profissional recém-graduado. Outras vezes, a parceria se externava na diversidade de conhecimentos, um profissional conhecedor de determinada área, como a ortodontia, e outro que atuava na cirurgia. A ajuda que existia entre os colegas beneficiava a equipe como um todo.

SENTINDO DIFICULDADES PARA ESTAGIAR

Na década de 1960, a busca por realizar um estágio na profissão era acompanhada pela dificuldade que existia. Os grupos eram fechados, pelos poucos profissionais que detinham o conhecimento e atuavam em Hospitais. Portanto, para estagiar com esse grupo de profissionais era necessário insistir para que houvesse tal oportunidade. O interesse aliado à força de vontade movia o profissional na busca por superar as dificuldades quanto ao acesso ao conhecimento após a graduação. Nessa época, as dificuldades sentidas quanto à realização de estágio na área pretendida também estavam muito relacionadas ao fato de não existir especialização. O campo na cirurgia, por exemplo, era limitado e, devido a isso, o cirurgião-dentista era subordinado ao médico. Essa ausência de um maior conhecimento quanto ao campo de atuação desses profissionais era um fator limitante para a atuação do cirurgião-dentista.

Diagrama 7: **SENTINDO DIFICULDADES PARA ESTAGIAR**

Existindo grupos fechados

Devido à inexistência de curso de Especialização em Cirurgia, os profissionais interessados em aprofundar seus conhecimentos eram impelidos a buscar meios que tentassem superar os limites da época. O estágio era um desses meios. Porém, havia grande dificuldade para estagiar em Cirurgia, pois os grupos detentores de conhecimento eram fechados. Poucos possuíam conhecimento na área. Quem compunha e comandava esses grupos eram profissionais de renome que lutaram para adquirir respeito estudando no exterior. O conhecimento, então,

adquirido era uma forma de poder e que poucos conseguiam inserir nesses grupos devido à procura de outros alunos para fazer parte da equipe.

“A dificuldade que tinha é que a gente como não era médico, era cirurgião-dentista e gostava de cirurgia, então você tinha que ficar subordinado a eles, lá dentro, tinha que ser... O campo era limitado. Então sempre, em toda cirurgia, eu entrava como auxiliar. Tinha um cirurgião, aí eu entrava como auxiliar. Era só aquilo que era da minha área de conhecimento”. CD 1

“Era difícil porque... eram poucos cursos, os hospitais que tinham serviço de buco-maxilo, eram poucos profissionais que exerciam... que faziam buco-maxilo. E então para ele aprender, muitas vezes ele tinha que viajar para o exterior. Quem fazia buco-maxilo no meu tempo, era quem: professor... pode até anotar: GL foi meu professor, MG, FSL, G. Eram os mais conhecidos que faziam aqui, em São Paulo. Então, você vê, este pequeno grupo aí, geralmente era o detentor do poder nos hospitais. Então para você fazer um curso, tinha que ir atrás dele. E chegava lá, ele falava: eu já tenho dois, três aqui. Aí você não fazia. Aí se você quisesse aprender buco-maxilo ia para exterior”. CD 1

“A Odontologia eu achava mais fechado [que a Medicina], porque tinha menos. Era um grupo fechado. Só entrava... Mas mesmo assim não adiantava, você não tinha título. Se você fizesse, você não podia fazer fora, porque não tinha regulamento. Você podia fazer cirurgias pequenas, de boca, aí tudo bem. Mas fratura de mandíbula, você não ia, que um hospital não ia te dar pra você fazer. Porque você não tinha nome. Então quem ia te chamar. Quem ia chamar, ia chamar quem: MG, estes caras que dominavam tudo”. CD 1

A possibilidade de fazer parte como estagiário da equipe de cirurgia comandada por profissionais renomados foi bastante lucrativa. Não apenas pelo fato de experimentar o conhecimento, mas também, pela possibilidade de receber o convite do professor para fazer parte da disciplina de cirurgia.

O desenvolvimento de um trabalho de qualidade pelo cirurgião-dentista no Hospital, atuando como cirurgião buco-maxilo, resultou no respeito dos médicos da equipe.

Buscando superar a ausência de Especialização

A ausência de curso de Especialização contribuiu para que o profissional atuasse como clínico geral por um bom tempo, nas décadas de 1960 e 1970.

Diante da possibilidade de clinicar antes de se Especializar, os caminhos trilhados foram diversificados. Clinicou antes de optar por seguir a carreira acadêmica, ou o serviço público ou mesmo permanecer no consultório particular.

A fim de superar dificuldades após a graduação, o profissional muitas vezes possuía mais de um emprego, e em mais de uma cidade.

"Piracicaba e depois aqui, em São Paulo. Exerci atividade também dentro de empresas. Trabalhei durante 14 anos dentro da Usina Santa Helena, da cidade de Rio das Pedras, é usina de açúcar e álcool. Inclusive eu fui o responsável pela instalação do ambulatório, onde eu atuava na usina, coordenava. Ambulatório lá com 6 dentistas. Depois eu fui convidado também para dar aula em Araras, onde permaneci por quatro anos. No curso de cirurgia na graduação e na especialização". CD 2

A prática na Odontologia foi considerada boa. Quando o profissional residia num bairro em que os moradores o conheciam, isso contribuía para ter e aumentar a clientela.

“Comecei a trabalhar em consultório no Bom Retiro. Era consultório bem modesto, mas tinha muito cliente, porque o Bom Retiro é um bairro operário. E me dei muito bem”. CD 4

“Ah, pra mim foi ótimo. Porque eu nasci no Bom retiro, era bem conhecido e cliente não faltava mesmo. Tinha bastante cliente. E foi ótimo, foi muito bom. E eu também era amigo de todos os meus clientes, não era explorador. E era um cara que tinha consciência. Foi muito bom... Para não cobrar muito caro também, pra não exagerar. Cobrava o preço justo para... ajudar um pouco o cliente também. Um ajuda o outro.” CD 4

Outro caminho trilhado foi o da docência. O profissional que optava por esse caminho percorreu o Mestrado, Doutorado, capacitando-se para exercer a atividade docente.

Outras vezes, mesmo não seguindo esse caminho, era convidado por alguma Universidade a atuar como docente.

“Eu me formei, em 1973, em agosto de 73. E em dezembro de 73 eu fui contratada aqui nessa escola. Eu comecei a fazer um pouco de clínica, de consultório, certo, mas depois de dois anos de formada, eu já ingressei no Mestrado. Depois já fiz o Doutorado, logo em seguida. Fui da primeira, da segunda turma de Mestrado daqui da escola. Que quem criou o Mestrado aqui foi o meu orientador, que era o Prof. TT, que trouxe o Mestrado aqui que até então nós não tínhamos o Mestrado. Eu fui da segunda turma do Mestrado que foi depois daquela Reforma que precisava para você ser Doutor, precisava fazer um curso, que até então os professores já faziam o Doutorado sem fazer o curso de Mestrado e Doutorado. Era direto. Fazia uma Tese e já pegava o título de Doutor. Também veio outra Reforma... agora a partir de tal data quem não tiver o título de Doutor vai ter que fazer um Mestrado, um Doutorado. Eu fiz o Mestrado e Doutorado com diversos professores que não conseguiram fazer a tese no prazo que essa portaria determinava”. CD 5

O serviço público também foi trilhado, muitas vezes, atuando em Hospitais, fazendo cirurgias, extraindo bastantes dentes.

“Quando eu me formei, eu trabalhei num Hospital no Taboão da Serra. E de vez em quando, eu só fazia extração. O que eu aprendi. Eu atendia pelo SUS. Nossa. Eu tirava trinta a quarenta dentes por dia, por dia. Eu chegava lá sete e meia da manhã e saía de lá cinco horas da tarde. E os caras ganhavam por dente extraído do SUS. E aprendia. Era eu e outro dentista que já tinha experiência também”. CD 8

Esse fato contribuiu para que o cirurgião-dentista considerasse fundamental clinicar antes de se especializar. A experiência que se adquire clinicando é levada em consideração antes de se optar por qual especialidade realizar.

“Eu comecei fazendo a clínica geral porque achava importante a gente ter uma, uma, atividade englobando todas as disciplinas de cirurgia e é no dia-a-dia que a gente vai estudando e vai aprendendo e vai tendo uma formação. Porque todos os dias a gente está aprendendo. Cada caso é um caso... Como eu falei pra você, inicialmente eu fazia todas as especialidades, de uma forma assim de clínica geral”. CD 2

Considera-se que o recém formado ainda não sabe ao certo qual especialização fazer, por isso é importante clinicar por um período antes.

Sentindo as dificuldades do início

No início da carreira do recém-formado as dificuldades em termos econômicos foram sentidas. A experiência de permanecer por período integral, mas não ter retorno econômico foi, por vezes, vivenciada. Optava-se por um emprego no qual pudesse ter um salário fixo, por isso o serviço público muitas vezes atraía. Dificuldades financeiras sentidas dificultaram e, até mesmo, impediram a realização de cursos após a graduação. O dinheiro recebido no serviço particular e público era economizado. Os cursos eram pagos e caros. Outras dificuldades sentidas foram devido à concorrência. Experimentar construir uma carreira com o colega de Faculdade e após o falecimento do mesmo ser despejado do consultório pelo irmão do colega, quando já possuía uma clientela, gerou muitas dificuldades. Havia um sentimento de inveja que foi percebido nessa vivência.

“Ah, sempre pra baixo [a trajetória após a graduação]. Eu ainda era funcionário do banco... eu tirei uma licença que eu tinha direito que era noventa dias. Fui formando consultório, fui formando, fiz uma excelente clientela. E comecei a ganhar bem... Mas eu sempre fui muito vítima e eu tenho muito medo de inveja, revólver e cobra. Cobra, revólver e inveja estão no mesmo plano pra mim. Eu vejo uma cobra, eu vejo um revólver e vejo um olhar é... são as três coisas que eu tenho muito medo. Tenho muito medo mesmo... Eu quero só dizer que eu tava indo muito bem. Depois eu fui informado que o médico fez tudo até eu sair do consultório que tinha sido do irmão dele”. CD 7

Sentindo o papel do Conselho

Na busca pela superação de dificuldades pelos cirurgiões-dentistas após a graduação, com a ausência de cursos de Especialização, almejados como forma de se aperfeiçoar nos conhecimentos, o Conselho de Odontologia assumiu um importante papel na profissão, com seu surgimento, em 1964. Havia o sentimento de desamparo quanto ao fato de não existir algum representante que pudesse avaliar a profissão. Na busca por superar dificuldades, percebeu-se que o Conselho contribuiu para a profissão, com o surgimento de curso de Especialização. Consequentemente, cirurgiões-dentistas procuraram se atualizar mais.

*“Naquela época, como não tinha muitos recursos, a gente sentia como se fosse... **amarrado** dentro da Odontologia. Você não podia desenvolver muito. Por exemplo, na área de cirurgia, porque a Odontologia era uma profissão que... quando eu estudava, que ela não tinha nem Conselho Regional de Odontologia. Ela não tinha um conselho, um... tribunal ético que pudesse avaliar a Odontologia. Então ficava uma profissão quase que **acéfala**. O dentista não tinha, não tinha Conselho Regional, não tinha representante de classe”. CD 1*

*“Então, depois por volta de 64, é que surgiu o Conselho Regional de Odontologia. Todo o profissional foi obrigado a se registrar no Conselho. A Odontologia passou a crescer mais. Vieram os cursos de Especialização. Que foi uma reivindicação dos Conselhos. Teve bastante curso e o dentista procurou se atualizar mais, foi melhor. Naquele tempo era muito difícil. A gente ficava sem poder se desenvolver dentro da profissão. A **cirurgia** era um problema. Como é que você ia fazer cirurgia? Que era aquilo que eu gostava. Tinha que ficar em hospital. É... implorando um ao outro pra poder fazer um estagiosinho. Porque não tinha um Conselho Regional de Odontologia, não tinha um curso de Especialização. Então depois com o surgimento dos cursos de Especialização no Brasil, que foi por volta de 76, se não me engano, aí foi que ela começou a desenvolver mais. Que foi muito bom pra gente”. CD 1*

Experiências de descontentamento frente a algumas situações vivenciadas também estiveram presentes na interação profissional-representante de classe, simbolizado pelo Conselho. A atenção que o profissional da década de 1960 almejava foi abalada na experiência de se inscrever no Conselho como um dos primeiros e receber a carteira do órgão de classe, o que não ocorreu. Este fato marcou, gerando descontentamento por parte do profissional. Foi vivenciado o desgosto, de forma geral, em relação ao órgão representante da classe odontológica, algumas vezes relacionado o seu papel com apenas a realização de festas. Outras vezes, com o pouco interesse do órgão quanto a uma denúncia quanto à propaganda de tratamento dentária e o valor por tal tratamento.

