

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOSEVAN DE SOUZA-SILVA

**Do prático ao dentista moderno:
o trabalho odontológico como trabalho em saúde**



São Paulo

2023

JOSEVAN DE SOUZA-SILVA

**Do prático ao dentista moderno:
o trabalho odontológico como trabalho em saúde**

(Versão Corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza-Silva, Josevan de
Do prático ao dentista moderno
: o trabalho odontológico como trabalho em saúde /
Josevan de Souza-Silva. -- São Paulo, 2023.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.História 2.Trabalho 3.Memória
4.Odontologia 5.Saúde bucal 6.Clínica odontológica

USP/FM/DBD-069/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: SOUZA-SILVA, Josevan de

Título: Do prático ao dentista moderno: o trabalho odontológico como trabalho em saúde

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Para as trabalhadoras da saúde

AGRADECIMENTOS

À profa. Dra. Lilia Blima Schraiber, primeiramente pelo aceite da orientação; em segundo, pela orientação irreparável; e em terceiro, pela acolhida em São Paulo;

Aos entrevistados desta pesquisa, por doarem seu valioso tempo para contribuírem com a história de uma prática;

À Profa. Dra. Márcia Dantas Cabral de Melo, pelo incentivo em seguir a carreira acadêmica e pela orientação de vida;

Ao Museu Histórico "Prof. Carlos da Silva Lacaz", pelo espaço de pesquisa, e em especial ao Prof. Dr. André Mota, pelas contribuições na banca de qualificação;

À Profa. Dra. Raquel Oliveira, pelo valoroso diálogo teórico em relação ao Trabalho e Saúde, categoria fundamental da tese;

À Profa. Dra. Ana Estela Haddad pelo diálogo ativo e contribuições ao longo da tese;

Ao Prof. Dr. Antônio Israel Carlos da Silva, pela amizade e pelo ouvido atento;

Às Professoras Dra. Lana Bleicher, Dra. Isabel Vianna, Dra. Sandra Garrido, Dra. Ana Maria Freire e Dra. Cristine Warmling, pela gentileza de disponibilizarem fontes documentais e trocas teóricas;

Aos professores do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP que contribuíram no meu percurso na pós-graduação, em especial: Dr. José Ricardo Ayres e Dra. Márcia Couto;

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial à Lilian Godoy e Goreti Sales;

Aos/Às companheiros/as de pós-graduação: Nayara Portilho, Pedro Carlessi, Fernanda Botelho, Carol Lopes, Marcos Oliveira, Maria Alvim e Pamela Gherini, por "segurarem a barra" (pesadíssima) de forma compartilhada; e em especial, à Cézar Luquine, pelo incentivo (e indicação) de tentar a seleção no Programa, e à Artur Heps, por emprestar um pouco das suas habilidades para a versão final da tese;

À Ricardo Arraes, por ter retratado em arte o "espírito" da tese. Obrigado pelas ilustrações!

À Filipe Assunção, pelas conversas sobre psicanálise, essenciais para dar um outro olhar na discussão desse trabalho;

À Profa., Ms. Regiane Silveira, pela parceria no trabalho e pela amizade de vida;

À querida Maria Fernanda Terra, por me acolher tão bem em São Paulo e nos fortalecermos enquanto rede de apoio um do outro;

Aos Familiares pelo incentivo, em especial ao meu irmão Augusto, que tem seguido os mesmos passos no campo da pesquisa;

À CAPES (que foi tão sucateada nos últimos anos), pelo financiamento da pesquisa.



*“Um passo à frente
E você não está mais no mesmo lugar”
(Chico Science, 1996)*

RESUMO

Souza-Silva J. Do prático ao dentista moderno: o trabalho odontológico como trabalho em saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2023

O trabalho odontológico tem sido tema de pesquisas no Brasil e no mundo, porém, são escassos os que têm a sua base fundamentada na perspectiva sócio-histórica. Dessa forma, objetivou-se responder a seguinte questão: como as ocupações de lidar com o dente se transformaram no trabalho odontológico moderno? Nesse sentido, essa tese trata-se da recuperação histórica do trabalho odontológico (1950-1980) a partir da memória, isto é, de suas Histórias de Vida de Trabalho de parte da sua corporação, que tiveram como cenário de suas práticas a cidade de Recife. Contextualizando, utilizou-se ainda de fontes documentais, com o objetivo de criar uma narrativa sobre as raízes históricas desta prática. Assim, a prática de lidar com os dentes pareceu como uma prática pulverizada, realizada, pois, por diversos agentes durante o período da América Portuguesa e até a institucionalização do trabalho odontológico em 1964. Sendo este último caracterizado desde sua modernização por um trabalho de relativa autonomia, sem controle direto – grosso modo – da captação de clientela e dos instrumentos de trabalho, mas preservando consigo a autonomia técnica.

Palavras-chaves: História. Trabalho. Memória. Odontologia. Saúde bucal. Clínica odontológica.

ABSTRACT

Souza-Silva J. From the practical to the modern dentist: dental work as work in health [thesis]. São Paulo: “Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina”; 2023

Dental work has been the subject of research in Brazil and in the world, however, there are few that have their base based on the socio-historical perspective. In this way, the objective was to answer the following question: how did the occupations of dealing with the tooth become modern dental work? In this sense, this thesis deals with the historical recovery of dental work (1950-1980) from memory, that is, their Work Life Stories from part of their corporation, which had the city of Recife. Contextualizing it, documentary sources were also used, with the aim of creating a narrative about the historical roots of this practice. Thus, the practice of dealing with teeth seemed like a pulverized practice, carried out by different agents during Colonial Brazil and until the institutionalization of dental work in 1964. The latter being characterized since its modernization by a work of relative autonomy, without direct control – roughly speaking – of attracting customers and working instruments, but preserving technical autonomy.

Keywords: History. Work. Memory. Dentistry. Oral health. Dental clinics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Foto Miarnau	97
Figura 2 - Carta Régia, 1631	105
Figura 3 - Regimento do Físico-Mor, 1521	108
Figura 4 - Aviso de mudança de endereço de João Martiniano Coelho	110
Figura 5 - Aviso de vende-se de um preto escravizado	112
Figura 6 - Propaganda do Cirurgião-Dentista Americano Robert Rawlinson	114
Figura 7 - Propaganda do Cirurgião-dentista Oscar Leal, formado pela Faculdade de Paris	115
Figura 8 - Propaganda do Cirurgião-Dentista W. V. Fr'Ligh	116
Figura 9 - Carta Régia de 1448	119
Figura 10 - Taxas para os candidatos ao exercício da Arte dentária	123
Figura 11 - Procura-se Oficial de Barbeiro, Recife, 1828	125
Figura 12 - Reprodução da obra Loja de Barbeiros (1821), de Jean Baptiste Debret. Aquarela sobre papel, 18 x 24,5 cm, J.B. Debret, Rio de Janeiro, 1821	126
Figura 13 - Escravizado barbeiro, sangrador e dentista, Recife, 1833.....	127
Figura 14 - Anúncio de José Anacleto, sangrador e dentista português, Recife, 1839	128
Figura 15 - José da Veiga Pinto, dentista e sangrador, Recife, 1839.....	129
Figura 16 - Dentista italiano no Brasil, Recife, 1829.....	129
Figura 17 - Anúncio de Cirurgião e Dentista formado em Paris, Recife, 1837	130
Figura 18 - George Washington, 1779	131
Figura 19 - Prótese atribuída a George Washington	132
Figura 20 - Preços cobrado por M. S. Mawson para o exercício da prática de cirurgião dentista, Recife, 1842	134
Figura 21 - Dentadura superior com amarras fixadas a um suporte de metal que rodeia os dentes da parte inferior da mandíbula. Século XVIII	135
Figura 22 - Anúncio de venda de cadinhos de lapis, Recife, 1848.....	135
Figura 23 - Reforma Couto Ferraz, decreto nº 1387, 1854	137
Figura 24 - Parte do Decreto 1387 de 1854, citando Dentistas e Sangradores	137
Figura 25 - Capítulo VII do decreto Nº 1.764, de 14 de maio de 1856	138
Figura 26 - Mudança de loja de dentista e sangrador, Recife, 1852	139
Figura 27 - Divulgação de retorno de atividades do dentista e sangrador José Anacleto, Recife, 1856	140
Figura 28 - Cursos anexos às Faculdades de Medicina da Côrte, Rio de Janeiro, 1879	141
Figura 29 - Disciplinas obrigatórias para o curso de odontologia no Brasil, 1879 ..	141
Figura 30 - Autorização para criação dos cursos de odontologia, 1884	142
Figura 31 - Curso preparatório para nível superior, Gynásio Pernambucano, Recife, 1907	144
Figura 32 - Tancredo Bandeira de Mello, acadêmico de Odontologia, Recife, 1908	145
Figura 33 - Ata de fundação da Escola de Odontologia de Pernambuco, parte 1. Recife, 1913	146

Figura 34 - Ata de fundação da Escola de Odontologia de Pernambuco, parte 2. Recife, 1913	147
Figura 35 - Sede provisória da Sociedade de Medicina de Pernambuco, Recife, 1915	149
Figura 36 - Protesto contra a promoção de um dentista prático na Marinha Brasileira, Recife, 1933	150
Figura 37 - Cassação do direito de ser dentista prático, Recife, 1936	151
Figura 38 - Congresso de dentistas práticos, Brasília, 1972	152
Figura 39 - Editorial sobre os dentistas práticos, Brasília, 1972.....	153
Figura 40 - 1º Encontro de Dentistas Práticos do Brasil, Brasília, 1973	154
Figura 41 - Publicação no Correio Braziliense sobre o fechamento da ADPB	155
Figura 42 - Congresso de dentistas práticos do Brasil, Brasília, 1975	155
Figura 43 - Projeto de Lei 1.972 de 1976, Brasil	157
Figura 44 - Émile Magitot	175
Figura 45 - Publicação do Diário da Manhã reivindicando verbas para manter o Hospital Magitot, 1947.....	177
Figura 46 - Publicação sobre entrega de certificados dos concluintes do curso de Cirurgia dento-maxilo-facial, 1947.....	178
Figura 47 - Publicação referente ao encontro do Dr. Nelson Melo com a Comissão de Fazenda e Orçamento de Pernambuco, 1948.....	178
Figura 48 - Publicação referente à apoio financeiro da Prefeitura de Recife para o Hospital Magitot.....	179
Figura 49 - Anúncio de greve dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, 1951	180
Figura 50 - Assembleia Legislativa de Pernambuco faz apelo para Universidade do Recife, 1951	181
Figura 51 - II Semana de Exodontia, 1952	182
Figura 52 - Registro da reunião de fundação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, 1955	183
Figura 53 - Hospital Magitot informa que abrirá para plantões noturnos	184
Figura 54 - Informe sobre a ameaça de fechamento do Hospital Magitot, 1960	185
Figura 55 - Anúncio do falecimento do Professor Nelson de Albuquerque Mélo, 1964	186
Figura 56 - Anúncio de fechamento do Hospital Magitot, 1970	186
Figura 57 - Marcação pela Técnica Alecgrama de redução de Base Alar em Harmonização Orofacial	254
Figura 58 - Remoção de tecido para Harmonização Orofacial.....	255
Figura 59 - Foto de antes, pós-cirúrgico imediato e 3 meses após a cirurgia	255

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fontes documentais	46
-------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação dos entrevistados no campo de Recife, Pernambuco, 2020	49
Quadro 2 - Principais cursos oferecidos pela ABO nos primeiros anos da década de 1980. Continua	196

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABO-PE	Associação Brasileira de Odontologia – Seção Pernambuco
ADPB	Associação dos Dentistas Práticos do Brasil
BOTOX	Toxina Botulínica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
EMPETUR	Instituto Brasileiro de Turismo
EOP	Escola de Odontologia de Pernambuco
FOP	Faculdade de Odontologia de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco
HOF	Harmonização Orofacial
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
PL	Projeto de Lei
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de saúde
TDC	Transtorno dismórfico corporal
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
PIBIC	Projeto de Iniciação Científica
UR	Universidade do Recife
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. PRÉ-TEXTO	16
1.1 Anunciação	22
1.2 Que eu desorganizando posso me organizar/Que eu me organizando posso desorganizar: questões de método	23
1.2.1 Histórias de vida: entre o vivido e o contado	23
1.2.2 Fontes Impressas: breves reflexões	33
1.2.3 Caminhos de uma restauração	39
1.3 Das fontes orais: O eco de antigas palavras/ Fragmentos de cartas, poemas/ Mentiras, retratos/ Vestígios de estranha civilização	48
2 Entre profissões, ocupações e trabalho	56
2.1 Sobre profissões e ocupações	56
2.2 Sobre o trabalho como processo	65
2.3 A relação entre o agente e seu trabalho: distinções necessárias entre o operário e o profissional	72
3 A arte e a prática de lidar com os dentes	81
3.1 A cura pelo saber douto, a cura pelas mãos cirúrgicas	82
3.2 A cura do corpo doente pelo saber douto e pelas mãos cirúrgicas no hospital	88
3.3 O lidar com os dentes pelas mãos	94
3.4 Breve abordagem da arte e da prática dentária no Brasil	99
3.4.1 O caso de José Martiniano: um escravizado e dentista prático	109
4 Formação de dentistas e protoforma do mercado de trabalho odontológico	117
4.1 Formação e mercado de trabalho do lidar com os dentes: a arte dentária e o artefato dentário	118
4.2 uma nova formação para um novo mercado	145
4.2.1 Banditismo por necessidade: O dentista prático em busca de lugar no mercado	149
4.3 História e memória: sobre formação odontológica e formação do mercado odontológico moderno	158
4.3.1 A procura de uma dignidade e a escolha da profissão: na bruma leve das paixões que vem de dentro?	159
4.3.2 Uma formação anexa; uma formação externa	169
4.3.3 Fotografias recortadas em jornais de folhas amiúde: Hospital Magitot como centro de formação e prática	174

4.3.4	O complexo odontológico-industrial e a compra de materiais/insumos/instrumentais durante a graduação em odontologia.....	188
4.3.5	Sobre a escolha da especialidade odontológica	193
5	O dentista diplomado e seu mercado	199
5.1	o típico atípico e o atípico típico	199
5.2	Dinâmicas internas do consultório odontológico	212
5.3	Metamorfoses do consultório odontológico e a rota financeira da cidade-mangue.....	216
5.3.1	Entulhados à beira do Capibaribe: a prática odontológica de centro 216	
5.3.2	Atrás do arranha-céu tem o céu: a prática odontológica verticalizada 223	
5.4	Parecia até um frevo: o compasso da perda de liberdade e o passo da preservação da autonomia.....	228
6	Admirável mundo novo: tópicos provisórios da odontologia do século XXI 241	
6.1	Boca, sorrisos e rosto.....	242
6.2	A medicalização da boca, dos sorrisos e do rosto	248
6.3	Sobre a Harmonização Orofacial: continuidades junto à Medicina?	251
6.4	A preservação (de parte) da liberdade	256
6.4.1	O que falam os dentistas do século XX sobre a odontologia estética? Algumas reflexões sobre a preservação da autonomia	257
7.	Considerações finais.....	263
	REFERÊNCIAS.....	267
	APÊNDICES	277
	ANEXO A – Roteiro das Entrevistas	478
	Anexo b – parecer consubstanciado do cep	479
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	481

1. PRÉ-TEXTO

Esta pesquisa nasce das minhas sucessivas interlocuções com o tema **Trabalho**, seja nos movimentos sociais em que participei e em minha formação enquanto cirurgião-dentista, seja a partir das cadeiras eletivas no Bacharelado em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Esse percurso dinâmico foi essencial para aprofundar o quadro teórico sobre a temática desta tese, de base sócio-histórica, trazendo como centro a teoria do trabalho em saúde que toma a prática em medicina, bem como nas diversas áreas da saúde, enquanto produção de trabalho social. Cabe, então, situar, em um breve panorama histórico, como esse tema emergiu através do meu percurso enquanto pesquisador em formação. Outro fato importante para entender o tema Trabalho, foi o início da minha própria vida de trabalho, primeiramente como Cirurgião-dentista de Saúde da família e posteriormente como docente.