“O nosso Conselho Regional que só serve pra fazer coquetel, o CFO que só serve pra mostrar fotografia de reunião, o Sindicato só para cobrar mensalidade, tem mais um outro, a Associação”. CD 7

“Uma vez eu fui lá no CRO, que eles deram um papel para eu assinar, que era uma porção de coisas, que não tinha cabimento. Eu falei: oh, eu não assino isso aí não. Não, eu não sou nada disso aí, não. Isso é uma falta de respeito. Aonde já se viu. Vocês estão falando pra eu assinar que eu sou uma coisa. Vocês não têm respeito por mim? Não senhor, era um negócio para pagar”. CD 7

“Quê isso? Eu falei: as Lojas Pernambucanas têm mais consideração comigo que vocês. Eles me falam de uma forma diferente do que vocês estão me tratando. Uma vez eu peguei uma propaganda, extração por dois cruzeiros, uma série de coisas, eu levei pro CRO, não isso precisa, você vai lá e faz o flagrante. Não, não faço flagrante. Está aqui. Os caras jogaram de avião, eu subo lá no avião e pego e passo pra frente. Não, vocês têm o endereço, a propaganda, tem tudo, vai lá, tem material. Agora se fosse para pegar um dentista, vocês arrumavam tempo”. CD 7

*“... isso já vem de longos anos, não é de hoje. Tem muita panelinha. Nos próprios sindicatos, associações... é muita panelinha mesmo. Desculpa falar assim, mas é verdade. Tem... você vai no Sindicato é aquela turminha, não te deixa entrar. Você vai no Conselho é aquela turminha que são só eles. Na Associação dos dentistas também, sempre o mesmo grupinho. E não muda. Então é... os próprios dentistas não se unem. Eles têm que tirar o deles e pronto. E não dá muito tempo também de fazer amizade, com os outros, conversar muito, porque você tem que ficar o dia inteiro **trancado** aqui dentro, esperando seus clientes e não pode sair...” CD 4*

“Agora o Conselho nunca, não teve influência nenhuma para mim. Até hoje, eu nem gosto do Conselho, falar português claro. Porque quando formaram o Conselho, eu recebi um convite assim que os primeiros inscritos iam receber a carteirinha numa sessão solene. Então eu me lembro que eu fui o, um dos primeiros assim... fui o número 87 da inscrição tal, porque eu queria receber, também, pelo menos eu ia ver meus colegas. Mas aí não. Aí convidaram só os professores, a panelinha mesmo. Então me deram o número X. Então recebi a carteirinha no Conselho assim sem solenidade nenhuma, pronto. Mas está tudo bem, porque não teve influência na minha vida, não”. CD 4

BUSCANDO A ESPECIALIZAÇÃO

A busca por se especializar esteve aliada ao interesse, às experiências antes vivenciadas em outras áreas, como na Medicina, acompanhando o trabalho de familiares, às exigências impostas pelo trabalho exercido. Isto simboliza fatores motivadores que desencadearam a realização do curso de Especialização após o seu surgimento. Na cirurgia, por exemplo, a especialização contribuiu para o melhor exercício da profissão trazendo certa facilidade que antes não era observada por ser uma área na qual o conhecimento era mantido nas mãos de grupos fechados.

De acordo com o cargo exercido, havia a exigência pela Especialização. Na década de 1980, o profissional que estava ligado a um cargo de Saúde Pública

viu-se impelido a se especializar devido à própria exigência da Prefeitura do Estado de São Paulo. Isso em virtude da Reforma Sanitária em que o Brasil vivenciava.

Na busca por se especializar e concretizar o tão almejado sonho, as decepções tiveram que ser superadas e os objetivos colocados à frente das dificuldades. Deparar-se com o erro da própria Instituição na qual fez o curso, o fato de o mesmo não ser reconhecido desencadeou o atraso na atuação profissional em hospitais. Porém, isso não impediu de realizar outro curso que fosse reconhecido.

As dificuldades de ordem econômica estiveram presentes na experiência de se especializar. A paciência na espera de melhor condição econômica para se realizar o curso pretendido moveu a experiência até que fosse possível realizar a especialização. Outras vezes, isso não foi possível.

Diagrama 8: BUSCANDO A ESPECIALIZAÇÃO

Desenvolvendo-se na profissão

Após a realização do curso de Especialização, o interesse em se aprofundar mais nos conhecimentos permaneceu. Era uma necessidade sentida a de se desenvolver e estudar mais após a Especialização. Um dos caminhos percorridos

foi o de estagiar na própria Instituição na qual, posteriormente, realizou os cursos de Mestrado e Doutorado. Logo após, mediante realização de concurso, vivenciou a experiência de ser contratado pelo Departamento como docente. O interesse pela docência moveu profissionais mesmo sabendo das dificuldades a serem enfrentadas: política e baixos salários. A experiência após a Reforma Curricular trouxe a necessidade de realizar o curso de Mestrado e depois o Doutorado, na década de 1970. Anteriormente à Reforma, os professores podiam realizar o curso de Doutorado direto.

“Depois que eu terminei o curso de Especialização, como eu estava vinculado ao hospital, eu achei interessante fazer um curso de Mestrado... Eu me candidatei a... procurei frequentar o Departamento de Traumatologia da USP, como estagiário, fiquei bastante tempo. Quando houve a oportunidade, então eu fiz o Mestrado, fiz Doutorado e fiz um concurso para professor lá. Aí fiquei como professor de cirurgia na USP”. CD 1

“... é muito difícil a carreira universitária, por várias razões que tem. Política... têm vários. E um dos problemas é que o salário, não preciso falar que é uma maravilha até hoje, não estou reclamando porque eu fiz essa opção. E aí, no final de 1975, eu parei de trabalhar com atividade clínica nos consultórios que eu trabalhava, tive um consultório de radiologia, em julho de 1975, quando foi outubro de 1975, saiu a minha nomeação em IDP. Isso aconteceu em 1975 e de 1975 até hoje eu é... vamos dizer tive uma atividade na faculdade, na disciplina de cirurgia, fazendo demonstrações...” CD 3

“Eu fui da segunda turma do Mestrado, que foi depois daquela Reforma que precisava para você ser Doutor, precisava fazer um curso, que até então os professores já faziam o Doutorado sem fazer o curso de Mestrado e Doutorado. Era direto. Fazia uma Tese e já pegava o título de Doutor. Também veio uma outra Reforma que falou: oh, agora a partir de tal data quem não tiver o título de Doutor vai ter que fazer um Mestrado, um Doutorado. Eu

fiz o Mestrado e Doutorado com diversos professores que não conseguiram fazer a Tese no prazo que essa portaria determinava". CD 5

Superando dificuldades de mercado

A experiência dos que optaram por trabalhar ou exercer a profissão no serviço particular também envolveu superações. Uma delas foi superar dificuldades de mercado. Já na década de 1970, a manutenção de um consultório dentário era considerada difícil. Porém, não havia obrigações trabalhistas para com os funcionários dos consultórios.

"E foi uma experiência boa, eu gostava do consultório. Só que o consultório exige dedicação. Quando a gente não tem uma dedicação bem voltada para o consultório, o consultório fica meio perdidão, na carreira de gente. Acho que consultório, o dentista precisa estar lá. O dia inteiro, como professor, precisa ficar aqui o dia inteiro. Esse negócio de ficar aqui, ficar lá, ficar aqui, ficar lá, eu acho que às vezes compromete um pouco". CD 5

"Não, não era não também [fácil manter consultório particular, naquela época]. Eu acho que não era, porque envolvia um imóvel, envolvia uma manutenção, envolvia uma secretária. É que as coisas ficaram mais complexas no passar desses anos, em todos os sentidos. Em todos. Em se manter um funcionário. Funcionário hoje registrado, ele tem um custo, uma obrigação de se manter uma série de direitos que ele tem. Direito ao vale transporte, vale comida, vale não sei das quantas". CD 5

"E já naquele tempo não tinha muito ainda esse tipo de coisas. Se tinha, às vezes a pessoa nem exigia, não sei se existia. Hoje em dia não. Hoje em dia se você não arcar com tudo isso, você não consegue contratar ninguém. Não é verdade. A CLT aí nem, com todas essas obrigações, e que às vezes até tem pessoas que preferem não ter o funcionário devido a todos esses transtornos e encargos que ele trás junto com ele. Eu acredito que ficou mais difícil hoje. Porque de primeiro também nem registrado era, porque às vezes

trabalhava meio período. Eu não sei até que ponto punha em carteira o pessoal, eu acho que era muito mais emprego que como é que fala, que não registra, informal. Que na maior parte eram mulheres, que não tinham qualificação, e que ajudavam um pouquinho na renda da família com aquele trabalho". CD 5

Em relação ao mercado odontológico, a rentabilidade econômica de um profissional era satisfatória. Atribuía-se a isso o fato de existir poucos cirurgiões-dentistas, na década de 1960. Os profissionais eram de qualidade o que contribuía para o bom conceito da Odontologia.

A profissão se voltou bastante para a clínica e para o tratamento, e a prevenção não era, de certa forma, preocupação por parte dos profissionais. Os alunos se entusiasmavam muito com os professores, no sentido de visualizarem boa rentabilidade futura. Para superar as dificuldades vivenciadas após a graduação, como poucos pacientes do consultório particular, trabalhar por convênio era uma opção que, naquela época, conseguia gerar lucro.

"A Odontologia era uma profissão que estava bem conceituada, profissionalmente falando. Dentista ganhava muito dinheiro. Então era um curso muito voltado para clínica. Para tratamento, para ganhar dinheiro, para tratar a boca que necessitava de tratamento. Não tinha essa visão que hoje eu vejo, que a gente se preocupa muito mais com a prevenção, e não, e não, é, deixar a doença se instalar. Existe uma preocupação. No meu tempo não tinha muito isso daí. A gente não se preocupava socialmente falando com a população. A gente se preocupava em se tornar um bom clínico, para ganhar dinheiro com quem tinha dinheiro para pagar. Quem não tinha dinheiro a gente não... eu acho que a gente não era despertado muito nesse sentido, não". CD 5

"Eu acho que era porque existia um número menor de profissionais no mercado, poucos e os que tinham sucesso eram os bons. Eram poucos e bons. Hoje têm muitos e porcaria. E

as pessoas, a sociedade, sabe disso, ela sabe. Então eu acho que o dentista ganhava bem, ganhava dinheiro naquela época porque não eram muitos. A concorrência não era muito forte. E quem ganhava dinheiro eram os que estavam atrelados às instituições de ensino. Que ganhavam mais dinheiro. Os dentistas ricos mesmo eram os professores. Então eu acho que o que era conceituado no sentido, que agora você faz até a gente pensar um pouco: o que será que era conceituado? Ser professor ou ser dentista? Eu acho que era muito mais ser professor do que dentista. Acho que dentista mesmo nunca foi muito”. CD 5

“Então, logo, logo, logo que eu me formei. Não... em 81 eu já tava clinicando. Olha, eu ganhei dinheiro também, oh... trabalhando como... Eu trabalhava nesse consultório do amigo meu, que era mais para ficar lá, sei lá eu, quem aparecesse, mas eu durante o dia... lá eu trabalhava mais à tarde, à noitinha. Mas durante o dia eu trabalhei, naquela época convênio dava muito, uma tal de Semel, na Lapa. Você já ouviu falar? Era ali na 12 de outubro. Hoje se eu trabalhasse isso, olha só, vou te contar, se eu trabalhasse isso, não conseguiria. Eu trabalhei lá seis meses, entrei lá em 80 para 81, trabalhei seis meses, inauguramos o consultório de convênio dessa tal de Semel, atendimento médico, odontológico. Em seis meses eu comprei um fusca 88, à vista. Hoje eu faço isso? Dois anos de formado, comprar um carro zero? Praticamente zero, à vista? Não compro. E eu atribuo que aquela fase era mais fácil ganhar dinheiro, a gente ganhava, convênio, dentista era bem pago”. CD 8

SENTINDO MUDANÇAS

Nesta busca por superar dificuldades após a graduação, os cirurgiões-dentistas idosos percebem a qualidade das Instituições de Ensino, o estudo, o mercado odontológico num patamar superior em comparação com os da atualidade.

Diagrama 9: SENTINDO MUDANÇAS

Sentindo deficiências

Os cursos de Odontologia da década de 1970 foram considerados de melhor qualidade dos que os do momento presente. Os alunos, naquela época, possuíam um preparo superior quando entravam na Faculdade.

“A grande maioria eram alunos que tinham tentado duas a três vezes a Medicina, não conseguiam entrar na Medicina, aí eles faziam a Odontologia que era mais próximo de Medicina. Então o pessoal que estava lá era um pessoal forte. Porque eles ficavam duas, três vezes tentando fazer Medicina, não conseguiam, então eles iam cair lá na Odontologia era gente que estudava muito, principalmente as básicas. As básicas no meu tempo eram muito mais fortes que agora. E eu atribuo que o nosso profissional decaiu muito porque relaxaram nas básicas. Eles acham que o dentista não precisa ter microbiologia. Aí eles começaram a fazer só a microbiologia da boca, só anatomia específica da área. Então é um contra senso”. CD 5

A parte clínica da atualidade é considerada deficiente, tanto quantitativamente como qualitativamente. O ensino também é considerado deficiente, o que reflete diretamente na formação do aluno, contribuindo para o sentimento de insegurança dos egressos. Isso também reflete na procura por parte dos alunos pelos cursos de Aperfeiçoamento e Especialização, o que diferia dos motivos dessa procura em momentos passados.

“E é uma coisa que hoje mesmo estando como professor, eu sinto a deficiência e a... o que vem acontecendo com os alunos, quando se formam, muito inseguros. Tanto assim, que a

procura dos cursos de atualização, cursos de aperfeiçoamento, está tendo uma procura muito grande. Por quê? O próprio aluno sai da faculdade sem muita base. E na época nós tínhamos uma formação mais objetiva, mais prática, e a gente saía com mais segurança... Era a carga horária que a gente tinha [mais objetivo]. A atividade clínica era mais intensa. O acompanhamento do número de professores dentro da clínica. Então a gente vê a necessidade do aluno ser assistido". CD 2

Propõem que os alunos da atualidade tenham uma parte clínica maior, sugerindo uma Residência Odontológica.

"Eu acho que o embasamento técnico, principalmente o científico que foi dado, foi bom, e possibilitou depois que as pessoas pudessem, posteriormente, estar complementando o que a faculdade não deu. Mas até hoje, eu ainda acho que falta clínica. O aluno ainda não sai muito... isso pelo que eu vejo, às vezes é... só fazendo um parêntese, eu vou situar um pouco no presente, agora nem tanto, mas como eu estou aqui na Prefeitura de São Paulo, de vez em quando vinha algum um usuário pedindo um tratamento e não sei o quê e se queixando do tratamento que ele recebeu nas clínicas universitárias, incluindo a de Odonto. É... claro que a gente sabe que essas queixas nem sempre são precedentes, mas de qualquer forma a gente sabe também que... tem um usuário que ele é do Conselho Municipal de Saúde, volta e meia, ele tem implante, ele vem reclamar de que foi lá na clínica de Odonto que acabaram com os dentes dele". CD 6

"Bom, mas de qualquer forma eu acho que a Odontologia tinha que achar um meio de ter também muito mais clínica, é, seja por meio de residência, como tem na área de Medicina, é uma residência odontológica para ter, já com alunos já... já formado, incentivar mais, é, eu acho que a parte prática precisa assim ser mais dada na Faculdade. E não descuidar, que eu acho que o pessoal descuidou do embasamento teórico". CD 6

As matérias básicas nas décadas de 1960 e 1970 eram consideradas de boa qualidade, o que repercutia na formação profissional. Observa-se, na atualidade,

o desejo de se retirar a carga horária das matérias básicas, a fim de aumentar o tempo da parte clínica e de assuntos relacionados à prevenção. Este fato não tem sido bem visto pelo fato de se atribuir maior importância às matérias básicas. O bom embasamento do aluno mediante o oferecimento das matérias básicas contribui no aprendizado de outros assuntos relacionados à profissão. A diminuição da carga horária das matérias básicas influencia na qualidade do aprendizado dos alunos egressos dos dias atuais.

Repassando a herança

A herança, ou seja, o aprendizado técnico-científico vivenciado pelo professor de Odontologia durante a sua graduação é, muitas vezes, repassado aos seus alunos na atualidade. Naquele tempo, foi vivenciada a experiência quanto ao aprendizado calcado em valores como: o respeito aos mais velhos, à hierarquia, ao ensino, à escola, ética, estudar e trabalhar honestamente para poder ser reconhecido. Estes valores uma vez absorvidos são repassados aos alunos da atualidade.

“Algumas coisas a gente trás muito de experiência dele. Uma delas é você formar a pessoa fazendo ela seguir, subir degrau por degrau. Não deixar a pessoa pular as etapas. Fazer o passo a passo, o passo a passo da carreira, o passo a passo da técnica, o respeito ao mais velho, o respeito à hierarquia, à ética com o ensino, a ética com a escola. Isso ele deixou muito bem formado entre a gente. Essa parte da ética. Do caráter de ser, de fazer as coisas sempre certas. Do trabalho, de trabalhar, de se fazer é, como se diz, de você se tornar uma pessoa reconhecida pelos outros através do seu trabalho, através da sua postura, do seu caráter. E não por conversa para cá, conversa para lá, faz conchavo aqui. Ele não gostava

dessa política. Ele formava a gente assim muito na, com caráter mesmo de honestidade, de trabalho. Não era de fazer que trabalha e não trabalha. Fazer que sabe e não sabe". CD 5

"Então isso ele deixou muito forte entre a gente, que a gente também aqui faz os nossos meninos ter esse respeito, ter o respeito pela escola, pela instituição, pelo nome da escola, através do trabalho, da honestidade, de fazer as coisas mesmo nesse sentido. Então isso ele deixou bem forte na nossa disciplina. Tanto é que a disciplina de Prótese Total é uma disciplina coesa, a gente trabalha. Um trabalha para ajudar o outro mesmo. Não tem aqui entre a gente, os da total, não to falando de fixa e removível que é completamente diferente da nossa formação, o pessoal da total tem uma formação completamente diferente da do pessoal que é a formação lá pelo outro catedrático e pelo outro fixa e removível. E a gente da total, a gente trabalha para ser um só. Todo mundo fala a mesma língua lá, a gente leva a teoria, numa padronização em todos os sentidos". CD 5

Procura-se ensinar ao aluno da atualidade uma técnica bem feita para que ele possa aprender e colocar em prática. Não se objetiva que o aluno aprenda várias técnicas ao mesmo tempo, e sim, uma, porém que possua qualidade.

"Você tem que ensinar. Ele [o aluno] tem que aprender pelo menos a fazer uma coisa bem feita. E quando ele aprende essa uma coisa, ele não pode aprender várias. Ele tem que aprender uma. Ele não sabe nenhuma. Não adianta falar, ah faz assim. Fulano de tal faz assim. Mas fulano faz assim, não. Fulano de tal faz assim, e você vai fazer como fulano de tal, até acertar fazer como fulano de tal. Quando você aprender o fulano de tal, você pode ver os outros, porque aí tem como comparar. Se você não sabe fazer nenhum, você não tem parâmetro. Então isso eu ensino, por isso você ensina fazer o plano assim. Ah, mas tem gente que não faz. Tudo bem, tem gente que não faz. Isso nós vamos conversar mais adiante. Mas primeiro você vai me mostrar que você sabe fazer assim. Depois nós vamos ver o outro como ele faz, porque aí se você não acertar o jeito que ele faz, você tem como voltar e você sabe pelo menos fazer um jeito certo. Porque se ele não sabe nem isso, ele vai lá não acerta e como que ele volta". CD 5

EXPERIMENTANDO A ODONTOLOGIA ATUAL

A tecnologia é considerada um benefício para a Odontologia nos dias atuais. Porém, seu avanço é considerado lento, pelo fato de que o cirurgião-dentista não gera tanto lucro para as indústrias quanto os profissionais médicos.

Diagrama 10: **EXPERIMENTANDO A ODONTOLOGIA ATUAL**

Sentindo o lado negativo da tecnologia

Apesar do benefício trazido para a profissão odontológica com a tecnologia, os tratamentos dentários são considerados de elevado custo, o que para a população brasileira é economicamente desfavorável, devido às elevadas taxas de desemprego prevalentes no país. Assim, nem sempre existe o atendimento odontológico na quantidade que a população brasileira necessita, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

“Negativo é que tudo tem um custo muito alto e o brasileiro, a nossa população é muito carente. É muito desemprego. As pessoas carentes têm dificuldade, inclusive a ter acesso a esses tratamentos. E quanto mais distante o local, nem sempre ainda você tem esse amparo para os tratamentos odontológicos. Aí você vai, aí você vai subindo aí pelo Brasil, quanto mais longe a carência é maior”. CD 2

Experimentando iatrogenias na profissão

O fato de a tecnologia daquela época não atender às reais necessidades, tanto dos profissionais quanto da população, gerou desconfortos a ambos. De um lado, o profissional experimentou o surgimento da prática da Implantodontia, e de outro os pacientes foram submetidos a essas práticas, muitas vezes, mutiladoras. Isso repercutiu nos profissionais gerando a rejeição por essa especialidade odontológica, devido aos efeitos adversos percebidos pelo profissional.

“Estava começando a minha época implante. Vi o que era implante, não gostei. Naquela época. Não era aquilo, não era esperado. Eu vi muita mutilação no implante. Teve pessoas que depois nem puderam usar dentadura”. CD 8

“Chegou um senhor para tirar os dentes, fizeram o planejamento de tirar os dentes anteriores, estava tudo abalado, tudo bem fazer implante. Aí passou para outra dentista. A outra dentista tirou os dentes de trás, os molares. Mutilou o cara, porque os da frente já estavam bambos, porque tinha que tirar. Os bons lá atrás tirou, então ele ficou banguela. Aí depois não comentou o caso. O cara falou que ia entrar com um processo contra eles. Eles têm que reparar o erro agora. Agora o outro caso é pior: fizeram uma dentadura, implante numa veia lá, eu vou falar assim bem em termos esculachados, na hora que escutar falar: esse cara é dentista. Veia, é veia, uma senhora. Fizeram o planejamento. A senhora lá na cirurgia, bom, vamos por implante na velha, já fizeram implante, agora só falta por a dentadura. Fizeram implante nela na inferior. Levaram uma dentadura superior. Como é que vai caber na boca da senhora? Sabe o que fizeram? O protético estava ali do lado, tudo bem. Levou imediatamente para o laboratório, cortaram o palato, ta? Deram uma guaribada, tiraram o, o, oco, aí meteram resina de rápido na veia, a veia pulou que nem cabrito. Sabe que dói. Pô! Uma senhora. O cara meteu uma resina de rápida, e aperta, você já sentiu o cheiro? A quentura? O calor? Quase mataram a veia. Então, isso aí é mau planejamento”. CD 8

Sentindo mudança no estudo

Atualmente há maior facilidade na realização de cursos de Odontologia.

Há uma maior quantidade de cursos e algumas Instituições trazem profissionais do exterior a fim de realizarem conferências, palestras com alunos do Brasil.

“Hoje nós temos toda a tecnologia avançada. É... Para o profissional se atualizar também, hoje é mais fácil. Existe curso. No meu tempo não tinha curso de especialização. Eu sempre

gostei de cirurgia e eu tinha que ficar... Fazia curso de cirurgia assim nos hospitais. Mas não era um curso... Então, foi realmente difícil no começo". CD 1

Experimentando a mudança nos anseios

O aluno da atualidade, logo após se formar em Odontologia, realiza um curso de Especialização, até mesmo no intuito de obter um retorno econômico mais rápido. Essa rápida busca pela Especialização trás alguns aspectos negativos para o profissional: perde o contato com outras disciplinas, o que interfere em seu conhecimento geral acerca da Odontologia.

"Agora nós temos casos de alunos que acaba a graduação já faz uma especialização e no fim, ele só se dedica a essa especialização e que ele acaba se esquecendo do restante, das outras disciplinas do curso". CD 2

"É o objetivo de fazer mais uma especialidade. E procurando com isso até um retorno econômico, mais rápido". CD 2

"... se você já de imediato, você teve aquela formação da graduação e daí você vai direto e fica só numa especialização, praticamente você esquece, você perde o contato com as outras disciplinas. Então o quê que acaba acontecendo: vamos analisar o caso: o aluno fez a graduação, ele terminou, ele foi fazer uma especialização de ortodontia. E, faz toda a experiência dele dentro da ortodontia. Quando ele recebe um paciente onde é necessária uma avaliação da Odontologia geral, ele está sem base, está sem conhecimento". CD 2

Questionando o especialista

Reafirma-se, nos dias atuais, a necessidade do profissional ser generalista, devido ao fato de o aluno egresso já buscar se especializar, antes mesmo de realizar, por certo período, a clínica geral. Esse fato é considerado como fator importante na formação dos profissionais de hoje, pelo fato de limitar os seus conhecimentos a apenas uma atividade, interferindo em sua atuação, quando há a necessidade de possuir um conhecimento mais amplo para atender com melhor qualidade o paciente.

“Inicialmente nos primeiros anos de atividade eu fazia clínica geral, fazia toda a parte de dentística, prótese, endodontia, cirurgia... Depois praticamente 10 anos de formado é que eu praticamente fui me direcionando para a cirurgia. Hoje eu atuo só na área de cirurgia”.

CD 2

“Eu comecei fazendo a clínica geral porque achava importante a gente ter uma, uma, atividade englobando todas as disciplinas de cirurgia e é no dia-a-dia que a gente vai estudando e vai aprendendo e vai tendo uma formação. Porque todos os dias a gente está aprendendo. Cada caso é um caso. Então a gente está sempre procurando se atualizar e ter este contato com a escola. A gente nunca deve perder este contato com a escola. A escola é para vida toda”. CD 2

Questionando o salário

A questão salarial é hoje percebida como insatisfatória na profissão odontológica. Uma das questões citadas refere-se aos convênios. Outra questão diz respeito à grande quantidade de cursos de Odontologia, atualmente, contribuindo

para uma enorme formação de profissionais no mercado, gerando, por conseguinte, saturação.