Na academia, durante a graduação, a minha entrada como pesquisador se deu com um Projeto de Iniciação Científica¹ (PIBIC), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O projeto se desdobrou em mais três projetos para os quais fui contemplado, dentro do Programa Institucional de Iniciação científica (PIBIC), bolsas de apoio². Do conjunto, resultaram alguns capítulos de livro³, nos quais foi possível aprofundar os estudos sobre as relações de trabalho

¹ Orientado pela Professora Nilcema Figueiredo, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco

² Os estudos foram: Avaliação Externa (AVE) dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pernambuco; AVE dos CEO de Pernambuco: Segunda Rodada; e Análise da precarização social do trabalho do cirurgião-dentista nos CEO.

³ Souza-Silva J, Ceissler Cas, Figueiredo N. Gestão do trabalho nos centros de especialidades odontológicas do Brasil. In: Castro JL, Vilar RLA, Costa TPT (Org.). *Trabalho e educação na saúde: análises e vivências*. Natal: Una; 2020, p. 359-385;

Santos LX, Rizental ACMF, Almeida DRS, Souza-Silva J, Figueiredo N. Percepção dos participantes da pesquisa sobre avaliação de serviços e programas de saúde e Expectativas em relação ao uso do Portal CEO. In: Nilcema Figueiredo; Paulo Goes. (Org.). Portal CEO [recurso eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas. 1ed.recife: ufpe, 2020, v. 1, p. 62-72;

Paz RCMC, Souza-Silva J, Almeida DRS, Rego SCA, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos Critérios Organizacionais. In: Nilcema Figueiredo; Paulo Goes. (Org.). Portal CEO [recurso eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas. 1ed.recife: ufpe, 2020, v. 1, p. 121-134;

Souza-Silva J, Almeida DRS, Figueiredo N. Avaliação externa dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco. In: Nilcema Figueiredo; Paulo Goes. (Org.). Portal CEO [recurso

de profissionais da atenção especializada em odontologia no Brasil. Em paralelo, fiz uma formação em iniciação à docência, através das monitorias das disciplinas de Saúde Coletiva I, II, III e dos Estágios Curriculares para o curso de Odontologia, também na UFPE, e sob a mentoria da Professora Márcia Dantas Cabral de Melo, do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Essas experiências foram essenciais para entender o contexto do trabalho odontológico do período de 2010 a 2020. Nele, como apontam as pesquisas por mim empreendidas, ocorreram grandes mudanças no processo de trabalho da atenção especializada em saúde bucal, por meio da progressiva incorporação das Organizações Sociais na gestão dos serviços assistenciais, somado à precarização do trabalho (Souza-Silva, 2018; Souza-Silva; Ceissler; Figueiredo, 2020; Souza-Silva; Almeida; Figueiredo, 2020; Souza-Silva et al, 2020).

Os resultados dessas pesquisas evidenciaram um retrato de insatisfação dos cirurgiões-dentistas com seus trabalhos (Souza-Silva, 2018; Souza-Silva; Ceissler; Figueiredo, 2020; Souza-Silva; Almeida; Figueiredo, 2020; Souza-Silva et al, 2020). Ante esse cenário, procurei compreendê-lo como processo histórico de mudança, participe, portanto, da própria história da profissão em odontologia, história da prática e do exercício profissional em cirurgia dentária. Porém, foram poucos os estudos que se dedicaram a esse enfoque. Nessa busca, aproximei-me de dois estudos de Lilia Blima Schraiber, em que a autora fez um resgate histórico sobre a vida de trabalho do médico em São Paulo. Tais estudos se encontram compilados na obra *El médico y la medicina: Autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX* (Schraiber, 2019). A autora, na primeira parte dessa obra - que corresponde ao seu primeiro estudo - examina a configuração de uma medicina liberal no Brasil para o período de 1890 a 1960 e, posteriormente, a superação dessa estruturação do exercício profissional que dá lugar à medicina tecnológica, na segunda metade do século XX. Já na segunda parte da obra - que corresponde ao segundo livro da autora -, Schraiber examina a consolidação de uma medicina que é tanto tecnológica quanto empresarial, nucleada, assim, em uma produção da assistência médica à base de

eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas. 1ed.recife: ufpe, 2020, v. 1, p. 180-203;

Souza-Silva J, Almeida DRS, Ceissler CAS, Lucena EHG, Figueiredo N. Avaliação da qualidade da estrutura dos Centros de Especialidades Odontológicas. In: Nilcema Figueiredo; Paulo Goes. (Org.). Portal CEO [recurso eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas. 1ed.recife: UFPE, 2020, v. 1, p. 122-135

empresas de prestação de serviços assistenciais, formação apropriada tanto pelo setor privado de prestação de serviços, como pelo setor público.

Ambos os estudos se fundaram em pesquisas cujas bases empíricas se constituíram de narrativas de médicos sobre o seu trabalho, valendo-se de histórias de vida de trabalho como desenho e método para a produção de seus dados. Essa opção metodológica permitiu conhecer a atividade do trabalho, que foi descrita nas narrativas, e a relação que o narrador médico estabeleceu com esse trabalho, bem como o que pensava dessa relação.

Por meio de Schraiber, chegou-se a Cecília Donnangelo (2011a; 2011b), pioneira no desenvolvimento da corrente de pensamento voltada ao estudo do trabalho em saúde no campo da Saúde Coletiva, que abriu caminhos para diversas ramificações de pesquisas, tais como: a de estudos do mercado de trabalho para o médico e outros profissionais da saúde; a de estudos dos processos de trabalho; a de estudos da formação e divisão das profissões em saúde; a de estudos do trabalho em equipe; e de estudos da gestão do trabalho em saúde (Schraiber, 2019).

Por tudo isso, os meus questionamentos aumentaram, uma vez que tudo levava a crer que a história que eu aprendi na faculdade, ainda que por meio de uma disciplina curricular⁴, assim como também transmitida na tradição oral dos profissionais a partir de relatos intergeracionais das experiências vividas, não correspondia aos “Brasis” que emergiam da leitura de Donnangelo (2011a; 2011b) e Schraiber (2019). Assim, surgiu minha pergunta de pesquisa: **como a prática de lidar com os dentes se tornou trabalho odontológico em saúde na modernidade?**

Com a tentativa de compreender esse questionamento, apresentei ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) o projeto para seleção de Mestrado (2018) sob orientação da Professora Lilia Blima Schraiber. De modo análogo à minha orientadora, adotei a metodologia das narrativas por Histórias de Vida de Trabalho, buscando valorizar a relação do profissional da odontologia com seu trabalho. Além disso, compartilho do referencial teórico-conceitual quanto à abordagem das práticas de

⁴ Através da disciplina de Introdução à Odontologia, oferecida no primeiro semestre do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

saúde como produção de trabalho social nas sociedades industriais capitalistas, sendo a odontologia, uma delas.

Iniciei a produção de dados empíricos nessa direção e, ao completar as narrativas com fontes de dados documentais que as contrastassem, tal como também fizera Schraiber em seu primeiro estudo, deparei-me com material bastante rico e diverso, o que tornou o estudo mais complexo.

Nesse sentido, segue-se a definição de Minayo, (2010), em que se considera que a teoria e o método são termos inseparáveis, devendo ser tratados de maneira integrada e apropriada quando se escolhe um tema, um objeto, ou um problema de investigação. “O método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas” (Minayo, 2010, p. 44).

Optou-se, então, por:

[...] superar as posturas, muitíssimo frequentes de tratar separadamente questões **epistemológicas** e **instrumentos operacionais**; uma vez que o conceito de metodologia, nesse caso, é abrangente e concomitante: como a discussão epistemológica sobre o ‘caminho do pensamento’ que o tema ou o objeto de investigação requer; como a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; ou como denominou-se de ‘criatividade do pesquisador’, ou seja, sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas (Minayo, 2010, p. 27, grifo meu).

Entre os diversos caminhos de escolha de produção de dados para construir uma narrativa histórica sobre o objeto desse estudo, indagou-se: qual o caminho para *restaurar* uma história perdida? Descontada? Mal contada? Qual o caminho para fugir do senso comum? Contar de outro jeito? Como montar uma historiografia descolonizada⁵? Como capturar as rupturas históricas? E mais: como construir, reconstruir, contar, colocar, codificar em letras uma prática cheia de metamorfoses que foi/é essa? Sabendo que as questões do mundo do trabalho e da prática profissional são atravessadas pelas determinações macroestruturais⁶ que incidem na organização social do trabalho, bem como por visões de mundo e filiação ideológica dos sujeitos – no caso, o pesquisador e o seu objeto de pesquisa. Sublinha-se aqui

⁵ Dito em outras palavras: sem se limitar os referenciais teóricos europeus e americanos.

⁶ Esse processo particular de relações define-se por múltiplas determinações, que abarcam aspectos de caráter social, político, econômico no sentido macroestrutural;

incômodo sentido durante os movimentos de “fusão de horizontes” (Alberti, 2019; Ayres, 2007) para produção de dados; isto porque, via com críticas o modelo de prática prevalente exercida pelos agentes de pesquisa - embora tenha passabilidade⁷ no contato profissional e nos seus espaços “odontológicos”.

É importante ressaltar que, a minha entrada como profissional da atenção básica e no ensino, fez com que, alguns processos de trabalhos fossem fazendo mais sentido. A fusão de horizontes, pretendida no parágrafo anterior, de fato só seria estabelecida, findada esse período de *experiência* própria. Numa espécie de laboratório laboral do processo de trabalho odontológico. Tal fato, foi importante não só para entender o processo de trabalho, mas também, entender o processo de conhecimento prático do adoecimento em saúde bucal.

Não se duvidou, pois, que o caminho seria através do método qualitativo enquanto norte para a produção de conhecimento. Afinal, estava dado que nenhum estudo quantitativo, por mais sofisticado na seleção de suas técnicas e análises - sem pormenorizar, é claro -, seria capaz de dar “significado e intencionalidade” (Minayo, 2010, p. 22) à captação da realidade de uma prática dentro de um contexto histórico. Dito de outra forma: como acessar internamente uma prática de lidar com os dentes que acontecera em outro século? - A única opção possível (quantitativa) seria um censo demográfico para mapear todos esses profissionais: inviável, pois, data-se de 2023 o agora. Uma segunda opção seria uma etnografia (qualitativa), mas, mais uma vez, tem-se a questão do tempo. O tempo obriga a criar estratégias de investigação e de produção de dados para a contribuição historiográfica crítica dessa prática; assim, para voltar no tempo e recontar uma história, precisa-se buscar pela **Memória**, seja dos depoentes, seja nos documentos questionados.

Antes de apresentar essas aplicações e as tentativas de respostas para os questionamentos principais que deram origem ao estudo, faz-se necessário ressaltar alguns aspectos: esta pesquisa enquadra-se como pesquisa qualitativa dentro do

⁷ Termo adotado pela comunidade LGBTQIAPN+ para classificar a livre passagem de determinados segmentos por outros ambientes distintos aos seus, ao mesmo tempo que iguais. Nesse sentido, o uso do termo nesta pesquisa trata-se da passagem que o pesquisador tem entre a “comunidade odontológica”, por ter a sua formação em cirurgia-dentária, ao mesmo tempo que é filiado à Saúde Coletiva, uma espécie de “especialidade” menos reconhecida entre os pares; portanto, inferiorizada pelo senso comum. Não é incomum a classificação dos dentistas sanitários como “dentistas que não sabem o que é saliva”, isto é, que não realizam o atendimento clínico; como se a prática clínica e o pensamento dela própria fossem dissociadas.

campo da Saúde Coletiva, mais especificamente nas Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Tentou-se ampliar as bases conceituais, incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, assim, nesse caso particular, as ciências da saúde não se tornam menos “científicas”; pelo contrário, “elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam” (Minayo, 2010, p. 31).

Complementa Minayo, (2010, p. 27) sobre a pesquisa qualitativa:

[...] exige um olhar e uma abordagem diferentes: ilumina aquele ponto cego da visão unidimensional, fazendo-a enxergar as interações; subverte a mente compartimentalizada, buscando fazer as diferenças e as oposições se comunicarem; e modifica a antiga prática positivista, que só valoriza regularidades e normas. Ao contrário, mostra como que permanecem e ressalta ‘o que’ muda e ‘como’ as coisas se transformam, auto-organizando-se (Minayo, 2010, p. 27).

No mesmo sentido, surge o conceito do filósofo e historiador literário húngaro György Lukács (2012), enquanto *experimento ideal*; quando se refere ao modo distinto pelo qual as ciências naturais desenvolvem suas investigações e a peculiaridade própria à cientificidade no âmbito do “ser social”, no qual está explícito a impossibilidade de isolar, a partir de experimentos práticos, determinados fenômenos ou “processos singulares” a fim de verificar as tendências e as leis mais gerais dos princípios de sua organização e movimento. Para enfrentar corretamente esse complexo de questões, caracterizado fundamentalmente pelo “predomínio do elemento histórico enquanto base e forma de movimento do ser social” (Lukács, 2012, p. 376), deve-se ter em mente que a forma de consideração dos complexos sociais não pode ser a mesma daquela empregada nas ciências naturais, pois todo processo de abstração não implica de modo algum a perda, mesmo provisória, do contato com a totalidade efetiva do complexo do ser social.

Ante o exposto, fazem-se necessários alguns tópicos reflexivos sobre o método empregado, para, por fim, chegar nas considerações mais acuradas acerca do percurso metodológico; dando, ainda, a devida atenção ao fato de que o presente objeto de estudo é relativamente “novo” para o Campo da Saúde Coletiva, ou, como

alguns autores advogam pela especificidade, amparados por Pierre Bourdieu: Espaço da Saúde Bucal Coletiva⁸ (Aranha-Rosi, 2018; Soares, 2019); sem desconsiderar o esforço de diversos agentes para cunhar o termo “Saúde Bucal Coletiva” (Narvai, 1994) como campo de prática e de saberes.

1.1 ANUNCIAÇÃO

Durante o exame de qualificação do mestrado (2020), foi indicado pela banca que, em função dessa maior complexidade, o projeto fosse deslocado para o nível de doutorado, devido à relevância da pesquisa, a originalidade do tema e da abordagem, bem como a necessidade de maior tempo para o desenvolvimento das novas questões da tese, trazidas por essa base empírica. Metodologicamente, então, o estudo terminou por constituir dois tipos de fontes de dados: um ‘corpus’ documental; e as histórias de vida de trabalho sobre o exercício da prática odontológica, localizadas, ambas as fontes, na cidade de Recife.

O presente estudo traz uma sequência de capítulos que contam uma história, mas não necessariamente de forma linear. Afinal, parte-se do pressuposto que a pesquisa já tem início com o próprio questionamento do pesquisador ante o “problema de pesquisa”, isto é, antes mesmo da escrita da primeira frase desta tese.

A introdução ao tema, por exemplo, é explicitada ao longo deste capítulo, ao mesmo tempo que as questões relacionadas à emergência do objeto de pesquisa, assim como o modo de investigação dele. Entende-se aqui que esses três momentos são indissociáveis.

No capítulo 2, busca-se munir a tese dos conceitos de profissão, ocupação e trabalho, situando o lugar que a prática odontológica e seus agentes foram ocupando ao longo do tempo. Em seguida, apresenta-se no capítulo 3 alguns resultados oriundos do corpus documental, narrando uma certa raiz histórica da prática

⁸ Destaca-se, pois, que não se pretende entrar na discussão teórica de classificação de “Campos, Núcleos e Espaços” da/na saúde/saúde bucal (Campos, 2000; Aranha-Rosi, 2018; Soares, 2019; Vieira-Da-Silva, 2019), uma vez que entendemos ser uma discussão de caráter - em geral - de natureza epistemológica; quando se não, no caso em específico de choque de ideias, assim como disputas pela hegemonia do lugar teórico de um certo conjunto de produções. Este estudo não trata sobre isso. Busca-se aqui contribuir significativamente para o lugar de saber das Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Saúde Coletiva Brasileira, com fins de reflexões da prática em estudo; nesse particular: daqueles que tomaram seu tempo pela cura dos adocimentos dos dentes ao longo do tempo.

odontológica moderna. No capítulo 4, apresenta-se os dados produzidos pelas entrevistas, com foco nas reflexões sobre formação e prática odontológica. O mercado de trabalho é abordado no capítulo 5, discutindo o conceito de autonomia e como ele se aplica aos dentistas na modernidade. Por fim, no capítulo 6, tenta-se sistematizar alguns tópicos provisórios de investigação, por meio das perspectivas da odontologia no século XXI.

No anexo, consta a folha de rosto de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). Já os apêndices são formados primeiramente pelo roteiro amplo de entrevista e a íntegra das transcrições das História de Vida de Trabalho em modo editado com critérios de edição.