*“Mas acontece que hoje em dia a gente tem muito... **convênio**. Eu acho que é os convênio... convênio também é muito profissional. Forma muito”. CD 1*

*“Acho que a mudança é mais é devida ao grande número de cursos de Odontologia, forma muito profissional, e torna-se a concorrência grande, por causa disso, e além da concorrência ser grande, **tudo** hoje está virando entorno de convênio. Não existia convênio naquele tempo. Convênio era mais na Medicina. Hoje em dia é convênio pra tudo... e os materiais **caríssimos**...” CD 1*

“Apesar de naquele tempo era até bom pra ganhar dinheiro. Porque tinha menos profissional na área de Odontologia. Então, o mercado de trabalho era... era vasto. Porque não tinha muito dentista”. CD 1

*“Hoje em dia parece que o mercado de Odontologia está um pouco saturado... Então pra vencer o mercado de trabalho hoje, o profissional tem que se aperfeiçoar cada vez mais. Tem que fazer **mais** curso pra poder vencer o mercado de trabalho. O único inconveniente que tem é que os cursos são muito caros. O material também é muito caro, para exercer a Odontologia. Bons materiais são muito caros e que conheço é muito caro”. CD 1*

*“Então, apesar de ter melhorado assim, tecnicamente, facilidade para o indivíduo... ter tudo que é bom para ele exercer a Odontologia, ela ficou também difícil porque ela tornou-se muito ligada também a **convênio**, que não existia na Odontologia. Na Medicina começou primeiro. Agora na Odontologia tudo é convênio. Então é tudo tabelado, os honorários profissionais, e os materiais são **caríssimos**, então o indivíduo termina fazendo, às vezes, o tratamento sem uma boa remuneração para ele. Então essas são as dificuldades que a gente encontra hoje. É justamente essa parte dos convênios que atrapalha com a gente. É porque tem muito convênio. Tudo hoje em dia da Odontologia é convênio. Convênio para*

ortodontia, pra implante, tudo é tabelado. Pela tabela... existe uma tabela do convênio. E os convênios médicos, as cirurgias buco-maxilo geralmente é pela tabela da AMB, que é uma tabela também baixa. Então é muito complicado a situação mesmo". CD 1

FENÔMENO 2 – Lutando para atingir os anseios

Existindo grupos fechados Sentindo o papel do Conselho
Repassando a herança

Lutando para alcançar os anseios

Experimentando
a mudança nos anseios

Questionando o Especialista

Questionando o salário

Diagrama 11: LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS

O Modelo Teórico

A experiência de interação dos cirurgiões-dentistas de 60 anos e mais, com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, ao longo de sua atuação profissional, compreende três momentos. O primeiro refere-se ao momento pré-ingresso na Faculdade de Odontologia, representado pela categoria **ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES**; o segundo momento abarca a interação que ocorreu durante a graduação, representada pelo fenômeno BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS, e o terceiro consiste na interação num momento após a graduação, representado pelo fenômeno LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS.

ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES é a forma inicial de interação dos cirurgiões-dentistas pré-ingresso. As dificuldades são simbolizadas pelas questões econômicas, bem como em relação aos estudos. A baixa situação econômica empreendia um movimento de duplicidade trabalho e estudo. O que muitas vezes estendia-se durante a realização do curso de Odontologia.

Outra dificuldade vivenciada refere-se ao Exame Vestibular, nem sempre bem sucedido em um primeiro momento. Porém, o esforço impulsionou a continuidade de outras tentativas, mesmo sendo necessário o exercício de uma atividade que gerasse renda para o próprio sustento e também para o da família. Isto impedia os entrevistados de, muitas vezes, ter uma dedicação exclusiva para o estudo.

Na continuidade do movimento empreendido, dois fenômenos compõem a experiência dos cirurgiões-dentistas idosos: BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS e LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS.

BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS é a forma como os cirurgiões-dentistas agem ao longo das situações interacionais vivenciadas. Retrata um movimento de ação, ao contrário da passividade, próprio de suas características externadas já no momento pré-ingresso na Faculdade.

O significado que os cirurgiões-dentistas inferem de sua experiência surge na interação e relaciona-se com os desafios que lhe são impostos. Assim, ESFORÇANDO-SE PARA SUPERAR DIFICULDADES é consequência de um contexto no qual as dificuldades são simbolizadas pela questão econômica, pelo estudo e pelo trabalho.

Este esforço é desdobrado na graduação, simbolizado pelo ESFORÇANDO-SE NA FACULDADE. Os cirurgiões-dentistas percebem que os desafios impostos vão além e buscam superá-los ao exercerem o curso de graduação de odontologia, nas décadas de 1960 e 1970, considerado por eles bastante exigente, tanto do aspecto técnico, quanto do científico, tendo com o consequência LUTANDO PARA TRABALHAR E ESTUDAR. Nesta vivência experimentada, o SENTINDO A EXIGÊNCIA QUANTO AO ESTUDO simboliza a percepção destes profissionais quanto à qualidade percebida em relação ao curso de graduação realizado. Numa época em que se vivenciava a Ditadura Militar, havendo professores e colegas que eram do Regime Militar; numa época em que se vivenciava Reformas Curriculares; numa época em que iniciava-se a fluoretação das águas de abastecimento público, pesquisas, atividades extra-muros, curso integral e numa

época em que a Saúde Coletiva não era valorizada, especialmente pelo fato de não ser considerada rentável e nem de aplicabilidade prática.

Também naquele período, as dificuldades tecnológicas foram experimentadas, num momento em que o motor de alta rotação estava começando a ser introduzido no meio acadêmico; os materiais dentários não eram considerados de boa qualidade; as técnicas de confecção de próteses dentárias eram percebidas como deficitárias e os implantes posteriormente começariam a ser desenvolvidos, porém em seu início apresentando casos de iatrogenia, hoje melhor controlados.

Em virtude dessa deficiência tecnológica e dos anseios em ampliar o conhecimento, havia já o interesse pela Especialização, simbolizado em **NECESSITANDO SE ESPECIALIZAR**.

Neste movimento, a luta configura-se como uma forma de materializar a ação na busca por superar desafios. Assim, dando continuidade ao movimento da experiência dos cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS representa a forma de conseguir abarcar e concretizar desejos que emergiram em relação à experiência odontológica.

Diante da ausência de cursos de Especialização nas décadas de 1960 e 1970, os cirurgiões-dentistas optaram por realizar estágios em hospitais, a fim de ampliar conhecimentos, por exemplo, na área de cirurgia. Porém, muitas vezes estes estágios já possuíam sua equipe de profissionais e alunos formada. Existiam grupos fechados, que detinham o poder, simbolizado pelo conhecimento na área. Isso era externado no **SENTINDO DIFICULDADES PARA ESTAGIAR**.

A luta para concretizar o sonho de ampliar os conhecimentos e se especializar na área pretendida é representada pelo BUSCANDO SUPERAR A AUSÊNCIA DE ESPECIALIZAÇÃO e pelo BUSCANDO A ESPECIALIZAÇÃO.

Ao longo da experiência desenvolvida, os cirurgiões-dentistas sentem uma inversão na busca pelo aprendizado hoje, em comparação com a busca empreendida nas décadas de 1960, 1970 e 1980, refletindo no SENTINDO MUDANÇA NO ESTUDO.

Atualmente, observa-se a inversão de mercado que ocorreu na profissão odontológica, ilustrado por QUESTIONANDO O SALÁRIO e também a grande quantidade de especialistas no meio, num momento em que se busca, também, a presença do clínico geral, simbolizado pelo QUESTIONANDO O ESPECIALISTA.

No movimento empreendido da experiência de cirurgiões-dentistas, de 60 anos e mais, com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, ao longo de seu exercício profissional o **Buscando superar desafios e lutando para alcançar os anseios** representa o movimento persistente, de interesse, de garra destes cirurgiões-dentistas, evidenciado em sua experiência de interação. Isso em busca de elementos que o permitiram superar desafios nas décadas de 1960 e 1970 (período em que cursaram a graduação em Odontologia), lutando para alcançar seus anseios. Não foram espectadores, mas se engajaram na luta pelos seus interesses.

Modelo Teórico: Buscando superar desafios e lutando para alcançar os anseios

Influenciando o preparo para
Medicina, no perfil do aluno

Trabalhando no banco

Motivando-se pelo papel do professor

Existindo grupos fechados
Questionando o Especialista

Sentindo o papel do Conselho
Questionando o salário

Repassando a herança

Experimentando
mudança nos a

Diagrama 12 – Categoria Central – BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS E LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS

Capítulo 5

REFLETINDO SOBRE A DESCOBERTA

“O interesse particular há de curvar-se diante do interesse coletivo”.

Carvalho Filho (2009)

A partir do movimento da experiência dos cirurgiões-dentistas quanto ao conhecimento técnico-científico da Odontologia, discute-se à luz do Interacionismo Simbólico (referencial teórico) e da literatura utilizada, compreendendo como os cirurgiões-dentistas vêm vivenciando e apreendendo este conhecimento, desde a graduação (décadas de 1960 e 1970) aos dias atuais. Além da possibilidade dessa compreensão interacional dos cirurgiões-dentistas, também foi possível desenvolver e validar um modelo teórico representativo da experiência.

Quanto ao modelo teórico desenvolvido, validado e analisado à luz do Interacionismo Simbólico, ele revela que a interação não é apenas o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro delas. Para esse referencial teórico, os seres humanos atuam em um mundo que eles definem e, no presente estudo, os profissionais definem suas vivências quanto ao conhecimento técnico-científico fundamentados: no esforço para superar dificuldades; na busca por superar desafios e na luta para alcançar os anseios.

Os cirurgiões-dentistas deste estudo apreendem como símbolo importante de poder o conhecimento que os profissionais possuíam, nas décadas de 1960 e 1970. Percebem o papel do Conselho em dois momentos: num primeiro, na criação de cursos de Especialização e num outro momento, desempenhando um papel que muitas vezes não supriu os anseios destes profissionais. Outro símbolo que atuou de maneira negativa na profissão consiste no papel dos convênios odontológicos, no grande número de profissionais graduados em Odontologia, levando a uma inversão quanto à busca pelo conhecimento, e quanto ao aspecto econômico. Este último aspecto refere-se à desvalorização econômica sofrida na profissão, externando uma saturação do mercado odontológico.

A partir dos pressupostos defendidos por CHARON (1989), observa-se que os cirurgiões-dentistas, por meio da ação mental, experimentam a Odontologia atual, representada, em especial pelo: sentindo mudança no estudo; questionando o especialista e questionando o salário. Estes achados corroboram com o conceito de “assumir o papel do outro”, presente no Interacionismo Simbólico. Os profissionais apreenderam, por exemplo, que a Especialização logo após a graduação em Odontologia não contribui para a formação do profissional de hoje, no sentido de que o mesmo, assim agindo, não consegue incorporar a experiência da clínica geral. Os profissionais entrevistados assumem o papel do outro, uma vez que depois da graduação, eles continuaram a exercer por bom tempo a clínica geral, mesmo porque não existiam, naquela época, cursos de Especialização. Percebem a importância de haver clínicos gerais diante da grande quantidade de especialistas hoje atuando no mercado odontológico.

Esforço, busca e luta configuram três ações nas quais as experiências dos cirurgiões-dentistas idosos deste estudo foram construídas. Foram vários aspectos que consubstanciaram essa vivência, desde aspectos políticos e econômicos, como aqueles relacionados à educação e à saúde.

Para melhor compreensão dos resultados apreendidos nesta tese, a discussão também é empreendida possuindo como eixo norteador as seguintes décadas:

- 1950: período pré-ingresso na Universidade;

- 1960 – 1970: momento em que os cirurgiões-dentistas deste estudo realizam o curso de graduação em Odontologia;
- 1980 aos dias atuais: momento pós-graduação, no qual fatos importantes corroboram no entendimento da experiência destes cirurgiões-dentistas idosos.

Contextualizando historicamente o Brasil, a partir da década de 1950

O momento histórico aqui relatado possibilita situar ações e transformações humanas desenvolvidas ou que se estabelecem em determinado período de tempo (BARROS, 2006). O autor, neste raciocínio empreendido quanto à história, refere-se ao estudo de certos processos relacionados à vida do homem numa diacronia (no decurso de uma passagem pelo tempo). BARROS (2006) salienta que as ações e transformações que afetam a vida humana ocorrem em um espaço geográfico ou político, constituindo em espaço social. Nesta tese, esse espaço é delimitado nas e com as interações empreendidas nas experiências dos cirurgiões-dentistas idosos, num tempo que abrange dos anos 50 aos dias atuais.

Situando o Brasil a partir dos anos 50, do ponto de vista político, ocorreu a eleição do Presidente Getúlio Vargas, pelo voto direto, em 3 de outubro de 1950. O Presidente assumiu o governo, com poderes limitados pela Constituição de 1946. A promessa era a de ampliar os direitos dos trabalhadores e investir na indústria de base e em transportes e energia, requerendo o aumento da intervenção do Estado no domínio econômico (COSTA, 2008).

O autor salienta que houve a criação de 13 empresas estatais, entre elas a Petrobrás e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES). Após período tumultuado de transição, com golpes e contragolpes, Juscelino Kubitschek

de Oliveira assumiu o governo, em 1956. Tinha um Plano de Metas com 36 objetivos, destacando-se quatro setores-chave: energia, transporte, indústria pesada e alimentação.

Para COSTA (2006), o governo, após o de Juscelino, não produziu transformações amplas no aparelho do Estado. A introdução do Parlamentarismo após a renúncia do Presidente Jânio Quadros, sete meses depois de assumir o cargo, consistiu em uma solução política para enfrentar resistências militares à posse do vice-presidente João Goulart. Este teve o apoio do Partido Trabalhista Brasileiro-PTB, propondo realizar um programa de esquerda, orientado para fazer reformas de base: bancária, fiscal, urbana, agrária, universitária e administrativa. O programa estendia o voto a analfabetos e às patentes. Teve forte oposição dos setores militares, que entendiam que a ação política orientada para suboficiais e praças consistia numa grave ameaça à disciplina. Ocorreram avanços isolados durante os governos de Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek, Jânio Quadros e João Goulart. Observa-se que com o surgimento de desafios na administração do setor público, devido à própria evolução socioeconômica e política do país, adiava-se a tarefa de reformulação e profissionalização da burocracia pública.

MATTOS (2008) afirma que nos últimos anos, diversos estudos acadêmicos dedicaram-se a rediscutir o período em que João Goulart ocupou a presidência da República. O autor salienta que até a década de 1970, as interpretações acadêmicas sobre o Golpe giravam em torno da questão econômica e política. A questão econômica abarcava o modelo econômico dependente, criado principalmente por Juscelino Kubitschek, que experimentara uma crise. Para superá-la, o Estado deveria oferecer maior abertura para o capital estrangeiro. Quanto à

política, era dirigida a privilegiar o grande capital, que garantia total controle sobre as organizações e lutas dos trabalhadores, viabilizando o arrocho salarial.

Quanto aos profissionais deste estudo, salienta-se a realidade vigente pré-ingresso na Faculdade de Odontologia, que remonta às décadas de 1950 - 1960. A luta para se manter estudando e trabalhando abarca o período compreendido entre a inserção na Faculdade e muitas vezes se estendia durante a graduação, evidenciando a impossibilidade destes profissionais apenas estudarem. Isso porque a realidade em que estavam imersos não propiciava tal ato. Havia a necessidade do trabalho remunerado a fim de se manterem e também contribuírem no sustento familiar. Muitas vezes, este trabalho se propagava no meio acadêmico. Por isso, a busca por uma profissão na qual fosse possível estudar e trabalhar, impulsionando à escolha da realização, em alguns casos, do curso de Odontologia, no período noturno.

Ingressando no meio acadêmico, nas décadas de 1960 – 1970, estes profissionais vivenciaram uma formação em pleno regime autoritário. Para compreender como ocorreu o processo de profissionalização destes profissionais, são apresentadas, neste trabalho, algumas reflexões empreendidas.

WEBER (2003) salienta que no contexto da luta em favor da democracia, no Brasil, a educação voltou ao centro do debate social. Na década de 1970, aprofundaram-se discussões sobre as contradições nas relações entre estrutura e superestrutura. Passou-se a admitir possíveis contribuições da escola para a construção de uma sociedade mais justa e democrática. Neste contexto, a escola foi considerada a instância social que apresenta o conhecimento produzido ao longo da história da humanidade. Tem, portanto, uma tarefa a cumprir na organização do

exercício da cidadania e da ação consciente na consecução de um projeto de sociedade.

Quanto ao aspecto educacional da saúde, PINHEIRO e MATTOS (2001) afirmam que, nesta época, ocorreu um movimento conhecido como Medicina integral. Este teve suas origens nas discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. A crítica empreendida pela Medicina integral direcionava-se ao fato de os médicos adotarem uma atitude fragmentada em relação aos pacientes. Estes médicos estavam inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas. Assim, as atitudes eram consideradas reducionistas, com o conhecimento médico nas diversas especialidades, ressaltando as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Os adeptos da Medicina integral concebiam as atitudes acima citadas como sendo produzidas nas escolas médicas, com o currículo privilegiando o laboratório e o hospital (lôcus privilegiado da aprendizagem). A crítica da Medicina integral assentia-se sobre os currículos de base flexneriana. Estes currículos eram dicotômicos, com o ciclo básico voltado para o aprendizado das ciências básicas, feito predominantemente no laboratório e o ciclo profissional era voltado para o aprendizado da clínica.

Os autores abordam as propostas de reforma curricular, que salientavam modificar radicalmente a aceção do que significava básico. Desejava-se que outros conhecimentos acerca do adoecimento fossem introduzidos, bem como a relação médico-paciente, o contexto cultural, valorizando-se, dessa forma, a integração desses conhecimentos básicos na prática médica. A Medicina integral concebia a integralidade relacionada com a atitude desejável por parte dos médicos, caracterizando-se pela recusa na redução do paciente ao sistema biológico. No Brasil,

num primeiro momento, a Medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado. Associou-se à Medicina preventiva – locus privilegiado da resistência ao regime militar e do que foi posteriormente denominado de movimento sanitário.

Sobre o Movimento Sanitário e a Ditadura Militar no Brasil, ESCOREL (2008), afirma que: “toda a espera da reforma sanitária e toda a construção de um tratamento teórico de transformação da abordagem dos problemas de saúde aconteceram durante a Ditadura Militar. A própria constituição do movimento da reforma sanitária também aconteceu durante a Ditadura Militar. Por um lado, temos a ditadura usando a política de saúde como forma de se legitimar. E os períodos mais autoritários, em que os direitos civis e políticos foram cerceados, são também os momentos em que os direitos sociais foram ampliados. Pode parecer um paradoxo, mas não é, porque essa era a necessidade da ditadura se legitimar. No entanto, houve um efeito muito positivo em termos do movimento da reforma sanitária, que foi sua unificação contra o inimigo comum, a ditadura. Então, depois, com a democratização e com a constituição de partidos e de outros movimentos, houve uma fragmentação desse movimento da reforma sanitária, em função dos vários interesses de pessoas, com disputas internas pelas diferenças de opiniões. Durante a ditadura, diante da falta de liberdade democrática, houve uma união e foi possível construir um projeto comum. Podemos dizer que, nesse sentido, indiretamente, a ditadura “beneficiou” o projeto. Embora seja difícil dizer que a ditadura beneficie qualquer coisa”.

No ensaio de NARVAI (2006), é abordado o surgimento das primeiras atividades odontológicas pelas quais o poder público no Brasil era o responsável. O autor salienta que, na década de 1960, Mário Chaves publicou o Manual de

Odontologia Sanitária, marcando a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico brasileiro. Na época da Ditadura Militar no Brasil, a Odontologia presenciou o apogeu da denominada Odontologia Sanitária. Para CHAVES (1960), Odontologia Sanitária é: “trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral”.

Nesta experiência, a questão econômica foi bastante forte. Consistiu num ponto importante de luta para atingir os anseios dos cirurgiões-dentistas, antes mesmo de ingressarem no curso de graduação. A persistência era algo perceptível. A escolha da Odontologia desencadeou-se devido à possibilidade de ser uma profissão que oportunizava o estudo e o desenvolvimento de outros trabalhos, a fim de que os CD pudessem contribuir na renda familiar. A Medicina muitas vezes foi a profissão escolhida como primeira opção. Outros optaram pela Odontologia por se identificarem com a profissão devido ao fato de se espelharem em outros profissionais que refletiam um bom exemplo no trabalho.

CROSSLEY e MUBARIK (2002) afirmam que um número recente de estudos tem investigado as motivações que levaram os alunos a escolherem as carreiras médica e odontológica, sugerindo que eles podem ser muito diferentes. Uma amostra de 160 médicos e estudantes de Odontologia na Universidade de Manchester participaram deste estudo, 80 estudantes da Faculdade de Odontologia e 80 alunos da Escola de Medicina. Cada aluno respondeu a um questionário. Como resultado, alunos de Odontologia quando comparados com alunos de Medicina, foram significativamente mais motivados pelos fatores relacionados como status e segurança e natureza de sua ocupação. Por exemplo, em relação ao status e à

segurança, estudantes de Odontologia foram citaram os fatores tais como o status profissional elevado, a segurança de carreira e de alta renda tão importante na sua escolha pela Odontologia. Da mesma forma no que diz respeito a fatores relacionados à natureza da profissão odontológica. Estes alunos também concordaram que o horário regular de trabalho e auto-emprego e de independência foram importantes para a escolha de sua carreira.

GALLAGHER et al. (2008) realizaram um estudo com os objetivos de investigar a motivação dos alunos de Odontologia do último ano para estudar Odontologia e explorar o modo como eles percebem a sua visão de mudança da odontologia durante o quinto ano. Ao considerar a visão de sua futura carreira profissional, os estudantes foram convidados a refletirem porque eles tinham escolhido a Odontologia como profissão. As respostas estiveram relacionadas a seus interesses pessoais e aspirações, com interesse pelo status profissional, recompensas financeiras, qualidade de vida, segurança no trabalho e flexibilidade, sendo que as respostas foram mais centradas em questão de estilo de vida pessoal. As opiniões foram influenciadas por amigos, família, experiência profissional e aconselhamento de carreira. Os alunos também informaram sobre outras carreiras que tinham considerado, mas que rejeitaram, em grande parte, por razões relacionadas com a “qualidade de vida”.

As matérias básicas eram consideradas difíceis para a aprovação do aluno. Eram valorizadas como a base para a formação do profissional. Porém, alunos consideravam que para a formação do cirurgião-dentista não era necessário tanto conhecimento das matérias básicas, como era por eles estudado. Na graduação, estas matérias eram consideradas com aplicabilidade técnica (prática), sendo mais

valorizadas, quando comparadas com a Saúde Coletiva. Esta não era vislumbrada na sua parte prática, era pouco rentável economicamente, pontos que influenciavam no interesse por parte dos alunos e também dos profissionais cirurgiões-dentistas.

Essa aplicabilidade técnica é de fundamental importância para a formação de recursos humanos em Odontologia num cenário em que promover saúde não é sinônimo de fragmentar o conhecimento, nem tampouco oferecer aos futuros profissionais apenas habilidades manuais necessárias. Acima de tudo, é fundamental contextualizar o saber, no intuito de se adaptar às mudanças que se processam no mundo, e, principalmente no caso brasileiro, considerando-se o envelhecimento populacional.

É neste contexto que o estudante de graduação de Odontologia deve ser formado, ciente de que deverá exercer seu saber de maneira a promover saúde, de maneira interdisciplinar. ARAÚJO (2004) afirma a necessidade de se reproduzir na educação superior brasileira, em especial na área da saúde bucal, a capacitação de recursos humanos que atuarão no SUS, sendo este universal e hierarquizado, preconizando a promoção da saúde e a atenção integral, sob a perspectiva do trabalho em equipe.

Para se ter uma ideia do que a Odontologia já ofertou ao seu corpo discente, apresentam-se algumas passagens da história.

No que se refere à profissão, BOTAZZO (2003) nos leva a refletir acerca da separação da Odontologia de outras ciências, mediante citação de alguns autores sobre o tema, os quais se seguem:

- Austen, um dos fundadores da primeira escola de Odontologia, em Baltimore, nos Estados Unidos, considera que “o positivismo da prática acabaria por conduzir a profissão – e antes o aluno - ao embrutecimento intelectual e à repetição mecânica”, o que poderia ser evitado por meio de “estudos gerais e médicos”, estudos estes prévios ou simultâneos à inserção no laboratório e na clínica;
- Dubois, no ano de 1890, relatava que para extrair dentes dos operários dos arrabaldes, não se precisava de um profissional lá muito sofisticado ou de custo social elevado, como seria o dos especialistas médicos;
- No III Congresso da Federação Dentária Internacional, em Paris, no ano de 1900, foi apresentado um ‘currículo odontológico mínimo’, no qual consta a seguinte proposição:

o tempo de que dispunha o estudante – dentista para o seu curso e também sua ‘capacidade intelectual menor’ recomendavam o recorte instrumental da educação, com ênfase na ‘educação de mão’ no laboratório e na bancada, já que um dentista sem habilidade manual não seria um dentista;

Esta separação da Odontologia das outras ciências, com o enfoque da importância da habilidade manual do aluno, denota a contribuição da existência de uma profissão fragmentada, ao longo da história. Acredita-se que estas ideias, relativas à profissão, influenciaram tanto as instituições de ensino, quanto os alunos por elas formados, a sociedade usuária e, sem dúvida, o Estado, acerca do modo de conceberem, ao longo do processo histórico, uma saúde bucal: fragmentada e distanciada da saúde geral, como se tal pensamento fosse possível de ser concebido. Porém, é nesse cenário fragmentado que a Odontologia foi se alicerçando e absorvendo os reflexos da isenção do papel do Estado, reforçando, mais uma vez, o seu caráter essencialmente privado.

Desta forma, não é interessante que o corpo discente de uma instituição odontológica se forme descontextualizado das reais questões pelas quais o país vivencia, como, por exemplo, o processo de envelhecimento populacional, uma vez que, no decorrer da história da Odontologia, a preocupação se voltou mais a determinados grupos: escolares e gestantes, desencadeando uma “marginalização” de cuidados ofertados a outras camadas, incluindo-se os idosos brasileiros.

Ao se pensar uma formação voltada para as reais necessidades da promoção da saúde no Brasil atual, não se pode colocar todas as “fichas” em uma única figura, seja ela representada pelo docente, pelo aluno (discente), pelo Estado ou pelos serviços de saúde privado e/ ou público. Além da necessidade de se formar profissionais com uma visão voltada às atividades interdisciplinares, é mister que as várias figuras que constroem uma mesma profissão, como já enumerado acima (docente, discente, serviços, Estado) possam dialogar entre si. A fragmentação técnico-científica não é característica ímpar entre profissões, como as da área da saúde. Assim, inquietações que reflitam acerca dos interesses desses alunos ao ingressarem na graduação são meios que propiciam o conhecimento do que ele traz e seus anseios diante da profissão. Evitar-se-ia a reprodução da educação bancária num outro cenário: o professor detém o conhecimento técnico-científico, mas não detém o conhecimento da realidade do discente que irá vivenciar tal conhecimento. Isso facilitaria práticas pedagógicas mais construtivistas e, conseqüentemente comunicativas, horizontais, para que pudessem ser interessantes para a sociedade, visto que ela é um dos grandes focos para o qual o conhecimento trabalhado é objetivado a se fazer útil.

O ensino, o conhecimento e o poder estavam atrelados entre si, nesta experiência. Este conhecimento “nas mãos de poucos” configurava um símbolo representado pelo poder. O cirurgião-dentista desejava mais conhecimento, porém não existiam cursos de Especialização. Assim, a clínica geral era exercida por um período de tempo mais longo. A opção encontrada era a busca pela realização de estágios, bastante concorridos, o que dificultava a inserção dos alunos. Era uma carreira marcada por busca e lutas, pelo anseio de se atingir as metas desejadas.