1.2 QUE EU DESORGANIZANDO POSSO ME ORGANIZAR/QUE EU ME ORGANIZANDO POSSO DESORGANIZAR: QUESTÕES DE MÉTODO

1.2.1 HISTÓRIAS DE VIDA: ENTRE O VIVIDO E O CONTADO

“Um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo que veio antes e depois.” (BENJAMIN, 1994)

O caminho que leva até as primeiras respostas dos questionamentos traçados anteriormente encontra-se presente na principal referência utilizada neste estudo: Lilia Blima Schraiber (2019). Trata-se de um modo interdisciplinar de analisar os processos de trabalho, método utilizado pela autora como Histórias de Vida de Trabalho. Na sua obra, fez-se um percurso por meio das Histórias de Vida dos médicos mais longevos da época estudada (1930-2000). Assim, assume-se e entende-se este estudo enquanto “Pesquisa Qualitativa Social” (Minayo, 2010, p. 46) através do Método de Histórias de Vida, e usando como meio, ou seja, como técnica para a produção desse conhecimento, o Relato Oral⁹ através de uma Fonte Oral.

⁹ Para alguns autores, O Relato Oral/História Oral/Produção de Narrativas é um modo de obtenção das Histórias de Vida (Pereira, 1999; Ferreira; Grossi, 2004; Santos; Santos, 2008; Pereira-Neto; Machado; Montenegro, 2009; Ozório, 2010; Janotti, 2010). Em outras palavras: As Histórias de Vida, enquanto

As autoras de maior relevância para o presente estudo são: a psicóloga social Ecléa Bosi (1979), com um estudo inaugural utilizando as Histórias de Vida de pessoas velhas, pesquisando a memória como eixo norteador; a historiadora Aspásia Camargo (1983; 1984;), analisando as elites políticas no Brasil; e a socióloga Maria Isaura Pereira de Queiroz (1987;1983), que em muitas das suas pesquisas utilizou-se das Histórias de Vida como meio para encontrar e revelar o Brasil do ponto de vista sociológico.

As Histórias de Vida são um modo de investigação capaz de atravessar a oralidade, chegando nas arestas do que se quer investigar, trazendo uma totalidade de uma vida perseguida pelo pesquisador, com diálogos abertos e, por vezes, com fontes documentais diversas. Por isso, utiliza-se de mais de uma técnica.

[...] se define como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu. Narrativa linear e individual dos acontecimentos que ele considera significativo. Através dela se delineiam as relações com os membros de seu grupo, de sua profissão, de sua camada social, de sua sociedade global, que cabe ao pesquisador desvendar (Queiroz, 1987, p. 29).

Para Bom-Meihy (1996), há três modalidades de relato oral: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. Na história oral de vida, o sujeito tem maior autonomia para dissertar o mais livremente possível sobre sua experiência pessoal, a ele é dado espaço para que sua história seja encadeada segundo a sua vontade. Já na história oral temática, há maior objetividade, a partir de um assunto específico e preestabelecido, busca-se o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido. Ela tem características bem diferentes da história oral de vida, posto que detalhes da vida pessoal do narrador não interessam, não sendo úteis à informação temática central. Na tradição oral o foco é a permanência dos mitos, a visão de mundo de comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais asseguradas em referências do passado remoto, que se manifestam pelo folclore e pela transmissão geracional.

método, são produzidas - em geral - pelo relato oral. Porém, cabe destacar que esses modos de pesquisa citados são sinônimos entre si, então, para uniformidade desse texto, será utilizado sempre o termo Relato Oral para se referir às histórias orais ou produções de narrativas orais.

As histórias de vida são contadas a partir da memória; como um verdadeiro e permanente ato de retrospecto da vida cotidiana: a coexistência de tempos (passado e presente) – sendo que esses tempos são apresentados simultaneamente. Além disso, como postula Bosi (1979), o que é lembrado e escolhido é dito para, assim, se perpetuar na história da vida do sujeito, uma vez que:

[...] a memória permite a relação do corpo presente com o passado e, ao mesmo tempo, interfere no processo 'atual' das representações. Pela memória, o passado não só vem à tona das águas presentes, misturando-se com as percepções imediatas, como também empurra, 'desloca' estas últimas, ocupando o espaço todo da consciência. A memória aparece como força subjetiva ao mesmo tempo profunda e ativa, latente e penetrante, oculta e invasora [...]. [Ou seja], a memória é essa reserva crescente a cada instante e que dispõe da totalidade da nossa experiência adquirida (Bosi, 1979, p. 9-10).

Aqui, trata-se de uma memória restaurada coletiva de um grupo social distinto: os cirurgiões-dentistas. Mas não só isso, trata-se também das histórias individuais de cada entrevistado. Ou seja, uma via de mão dupla onde o coletivo é um todo de partes de histórias individuais. Buscando, em verdade, as experiências individuais e singulares. Assim, um dos aspectos mais instigantes desse tema, no contexto de um grupo social, é a tendência de se criar esquemas coerentes de narração e de interpretação dos fatos, como classifica Bosi (1979): verdadeiros universos de discurso, universos de significado, que dão ao material base uma forma histórica própria, uma versão consagrada dos acontecimentos. Schraiber (2019) considera que a memória social e coletiva é, por referência, o individual que a apreende. Assim, segundo a autora:

Cada relato é uma forma pessoal de se exprimir o grupo ou o social, o que cada pessoa conta e o modo como faz são construções que se determinam na vida em sociedade e, por isso, a interlocução produz sempre uma interpretação de quem relata, trabalhando o mundo exterior na própria subjetividade. Mas, seja relatando o presente, seja contando recordações, seu conteúdo não é exatamente único, mas uma experiência pessoal no interior de possíveis históricos bem determinados, que depende do modo pelo qual o narrador se posiciona socialmente e que lhe produz as concepções acerca da realidade experimentada, das quais lança mão em seu relato (Schraiber, 2019, p. 50 [tradução minha]).

Atualmente, as Histórias de Vida, enquanto método, foram adquirido maior espaço no mundo acadêmico: se confundem com as histórias temáticas e as tradições orais; podem designar muitas vias e modos de produção de conhecimento; ou seja, tudo vai depender do pesquisador, seu modo de análise e suas teses (Santos; Santos, 2008), mais incisivamente, da clareza do pesquisador quanto à escolha do método aplicado e à coerência e à persistência que ele utiliza quando está em campo e/ou na teorização e sistematização dos conceitos em discussão.

As histórias de vida podem oferecer para o pesquisador o explorar das relações da história individual com o contexto social, permitindo, como nenhuma outra técnica, apreender a influência mediadora dos pais, dos grupos de vizinhança, da escola e de outros grupos primários. São fontes dessas pesquisas, portanto, as pessoas, principalmente aquelas que podem falar de sua vida privada. Ferreira e Grossi (2004) afirmam que o processo de construção das Histórias de Vida significa passar por ações transformadoras. Transformações que podem ter o registro vivo, além de ter um sujeito que vive em seu contexto com tensões que emergem em sua história.

O relato oral em si, quando envolve uma História de Vida, pode entrar em questões e controvérsias; para Pereira-Neto, Machado e Montenegro (2007) essas informações precisam ser checadas, uma por uma; tal como num verdadeiro “inquérito policial”, coloca-se a informação em dúvida, à prova. Janotti (2010) diverge ao articular que, na maioria dos estudos em relato oral, prevalece, de forma geral, o que a autora chama de “**autoritarismo** do depoente”. Embora a autora se refira a um autoritarismo, entende-se, porém, o fato de que o pesquisador dá maior validade a essa ou aquela fonte, e se submete à veracidade dela como base para o discurso 'de verdade' que a ciência (conhecimento científico assim produzido) fará fundamentada nessa fonte empírica. O que prevalece quando o pesquisador assim faz é a maior autoridade dessa fonte frente às demais fontes existentes ou possíveis. Desse modo, prefere-se aqui o conceito de **autoridade da fonte** e não o de autoritarismo.

Entretanto, é ímpar salientar a diversidade evidenciada por essas pesquisas a partir da aceitação do sentido político metafórico da linguagem, do entrelaçamento dos conteúdos de um conjunto de relatos orais e até da possibilidade de existência de insuperável incompreensão entre o entrevistado e o entrevistador, conforme Guimarães-Neto (2008) e Siqueira (2008).

As Histórias de Vida foram inicialmente utilizadas no Brasil para contação e preservação da memória de grupos sociais marginalizados, principalmente durante a Ditadura Militar e início do processo de redemocratização. Também foi utilizada em experiências importantes de preservação da memória de comunidades sem alfabetização – garantindo a memória como direito. Assim, o relato oral se constitui como a maior fonte humana de conservação e difusão do saber (Queiroz, 1983).

Philippe Lejeune (1971), autor de *Je est un autre: Autobiographie*, descreve sobre as autobiografias, biografias e Histórias de Vida. Sobre a última, Lejeune afirmará:

[...] 'damos a palavra' de diversas formas, assim, inaugurando um novo gênero literário e um novo método: as Histórias de Vida. Podendo ser realizado com autores múltiplos, de diversas formas, constituindo essa a peculiaridade do gênero (Lejeune, 1980, p. 53).

Conforme Lejeune (1971), parte-se, portanto, do pressuposto de que as Histórias de Vida são um modo de produção de conhecimento, um método com técnicas vivas. Contudo, faz-se importante deixar em evidência que as Histórias de Vida podem ser assemelhadas às entrevistas, aos depoimentos pessoais, às autobiografias e às biografias, afinal, todas elas fornecem material para pesquisa sociológica e histórica. A distinção é que esses outros métodos têm tido, por opção, a utilização de grandes nomes como referência: lendas familiares, relatos de vocações e, quase sempre, de maneira apologética; ou seja, exaltando as qualidades deste ou daquele personagem (Lejeune, 1971; Queiroz, 1987). Em recente discussão, (re)situando as biografias como estudo que deve considerar o contexto mais amplo e o tempo histórico do biografado, Tarelow (2020) crítica essas opções anteriores de se fazer biografias.

Diante da diversidade na produção de narrativas para as Histórias de Vida, reafirma-se que este estudo, no que tange à produção de dados, é baseado em Schraiber (1993; 2008, 2019), quanto ao campo da saúde; e inspirado em Queiroz (1987) e Bosi (1979), quanto à produção de narrativas com pessoas longevas e comuns, em contraste com certa tradição de entrevistar as elites, como mostra o estudo de Camargo (1983). Assim, na produção dos dados empíricos, o massapé de sustentação desta etapa da pesquisa é a memória através das Histórias de Vida,

complementada pelos documentos, com foco específico nas vidas cotidianas do trabalho, tópico que será melhor abordado adiante.

Apesar de o narrador ser o protagonista da sua história, e só ele poder escolher o que quer falar e como falar, cabe ao pesquisador encontrar as nuances, os detalhes e ao mesmo tempo os contextos silenciados. Sem, entretanto, colocar o narrador no papel de interrogado, mas no lugar daquele que fala o que quer. E o pesquisador, na mesma direção, observa o que vai além dos ouvidos e salta aos olhos. Em outros termos, o narrador é como um artesão e a narrativa é fruto desse artesanato, tendo como matéria prima a comunicação. A narrativa, portanto,

[não] está interessada em transmitir o 'puro em-si' da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. Os narradores gostam de começar a história com uma descrição das circunstâncias em que foram informados dos fatos que vão contar a seguir, a menos que prefiram atribuir essa história a uma experiência autobiográfica (Benjamin, 1985, p. 205).

Na fase de produção de dados desta pesquisa, a condução foi ampla, contemplando todos os campos da vida dos narradores. Trata-se de uma produção necessariamente entre o narrador e o pesquisador, pois, o que os entrevistados se lembram são resquícios do passado ao ponto que se unem com as perguntas do entrevistador, ou seja, na *fusão de horizonte* (Alberti, 2019; Ayres, 2007).

A produção de narrativas através das memórias não é um ambiente totalmente controlado, sobretudo, pelo uso do seu instrumento primordial: a linguagem, que pode ser dita ou não dita. Existe, desse modo, uma interlocução direta entre aquele que quer falar e o que escuta. Ainda dentro desse caminho, o pesquisador tem uma série de questões que podem oferecer tensões na produção do depoimento daquele que se propõe a contribuir: o narrador. Isto é, tendo o resultado da memória, como uma **verdade-possível-provisória**¹⁰, irretocável na hora da produção das narrativas, pois foi narrada por quem se pretendeu falar, mas podendo ser **complementada** por fontes

¹⁰ Quanto à verdade-possível-provisória, admite-se a mudança de pensamento das pessoas e, ao mesmo tempo, a sua "unidade constante" (Bosi, 1979), ou, simplesmente, sua "memória pura", uma vez que essa memória é fruto feito dos valores do presente e das rupturas e continuidades históricas que ditam costumes em tempo e espaço.

documentais, e aliás – a própria narrativa depois de transcrita se transforma em documento, podendo ser analisada por outros pesquisadores.

Cabe destacar que o pesquisador pode se deparar com questões éticas fulcrais na relação passado-presente. Em outras palavras: o que poderia ser “admissível” no passado, hoje pode não ser visto como uma prática possível. Perante a ótica da cirurgia-dentária, por exemplo, o que hoje parece ser uma iatrogenia clínica, exodontias de dentes com pulpite,¹¹ pode ter sido uma solução eficaz para curar dor de dentes em outros tempos. Ou seja, relatar o fazer da prática de uma técnica como essa, pode, hoje, parecer criminoso e mutilador, afinal se tem a possibilidade da abertura de canal para o tratamento endodôntico¹².

Sobre a relação entre o narrador e o ouvinte, Walter Benjamin (1985, pg. 210-213) dirá:

[...] a relação [...] entre o ouvinte e o narrador é dominada pelo interesse em conservar o que foi narrado. Para o ouvinte, o importante é assegurar a possibilidade de reprodução. A memória [nesse contexto] é a mais épica de todas as faculdades. Somente uma memória abrangente permite à poesia épica apropriar-se do curso das coisas, por um lado, e resignar-se por outro lado [...]. Quem escuta a história está em companhia do narrador; mesmo quem [apenas] lê partilha dessa companhia.

Nesta mesma direção, Ricoeur (1978) reforça a relevância do enredo como uma malha cujos fios mediadores interligam os acontecimentos e o conteúdo da história; portanto, contando histórias é que os homens articulam suas experiências ao longo do tempo. O enredo dimensiona duas direções: a ordenação cronológica (episódica dos acontecimentos) e a forma de expressão que se quis dar à narrativa.

É bem verdade, por outro lado, que existe uma complexa relação entre uma vida vivida – uma vida como experiência – e uma vida contada, por isso, há cadeias de reflexão quando a vida é narrada. Também existe uma dificuldade de se tratar a diferença entre esses distintos planos. Como dirá Peter Pelbart (2000), a subjetividade evoca que, para lembrar, é preciso não só vivenciar como tornar conteúdos significativos. Recordar também contempla o experimentar do sujeito, no qual novas

¹¹ Tratamento de extração dentária (exodontia) em casos de dor de dente (pulpite).

¹² Tratamento atual de primeira escolha - em geral - para casos de pulpite.

dobras da subjetividade triscam o estofo do que antes era instituído na tradição contemporânea. Paralelo a certezas que se esvaem está “o abismo escancarado, que quebra irremissível no fio do tempo e no contorno da alma” (Pelbart, 2000, p. 33).

Acerca dos entrevistados, leva-se em consideração a totalidade de suas vidas; pela sua vida cotidiana e pelas formas de sociabilidade, entendendo, pois, suas escolhas de vida, percurso escolar e de trabalho como fontes de conhecimento para a produção efetiva de dados. No caso dessa pesquisa, uma narrativa histórica, portanto, baseada na memória, logo no que se lembra sobre, no que se pensa sobre suas retrospectões acerca da realidade, sua interpretação da realidade através do diálogo livre, aberto. Em outras palavras, entende-se o entrevistado como um sujeito doador de saber do passado, carregador das histórias de sua prática, suas prospecções, análises e situações de caso concreto. Assim, o que armaria o enredo seria o fato de que o mundo exibido por qualquer narrativa é sempre temporal. O tempo torna-se tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo: trata-se, então, de um tempo que alcança concretude através da realização subjetiva.