Diante do exposto, pode-se extrair alguns núcleos centrais: ensino, conhecimento e poder. Esta tríade muitas vezes se veem atreladas. Quando utilizadas de forma a contribuir para a formação do aluno – profissional, torna-se benéfica. Outras vezes, o poder utilizado sem limites, soberano e auto-suficiente interfere não apenas no ensino, mas nas interações desencadeadas no meio social.

Pensando numa forma geométrica para ilustrar esta tríade, tem-se a figura de um triângulo equilátero, aonde todos os ângulos são iguais. Pode-se inferir que seus vértices representam cada qual o conhecimento, o ensino e o poder. Assim, seus pesos tornam-se proporcionais, não atribuindo importância maior a um ou a outro. Mas quando este triângulo adquire a configuração de outro tipo, com ângulos diferentes, no qual é alimentado mais por um dos componentes da tríade, pode-se pensar que um deles está tendo maior participação que o outro. Isso dificulta o funcionamento desses elementos. Por exemplo: quando o conhecimento adquire posição inferior ao poder, este mesmo poder utilizado de maneira a se sobressair sobre os demais, contribui negativamente para a construção do saber.

DEMO (2000) trás que a educação tem parentesco com o poder. Afirma que toda pedagogia que nega o parentesco encobre sua face ideológica e,

consequentemente, está mentindo. A pedagogia crítica namora o poder e o faz com consciência crítica. Esta pedagogia crítica submete-se menos ao poder, mas sabe que se submete ao poder. Relaciona aprendizagem de teor reconstrutivo político com educação. Afasta-se de termos como instrução, ensino, treinamento, porque por trás da face técnica não visa à autonomia do sujeito, querendo a subalternidade. Em sentido negativo, utilizando toda instrumentação técnica disponível, desde meras aulas reprodutivas até o abuso dos meios de comunicação, a submissão e currículos importados do exterior. O autor conclui neste raciocínio empreendido quanto ao aprendizado que aprender é inventar um sujeito crítico e criativo, com competência de desenhar o destino próprio, dentro das circunstâncias dadas e com sentido solidário.

Ao longo da experiência de formação dos cirurgiões-dentistas idosos deste estudo, o ensino esteve presente, trazendo embutido o sentido de algo técnico, de transmissão do saber. Atrelado a essa transmissão, o poder muitas vezes adquiriu um *status quo* de superioridade, ligando o conhecimento à subalternidade. Esta construção na história repercutiu e vem repercutindo na formação dos alunos, os quais muitas vezes se veem repetindo técnicas repassadas em aulas formais. A construção do saber e o aprendizado se veem num segundo plano, quando há este segundo plano.

DEMO (1995) já abordava o conceito de educação como o termo-resumo que designa qualidade. As razões para tal são: como instrumento (sinaliza a construção do conhecimento) e como fim (a preocupação em torno da humanização da realidade e da vida); ligada à construção do conhecimento (impacta de maneira decisiva tanto a cidadania quanto a competitividade, ganhando o foro de

investimento mais estratégico); como expediente formativo (primordial das novas gerações, apresenta procedimentos pertinentes em termos de qualificar a população). O autor também salienta que a educação é conceito mais rico que conhecimento, pois este tende a restringir-se ao aspecto instrumental, metodológico, formal, enquanto a educação abrange o desafio da qualidade formal e política ao mesmo tempo. Afirma, ainda que a educação não é apenas ensino, treinamento, instrução.

A questão da educação como já discutida nos parágrafos anteriores repercutiu ao longo do processo histórico na formação destes profissionais. Outro aspecto que exerceu bastante influência foi o papel das entidades de classe, no caso da Odontologia, representada pelo CFO e pelo CRO.

Na década de 1960, na Odontologia brasileira, iniciou-se um movimento que objetivava a criação dos Conselhos de Odontologia. O Serviço Nacional de Fiscalização de Odontologia (SNFO) enviou ao Ministério da Saúde vasto trabalho sobre o assunto. Mediante a Exposição de Motivos nº 185, de 31 de agosto de 1960, este assunto foi submetido à apreciação do Exmo. Sr. Presidente da República. A análise foi realizada e encaminhada pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional, com a Mensagem nº 357, de 27 de setembro de 1960. Tal projeto transformou-se na Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, instituindo o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia. O CFO foi instalado em 30 de junho de 1965, em caráter provisório, e eleita a sua primeira diretoria. Em 1966, os primeiros CRO foram instalados, existindo atualmente nos 26 Estados e no Distrito Federal. Em 30 de junho de 1967, foi eleito o primeiro plenário do CFO, para o mandato de três anos e o primeiro Regimento Interno da Autarquia foi aprovado em 1968 e o Regimento Eleitoral em 1969.

O CFO e os CRO criados pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, e posteriormente instituído pelo Decreto 68.704 de 03 de junho de 1971, constituem em seu conjunto uma Autarquia, sendo cada um deles, dotado de personalidade jurídica de Direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Umas das questões indicadas na experiência dos CD idosos refere-se à ausência de um Conselho capaz de prover à profissão odontológica o crescimento almejado, em relação à busca pelo conhecimento. Este conhecimento refere-se aos cursos de especialização que na época não existiam. Devido a essa ausência, a prática generalista era realizada por um tempo longo após a graduação, em comparação com os alunos que se formam hoje. Observa-se uma inversão dos valores em relação à busca de conhecimento. Nesta experiência, após a graduação o conhecimento era buscado numa Especialização para aprofundar o saber. O que se observa hoje, é que a Especialização é almejada como forma de se manter no mercado profissional, tão saturado em comparação com a época anterior.

No que se refere à Especialização, naquela época, devido a sua ausência, o profissional exercia por um tempo maior a atividade de Clínica Geral. Atualmente, observa-se uma ultra-especialização dos profissionais egressos. Esta realidade destoa de certo modo do desejado em relação ao CD que não se vê apenas inserido num sistema privado de saúde, mas também solicitado a atuar ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, além do mercado odontológico se apresentar bastante saturado nos dias de hoje, o profissional para nele se manter busca a Especialização. Porém, apenas formar profissionais especializados que não estejam aptos a exercer a clínica geral é algo que o mercado não necessita hoje, nem é a proposta do SUS.

Como, então, superar esta inversão no mercado odontológico e, conseqüentemente, estimular a busca pela Especialização, pelo interesse em aprofundar o conhecimento existente, e não pelo fato de se manter no mercado? Ou seja, como superar esta inversão do saber, que aniquila a construção do aprendizado, e desconfigura o que ele verdadeiramente deveria significar e representar? Como não usar o aprendizado como forma de se manter num mercado que não respeita os valores humanos, tanto dos profissionais quanto da sociedade que dele necessita?

FREIRE (1996) já afirmava que as relações travadas pelo homem no mundo e com o mundo, sejam elas pessoais, impessoais, corpóreas e incorpóreas, apresentam uma ordem tal de características que as distinguem totalmente dos puros contatos, típicos de outra esfera animal. O homem que é um ser de relações e não só de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo. Há uma pluralidade nas relações do homem com o mundo, na medida que responde à grande variedade dos seus desafios. O autor também dizia que não se esgota num tipo padronizado de resposta. Diante deste raciocínio, percebe-se que os desafios apresentados aos CD idosos contribuíram para que eles respondessem, muitas vezes com a luta e a busca para superá-los. Muitos alcançaram o sonho almejado de se inserirem em Faculdades públicas e tornaram-se profissionais bem sucedidos. A superação da ausência de cursos de Especialização os impulsionou a participarem de estágios, muitos deles bastante concorridos.

Nesse cenário em que o conhecimento técnico-científico da Odontologia foi construído, a Odontologia em Saúde Coletiva também vem vivenciando a sua construção. No período da graduação, décadas de 1960 – 1970, a Odontologia Social era pouco valorizada no meio acadêmico. Os alunos, em sua maioria, não

conseguiam perceber sua aplicabilidade prática, e era uma disciplina considerada pouco rentável economicamente falando. Para uma profissão em que a questão econômica exercia grande peso, sendo considerada uma profissão da elite e para a elite, uma disciplina pouco rentável como a Odontologia Social não atraía o interesse do corpo discente. O que acabava por influenciar a escolha do profissional por seguir ou não tal caminho.

Quanto a outro aspecto importante na experiência é a questão dos convênios odontológicos. Ao longo da experiência, a maioria das vivências relata que os convênios são algo negativo para a profissão odontológica. Estes, juntamente com a grande quantidade de profissionais no mercado, com as várias Faculdades de Odontologia formadoras de profissionais no Brasil, vêm contribuindo para haver uma inversão no mercado odontológico, provocando uma saturação e consequentemente causando uma rentabilidade menor do ponto de vista econômico. Havendo menor rentabilidade, muitos profissionais buscam realizar cursos de Especialização na tentativa de se manterem no mercado. Assim, a clínica geral passa a ser pouco exercida. Desta forma, profissionais que poderiam ter um maior contato com o conhecimento mais generalista, indo ao encontro de uma formação que consegue atender os princípios do SUS e também da transitividade demográfica e epidemiológica no Brasil, passam a possuir um conhecimento cada vez mais específico. Esse raciocínio empreendido não tem como objetivo condenar a Especialização, mas sim alertar sobre a necessidade cada vez mais premente de formar cidadãos atentos para as realidades do país e, por conseguinte, de sua população.

Outro aspecto que chama bastante atenção nesta experiência refere-se à condição de saúde bucal da população, ao longo do tempo. O pouco conhecimento por parte da população sobre prevenção e pouco interesse dos CD em investir nisso também, dando lugar a uma Odontologia considerada como mutiladora e que visava, essencialmente, ao tratamento odontológico.

CAVALINI e LEON (2008) trazem que a associação entre status socioeconômico e indicadores de saúde tem sido bastante estudada, sendo reconhecidos como uma relação causa-efeito e que o acesso à educação, alimentação, habitação são importantes determinantes das condições de saúde.

Diante desse fato e aliado a isso, surge a necessidade de se formar recursos humanos atentos com as necessidades da população na qual atuam.

Capítulo 6:

CONCLUSÕES

ERGA OMNES

A experiência dos cirurgiões-dentistas idosos evidencia que não apenas o momento pré-ingresso no curso de graduação em Odontologia, mas também os momentos da graduação e depois da graduação foram marcados pela busca por superar dificuldades e pela luta para alcançar os anseios. Isso configura profissionais não passivos diante de questões econômicas e educacionais.

Nem sempre a escolha pelo curso de Odontologia foi a primeira opção no Vestibular. Muitas vezes, optava-se pelo curso de Medicina e, como segunda opção, escolhia-se a Odontologia. Houve experiências em que o aluno que se preparava para Medicina, mas era aprovado em Odontologia, possuía uma bagagem de conhecimentos maior. Isso influenciava, por conseguinte, o perfil do aluno que cursava a Odontologia.

Durante a graduação, décadas de 1960 – 1970, além das exigências de estudo, uma experiência difícil também foi vivenciada em relação ao trabalho. Este era exercido para contribuir no sustento próprio e o da família. Buscava-se superar o desafio de estudar e trabalhar. Muitas vezes, nestas circunstâncias, a graduação em Odontologia era realizada no período noturno.

A vivência da dificuldade em relação à tecnologia da época impulsionou os profissionais a perceberem a necessidade de buscar cursos para se especializar.

Este contexto interacional compôs o que neste trabalho foi classificado como o primeiro fenômeno da experiência de cirurgiões-dentistas de 60 anos e mais, com o conhecimento técnico-científico da Odontologia, ao longo de seu exercício profissional. Este fenômeno é denominado: BUSCANDO SUPERAR DESAFIOS.

No movimento empreendido, a luta configura-se como a forma de materializar a ação da busca por superar desafios. Desta forma, dando continuidade ao movimento da experiência dos cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, LUTANDO PARA ALCANÇAR OS ANSEIOS representa a forma de conseguir abarcar e concretizar desejos que emergiram em relação à experiência odontológica.

As dificuldades em se aperfeiçoar não foram componentes decisivos para que os cirurgiões-dentistas permanecessem passivos diante da situação. Vários mecanismos de superação destas dificuldades, devido à inexistência de cursos de especialização na década de 1960, foram utilizados, tais como: a busca pela realização de cursos, inclusive de atualização, o interesse em frequentar congressos, estágios, semanas odontológicas promovidas por associações.

Na década de 1960, a busca por realizar um estágio na profissão era acompanhada por inúmeras dificuldades. Os grupos eram fechados, poucos profissionais detinham o conhecimento e atuavam em Hospitais. Portanto, para estagiar com esse grupo de profissionais era necessário insistir para conseguir essa oportunidade. O interesse aliado à força de vontade movia o profissional na busca por superar as dificuldades. O campo na cirurgia, por exemplo, era limitado e, devido a isso, o cirurgião-dentista ficava subordinado ao médico. Essa ausência de um maior conhecimento quanto ao campo de atuação desses profissionais era um fator limitante para a atuação do cirurgião-dentista.

A ausência de curso de Especialização contribuiu para que o profissional atuasse como clínico geral por um bom tempo, nas décadas de 1960 e 1970. Diante da possibilidade de clinicar antes de se especializar, os caminhos trilhados foram diversificados. Isso ocorria antes de optar por seguir a carreira acadêmica, o serviço

público ou mesmo permanecer no consultório particular. A experiência adquirida na clínica era levada em consideração antes de optar por qual especialidade realizar. Considera-se que o recém formado ainda não sabe ao certo qual especialização fazer, por isso é importante clinicar por um período antes.