Dentro desses relatos subjetivos entre o ser e viver, acontecer e dizer e tantas outras dicotomias, as Histórias de Vida figuram como protagonistas. Segundo Pereira (2013), trata-se do modo de averiguação de relatos orais mais promissores e de maior interesse quando o desejo é contar a história de outrem. Porém, Hobsbawm (2000) pondera que esse tipo de história pode ser escorregadio para se preservar fatos; a questão é que a memória é menos uma gravação que um mecanismo seletivo; e a seleção - dentro de certos limites - é constantemente mutável. Em paráfrase a Hobsbawm, aquilo que o pesquisador lembra da sua graduação em Odontologia é diferente do que ele lembrava no ano passado e, de certo, será diferente quanto mais distante estiver do passado aludido. É provável que amanhã, ou no ano que vem, veja-se tudo diferente. Além disso, não se deve acreditar na utopia de que as Histórias de Vida são a própria “História”, trata-se de uma fonte e, como tal, necessita de interpretação e análise. Em nome do próprio pluralismo, não se pode querer que uma única entrevista ou um grupo de entrevistados deem conta de forma definitiva e completa do que aconteceu no passado, mas que esse grupo, definitivamente, indique um cenário determinado de tempo e espaço.

Assim, a reconstrução do pensamento não pode ser confundida com o próprio real. O real não é nem o concreto sensorial, sua primeira impressão pelos sentidos,

de forma caótica e fragmentada, nem o concreto pensado, resultado da racionalização de tal realidade. A realidade vivida - concreto real - é a totalidade complexa em permanente devir, síntese de múltiplas determinações e o conhecimento produzido, como movimento pensamento; é tentativa de apreensão racional de tal processo, entretanto um e outro não são meros espelhos. Nesse bojo, confere-se ao sujeito o poder de dizer, dizer-se, dizer-nos, o poder de resistir na sua singularidade, procurando apenas uma abertura dialógica. A atitude não é domesticar o sujeito, transformando-o em depoimento dado, mas dar mais nitidez aos horizontes e eixos da narrativa para se compreender como o mundo incita transformações

Caldas (2001) designa como cápsula narrativa uma organização em que homens e fatos se dispõem de modo fragmentado, heterogêneo, sem estrutura preestabelecida, na qual as temporalidades, aparentemente díspares, se superpõem. Não se trata de uma projeção do sujeito, mas um “texto vivo”, momento narrativo com suas “contradições insolúveis”, junção de rosto e massa, integração de “memória e esquecimento”, conjuração de “permitido e negado”. Pode-se apreender uma vida vivida e contada como uma escolha narrativa, ou seja, o ordenamento, o princípio, meio e fim, a partir de seu encadeamento, expressão de narrar e não de um ter vivido.

Gomes (2017, p. 313) acrescenta:

[...] as singularidades dos arranjos, seus constituintes e conformações nunca serão únicas, senão expressões de tendências mais ou menos homogêneas originadas da totalidade social. Cada sujeito é e não é único. Cada ideia, opinião, reflexão é e não é pessoal. É pessoal no sentido de que a forma como foi elaborada, produzida, expressa, foi ato singular, único, do sujeito em questão. Não é pessoal, pois, como consequência das inserções sociais em diversas condições coletivamente homogêneas, essas ideias e significações expressam tendências determinadas, mais ou menos predominantes no momento histórico e na formação social estudada [...] (Gomes, 2017, p. 313).

Bosi (1979) classifica a memória – em linhas gerais – em duas: a memória-hábito e a imagem-lembrança. Na prática, é como se o passado se conservasse atuando no presente, mas não de forma homogênea. Ou seja, o corpo guarda esquemas de comportamentos de que se vale muitas vezes automaticamente na sua ação sobre as coisas, uma memória dos mecanismos motores. Por outro lado, ocorrem lembranças independentes de quaisquer hábitos: lembranças isoladas, singulares, que constituem autênticas ressurreições do passado.

Em um extremo temos o tipo de memória em que sabemos 'de cor' os movimentos que exigem, por exemplo, o comer segundo as regras da etiqueta, o escrever, o falar uma língua estrangeira, o dirigir um automóvel, o costurar, o escrever a máquina, etc., ou seja **memória-hábito** faz parte de todo nosso adestramento cultural; [...] no outro extremo, a lembrança pura, quando se atualiza na **imagem-lembrança**, traz à tona a consciência de um momento único, singular, não repetido, irreversível, da vida [...], assim, tem data certa: refere-se a uma situação definida, individualizada, ao passo que a memória-hábito já se incorporou às práticas do dia a dia (Bosi, 1979, p. 11, grifo meu).

Isto posto, o modo de lembrar é tanto individual quanto social: o grupo transmite, retém e reforça as lembranças, mas o recordador, ao trabalhá-las, vai paulatinamente individualizando a memória comunitária – e no que lembra e como lembra – faz com que fique e, conseqüentemente, signifique. Diz a filósofa Marilena de Souza Chauí (1979), na apresentação do livro de Ecléa Bosi: o tempo da memória é social, não só porque é o calendário do trabalhado da festa, do evento político ou fato insólito, mas também porque repercute no modo de lembrar.

Portanto,

[...] o único modo correto de saber a forma predominante de um certo indivíduo é levá-lo para fazer sua autobiografia. A narração da própria vida é o testemunho mais eloquente dos modos que a pessoa tem de lembrar. É a **sua** memória (Bosi, 1979, p. 29).

Todavia, a seleção do que é lembrado pode ser entendido como o não dito, o omitido, ou simplesmente apagado propositalmente. Esses "não ditos", dizem. As fronteiras desses silêncios e "não ditos" com o esquecimento definitivo e o reprimido inconsciente não são estanques e estão em perpétuo deslocamento. Essa tipologia de discursos, de silêncios - e de alusões e metáforas - é moldada pela angústia de não encontrar uma escuta, de ser punido por aquilo que se diz, ou, ao menos, de se expor a mal-entendidos (Pollak, 1992). A título de exemplo, pode-se considerar nesses "não ditos" a prática clínica-cirúrgica inadequada, práticas - hoje vistas como - iatrogênicas cometidas por grupos específicos em dado tempo histórico, como já exemplificado acima. Neste ponto reside a importância de investigação dos silêncios e a triangulação com documentos, como poderá ser constatado mais à frente.

Como anuncia Hobsbawm (2000), o que desejamos saber é o “porquê”, em conjunto com “o quê” através das fontes. Entender, dessa forma, como era a prática de lidar com os dentes; entretanto, também se deseja saber como aquelas práticas eram mantidas, como se encaixavam no sistema da sociedade brasileira de cada época, e por que mudaram ou não mudaram. Assim, um grupo social delimitado, com seus próprios jargões, frutos de uma época determinada, pode gerar, pois, uma dificuldade na diversidade de falas; por outro lado, pela ausência de valorização e de preservação da memória (por órgãos de categoria, por exemplo), poderia haver um certo esquecimento generalizado de um fato dado - uma memória apagada - ou simplesmente uma omissão ou perda, pois não costumam ser assunto de pauta de tal grupo social. Além disso, tem-se a possibilidade de, mesmo vivendo uma realidade, colocar no campo da memória um fato contado de forma terceirizada, como diria Bosi (1978), “por ouvir dizer”.

Em uma certa convergência com abordagem durkheimiana, que consiste em tratar fatos sociais como coisas, a ênfase é dada à força quase institucional dessa memória coletiva, à sua duração, continuidade e estabilidade. Acentuam-se as funções positivas desempenhadas pela memória comum, a saber, de reforçar a coesão social, não pela coerção, mas pela adesão afetiva ao grupo, ou, nos termos de Pollak (1992), da “comunidade afetiva”. Porém, é ímpar ressaltar que esta pesquisa não utiliza - apenas - de Histórias de Vida. Faz-se uso das fontes documentais, como já citado acima e aprofundado no tópico abaixo.

1.2.2 FONTES IMPRESSAS: BREVES REFLEXÕES

Segundo De Luca (2019), até a chegada da Família Real em 1808, as tipografias eram proibidas no Brasil e os que se atreveram a violar as regras foram duramente perseguidos. Com a chegada da Corte portuguesa ao Brasil, Dom João instituiu um decreto criando a Imprensa Régia. A liberação da imprensa só se daria em 1821, momento que possibilitou a escritores e leitores brasileiros a abertura para uma multiplicidade de ideias e atitudes que lhes passaram a ser oferecidas todos os dias pelos jornais. O historiador Carlos Miranda (2017, p. 100) também endossa esse argumento: “até então, não se conhecia no Brasil nenhuma tipografia, inclusive livros”.

Dentro desse contexto, o Diário de Pernambuco¹³, começou a circular no dia 7 de novembro de 1825.

Isabela Lustosa (2006, p. 11) afirma que:

a liberação da imprensa possibilita a escritores e leitores brasileiros a abertura para uma multiplicidade de ideias e atitudes, e fez com que gente das mais variadas origens aproveitasse a porta aberta pela imprensa para se lançar na vida pública.

Desse modo, os então praticantes das mais variadas curas poderiam ser publicados e divulgados por meio de periódicos. Por outro lado, se tratando de uma prática pulverizada, praticada por diversos atores sociais de classes sociais diferentes, nem todos que acessavam o serviço de cura tinham acesso aos jornais, seja pelo valor, seja pelo simples fato de não serem alfabetizados. Só no breve século XX, conforme o trata Hobsbawm (2000), pela primeira vez na história a maioria dos seres humanos seriam alfabetizados. Produto desse maior acesso à imprensa escrita, aponta Hobsbawm (2000, p. 9): “à medida que o historiador do século XX se aproxima do presente, fica cada vez mais dependente de dois tipos de fontes: a imprensa diária ou periódica”.

E.P. Thompson (2010), em *Costumes em comum*, sinaliza que a imprensa poderia ter o papel de descaracterizar os **costumes** ou tradições que eram repassados pela via oral. Alerta-se aqui que esse aspecto tem importância nesta pesquisa, uma vez que as práticas ligadas à arte de lidar com os dentes eram pulverizadas, e, portanto, perpassadas também pelas práticas orais mais tradicionais, à margem das ditas “educações formais”, o que será aprofundado mais adiante.

A imprensa servia como um motor de aceleração do distanciamento entre gerações, atrapalhando, pois, o processo de transmissão de geração para geração. É verdade que não há registros que essas práticas eram repassadas de geração em geração por uma “escola”, mas sim no aprender-fazer, dessa forma, a oralidade não é fenômeno central nessa troca de saberes, embora importante para o entendimento

¹³ Diário de Pernambuco é um jornal publicado na cidade do Recife, no estado de Pernambuco, Brasil. É o mais antigo periódico em circulação da América Latina, fundado em 7 de novembro de 1825 pelo tipógrafo Antonino José de Miranda Falcão.

sistemático da problemática, afinal, o “fazer com as mãos” tem de ter uma oralidade com pano de fundo para esse repasse.

Diz Thompson (2010, p. 22):

Os costumes realizam algo - não são formulações abstratas dos significados nem buscam significados, embora possam transmitir significado. Os costumes estão claramente associados e arraigados às realidades materiais e sociais da vida e do trabalho, embora não derivem simplesmente dessas realidades, nem as reexpressem. Os costumes podem fornecer o contexto em que as pessoas talvez façam o que seria mais difícil de fazer do modo direto [...], eles podem preservar a necessidade da ação coletiva, do ajuste do coletivo de interesses, da expressão coletiva de sentimentos e emoções dentro do terreno e domínio dos que deles co-participam, servindo como fronteira para excluir os forasteiros (Thompson, 2010, p. 22).

Na década de 1970, ainda era relativamente pequeno o número de trabalhos que se valiam de jornais e revistas como fonte para a produção científica de conhecimento. Reconhecia-se, porém, a importância dos impressos para formular a “História da Imprensa”, mas relutava-se em mobilizá-los para a escrita da “História por meio da imprensa” (De Luca, 2019, p. 111). No movimento convergente do “boom” das fontes orais, as fontes escritas por meio da imprensa tiveram uma espécie de renovação temática a partir de um movimento chamado de “Nova História”, com a chamada Terceira Geração de Annales (Burke, 1991). Tratava-se de um deslocamento da História Total das coisas para uma fragmentação da própria história, vista como episódica.

Sobre isso, De Luca (2019, p. 111) descreve:

O historiador¹⁴ não é mais um homem capaz de construir um império. Nem visa mais o paraíso de uma história Global. Ele chega a circular em torno das racionalizações conquistadas. Ele trabalha nas margens. Sob esse aspecto, ele se torna um erradio.

Tratava-se, portanto, do abandono da ortodoxia economicista e do reconhecimento da importância dos elementos culturais (De Luca, 2019). A mesma historiadora destaca os autores mais importantes dessa História Nova: Raymond

¹⁴ Ressalta-se aqui que o pesquisador desta investigação não tem graduação em História, mas um lidar com essa abordagem em função da presente pesquisa.

Williams, Perry Anderson, Christopher Hill, Eric Hobsbawm e, sobretudo, E.P. Thompson. Foram também as contribuições trazidas por Jacques Le Goff que apresentaram a face mais evidente do processo de alargamento do campo de preocupação dos historiadores e que alteraram, inclusive, a concepção de documento e sua crítica.

Os aportes analíticos provenientes de outras Ciências Humanas, como a Sociologia, a Psicanálise, a Antropologia, a Linguística e a Semiótica, ao mesmo tempo em que incentivaram a interdisciplinaridade e traziam contribuições metodológicas importantes, forçavam o historiador a refletir sobre as fronteiras da sua própria disciplina, cada vez mais difíceis de precisar (De Luca, 2019, p. 112).

É nesse bojo que este estudo tenta realizar um complemento entre técnicas diferentes a partir de uma diversidade de fontes para criar uma narrativa histórica. Dentro dessa perspectiva, a fonte documental é analisada não como um papel imparcial, mas passa a ser visto como um monumento que é construído para perpetuar a recordação.

Alberti (2019, p. 183-184) aponta:

[O documento] é, antes de mais nada, o resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziu, mas também das épocas sucessivas durante as quais continuou a viver, talvez esquecido, ainda que pelo silêncio. O documento é uma coisa que fica, [...] deve ser em primeiro lugar analisado, desmistificando-lhe o seu significado aparente. O documento resulta do esforço das sociedades históricas para impor ao futuro - voluntária ou involuntariamente - determinada imagem de si próprias. No limite, não existe um documento-verdade. Todo documento é mentira. Cabe ao historiador não fazer o papel de ingênuo [...], assim, é preciso desmontar, demolir esta montagem, desestruturar esta construção e analisar as condições de produção dos documentos.

Michel Foucault (2008) converge nessa direção quando relata que os problemas da história podem se resumir numa só expressão: o questionar do documento. Em outras palavras: o documento não é o feliz instrumento de uma história que seja - em si própria e com pleno direito – memória; a história é uma certa maneira de uma sociedade dar estatuto e elaboração a uma massa documental de que não se separa.

Assim, o dever principal do pesquisador/historiador, ou aquele que se propõe a escrever história, é fazer a crítica ao documento, mas não de forma horizontal, cronometrada, mas de modo irregular, abstrato, a depender do documento e sua transformação em monumento – sem deixar de lado, porém, as condições de sua produção. É um esforço para compreender essas condições e reconhecer, sobretudo, as distâncias entre os documentos e a ficção. Ou seja, buscar a materialidade do documento.

Desse modo, é obrigatório o conhecimento profundo da história do complexo documental, com questionamentos básicos que Janotti (2019) elenca: sob quais condições aquele documento foi redigido? com que propósito? Por quem? Por fim, contextualizar o documento. Como já relatado, cabe ao pesquisador não entrar na ingenuidade de acreditar que algumas imprecisões não demonstram o interesse de quem as escreveu ou falou, no caso das Histórias de Vida. O que é falado fala, o silêncio fala, e mal falado também fala: portanto, tudo isso é objeto de análise histórica. É um verdadeiro diálogo entre o pesquisador e a fonte e neste diálogo existe uma troca; seja na sua relação interna de saber – portanto, criando um conceito dentro dos seus parâmetros: avaliando, sobretudo –, seja pela mudança permanente do próprio pensamento do pesquisador a partir do momento em que ele observa, reflete, deduz, indaga e constrói um outro saber; ou melhor, acumula um saber, criando um ciclo, um novo parâmetro. A análise das fontes, por fim, é uma metamorfose horizontal de seu tempo, espaço e de quem analisa e/ou produz.