Na busca pela superação de dificuldades pelos cirurgiões-dentistas após a graduação, com a ausência de cursos de Especialização, almejados como forma de se aperfeiçoar nos conhecimentos, o Conselho de Odontologia representou um importante papel para a profissão, com seu surgimento em 1964. Havia o sentimento de desamparo quanto ao fato de não existir algum representante que pudesse avaliar a profissão. Na busca por superar dificuldades, percebeu-se que o Conselho contribuiu, como por exemplo, para o surgimento de cursos de Especialização. Consequentemente, os cirurgiões-dentistas procuraram se atualizar mais.

Em relação ao mercado odontológico, a rentabilidade de um profissional era satisfatória. Atribuía-se a isso o fato de haver poucos cirurgiões-dentistas, na década de 1960. Os profissionais eram de qualidade o que contribuía para o bom conceito da Odontologia. A profissão se voltou bastante para a clínica e para o tratamento, e a prevenção não era, de certa forma, preocupação por parte dos profissionais. Os alunos se entusiasmavam muito com os professores, no sentido de visualizarem boa rentabilidade futura. Para superar as dificuldades vivenciadas após a graduação, como tinham poucos pacientes no consultório particular, trabalhar por convênio era uma opção que, naquela época, permitia gerar lucro.

Nesta busca por superar dificuldades após a graduação, os cirurgiões-dentistas idosos percebem a qualidade das Instituições de Ensino, o estudo, o mercado odontológico num patamar superior em comparação com os da atualidade.

Os cursos de Odontologia da década de 1970 foram considerados de melhor qualidade dos que os do momento presente. Os alunos, naquela época, possuíam um preparo superior quando entravam na Faculdade.

A parte clínica da atualidade é considerada deficiente, tanto quantitativamente como qualitativamente. O ensino também é considerado deficiente, o que reflete diretamente na formação do aluno, contribuindo para o sentimento de insegurança dos egressos. Isso também reflete na procura por parte dos alunos pelos cursos de Aperfeiçoamento e Especialização, o que diferia dos motivos dessa procura em momentos passados.

A herança, ou seja, o aprendizado técnico-científico vivenciado pelo professor durante a sua graduação é, muitas vezes, repassado aos seus alunos da atualidade.

Apesar do benefício trazido para a profissão odontológica com a tecnologia, os tratamentos dentários são considerados de elevado custo, num contexto em que a população brasileira é economicamente desfavorável, com elevadas taxas de desemprego. Assim, nem sempre há o atendimento odontológico que a população brasileira necessita, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

O aluno da atualidade, logo após se formar em Odontologia, procura realizar um curso de Especialização, até mesmo no intuito de obter um retorno econômico mais rápido. Essa rápida busca pela Especialização trás alguns aspectos negativos para o profissional: ele perde o contato com outras disciplinas, o que interfere em seu conhecimento geral acerca da Odontologia.

Percebe-se, nos dias atuais, a necessidade do profissional generalista, devido ao fato de o aluno egresso já buscar se especializar, antes mesmo de realizar

por certo período, a clínica geral. Esse fato é considerado como fator interveniente na formação dos profissionais de hoje, pelo fato de limitar os seus conhecimentos a apenas uma atividade, interferir em sua atuação, quando há a necessidade de possuir um conhecimento mais amplo para atender com melhor qualidade o paciente.

A questão salarial é hoje percebida como insatisfatória na profissão odontológica. Uma das questões indicadas como responsáveis refere-se aos convênios. Outra questão diz respeito à grande quantidade de cursos de Odontologia, atualmente, contribuindo para uma enorme formação de profissionais no mercado, gerando, por conseguinte, uma saturação no mercado.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O tempo é algo que não volta atrás. Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe mande flores”

Shakespeare

Diante do exposto, evidencia-se que a formação técnico-científica dos cirurgiões-dentistas deste estudo, décadas de 1960 – 1970, ocorreu sob grande influência do contexto histórico da época, inclusive da ditadura militar, das reformas universitárias, do surgimento da especialização na formação escolar. A busca pelo conhecimento e a luta para alcançá-lo, mesmo superando as barreiras existentes de grupos fechados detentores do poder, gerou um perfil de profissionais que não se mantiveram passivos diante da situação. Hoje, estes profissionais percebem que houve uma inversão por parte da busca pelo conhecimento por parte dos recursos humanos da atualidade. Criaram-se muitas faculdades, saturando o mercado odontológico, gerando uma desqualificação econômica da profissão. Como, então, se manter num mercado saturado, no qual os profissionais buscam a especialização, sendo que o que se almeja nos dias atuais é um profissional também generalista, que atue em consonância ao que o Sistema Único de Saúde hoje necessita?

Percebe-se que está ocorrendo um processo que, neste estudo, pode-se denominar de EDUCAÇÃO MERCADOLÓGICA, ou seja, uma educação moldada pelos anseios do mercado. O econômico molda o conhecimento. Não se busca o conhecimento pela importância de aprender, mas pela necessidade em absorvê-lo, para que gere mais dinheiro. O conhecimento não deveria vir depois do interesse econômico. O conhecimento deveria vir movido por outros sentidos. Nisso a cultura e a história têm seus grandes papéis. Hoje o conhecimento é restrito aos que podem por ele pagar. Uma profissão não se mantém no mercado assim. Se nem os próprios profissionais puderem sentir-se valorizados, satisfeitos, como a população vai sentir

que essa profissão tem a sua importância? Como os profissionais sentir-se-ão motivados a promoverem saúde?

Considera-se também importante refletir acerca da formação dos educadores da atualidade. Foi discutido acerca da questão do repasse da herança por parte destes formadores, que tiveram uma educação moldada por uma Odontologia elitista, voltada, basicamente, para o serviço privado. Foi visto que a Saúde Coletiva não era valorizada, naquela época, até porque não era considerada rentável economicamente e não tinha aplicabilidade prática. Porém, visualiza-se a necessidade que esses mesmos formadores possuam um direcionamento voltado para as questões da prevenção, de promoção da saúde integral, e do SUS, uma vez que o mercado hoje não comporta mais profissionais que visem apenas os interesses privados, elitistas, tornado-se, desta forma, excludente.

Outra questão que muito chamou a atenção consiste na existência dos convênios odontológicos. Estes remuneram insatisfatoriamente os profissionais, desqualificando os recursos humanos, a profissão. Muitas vezes, tornam-se como única alternativa vista pelos profissionais da atualidade para manterem-se atuando no mercado odontológico. Porém, a indagação que se faz é: Não estaria sendo perpetuado um processo de inversão que vem ocorrendo ao longo da história? Esta inversão exemplificada por uma profissão que possuía um status no passado, tida como rentável economicamente, porém sofrendo os reflexos de uma saturação do mercado, que não valoriza o profissional e forma diversos profissionais que não conseguem ser absorvidos no trabalho, gerando, conseqüentemente, este tipo de atuação baseada em convênios odontológicos mal remunerados.

Como limitação do estudo, teve-se a validação do modelo teórico-representativo da experiência dos cirurgiões-dentistas. Justifica-se tal limitação em decorrência da opção de retornar aos entrevistados não ter sido adotada neste estudo.

Este estudo possui significância em termos de subsídios para a compreensão da prática da Odontologia no cenário brasileiro, com o uso de uma metodologia pertinente aos propósitos do estudo, com um adequado uso, permitindo alcançar os objetivos estabelecidos na investigação.

CAPÍTULO 8

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Akifusa S, Soh I, Ansai T, Hamasaki T, Takata Y, Yohida A et al. Relationship of number of remaining teeth to health-related quality of life in community dwelling elderly. *Gerodontology* 2005; 22:91-7.

Alves, R. Filosofia da Ciência: Introdução ao jogo e a suas regras. Editora Loyola. 2008. [S.L]

Amarante, P. Apresentação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 9-12, jan./abr. 2009.

Araújo, ME. Educação superior em Odontologia na perspectiva das políticas públicas na saúde. Tese (Livre-Docência na Disciplina de Saúde Coletiva em Odontologia – Departamento de Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004. 238p.

Arouca, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo/rio de Janeiro: UNESP/Editora Fiocruz. 1998. p. 268.

Barbato, PR; Nagano, HCM; Zanchet, FN; Boing, AF; Peres, MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8):1803-1814, ago, 2007.

Barros, JD'A. História, espaço e tempo: interações necessárias. *Varia hist.*, 2006, v. 22, n. 36. p. 460 – 475.

Bastos JRM et al. Educação para a saúde. In: Pereira AC et al. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. São Paulo: Artmed Editora AS; 2003. 117-139.

Bazilli C, Renteria E, Duarte JC, Franciscatti KVS, Andrade LF, Rala LA. *Interacionismo simbólico e a teoria dos papéis: uma aproximação para a psicologia social*. São Paulo: Educ; 1998.

Bobbio, A. A importância e finalidades da história da Odontologia. In: A Odontologia no Brasil no século XX. Rosenthal, E. São Paulo: Editora Santos. 2001. P. 3-4.

Bocchi, SCM ; ANGELO, M . Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005, v. 10, n. 3, p. 729-738.

Botazzo C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre teoria e a prática. In: Pereira AC et al. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. São Paulo: Artmed; 2003. p.17-27.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2004.

Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D et al., organizadores. *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

Carvalho ACP. Ensino de Odontologia no Brasil. IN: Carvalho ACP e Kriger L. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 5-15.

Carvalho Filho, JS. *Manual de Direito Administrativo*. Editora Lúmen Júris: Rio de Janeiro. 21ª Edição. 2009.

Cavalini LT, Leon ACMP. Morbidity and mortality in Brazilian municipalities: a multilevel study of the association between socioeconomic and healthcare indicators. *International Journal of Epidemiology* 2008; 37:775–785.

Charon, J. M. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. 3. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989. 204p.

Chaves MM. Manual de odontologia sanitária. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960.

Chenitz WC, Swanson JM, organizadores. From practice to grounded theory. Canada: Addison-Wesley Publishing Company; 1986.

Cohn, A; Elias, PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002, 18(Suplemento): 173-180.

Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro, ANO VIII - Nº 39, Março/Abril/Maio-2000. Acesso em: 20 de março de 2009 (<http://www.cfo.org.br/jornal/n39/default.htm>)

Costa, FL. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. Rev. Adm. Pública, 2008, v. 42, n. 5. p. 829-874.

Crossley, ML; Mubarik, A. A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. British Dental Journal, v. 193, n. 8, 2002. P. 471-73.

Czeresnia D. O conceito de saúde e as diferenças entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D et al., organizadores. Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

Decreto 68.704 de 03/06/1971 que Regulamenta a Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964.

Demo, P. Conhecer e aprender: sabedoria dos limites e desafios. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 152 p.

Demo, P. Educação e qualidade. 2ª Ed. Campinas, SP: Papirus, 1995.

Dupas G; Oliveira, I; Costa, TNA. A importância do interaçõesimo simbólico na prática de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP 1997; 31(2): 219-26.

Escorel S. SUS: um sistema de saúde completamente inovador. Acesso em 10 de junho de 2009 (www.unisinos.br/ihuonline).

Field, PA.; Morse, JM. Nursing research: the application of qualitative approaches. Maryland: Aspen Publishers, 1985. 169p.

Frazão, P; Narvai, PC. Promoção da saúde bucal em escolas. Material Elaborado em janeiro de 1996 para a disciplina HSP-281/Odontologia Preventiva e Saúde Pública ministrada aos alunos do Curso de Odontologia da Universidade de São Paulo. Retirado em 2008 do site: http://www.fio.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/DPromo.pdf . http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com_tema_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=1089. Maio, 2009.

Freire, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1996. 150p.

Gallagher J; Clark W; Wilson N. Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. Eur J Dent Educ, 12. 2008. P. 89-98.

Glaser, BG.; Strauss, AL. The Discovery of Grounded Theory. New York: Aldine; 1967.

Grec, W. Mercado de trabalho – convênios – credenciamentos. In: A Odontologia no Brasil no século XX. Rosenthal, E. São Paulo: Editora Santos. 2001. P. 277 – 282.

Haddad, AE; Morita, MC. O ensino da Odontologia e as políticas de saúde e de educação. In: Carvalho ACP e Kriger L. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 105-117.

Lei N° 4.324, de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências.

Lei N.º 6.050, de 24 de maio de 1974. In: Ministério da Saúde. Legislação federal do setor saúde. Brasília, 1976. p. 5.

Lenza, P. Direito Constitucional Esquematizado. 13. Ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2009.

Littlejohn, SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 407 p.

Lopes, CHA e Jorge, MAB. Interações simbólicas e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2005; 39 (1): 103-8.

Maciel, SSA; Bocchi, SCM. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, 2006, v. 14, n. 2, p. 223-242.

Malhiot GB. Dinâmica de Gênese dos grupos: atualidade das descobertas de Kurt Lewin. São Paulo: Livraria duas cidades; 1976.

Mattos MB. O governo João Goulart: novos rumos da produção historiográfica. Rev. Bras. Hist, 2008, v.28, n.55, p. 245 – 263.

Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Rev C S Col, Rio de Janeiro, 2004; 9 (3):627-641.

Moysés ST, Watt A. Promoção de saúde bucal. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p.1-22.

Narvai Paulo C, Roberto A Castellanos e Paulo Frazão Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996 Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2000, 34 (2): 196-200.

Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, editores. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-362.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994.

Narvai, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*, 2006, v.40, n esp: 141-7.

Narvai, PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2009, v. 33, n.81. p. 64-71.

Narvai, PC; Frazão, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés, ST; Kriger, L; Moysés, SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo, Artes Médicas, 2008. P: 1 – 20.