Levando em consideração que o referencial teórico desta pesquisa é inspirado em Schraiber (2019), no que se refere ao modo de produção de dados, precisa-se relatar algumas assimetrias temporais entre nossos estudos: o contexto teórico que Schraiber teve para construção da sua pesquisa foi outro, a saber: ela dispunha de um relativo arcabouço documental sobre a prática médica, além de estudos históricos prévios sobre o saber e prática de médicos. O caso deste trabalho é um pouco diferente: existe uma discreta produção teórica sobre a prática de lidar com os dentes e sobre as odontologias. Ante o exposto, foi necessária uma pesquisa através de fontes históricas documentais das mais diversas, em especial o periódico de mais antiga circulação no Brasil: Diário de Pernambuco; além de livros inéditos garimpados em sebos e/ou doados por entrevistados.

Dentro desse contexto, de forma orgânica, alguns dos entrevistados disponibilizaram seus convites de formatura, onde apareciam os nomes dos membros da turma de faculdade; isso acabou sendo um gatilho para indicação de novos entrevistados. Também partilhavam revistas de época que tratavam sobre o assunto, como o periódico de Odontopediatria, lançado no primeiro Congresso de Odontopediatria do Brasil, que aconteceu em Recife, por interlocução do Dr. Edrízio Pinto¹⁵. Em paralelo, fez-se uma longa pesquisa nos sebos¹⁶ em busca de livros antigos que contassem a história dessa prática. É a partir desse ponto que se entende a pesquisa como um caminho ampliado. Por um lado, abarcando um tempo histórico maior; por outro, focando em apenas uma capital do Brasil: Recife¹⁷. Ou seja, os questionamentos que foram gerados na parte inicial deste capítulo não seriam respondidos apenas pelo relato do vivido. Era necessário um profundo e intenso mergulho nos documentos, mas não só isso. É necessário entender cada documento enquanto fonte, e, assim como as Histórias de Vida, estes precisam ser questionados, ser historicizados.

Vale ressaltar, portanto, que tanto as Histórias de Vida, enquanto material transcrito, quanto os documentos impressos selecionados fazem parte desse questionamento horizontal de fontes. Ambas as técnicas de produção de dados, pois, foram questionadas na tentativa de criar uma narrativa histórica sobre a prática de lidar com os dentes. De antemão, os escritos através dos periódicos não revisitam de forma literal a prática de lidar com os dentes - levando em consideração suas contextualizações; mas seus silêncios podem falar mais do que nunca.

¹⁵ Cirurgião-Dentista fundador da Faculdade de Odontologia do Recife, hoje vinculada à Universidade de Pernambuco. Era ligado à extrema Direita em Pernambuco, que ajudou na efetividade do Golpe Militar de 1964. Também trabalhou no Ministério da Saúde durante os governos militares (Aranha-Rossi, 2018).

¹⁶ Local de venda e troca de livros usados.

¹⁷ A escolha de Recife como base empírica desta pesquisa surgiu tanto da minha identidade, uma vez que foi o local em que cursei a graduação, quanto da viabilidade em operacionalizar o trabalho de campo da referida cidade. Significativo foi o apoio da Professora Márcia Dantas Cabral de Melo - que foi a indutora para a *bola de neve*, técnica explicada mais adiante, usada para identificar entrevistados que aceitassem partilhar suas Histórias de Vida. Era também intenção inicial realizar o mesmo estudo posteriormente para o exercício profissional em odontologia na cidade de São Paulo, até mesmo pelo contraste das respectivas transformações históricas em termos tecnológicos e da produção empresarial das práticas de saúde. Essa ainda é uma trajetória possível e de interesse futuro. Por fim, há que se considerar que essa história para Recife não foi ainda realizada e a cidade foi palco de importantes acontecimentos na história do Brasil, bem como espelho do processo de modernização do país. Esses fatores, portanto, justificaram o aprofundamento do estudo ainda restrito à cidade de Recife.

1.2.3 CAMINHOS DE UMA RESTAURAÇÃO

Com a ausência de estudos sobre a relação do agente com sua prática na perspectiva sócio-histórica, não fazia sentido trazer (apenas) como contribuição uma história mais recente (1950-1980) da odontologia, como apresentado no projeto de pesquisa original. Trata-se da necessidade de se aproximar das origens dessa prática, buscando mesmo que brevemente, como ela se formou, quais foram as suas influências, o que os povos nativos já realizavam, o que os jornais e documentos de época relatavam e o que os pretos escravizados trouxeram de suas terras. Tal necessidade está relacionada ao melhor entendimento da própria história mais recente.

Então, apesar do período histórico estudado ser baseado nas histórias de vida de profissionais formados entre 1950-80, optou-se por realizar uma pesquisa documental em diálogo com uma revisão de literatura sobre as práticas anteriores ao período estudado, em particular, as práticas de lidar com os dentes, pois ainda não poderíamos delimitá-las como uma odontologia, ou melhor, como uma profissão odontológica moderna baseada em conhecimento científico.

Além disso, como dito anteriormente, o método de Histórias de Vida é incapaz de delimitar tempo-espço, afinal o relato dado é sempre uma história contada do passado, mas se fazendo como avaliação do presente e refletindo as perspectivas futuras do campo de prática. É um verdadeiro movimento de ir e vir, embasado na memória.

As narrativas dos entrevistados foram produzidas por meio de temas amplos como guia, em torno a 6 (seis) núcleos de exploração: no primeiro núcleo, que diz respeito à formação universitária do cirurgião dentista, vai se considerar a dependência e autonomia por referência às escolas de medicina. No segundo núcleo, que diz respeito ao mercado de trabalho, vai se considerar os processos de assalariamento dos cirurgiões-dentistas também em contraste com os médicos. No terceiro núcleo, investiga-se o surgimento dos órgãos reguladores da ética de trabalho, somando-se à formação mais complexa universitária, igualmente em contraste com a medicina. O quarto núcleo examina determinadas especializações da

odontologia em contraste com áreas de fronteira como a medicina. Quanto ao quinto núcleo, trata-se do impacto do desenvolvimento tecnológico e sua incorporação à prática odontológica. Finalmente, o sexto núcleo examina o ingresso da profissão odontológica no setor público de prestação de serviços e os impactos das políticas públicas em saúde bucal sobre o trabalho odontológico. Esses núcleos, estarão apresentados não separadamente, mas em um conjunto de “resultados” da tese, de forma transversal, entendo, pois, que esses eventos relatados estão em íntima ligação, uns com os outros, sendo impossível a dissociação entre eles. Isto é, a formação de núcleo se torna importante para a esquematização quase que pedagógica para o entendimento, o que não se dá necessariamente dentro da complexidade prática dos fatos ocorridos.

Outra questão explorada, mais do ponto de vista documental do que nas Histórias de Vida, é a passagem da Odontologia para o estatuto de profissão, explorando-se o período dos anos 1932 a 1964, em especial, uma vez que é o espaço de tempo entre a fundação do Sindicato dos Dentistas do Recife e a fundação do Conselho Regional de Odontologia, respectivamente.

A partir desses seis núcleos de problemáticas supracitados, que serão melhor conhecidos ao longo deste trabalho, é que foi estruturado o amplo roteiro que consta nas entrevistas que produziram as narrativas dos sujeitos investigados. Desse modo, partimos em busca do melhor informante, ou seja, aquele que quis falar sobre sua vida de trabalho na Odontologia. Definimos a cidade do Recife, como já dito.

A seleção se deu através da técnica de captação por “bola de neve”, em que cada entrevistado indicaria o próximo. Como critério de seleção, deveriam ter, no entanto, uma experiência prática no mercado entendido como liberal, ou seja, seriam cirurgiões-dentistas comuns que exerceram a prática em consultórios privados e públicos. Intenta-se também entrevistar os profissionais mais longevos, em função disso, escolheu-se o período de formação entre 1950-1980.

Priorizou-se profissionais com longas trajetórias no mundo de prática e de trabalho em odontologia, posto que assim recomendam as pesquisas de Bosi (1983) e Schraiber (2019). Conforme Gomes (2017), o tempo de vida não é desprezível na constituição como informante privilegiado dos processos sociais e culturais existentes em formações sociais determinadas. Por outro lado, é importante ter em mente que o

fato da longevidade pode caracterizar uma “cristalização na consciência de relações historicamente superadas” (Gomes, 2017; p. 316). Em outros termos: o narrador longevo pode identificar-se mais com épocas passadas do que com o presente, podendo criar uma verdadeira “cristalização” no discurso narrado.

No mesmo sentido, homens e mulheres longevos, com alta experiência de trabalho, tem em si uma autoridade subjetiva e uma sinceridade que os faz descrever sua própria história natural (Benjamin, 1985). Segundo o autor, pessoas velhas, por terem uma proximidade natural maior com a morte, sancionam toda verdade que possa ser expressa. Nas palavras de Walter Benjamin (1985, p. 208): “a morte é a sanção de tudo que o narrador pode contar. É da morte que ele deriva sua autoridade”.

Em vista disso, poderia haver uma cristalização na percepção de um único modo de “se fazer odontologia”. Devido à metamorfose da prática, principalmente ligada às mudanças tecnológicas no mundo do trabalho e sua aplicação no fazer odontológico, optou-se também por cirurgiões-dentistas não somente longevos, mas que pudessem ainda atuar em consultório odontológico no momento da entrevista, não excluindo, contudo, os aposentados.

Os diálogos foram gravados e versavam sobre uma gama de questões que variavam desde a história pessoal – familiar, até os motivos pelos quais esses profissionais escolheram a profissão, além da sua organização interna da prática e a relação com o mercado de trabalho. Foram, no entanto, privilegiadas três dimensões escolhidas como categorias de análise: o mercado de trabalho; o interior da organização do trabalho cotidiano nos serviços de saúde (seja público ou privado); e a prática técnica propriamente dita; que foram destrinchadas nos seis núcleos temáticos já mencionados.

Em segundo plano, também foram analisadas as relações entre, de um lado, o ensino e a prática odontológicas, e de outro lado, o ensino e a prática da medicina. Ao compreender essas relações, pode-se evidenciar a dinâmica das relações históricas dessas duas profissões, que ora estão em íntimo contato, ora se afastam; sendo ainda possível refletir quais os signos que continuaram ao longo do tempo, tanto marcando a esfera do ensino quanto a da prática no mundo do trabalho, que em odontologia marca-se pela influência da medicina. A busca do presente trabalho também é

compreender quais os motivos dessa “dança” na procura da autonomia pela prática odontológica.

Sobre as Histórias de Vida, sabe-se que o documento produzido através das transcrições dos áudios gravados são uma “pálida cópia da realidade”, como afirma Queiroz (1987). E é sobre essa pálida cópia que trabalhei e aprofundei as problematizações dentro da tese. Gomes (2017), ao mesmo modo, afirma que uma cópia quase perfeita pode não garantir o objetivo de compreensão dos processos, posto que nem sempre o essencial se alcança pela simples observação de seus desdobramentos mais visíveis, mais explícitos, mas tendo o pesquisador um papel ativo na produção do conhecimento, ou seja, torna-se irrealizável, por conseguinte, seu isolamento completo perante a realidade em que vive e da qual recorta seus objetos de estudo, tornando-se, na prática, impossível a ciência livre de valor.

Assim as Histórias de Vida, no contexto da recuperação histórica, seriam insuficientes. Não pela falta de confiabilidade do que se fala, mas para dar corpo a uma construção histórica e criação de uma narrativa. Desta forma, faz-se necessária a busca por documentos históricos (Ferreira; Grossi, 2004). No interior dessa aproximação, pode-se observar que as histórias devem ser dialogadas com narrativas documentais, abarcando os mesmos seis núcleos de questões ou temáticas. Trata-se de um diálogo entre as Histórias de Vida e os documentos, construindo uma narrativa histórica mais completa – na medida do possível. Em suma, a simbiose entre as Histórias de Vida e a documentação histórica é essencial para não só trazer mais informações, mas novas perspectivas do real, tal qual um objeto em 3D, posto que se analisa pelos documentos, pelas Histórias de Vida e pela intersubjetividade narrador-pesquisador.

Por fim, fazem-se necessárias algumas considerações sobre o momento de análise do material produzido. Quando se trata de Histórias de Vida, a intervenção do pesquisador deve ser mínima na produção das narrativas, ao contrário do momento da análise, visto que se deve proceder a leitura rigorosa do material para decidir as interpretações que serão feitas; além de agrupar as falas dentro das categorias pré-estabelecidas e, eventualmente, criar outras. É importante também assumir a fisionomia da entrevista, ou seja, garantir no momento da transcrição do áudio, assim como na direção interpretativa pela leitura do documento já escrito, que exista fidelidade ao que o narrador relatou. Em cada um desses momentos, a leitura do

material terá um novo sentido, portanto, uma nova fisionomia, como afirma Queiroz (1987). Afinal, na pesquisa qualitativa, tudo tem um significado que demanda, por consequência, uma análise exaustiva do material produzido. Todavia, esses detalhes só fazem sentido dentro do contexto da entrevista, uma vez que não podem e não devem ser analisados separadamente, pois só assumem o real significado quando relacionados com o todo. Daí a importância de que o pesquisador busque a maior impregnação do pensamento do narrador em seu relato, garantindo a fidelidade acima mencionada.

Segundo Schraiber (2019), as Histórias de Vida têm duplo caráter: o de dado empírico para interpretação posterior, ou seja, podendo ser usado como dado secundário por outros pesquisadores e com outras interpretações; e o de resultado final, enquanto dado primário do estudo que o produz. Além disso, conforme a autora, a publicação das Histórias de Vida produzidas já seria uma dada condução interpretativa. Assim, as narrativas podem ser simplesmente apresentadas pelo seu relato ou podem ser objeto de uma segunda interpretação pelo pesquisador que as produziu, como neste caso.

Para analisá-las, portanto, como diz Schraiber (2008), é preciso conhecer cada história inteira para poder confrontá-la com a outra e impregnar-se de cada uma a ponto de se conhecer a pessoa que conta e seu pensamento. Assim, o destaque do fragmento ao longo do texto pressupõe que se tenha apreendido a totalidade e, nela, o sentido de cada um. É evidente que, em um segundo momento, volta-se para apreensão das dinâmicas, relações e fenômenos que permeiam e atravessam as histórias singulares, procedendo-se à "análise transindividual" dos depoimentos, como aponta Gomes (2017, p. 315). Nesse contexto, a análise acontece durante toda a realização do trabalho de campo, em que o investigador só deve parar quando conseguir construir uma representação de seu objeto, que passará depois por um construto de segunda ordem, composto pelo olhar compreensivo e interpretativo do investigador, em que o objeto de estudo será analisado, isto é: situado, contextualizado e teorizado (Minayo, 2010). Em outras palavras, a construção da narrativa histórica se compõe das Histórias de Vida e dos documentos.

Gomes (2017), amparado pelo filósofo Henri Lefebvre (1991), destaca que a compreensão dos fenômenos deve necessariamente compor a apreensão do real, porém, à medida que nos aprofundamos, faz-se inevitável a superação do nível das

aparências, integrando o objeto no todo mais amplo e multideterminado, a fim de se alcançar a essência dos processos. Uma vez feito esse percurso, as próprias aparências passam a ser vistas não mais como obstáculos ao alcance das determinações, mas como um aspecto da própria essência, produzido pelo movimento desta e componente do todo complexo, integrado e processual.

Cabe ressaltar que cada História de Vida estudada traz em sua singularidade a síntese entre o social e o particular-individual, cabendo ao pesquisador a tarefa de identificar e apresentar essa síntese. Os fenômenos sociais do trabalho são como sínteses de determinados contextos, influenciando o plano individual assim como este plano compõe a dimensão mais macro da totalidade em que se insere. Portanto, o mundo (produto do humano) como totalidade atua na gênese do fazer e do agir, em outros termos: o mundo é produto e produtor do humano (Lukacs, 2012). Tal relação, no presente estudo, é considerada quanto à conexão entre o mundo do trabalho e os profissionais.

Tomadas as devidas precauções, mesmo sabendo que não existe receita pronta para a análise de documentos, assim, De Luca (2019) faz algumas sugestões que foram aceitas neste estudo para análise dos documentos obtidos: localizar a(s) publicação(ções) na história da imprensa; atentar para as características de ordem material (periodicidade, impressão; papel, uso/ausência de iconografia e de publicidade); assenhorar-se da forma de organização interna do conteúdo; caracterizar o material iconográfico presente, atentando para as opções estéticas e funções cumpridas por ele na publicação; caracterizar o grupo responsável pela publicação; identificar os principais colaboradores; identificar o público a que se destinava; identificar as fontes de receita; analisar todo o material de acordo com a problemática escolhida.

Dessa relação individual-contexto funda-se a análise dos dados produzidos, articulada à *fusão de horizontes* com os referenciais do pesquisador, tal como indicado pela linha *hermenêutica* de interpretação (Gadamer, 1997; Ayres, 2007). Desta forma, constrói-se um diálogo em direção à contribuição teórica sobre o trabalho odontológico como trabalho cotidiano e como trabalho em saúde; quer das fontes documentais; quer das fontes orais (Histórias de Vida). É dentro desse contexto que se aplicará a triangulação de métodos, para uma restauração histórica de uma prática de trabalho, pois apenas com esse conjunto de técnicas emaranhadas é possível uma

reconstrução de cenários nos quais se desenvolvem múltiplas e complexas relações e tensões entre agentes de trabalhos, instrumentos, instituições e usuários de serviços de saúde.

Em contrapartida, faz-se inevitável um certo tratamento no texto já transcrito, posto que é importante eliminar as repetições e deixar claro as posições do entrevistado, sobretudo o que vem a ser avaliações e acontecimentos. Em algumas pesquisas é importante a análise das pausas, paráfrases, rupturas linguísticas e afins, porém, este não é o caso. Desta forma, reitera-se que o trabalho de edição exige a definição de critérios de editoria e forma de publicação, além de, conforme em Schraiber (2019), é necessário respeitar o princípio do anonimato. Exclui-se do texto final, também, as intervenções do pesquisador.

As fontes documentais aqui utilizadas são as mais variáveis possíveis entre textos literários e periódicos, geradas pela produção da burocracia estatal, além da doação dos próprios entrevistados. Trata-se de um desafio, afinal, transformar esses excertos em documentos é deliberadamente desconstruí-los, questioná-los, ver e rever suas fichas técnicas e suas influências, sobretudo nos periódicos.

Assim como a abordagem pelas Histórias de Vida apresenta um conjunto de questões metodológicas para o pesquisador, o mesmo ocorre com as fontes documentais. Uma primeira questão foi a ênfase dada principalmente aos anos que antecedem a vida de trabalho dos entrevistados nas Histórias de Vida (1950-1980). A ênfase se deu levando em consideração ser o Diário de Pernambuco o jornal mais antigo em circulação no campo geográfico estudado. Em outras palavras, pode-se ler nos periódicos as opiniões de seus donos e uma certa representação que o periódico faz de seus próprios leitores, ou seja, escreve-se quase sempre o que se quer que o público-alvo do periódico leia, tendo uma imagem do que a população alvo gostaria de ler. Nesse contexto, buscou-se uma abordagem mais crítica das fontes documentais.

Já as fontes literárias, as historiografias, foram buscadas através de sebos, bibliotecas e quase sempre indicadas pelos próprios entrevistados. Assim como os periódicos, elas precisam ser questionadas, “colocadas contra a parede” e comparadas com outras fontes documentais, se possível. Na tabela abaixo, estão apresentados os livros:

Tabela 1 – Fontes documentais

Título	Autor	Editores	Ano
História da Odontologia Brasileira	José R. Melo	Bagaço	1984
Efemeridades Médicas Pernambucanas	Leduar Rocha	Prefeitura de Recife	1953
História da Odontologia em Pernambuco	Leduar Rocha	Imprensa Oficial	1963
História Pitoresca do Recife Antigo	Mario Sette	CEB	1948
Dentistry: an illustrated history	Malvin E. Ring	Library of Congress	1985
História Anecdótica de la Odontología: a través del arte y de la literatura	Arqués Miarnau	Salvat Editores	1945
Odontologia Social	Mário Chaves	Labor do Brasil	1977
História da Odontologia no Brasil	E. Salles Cunha	Científica	1952
Episódios da História da Odontologia	Mary Camardelli	Helvécia	2004
História das Faculdades de Direito e Odontologia de Caruaru	Luiz P. da Silva	O estado de São Paulo	1981

Fonte: o autor (2023).

Também foram utilizados documentos oficiais, seja relativo ao tempo da América Portuguesa¹⁸, seja ao tempo do Império ou do início da República. Essas fontes devem ser examinadas quanto ao seu contexto de publicação e a posição política de seus formuladores enquanto agentes do Estado. Foram aqui utilizados os volumes disponibilizados digitalmente pelo Senado Federal e que compreendem períodos mais remotos e de difícil acesso. Esses decretos/leis extravagantes oficiais estão a seguir:

¹⁸ Adota-se o termo de América Portuguesa, em substituição ao termo “Brasil Colônia”, entendendo, pois, que não havia uma noção de território brasileiro definido à época, nem mesmo uma noção de brasilidade.

v. 1 t. 1. de ll., alvv., etc. que compreende os Reinados de Filippe II e III, e o do Senhor D. João IV -- v. 1 t. 2. de decrett., cartt., etc. que compreende os Reinados de Filippe II e III, e os dos Senhores D. João IV, D. Affonso VI, D. Pedro II, e D. João V -- v. 2. t. 1. de ll., alvv., etc. que compreende os Reinados dos Senhores D. Affonso VI, Dr. Pedro II, e D. João V -- v. 2. t. 2. de decrett., cartt., etc. que compreende o Reinado do Senhor D. Jose I. até o anno de 1761 inclusivamente -- v. 3. de ll., alvv., etc. que compreende o Reinado do Senhor D. Jose I. até o anno de 1756 inclusivamente -- v. 4. de ll., alvv. etc. que compreende o Reinado do Senhor D. Jose I, desde o anno de 1757 até o de 1761 inclusivamente (Brasil, 2020).

A propósito do uso da imprensa como fonte documental, Tânia de Luca, em diálogo com um ensaio de Eric Hobsbawm, *A história de baixo para cima*, traz importantes considerações sobre a influência desses documentos nas pesquisas e o papel do pesquisador/historiador ante eles, relatando o período anterior a 1970, quando havia um receio na utilização de fontes documentais, tais como os periódicos. Evidentemente que esse desprezo era consequência de uma certa “tradição” na produção da História no Brasil, que até então era baseada na impessoalidade, neutralidade, além de distâncias temporais do seu próprio tempo. Assim, De Luca (2019) assinala:

Nesse contexto, os jornais pareciam pouco adequados para a recuperação do passado, uma vez que essas "enciclopédias do cotidiano" continham registros fragmentários do presente, realizados sob o influxo de interesses, compromissos e paixões. Em vez de permitirem captar o ocorrido; dele forneciam imagens parciais, distorcidas e subjetivas (De Luca, 2019, p. 111).

E complementa a autora:

O abandono da ortodoxia economicista, o reconhecimento da importância dos elementos culturais, não mais encarados como reflexo de realidades mais profundas, o que era comum em leituras reducionistas, e a verdadeira revolução copernicana efetuada por Thompson ao propor que se adotasse a perspectiva dos vencidos, a história vista de baixo (*history from below*) (De Luca, 2019, p. 117).

Trata-se, portanto, da história das pessoas comuns. Eric Hobsbawm, em ensaio escrito originalmente em 1985, mas compilado em forma de livro em 2000 para o português, afirma que a maior parte da História no passado era escrita para a

glorificação e talvez para uso próprio dos governantes. De fato, certas modalidades de história ainda possuem essa função.

A história de pessoas comuns como campo específico de estudo, portanto, começa com a dos movimentos de massa do século XVIII [...] tendo como primeiro exemplo a recontagem da revolução francesa por Michelet, sendo essa história revitalizada pelo socialismo e pelo marxismo, principalmente após o jacobinismo (Hobsbawm, 2000, p. 22).

É justamente contar sobre pessoas comuns a que esse estudo se propõe. É verdade que os entrevistados desta pesquisa detinham algum tipo um *status* mais elevado que a maioria dos profissionais da sociedade – considerando sua formação universitária. Mas também é verdade que essa prática não era apenas realizada por pessoas com formação universitária, de origem europeia, etc. Trata-se, como já dito, de uma prática pulverizada por diversos agentes, o que incluía pretos escravizados, diversos artesãos de ofício, além de médicos formados em escolas da Europa. Tal paradoxo será mais bem problematizado no decorrer da tese.

De Luca (2019) ainda destaca que, dentro desse contexto do estudo do homem comum, a história do movimento operário desfrutou de grande prestígio nos círculos acadêmicos brasileiros especialmente entre 1970 e 1990, e encontrou na imprensa uma de suas fontes privilegiadas. Agora não se tratava mais de lidar com jornais de cunho empresarial, capazes de influenciar a vida política, mas de manejar folhas sem periodicidade ou número de páginas definidas, feitas não por profissionais, mas por militantes abnegados, por vezes redigidas em língua estrangeira, sobretudo italiano e espanhol, impressas em pequenas oficinas, no formato permitido pelo papel e máquinas disponíveis, sem receita publicitária e que, no mais das vezes, contava com subscrição dos próprios leitores para sobreviver.

1.3 DAS FONTES ORAIS: O ECO DE ANTIGAS PALAVRAS/ FRAGMENTOS DE CARTAS, POEMAS/ MENTIRAS, RETRATOS/ VESTÍGIOS DE ESTRANHA CIVILIZAÇÃO

Neste capítulo serão apresentadas as Histórias de Vida ¹⁹dos cirurgiões-dentistas, Adilson, Eliane, Gilberto, Heraldo, Hilda, Isaura, José, Judas, Judith, Juliana, Maria, Pablo, Peixoto e Samuel²⁰. Todos formados em Pernambuco²¹, entre os anos de 1950 e 1980.

O quadro abaixo apresenta esses personagens.

Quadro 1 - Identificação dos entrevistados no campo de Recife, Pernambuco, 2020

ENTREVISTADO	IDADE	FORMAÇÃO	LOCAL	ESPECIALIDADE	ATIVIDADE
Dr. Adilson	85	1957-1959	UFPE/UNIVERSIDADE DO RECIFE	Dentística	1959 - 2023
Dr. Peixoto	73	1971-1974	UFPE	Cirurgia buco maxilo facial	1974 - 2023
Dra. Hilda	89	1953-1955	UFPE/UNIVERSIDADE DO RECIFE	Clínica geral / adm	1955 - 2023
Dr. Gilberto	78	1967-1970	UPE/FOP	Endodontia	1971 - 2015
Dr. Heraldo	68	1976-1979	UFPE	Dentística	1979 - 2023
Dra. Eliane	85	1951-1953	UFPE	Radiologia	1953 - 1995
Dra. Judith	68	1976-1979	UPE/FOP	Odontopediatria	1979 - 2023
Dra. Maria	65	1976-1979	UFPE	Odontopediatria/ saúde coletiva	1979 - 2012
Dra. Juliana	63	1977- 1980	UPE/FOP	Prótese buco maxilo facial	1980 - 2023
Dr. Judas	70	1974 - 1977	UPE/FOP	Endodontia	1977 - 2000
Dr. José	80	1967-1970	UFPE	Clínica geral	1970 - 2023
Dr. Samuel	69	1971-1975	UFPE	Clínica geral	1975 - 2023
Dr. Pablo	86	1959-1961	UPE/FOP	Clínica geral	1961 - 2002
Dra. Isaura	79	1964-1968	UFPE	Clínica geral	1968 - 2023

Fonte: o autor (2023).

¹⁹ Cabe ressaltar que as entrevistas foram produzidas antes do início da Pandemia de COVID-19 no Brasil, fato este que possibilitou o processo de produção de dados de forma presencial.

²⁰ Por questões éticas, os nomes originais dos entrevistados foram preservados no anonimato.

²¹ As escolas em questão são: Escola de Odontologia do Recife, hoje Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; e a Escola de Odontologia de Pernambuco, hoje Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP, ligada à Universidade Estadual de Pernambuco – UPE.

São esses os agentes protagonistas cuja narrativas apresentam as continuidades e rupturas históricas de uma mesma prática: a odontologia. Esses profissionais tiveram/têm inserção no mercado de trabalho através do consultório particular; alguns durante toda a vida, outros mudaram de ramo, alguns foram para a docência, mas suas histórias sempre giram em torno do seu “corpo” de trabalho: o dente (Botazzo, 2000). Outra questão distinta, mas que une todos os entrevistados é a de serem especialistas - dentro de suas particularidades - das primeiras especialidades em odontologia: Clínica Geral, Odontopediatria, Radiologia, Periodontia, Endodontia, Dentística, Cirurgia e Prótese²². Essas Histórias de Vida de Trabalho falam também da visão dos narradores, sobre o tempo atual e sobre seu passado, o que igualmente foi alvo de interpretação.

Dr. Adilson, nasceu em 1937, paraibano, filho caçula de uma família tradicional do interior, sempre estudou nas melhores escolas de Recife. Tinha como primeira opção a Medicina, mas optou pelo curso de Odontologia sob influência de um amigo, em 1959. Ao fim da graduação, em 1962, foi realizar uma especialização na Universidade de São Paulo, mas quando regressou, teve que assumir os negócios da família. Só em 1965 abriu as portas do seu consultório no Centro da Cidade de Recife. Por influência de um forte docente da época, foi convidado para ser estagiário da Disciplina de Dentística, na qual começou uma carreira acadêmica em 1968. Logo em seguida foi indicado para realizar Mestrado na USP, quando regressou, foi contratado como professor efetivo da faculdade onde estudara na graduação. Porém, sempre manteve seu consultório em paralelo, até o ano de 2020. Sempre tentou se atualizar às novas tecnologias impostas pelo mercado da odontologia. Principalmente por ser ligado à disciplina de dentística, em que, com a ascensão do mercado da borracha na segunda metade do século XX, teve grandes mudanças nos materiais dentários restauradores. Também tinha relação próxima com os donos de empresas de instrumentais odontológicos, que lhe financiaram diversas viagens ao exterior.

²² Chamamos de especialidades base, levando em consideração o processo de especialização da odontologia, através da institucionalização das especialidades pelo Conselho de categoria regulador – Conselho Federal de Odontologia; para além, sua aplicabilidade nos currículos de formação escolar da época de cada entrevistado. Cabe ressaltar ainda, que, entende-se o Clínico Geral como especialista, com a finalidade puramente pedagógica, mas, sabendo que, o profissional graduado em Odontologia já pode ser considerado um Clínico Geral, embora, o entendimento de “geral” na clínica, quase sempre evoca a necessidade de cursos de atualizações em várias “especialidades”.

Dra. Eliane nasceu em 1935, caçula de uma família de quatro irmãs; recifense de nascimento. Seu pai era arquiteto e sua mãe, doméstica; já suas irmãs, médicas. Seu pai sempre a influenciou a sair do “senso comum” relativo às mulheres e suas carreiras, à época, de fazer Magistério e ir dar aulas, e sempre a incentivou a fazer medicina. Escolheu odontologia, pois sua irmã também era dentista e estava fazendo medicina. Estudou na Escola de Odontologia de Recife, atualmente ligada à Universidade Federal de Pernambuco. Formou-se em 1956. Logo montou sua clínica particular para atendimentos em clínica geral. Com o advento dos exames complementares de imagem, viu uma oportunidade de abrir um negócio nesse ramo. Assim, importou do Japão “a primeira máquina de Radiografias para dentes no Brasil”, ressalta, com orgulho, a Dra. Eliane. Em paralelo, também trabalhou em Caixas de pensões, no Banco do Brasil. Deixou de fazer Clínica Geral e passou a trabalhar apenas com laudos de imagem até o ano de 1995, quando se aposentou.

Dr. Gilberto, nasceu em 1943. É filho de pai pedreiro e uma mãe dona de casa. *Único a mencionar sua identidade racial, como pardo.* Teve 16 irmãos, sendo o segundo na ordem de nascimento. Começou a trabalhar desde muito cedo como ajudante de pedreiro e feirante. Estudou em escola pública e chegou na Faculdade de Odontologia de Pernambuco através do vestibular tradicional em 1967, porém, por intermédio de um forte docente da época, conseguiu uma bolsa de estudos integral. Foi o único filho a chegar à universidade. Escolheu odontologia por influência de um Cirurgião-dentista que tinha consultório na frente de sua casa, em Água Fria, bairro popular de Olinda – PE. Resolveu se especializar em Endodontia, pois entendia que aquilo seria “o futuro da odontologia”. Só conseguiu abrir seu consultório em 1973, três anos após sua formação, pois precisou comprar aos poucos os instrumentais. Se instalou inicialmente em um bairro popular, fugindo da ideia comum de que “a endodontia era restrita para quem poderia pagar”. Aposentou-se em 2013.