Nico LS, Moreira RS. Avaliação de um programa de promoção da saúde bucal para o idoso que frequenta centros de convivência [monografia]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2003.

Nico, LS. Do passado ao futuro: a experiência do idoso com a saúde bucal [dissertação de mestrado]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP; 2005.

Nico, L; Pelicioni, MCF. O referencial de George Herbert Mead: reflexões no campo da promoção da saúde bucal. *O Mundo da Saúde*, São Paulo. 2009. (enviado para publicação).

Nico, LS; Bocchi, SCM.; Ruiz, T; Moreira, RS. A *Grounded Theory* como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.12, n.3. 2007. p.789-797.

Paim JS, Almeida, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora; 2000.

Pelicioni MCF. Promoção da saúde e meio ambiente: uma trajetória técnico-política. In: Philippi Jr. A, Pelicioni MCF, editores. *Educação ambiental e sustentabilidade* – Barueri, SP: Manole, 2005. p. 413-420.

Pessini L, Pelicioni MCF, Campinas, LLSL; Pelicioni, AF. Educação e promoção da saúde: bases para a cidadania e a qualidade de vida. *O Mundo da Saúde* 2007; 31(3): 317-319.

Pinheiro R; Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

Pinheiro, LMG. A formação do cirurgião-dentista nas universidades públicas paulistas: diretrizes curriculares, projetos político-pedagógicos e necessidades sociais [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Educação da UNICAMP; 2008.

Pinto, VG. Saúde bucal no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 1983, 17: 316-27.

Possas, C. Saúde e trabalho. A crise da Previdência Social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

Queiroz, RCS; Portela, MC; Vasconcellos, MTL. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009, 25 (1):47-58, jan.

Ramirez, I; Buzalaf, MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007, 12(4): 1057 – 1065.

Rihs LB, Sousa, MLR, Wada RS. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005; 21(1):311-316.

Ring, M.E. The twentieth century. In: Dentistry: an illustrated history. New York: Harry N. Abrams, cap. 13, p. 279-311, 1985. Apud: Figlioli, MD. A prática odontológica da pré-história até o final do século XX. In: A Odontologia no Brasil no século XX. Rosenthal, E. São Paulo: Editora Santos. 2001. P. 3-4.

Roncalli, AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF e Peres MA Editores. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2006. P. 32-48.

Rosa, AGF; Fernandez, RAC; Pinto, VG; Ramos, LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev. Saúde Pública, São Paulo, 1992; 26 (3). P. 155-60.

Santos, NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2009, v.33, n.81, p. 13-26, jan./abr.

Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people: a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(3): 195-203.

Silva, SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2009, v.33, n.81, p. 38- 46, jan./abr.

Teles, JCB. Assistência odontológica no país: perspectivas 1. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1985, v.1, n.2.

Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface*, Botucatu, 2007; 11(22):223-38.

Vade Mecum / obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. – 7. Ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 2009.

Weber S. Profissionalização docente e políticas públicas no Brasil. *Educ. Soc.*, Campinas, 2003, v. 24, n. 85. p. 1125 – 1154.

Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Campos GWS et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635-667.

World Health Organization – WHO. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa, Canadá, November, 1986.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/ 171/2006

16 de maio de 2006.

Prezado(a) Orientador(a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP, analisou, nesta data, e de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o Protocolo de Pesquisa n.º 1520, intitulado: "Compreendendo a experiência de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais acerca do conhecimento técnico-científico da odontologia, ao longo de seus exercícios profissionais", apresentado pela pesquisadora LUCÉLIA SILVA NICO, e o considerou "APROVADO".

Atenciosamente,

Eunice Aparecida Bianchi Galati
Professora Doutora
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilm.º Sr.

Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez
Departamento de Prática de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa, situado na: Faculdade de Saúde Pública da USP, na Av. Dr. Arnaldo, 715. Cerqueira César. CEP: 01246-904. São Paulo/SP. Fone: 11 3066-7779/7742.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Compreendendo a experiência de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais acerca do conhecimento técnico-científico da Odontologia, ao longo de seu exercício profissional.

- ◆ Trata-se de uma pesquisa em que serão entrevistados cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais, residentes na área urbana do município de São Paulo, para compreender as experiências destes sujeitos em Odontologia, ao longo de seu exercício profissional, bem como desenvolver e validar um modelo teórico representativo da experiência;
- ◆ A pesquisadora visitará os domicílios dos cirurgiões-dentistas, consultórios privados, serviços públicos de saúde, e/ou universidades para realizar as entrevistas, que serão gravadas em fita k-7, dos que consentirem em participar da pesquisa. Caso seja necessário, a pesquisadora poderá retornar aos entrevistados, a fim de realizar mais entrevistas. Os dados também serão coletados mediante anotações de observações em diário de campo;
- ◆ Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa têm a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, em especial dos idosos.
- ◆ Esclarecemos que a sua participação é decorrente de sua livre decisão após ter recebido todas as informações que julgar necessárias.
- ◆ A sua desistência em participar da pesquisa não implicará em nenhum prejuízo e poderá ocorrer em qualquer momento no transcorrer da pesquisa.

Lucélia Silva Nico
Pesquisadora Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Compreendendo a experiência de cirurgiões-dentistas com 60 anos e mais acerca do conhecimento técnico-científico da Odontologia, ao longo de seu exercício profissional", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora LUCÉLIA SILVA NICO sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Pesquisadora Responsável: Lucélia Silva Nico.

Fone: (0XX11) 3066 7796.

Email: lucelian@usp.br

Orientador: Profa Associada Maria Cecília Focesi Pelicioni

Fone: (0XX11) 3066 7796

Email: tatim@usp.br

CURRÍCULO LATTES

Maria Cecilia Focesi Pelicioni

Maria Cecilia Focesi Pelicioni conduziu o mestrado em 1989 e o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, em 1995. É Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Publicou 38 artigos em periódicos especializados e 200 trabalhos em anais de eventos. Possui 27 capítulos de livros e 5 livros publicados. Tem 168 itens de produção técnica. Participou de 32 eventos no exterior e 185 no Brasil. Orientou 16 dissertações de mestrado e 5 teses de doutorado. Atualmente orienta 1 doutorado e 2 mestrados. Recebeu 14 prêmios e/ou homenagens. Entre 1984 e 2009 participou de 49 projetos de pesquisa, sendo que coordenou 15 destes. Participa de 2. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Educação em Saúde e Educação Ambiental, temas de especialização realizada na Faculdade de Saúde Pública da USP. Em suas atividades profissionais interagiu com 184 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica, tecnológica e cultural são: Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Educação Ambiental, Meio Ambiente, Qualidade de vida, Saúde Pública, Escola Promotora da Saúde, Formação de Recursos Humanos, Saúde Escolar e Participação Popular.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 16/10/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/1006683875453587>

Certificado
pelo autor em
16/10/09

Links para Outras Bases:

[Diretório de grupos de pesquisa](#)

[Infohab](#)

[SciELO - artigos em texto completo](#)

Dados pessoais

Nome Maria Cecilia Focesi Pelicioni

**Nome em citações
bibliográficas** PELICIONI, M C F

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, AV DR ARNALDO 715 - Térreo, CERQUEIRA CESAR, 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil.
Telefone: **(11) 30617796** Ramal: 7761 Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br/esp>

Formação acadêmica/Titulação

- 2000** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Educação em Saúde e Educação Ambiental: Estratégias de Construção da Escola Promotora da Saúde, Ano de obtenção: 2000.
Palavras-chave: Educação em Saúde; Escola promotora da saúde; Promoção da saúde; Educação continuada; Educação Saúde e Meio Ambiente.
Grande área: Ciências da Saúde / **Área:** Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Promoção da Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / **Área:** Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Educação Ambiental.
Grande área: Ciências da Saúde / **Área:** Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Promoção e Educação em Saúde e Ambiental.
Sectores de atividade: Educação, Saúde humana, Produtos e serviços voltados para a defesa e proteção do meio ambiente, incluindo o desenvolvimento sustentável.
- 1991 - 1995** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Qualidade de Vida das Mulheres Trabalhadoras das Creches Convencionadas do Bairro Bela Vista do Município de São Paulo, Ano de Obtenção: 1995.
Orientador: Nelly Martins Ferreira Candeias.
Bolsista de: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Brasil.
Palavras-chave: Creches; Mulheres Trabalhadoras; Educação em Saúde; Qualidade de vida; Promoção da saúde; Saúde do Trabalhador.
Grande área: Ciências da Saúde / **Área:** Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Promoção da Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / **Área:** Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Grande área: Ciências Humanas / **Área:** Educação.
Sectores de atividade: Educação; Saúde humana.
- 1983 - 1989** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Serviços de Saúde: Utilização e Opinião dos Usuários, Ano de Obtenção: 1989.
Orientador: Márcia Faria Westphal.
Bolsista de: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Brasil.
Palavras-chave: Educação em Saúde; Serviço de Saúde; Opinião dos Usuários; Avaliação de Serviços; satisfação dos usuários.
Grande área: Ciências Humanas / **Área:** Educação.
Grande área: Ciências da Saúde / **Área:** Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Sectores de atividade: Saúde humana; Educação.
- 1994 - 1995** Especialização em Curso de Especialização Em Educação Ambiental (Carga Horária: 450h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Escorpião: Um problema de educação ambiental.
Orientador: Nelly Martins Ferreira Candeias.

Links para Cutras

Bases:

Certificado
pelo autor em
10/10/02

<http://lattes.cnpq.br/9961984589410380>

Nome: Luísa Silva

Sexo Feminino

Endereço profissional: Instituto da Saúde,
Hospital da Saúde - Ed. Sede, 4º andar, Setor 410, Brasília - DF
Esplanada da Constituição
70058-900 - Brasília, DF - Brasil
Telefone: (61) 32153100
URL da Homepage: <http://www.instituto-da-saude.org.br>

2005 De 1990 em diante, em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Título: Coordenação do curso de graduação em Saúde Pública
Orientador: Maria Cecília Figueira Peres
Local: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Período: 1990-2005, Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública

2004-2005 Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, Bauri
Título: DO PASSADO AO FUTURO: A EXPERIÊNCIA DO CURSO COM A SAÚDE BUCAL Ano de Conclusão: 2005
Orientador: Tereza Ruiz e Sílvia Cristina Mariani Bonini
Local: Faculdade de Saúde Bucal, Universidade Paulista, São Paulo, Brasil
Grado: Especialização em Saúde Bucal
Grande área: Ciências da Saúde - Interdisciplinar, Ciências da Saúde e da Saúde Pública, Ciências da Saúde - Interdisciplinar
Em Saúde
Grande área: Ciências da Saúde - Área da Saúde Coletiva, Ciências da Saúde - Interdisciplinar
Serviço de Saúde Coletiva, Ciências da Saúde - Ciências da Saúde

2002-2003 Especialização em Saúde Bucal, Faculdade de Saúde Coletiva, (Carga horária: 51h)
Universidade Federal de Goiás - UFG, Brasil
Título: Avaliação de um Programa de Fluorização de Saúde Bucal para crianças que frequentam Centros de Convalescença
Orientador: Vânia Cristina Almeida

2002-2002 Especialização em Saúde Bucal, Faculdade de Saúde Coletiva, (Carga horária: 126h)
Universidade Federal de Goiás - UFG, Brasil, Ano de Conclusão: 2002

1997-2001 Graduação em Odontologia
Universidade Federal de Goiás - UFG, Brasil
Título: Gerenciamento de Recursos Sociais em Odontologia
Orientador: Elizabeth Maria da Conceição Faria e Rosângela Ferreira Vianna

Formação complementar

2006 - 2006	Curso de Especialização Para o Pós-Graduando de Apoiado (Carga horária 20h) Faculdade de Saúde Pública USP
2006 - 2009	Seminário de SEP - Fomento de Gestão de SUS (Carga horária 16h) Secretaria de Gestão Estratégica e Planejamento
2008 - 2003	Coordenador de Pesquisa e Programas de Saúde (Carga horária 40h) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
2008 - 2006	Desenho de Saúde Pública - Base Epidemiológica (Carga horária 30h) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
2006 - 2008	I Seminário Pro-Saúde (Carga horária 16h) Faculdade de Enfermagem da USP
2008 - 2008	II Seminário Brasileiro de Evidências da Promoção (Carga horária 32h) Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
2008 - 2006	Amostragem por Esquemas em Saúde (Carga horária 12h) Associação Brasileira de Saúde Coletiva
2008 - 2006	II Oficina de Estatística em Saúde e Epidemiologia (Carga horária 32h) Faculdade de Saúde Pública - USP
2008 - 2003	Amostragem por Esquemas em Saúde (Carga horária 32h) Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
2008 - 2008	II Oficina Científica em Saúde e Epidemiologia (Carga horária 20h) Faculdade de Saúde Pública - USP
2008 - 2008	Seminário Nacional de Promoção de Saúde e Desenvolvimento (Carga horária 24h) Secretaria de Estado de Saúde de Ilheus Gerais do Brasil
2007 - 2007	Exercícios Universitários em Saúde Bússola e Saúde da Família (Carga horária 24h) Faculdade de Saúde Pública USP
2007 - 2007	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Carga horária 4h) Faculdade de Saúde Pública
2007 - 2007	Equilíbrio entre o acesso à saúde? (Carga horária 8h) Faculdade de Saúde Pública USP
2007 - 2007	A expansão do direito à atenção no trabalho (Carga horária 4h) Faculdade de Saúde Pública USP