Nascido em 1955, **Dr. Heraldo**, filho de modestos comerciantes do interior de Pernambuco, formou-se em 1979 pela Universidade Federal de Pernambuco. É especialista em dentística, porém, fez diversos aperfeiçoamentos na área de prótese dentária. Optou pela odontologia como segunda opção, pois sua primeira era Medicina, fazendo o mesmo percurso do seu irmão mais velho. Começou a trabalhar nas Forças Armadas, como Cirurgião-Dentista do território de Fernando de Noronha em 1980, onde foi colocado na reserva como Segundo Tenente em 1991. Retorna

para Recife e abre seu consultório, em paralelo presta serviços como dentista do Trabalho para grandes empresas do ramo de alimentação, além de ter vínculo com a Prefeitura do Recife como cirurgião-dentista concursado. Decidiu deixar seu emprego público para se dedicar mais ao consultório, uma vez que “valia mais à pena”, onde atuou até o ano de 2020. Atuando no setor privado, representou sua categoria no Conselho Nacional de Saúde durante os anos 2000-2010, além de ter participado de gestões de órgãos da categoria.

Paraibana, da cidade de Parahyba do Norte, hoje João Pessoa, **Dra. Hilda**, nascida em 1932, formou-se em 1955 na primeira turma da Escola de Odontologia do Recife, ligada à época à Universidade do Recife (atual UFPE). Sempre quis fazer odontologia, pois admirava o seu dentista. De família muito pequena para os moldes da época, é filha de uma professora primária e de um funcionário público ligado ao Departamento Contra as Secas no Nordeste. Sempre estudou em colégio particular católico e ao fim do ensino médio veio para Recife com seu irmão mais moço fazer um curso preparatório para o vestibular. O seu vestibular foi formado por uma banca de três professores, com prova oral e prática. Ainda na graduação começou a namorar um colega de classe, e assim que se formou fazia apenas pequenos atendimentos no consultório do seu esposo. Se distanciou da odontologia clínica com o nascimento dos filhos e só retornou quando ficou viúva aos 66 anos, onde trabalha até hoje, ligada à Diretoria de Formação da Associação Brasileira de Odontologia em Pernambuco.

Com 52 anos de consultório, **Dra. Isaura** é nascida em 1943, filha de mãe analfabeta e pai comerciante, primeiramente dedicou-se aos estudos no magistério e por ser laureada de sua turma, conseguiu uma vaga efetiva como professora do Estado de Pernambuco, o que impulsionou seu sonho de cursar odontologia na Escola de Odontologia de Recife. Assim, estudava em curso preparatório particular para o vestibular e trabalhava concomitantemente. O sonho aflorou principalmente quando conheceu seu esposo, que prestou vestibular junto com ela; posteriormente, abriram seu próprio consultório ao final do curso, em 1968. Acabou assumindo sozinha o consultório, pois seu esposo migrou para o serviço público, através de um concurso em um Banco.

Dr. José é natural de Santa Cruz do Rio, estado de São Paulo. Chegou em Pernambuco através de sua primeira profissão: Jogador de futebol no Clube Náutico. Nascido em 1943, é filho de um gráfico e de uma professora paulistanos. Apesar de

ter abraçado a carreira de jogador, concomitantemente entrou em 1966 na Universidade do Recife. Em 1971 abriu seu consultório no centro da Cidade do Recife, onde se mantém no prédio até os dias atuais. Deixou definitivamente a carreira de jogador quando passou no concurso nacional para dentista no estado de Pernambuco. Nunca teve interesse de fazer apenas uma especialidade, preferiu fazer cursos de aperfeiçoamento e se evidenciar como Clínico Geral. Sempre dedicou um dia de trabalho no seu consultório para atendimento voluntário.

Formado em 1977 pela Escola de Odontologia de Pernambuco, **Dr. Judas**, nascido em 1952, tomou gosto pela odontologia por influência de um tio dentista que trabalhava no almoxarifado central odontológico do INAMPS. Todas as férias ele ia passar com seu tio. Teve consultório no centro da Cidade do Recife, mas se transferiu para um novo consultório no Bairro de classe média alta de Boa viagem, mas dessa vez em sociedade com amigos da faculdade, porém, fechou nos anos 1990 durante a crise financeira mundial. Ao mesmo tempo, trabalhou para indústria de açúcar no interior de Pernambuco como prestador de serviços odontológicos para os trabalhadores do setor. Se especializou em Endodontia. Ainda nos anos 1990, decidiu se dedicar à academia, onde realizou Mestrado e Doutorado, chegando a ser Professor Titular da cadeira de Endodontia da Universidade Federal de Pernambuco.

Especialista em Odontopediatria, **Dra. Judith** é formada pela Escola de Odontologia de Pernambuco em 1979. Filha de alfaiate e de mãe costureira da pequena cidade de Amaraji, em Pernambuco, teve oito irmãos que se dedicaram ao ramo da engenharia. Escolheu odontologia pela influência do único dentista da sua cidade, que era muito próximo da sua família. Começou sua vida profissional no consultório de um professor da faculdade, em seguida foi trabalhar em uma clínica popular com a carteira assinada. No fim dos anos 1980, montou seu próprio consultório no bairro da Madalena – de classe média – em Recife, onde permaneceu até 2017. Em paralelo, entrou no serviço público em 1991, na prefeitura do Recife. Nesse contexto, nos anos 2000 se especializou em Saúde da Família, e se tornou Cirurgiã-Dentista de Família na atenção Básica à Saúde, ramo em que atualmente trabalha.

Filha de dentista, **Dra. Juliana** teve como principal influência seu próprio pai para a escolha do seu primeiro curso. Formou-se em 1979, na Escola de Odontologia de Pernambuco e logo foi trabalhar na renomada clínica do seu pai. Fez Clínica Geral

na maior parte do tempo em seu consultório, apesar de se considerar protesista, por ter aprendido as técnicas no trabalho cotidiano com o pai. Chegou a fazer especialização em odontopediatria, mas sua irmã, também dentista e um pouco mais velha, já era especialista nessa área e atendia no mesmo consultório. Em 1985 decide realizar mestrado na área de Prótese, na USP, porém, prolonga o tempo do mestrado, pois conciliava os atendimentos em Recife e os estudos em São Paulo, passando seis anos no mestrado. Escreveu sua tese na área de prótese buco-maxilo-facial, parte específica de reabilitação da face. Após esse período, decide realizar outras graduações para melhor entender a subjetividade dos pacientes que atendia, e veio a se graduar em Psicologia, Filosofia, História, Pedagogia e Letras.

Dra. Maria não tinha muita clareza do que iria fazer na graduação, mas “ficava com o pé atrás” com Medicina. Gostaria de ter feito curso na área de humanas, mas tinha mais facilidade na área de biológicas. Por frequentar muito o dentista, acabou aflorando a ideia de fazer o curso. Nascida em 1958, filha de funcionários públicos de distinta família influente em Pernambuco e na Paraíba no campo da Política e da Literatura, Dra. Maria fez seu curso na Universidade Federal de Pernambuco, vindo a concluir em 1979. Abriu seu consultório particular em um bairro de classe média no Recife, ao mesmo tempo em que se engajava em projetos sociais na favela do Coque. Especializou-se em Odontopediatria e foi da primeira turma da especialização em Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz, durante a Ditadura Militar no Brasil. Após sua aposentadoria no consultório em 2012, se dedicou à academia na área da Saúde Bucal Coletiva.

Nascido em Quipapá, em 1936, interior de Pernambuco, **Dr. Pablo** se preparou para fazer o vestibular de Medicina, mas precisava ajudar a sua família nas contas da casa, por esse motivo, escolheu a Escola de Odontologia de Pernambuco, que na época, condensava a formação em apenas um período diário, possibilitando que ele trabalhasse. Aliás, foi aluno da primeira turma dessa Escola, sendo sua entrada como um “projeto piloto” para formação oferecido pela instituição. Trabalhou como bancário durante a faculdade, mas assim que concluiu, comprou seu primeiro consultório em 1961; pertencia a outro dentista, por isso, já teve uma cartela de clientes logo de entrada. Ficou com esse consultório até 2001, quando se aposentou. Porém, chegou a ter dois consultórios paralelamente, um em um bairro nobre da cidade e outro em um bairro popular, onde praticava honorários distintos, considerando o segundo como

uma “prática de caridade”. Atualmente, se dedica ao Sindicato dos Dentistas do Estado de Pernambuco.

“Eu vim de uma família pobre do sertão da Paraíba”, diz **Dr. Peixoto**, formado em 1974 pela Universidade Federal de Pernambuco. Desde pequeno sonhou em ser cirurgião e foi assim que escolheu sua especialidade em cirurgia buco-maxilo-facial. Teve uma breve passagem no consultório particular por três meses, mas o que ele gostava mesmo era da dinâmica hospitalar. Ao mesmo tempo, a especialidade em cirurgia buco-maxilo vinha ganhando espaço, e o Dr. Peixoto foi se especializar no Ceará, que na época era referência nessa área. Ao fim da sua especialização, logo se concursou em um hospital de grande porte da cidade do Recife, onde trabalha até os dias atuais.

Nascido em 1952, **Dr. Samuel** é de uma tradicional família pernambucana²³. Formou-se em 1975 na Universidade Federal de Pernambuco e, desde então, trabalha em consultório privado. A Odontologia chegou de forma natural na sua vida, pois é filho, neto e irmão de dentistas. Casou-se também com uma dentista e atualmente administra em conjunto os negócios da família, que giram em torno da Odontologia, com uma pequena rede de clínicas populares.

²³ Em Pernambuco existe um verbete popular que diz: “*Quem viver em Pernambuco / não há de estar enganado / Que, ou há de ser Cavalcanti / ou há de ser cavalgado.*” O dito popular expressa o peso cultural que em Recife é atribuído às famílias tradicionais, tal como a família Cavalcanti, Souto Maior, entre outras.

2 ENTRE PROFISSÕES, OCUPAÇÕES E TRABALHO

2.1 SOBRE PROFISSÕES E OCUPAÇÕES

Segundo Diniz (2001), as profissões são a execução de um trabalho orientado por um saber cujo domínio resulta de uma formação com nível de educação elevada, formalizada através das universidades e com algum tipo de validação por algum agente do Estado. Os estudos de Oracy Nogueira (1967) convergem no mesmo sentido, uma vez que a técnica que caracteriza uma profissão se fundamenta em um campo básico de investigação. Em outras palavras, os médicos, dentistas e veterinários, por exemplo, não estudam apenas procedimentos práticos derivados da pesquisa em biologia, mas a própria patologia²⁴. O cirurgião-dentista moderno não aprende apenas a obturar e colocar dentes postiços; estuda biologia, ou seja, a anatomia e a fisiologia, e estuda a patologia dos dentes e da boca.

²⁴ Cabe fazer uma distinção entre o estudo e a prática da biologia do estudo e a prática da patologia: ora, a biologia estuda o vital, o ser vivo na sua amplitude de pleno funcionamento. Já a patologia estuda a perda da capacidade da vitalidade humana (Schraiber, 1989). Isto é, o adoecimento sempre decorre pela patologia (lesão) anterior anatômica. Ressalta-se, porém, que a patologia, não é apenas uma anormalidade anatômica, mas parte integrante do funcionamento geral vital. Ou seja, a patologia é uma espécie do normal, mas, um normal diferente que se sobressai do funcionamento normal da vida (a fisiologia), como esforço da natureza para obter o próprio equilíbrio; assim, fisiologia, biologia e patologia estão sobrepostas para essa austeridade. Numa lógica histórica, entender a fisiologia como processo histórico do vital, em que se imprimem nelas eventos (biológicos ou patológicos) variando o ser nas suas formas e até mesmo invenção de comportamentos (Canguilhem, 1995).

Em sentido amplo, adota-se aqui o conceito de profissão de Cecília Donnangelo (2011a), segundo o qual as profissões são caracterizadas como detentoras de certo caráter nobre; um exemplo seria a medicina moderna. Assim, as profissões:

[...] representa[m] um monopólio de uma área de específica de atividade, a partir de uma prolongada formação intelectual; um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional, e em cujo núcleo de encontram o ideal de serviço e o ideal de autonomia (Donnangelo, 2011, p. 156).

Nessa conceituação, Donnangelo apoia-se em Oracy Nogueira (1967), que atribui o reconhecimento de ser nobre para aquela profissão cuja prática exige prolongada formação em um saber próprio à intervenção que pretende e um específico senso ético no exercício desse saber, demandando que seus praticantes, além da formação prolongada (universitária) para o domínio do saber, definam e delimitem muito bem uma ética de sua prática. Surgem, então, os organismos de regulamentação dessa ética em deontologias profissionais específicas e que devem fiscalizar seu cumprimento no cotidiano dos serviços prestados pelas profissões. Estes organismos, como adiante será apontado, terminam também por serem protetores de interesses e *status* sociais diferenciados para os distintos grupos de profissões.

Os atributos, apontados por Nogueira (1967), para classificar uma profissão seriam: i. uma teoria sistemática, ou seja, um a formação intelectual; ii. uma noção de autoridade como forma de monopólio dos serviços dos próprios profissionais; iii. a sanção da comunidade através da própria autoridade que é dada; iv. um código de ética, disciplinando o comportamento do profissional, seja para o público, seja entre seus próprios colegas; v. por fim, a cultura, através de uma rede de grupos formais e informais, pela qual se atua. Alguns outros autores vão na mesma direção, principalmente os de base teórica anglo-saxônica, como mostra o estudo da socióloga Marli Diniz (2001).

Desse modo, apenas os membros da profissão estão autorizados a interpretar a tradição à qual pertencem, uma formação prolongada e abstrata, capaz de atender as necessidades da clientela, e um código de ética. Além disso, também há um pressuposto funcionalista em que os profissionais devem assumir posições-chave na modernização da sociedade e serem altamente recompensados materialmente, em

nível social financeiro e de status social, fazendo-se cercar, portanto, por uma aura ideológica pela qual se apresentam como “vocacionados”. Ou seja, os profissionais seriam aqueles bem-sucedidos em seu projeto de vida com base em credenciais educacionais e de controle das condições de seu próprio mercado.

Cabe esclarecer que a noção de vocação é permeada por dois entendimentos, bem discutidos nos estudos de Schraiber (1989; 2019); o primeiro deles é uma ideia de autonomia de escolha dos agentes sobre a prática, parecendo mais convergente com suas habilidades e interesses; o segundo trata-se da habilidade oriunda de um dom pessoal, quase hereditário, que passa pelo lugar da essencialidade da meritocracia, isto é, a qualidade do trabalho oferecido como produto da sua própria essência ou herança genética. Um exemplo disso são os cirurgiões-dentistas filhos de cirurgiões-dentistas renomados que “herdam” de forma essencialista e “natural” o “dom” de seus pais.

Leva-se em consideração, neste estudo, o primeiro entendimento, uma vez que, apesar das vontades pessoais do agente, a estrutura social comanda o mercado que dita as “regras do jogo”. Ora, as profissões consideradas como “campos básicos”, já descritas por Oracy Nogueira (1967) acima, são inegavelmente mais atrativas, mas só assim são porque têm como consequência para o próprio agente certo status social, liberdade – relativa – econômica e de prática. Essa vontade pessoal é consequência do mundo do trabalho (que será melhor desenvolvido adiante). Ou seja, no mundo do trabalho, não há uma vontade desconexa ao mercado; as vontades pessoais nascem através de construções empresariais que disciplinam o mercado de trabalho.

No mesmo sentido, há a regulação da profissão pelos próprios profissionais, característica fundamental para o entendimento das profissões entendidas como “nobres”, como dirá Donnangelo (2011), ou de “áreas básicas”, como dirá Nogueira (1967). Sobre os médicos, Schraiber (2019) já destacava a regulação desses profissionais por eles mesmos, sendo, pois, uma prática regulada somente por dentro da própria profissão. Os profissionais partem do lugar da não-interferência no seu proceder, em outras palavras, o diagnóstico do problema, dentro da peculiaridade de sua própria competência, não pode ser executado por outrem que não pertençam à profissão e que não façam uso dos critérios típicos dela. O exercício das profissões e

suas avaliações ficam, portanto, longe de qualquer juízo de valor leigo sobre a atuação do profissional, tendo como consequência do seu complexo processo de conhecimento abstrato um certo tipo de “atestado” e credenciais (Silva; Trindade, 2020).

No caso dos médicos, segundo Schraiber (2019), o controle sobre a formação e o treinamento, sobre o exame de suas qualificações e sobre os procedimentos curativos e assistenciais são aprovados pela própria comunidade médica, ou seja, por pares. Assim, esses mecanismos de controle ocupacional constituem requisitos funcionais de uma profissão, portanto, são indispensáveis para a maximização dos resultados das atividades “curativas”. Isso implica, entre outras coisas, na autoridade que os médicos exercem sobre o corpo do “cliente” em virtude do conhecimento que desenvolveram, assim, preservando o domínio sobre o saber e a prática sobre tal corpo – indo, inclusive, até as instâncias jurídicas com o intuito de preservação de uma prática, “como na guerra entre médicos regulares e homeopatas e herbalistas nos Estados Unidos do século XIX” (Diniz, 2001, p. 35).

Marli Diniz (2001) avança na teoria de Oracy Nogueira (1967) quando ressalta que a classificação desse autor deve ser usada com muita cautela, uma vez que, no caso brasileiro, existem diversas peculiaridades, como a questão da influência do Estado, ora mais forte, ora mais fraca, a depender do período histórico. Assim, Diniz (2001) finca os seguintes pressupostos para a profissão – necessariamente nessa ordem: i. a necessidade de criação de escolas profissionais; ii. o surgimento de associações profissionais que procuram garantir para seus membros, através da mobilização do apoio do Estado, vantagens e privilégios ocupacionais com base nas credenciais educacionais; iii. a criação, pelo Estado, de uma certa “reserva de mercado” na burocracia pública para os profissionais, isto é, posições e cargos reservados aos diplomados pelas escolas profissionais; iv. as associações mobilizam-se para ampliar a “reserva” com o apoio do Estado, excluindo do mercado de trabalho os “não qualificados”; v. o Estado regulamenta as profissões, criando monopólios; vi. por fim, conquistado o monopólio da prestação de serviços, os profissionais tentam criar escassez pela restrição do acesso às credenciais acadêmicas, ou seja, pelo controle sobre a criação de novos agentes.

Assim, Diniz (2001) reflete sobre o processo no qual o Estado é detentor dos signos necessários para que uma ocupação se torne uma profissão, estando, pois, nas mãos deste, os pressupostos necessários para engatar a institucionalização das profissões. Um exemplo a isso é a criação dos conselhos de categoria – no caso da Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia –, os quais são autarquias da esfera federal, com pleno gozo de liberdade de escolher representantes entre seus pares, mas, ainda assim, uma instituição do Estado. Por outro lado, há o avesso da profissionalização, que de certo modo é causado diretamente por um processo lento de precarização e deterioração das práticas profissionais, não sendo, pois, um jogo inverso determinista de transformações entre profissões em ocupações, mas a transformação em profissões precarizadas e flexibilizadas.

De pronto, não pretendemos aqui colocar as ocupações num estatuto inferior dentro da divisão social do trabalho, mas sim caracterizá-las, sobretudo em seu processo orgânico de – possível – profissionalização. É bem verdade que o movimento contrário, através de uma dinâmica entre ocupação e profissionalização por meio de atributos teóricos, também pode acontecer – com as diversas ressalvas já citadas. Assim, dirá Nogueira (1967) que se faz necessária a distinção sociológica entre ocupação e as profissões, em sentido lato, o que facilitará a compreensão do processo de profissionalização relacionado aos sistemas sociais engendrados pela divisão do trabalho e com a integração dos indivíduos nos mesmos, através do ajustamento entre personalidades e as suas posições ou nichos (status) que oferecem. Diniz (2001, p. 20) reforça que “uma ocupação pode se mover tanto para o polo de menor profissionalismo quanto para o de maior profissionalismo ao longo do contínuo composto pelas variáveis definidoras”.

Sobre isto, Nogueira reitera:

Uma ocupação pode profissionalizar-se, no sentido de adquirir os característicos das profissões; e a história de qualquer profissão é, em última análise, a desse processo em relação à sua esfera ocupacional; e, pelo mesmo princípio, uma profissão pode desprofissionalizar-se, na medida em que perde os referidos característicos (Nogueira, 1967, p. 27).

As ocupações são atividades executadas livremente, sem necessariamente estarem ligadas a associações organizativas, sem um código de ética formulado, e nem mesmo a comprovação de competência por quem quer que seja. Dessa maneira,

quanto mais uma ocupação se preenche de significados de responsabilidade, mais próxima ela estará de se tornar uma profissão, sendo este processo de responsabilidade adquirido através da relação direta entre aquele que oferece o serviço e o cliente. Convergindo a isso, Diniz (2001) relata que, em primeiro lugar, a ocupação deve se tornar um ato de trabalho em tempo integral; em seguida criam-se escolas para o processo de repasse daquele certo saber-prático; posteriormente, a criação de associações organizativas, desde que tenha o amparo do Estado, e reiterando a vontade política dos governantes e a pressão de agentes políticos para tal; cria-se, por fim, uma espécie de rede que penaliza aqueles que estão fora do grau patenteado e credenciado através de um código de ética próprio, tanto para sua auto-organização quanto para sua relação com seus clientes e seus pares. É importante ressaltar que a ordem desses processos pode variar, portanto, não se trata de um roteiro histórico comum a todas as profissões.

O processo de profissionalização das ocupações é um modo de ser baseado nas tensões entre as categorias e na posição de xeque daqueles que têm a maior capacidade de se organizar, a maior influência político-estatal e, sobretudo, a maior aceitação pela população. Dirá Nogueira (1967, p. 39) que “esse fenômeno só pode existir onde haja um cenário favorável para oportunidade de reconhecimento de necessidades concretas [...] para o progresso da sociedade”. Assim, o Estado não pode ser tratado como um parceiro silencioso e confiável aos interesses das ocupações, pelo contrário: as ocupações são arcabouço para a própria formação do Estado, dentro da sua própria lógica formação, sendo o processo de autonomia dada pelo Estado o principal condicionante para a profissionalização das profissões (Diniz, 2001). Por tal, a profissionalização das ocupações não é um processo único que conduz a um dado Estado final, mas sim a articulação entre o Estado e aquelas ocupações que têm, ou tiveram, um significado especial no processo de formação histórica do próprio Estado.

Por dentro da saúde, os ofícios tradicionais de fazeres práticos anteriores ao século XIX tendem à transformação – pelo menos de início – em uma ocupação. Dirá Nogueira (1967) que o mundo das profissões pode ser imaginado como um ciclo cujo centro é formado pelas profissões típicas, como em Medicina, e o raio que percorre do centro às margens são preenchidos por ocupações, ora mais especializadas e com

senso de responsabilidade, ora nem tanto (definindo seu lugar mais próximo ou mais distante do centro).

Schraiber (2019, p. 145-146) complementa:

[...] fica claro o quanto a profissão, com seus necessários requisitos científicos e sobretudo éticos, diferencia-se de um ofício, raiz das ocupações modernas, ao ser o ofício identificado à ação técnica que não envolve uma dimensão científica própria e profunda e então de menor exigência ética. Essa desproporção no valor dado a distintos atos técnicos igualmente se observa através da conceituação formada em torno de intervenções tecnicamente próximas, cuja diferenciação reside no aspecto mais comercial e menos ético de uma em relação a outra [...]. Todavia, os movimentos de unificação e uniformização de saberes e práticas, sob os quais se padronizam procedimentos técnicos, não seguem passos idênticos em diferentes trabalhos sociais. É relevante considerar que é grande a diferença entre a medicina e outros trabalhos manuais diretos, já que a medicina unificará práticas de ofício com intervenções de caráter oposto ao técnico. Reunindo-se as ações que os médicos – chamados “físicos” – desenvolviam na medicina da sociedade feudal relativamente às doenças internas com as ações sobre os danos do corpo, exercidas por outro tipo de trabalhador social que não o médico – os da corporação de ofício de cirurgiões e barbeiros –, o que se fez foi unificar a prática essencialmente não interventora dos primeiros com a ação manual direta destes últimos (Schraiber, 2019, p. 145-146 [Tradução minha]).

Assim, como descrito acima, tem-se um conceito de profissão, de certo modo, impreciso e não consensual – mesmo entre os marxistas e neomarxistas (Diniz, 2001). Freidson (1994) já alertava para o enfoque que fora desenvolvido para análise da categoria médica como profissão, distanciado da noção de trabalho, e dando luz aos agentes de prática e sua vocação de tornar a profissão tal como ela é. O autor ainda relata que, apesar de ser um conceito usado há muito tempo, os critérios para aplicabilidade da categoria “profissão” não foram bem trabalhados e, por isso, sua aplicação é imprecisa, tal como mostra a citação acima de Marli Diniz, aplicado em um contexto geral. Muitos podem ser considerados profissionais, desde que seja usado o termo sociológico de maneira mais genérica.

Porém, como já alertado, o termo profissão será usado com uma certa cautela, de modo a permitir interpretar a prática exercida pelo profissional como parte do mundo do trabalho; ao mesmo tempo, considerando a valorização da prolongada formação dos profissionais e a valorização do saber que rege suas práticas - que permanecerá sob domínio do seu agende de prática. Isto posto, entende-se desde já, a linha tênue que o cirurgião-dentista se equilibra na modernidade, ao passo que não

pode ser considerado totalmente um profissional – visto a imprecisão do próprio conceito, não se pode o considerar como um trabalhador comum – uma vez que se o fizesse, colocaria o cirurgião-dentista no lugar das práticas dos trabalhadores de bens, isto é, operários.

Assim, o cirurgião-dentista, ao mesmo tempo que sofrem restrições e estruturas correspondentes a este mundo, preservam o domínio sobre o seu saber. Ou seja, não acontece no caso dos cirurgiões-dentistas o mesmo tipo de expropriação do seu saber e da sua prática tal como acontece com os operários que considerando o ângulo da caracterização das profissões em saúde – e nesse particular, a odontologia – como profissões de “centro” e “nobres”, dotadas de um saber que não é expropriado de seus praticantes, como o foi o saber na produção de bens materiais quando sua produção passou da forma artesanal para a forma capitalista-empresarial. No caso dos médicos e das demais práticas de saúde, mesmo produzindo serviços assistenciais na modalidade assalariada de contratação de serviços e mesmo sendo a produção organizada na forma empresarial, os agentes dessas práticas permanecem detentores de seus saberes específicos, o qual se mantém, por isso, um “saber esotérico” (Schraiber, 2008; 2019).

Caberia, portanto, um olhar que produza um deslocamento do pensamento investigativo, centrado no agente e seu saber, tal como o faz a referência teórico-conceitual das profissões, para uma aproximação científica que se fundamenta na socialidade historicamente configurada e na qual se insere o grupo social a que esses agentes pertencem. Tal reorientação traz o mundo do trabalho, na referência marxista, para a centralidade de nossa abordagem das profissões, considerando o trabalho como categoria central no entendimento das mudanças históricas das práticas de saúde, dentre elas a do próprio assalariamento progressivo das profissões, com impactos importantes em suas autonomias e no senso de liberdade que as autonomias inscrevem nos exercícios das profissões. Assim, deve-se considerar que as profissões estão sendo invadidas pelo assalariamento, mesmo as mais intelectualizadas. Isso se dá pelo contexto capitalista de produção em que os profissionais estão inseridos. A análise dessa elite profissional intelectualizada não pode deixar de considerar a socialidade que a compõe. Nesse sentido, a teoria do Processo de Trabalho em Saúde, elaborada inicialmente por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979, 1994, 2017) e aprofundada no enfoque da relação entre o

profissional e seu trabalho por Lilia Blima Schraiber (1993, 2008, 2019) pode contribuir para o entendimento desses profissionais enquanto trabalhadores em saúde.

No entanto, há de se reconhecer que as profissões em saúde têm um distanciamento do operariado – tal como abordado por autores marxistas, focados essencialmente na categoria Trabalho -, uma vez que elas não vendem apenas sua força de trabalho física, mas vendem um saber específico; saber este sobre o qual os profissionais detêm monopólio, através da regulação da prática, o que já foi discutido anteriormente. Por essa especificidade, há um certo poder de barganha com o empresariado na negociação de altos salários, por exemplo. O saber desses profissionais não se encontra totalmente apropriado pelas máquinas, tal como os operários da indústria, apesar de um intenso movimento de criação de protocolos como modo de padronizar uma prática intelectual.

Embora a teoria do Trabalho esteja voltada para questões da objetividade contextual, não dá para negar a importância do saber e de seu exercício prático na realização dos serviços profissionais, seja em termos de suas apropriações particulares decorrentes da qualidade de formações de seus agentes, seja em termos dos juízos que sobre esse saber fazem os distintos agentes enquanto exercício de subjetividades na operação de suas práticas. Porém, mesmo o saber sendo importante, ele não se oferece a uma produção definida autonomamente por seu agente, mas está submetido a uma finalidade social: diante do resultado que deve alcançar para satisfazer as necessidades de saúde tais como socialmente são delimitadas, o profissional é quem aciona, de certa forma e em certa medida e direção, o conhecimento que servirá à pretendida satisfação. Entenda-se, aqui, ainda que iremos desenvolver mais essa proposição no próximo tópico, que se a necessidade de saúde foi, com a modernidade, progressivamente significando garantia de funcionalidade no uso social dos corpos, as profissões dedicadas à saúde teriam que responder aos adoecimentos com a recuperação dessa funcionalidade do corpo para seu determinado uso social. Não se trata, pois, de garantir qualquer funcionalidade do corpo, mas aquela em que seu uso social pode ser realizado. Cabe lembrar, ainda, que para atender a essa determinação, o processo de medicalização com sua leitura biomédica redutora dos adoecimentos foi de grande valia na construção do saber correspondente a essas profissões (Schraiber, 2019).

2.2 SOBRE O TRABALHO COMO PROCESSO

Ante a discussão posta acima, entende-se a prática em Odontologia como prática social, aqui estudada na perspectiva da categoria Trabalho.

Para o senso comum, o trabalho em saúde é desvinculado da ideia geral do trabalho. E esse entendimento é criado e reforçado pela ideologia ocupacional dos próprios médicos, como constatam Donnangelo (1975), Schraiber (2019) e Mendes-Gonçalves (2017). Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2017) relata que essa ideia é um tanto quanto equivocada, e atribui o entendimento à desvinculação do trabalho em saúde enquanto um trabalho social, além do juízo de que o trabalho em saúde é distante do trabalho manual, sendo – exclusivamente – intelectual. O autor descreve também a associação entre os valores ligados aos produtos da saúde como estáticos em relação ao “[...] processo histórico de estruturação/desestruturação/reestruturação das sociedades capitalistas ocidentais” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 299); por fim, ressalta a posição social que os agentes do trabalho ocupam, sendo formadas hierarquias e, de certa maneira, uma estratificação social entre os trabalhadores – inclusive no interior do campo da saúde.

Assim, os tipos de trabalho podem ser diferenciados de forma tripla:

1) diferenciados, como qualquer outro tipo de trabalho, por sua especificidade técnica (a natureza peculiar de seus objetos, de suas tecnologias, da qualificação técnica requerida de seus agentes); 2) diferenciados, também, por parecerem ser “algo mais” do que trabalho, de natureza oposta e hierarquicamente superior ao trabalho, e permitirem o acesso, por parte de seus agentes, através de mecanismos vinculados a essa aparência, a obtenção de parcelas relativamente maiores de riqueza (dinheiro), ou poder, ou, frequentemente, de ambos; 3) diferenciados, ainda, por permitirem, através de mecanismos vinculados à mesma aparência, por parte dos consumidores de seus produtos, a reprodução de representações e ações referidas a suas próprias individualidades e socialidade que tendem a conservar a vida humana alienada de sua realidade atual e de suas potencialidades imanentes (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 299-300).

O trabalho humano é um processo de transformação que envolve algo que havia antes (o objeto de trabalho) e passa a ser outro algo que há depois (o produto do trabalho). Processo esse que não é espontâneo, mas requer ruma determinada energia e um determinado propósito ou finalidade de alcançar de certos produtos.

Assim, as transformações não acontecem em si mesmas, são operações vinculadas a uma certa cronotopia, isto é, se organizam ao longo do tempo e se instauram através de um processo quase sempre burocrático (documentos, rotinas, procedimentos) normatizado a partir de instituições.

O “algo antes” só se transforma em “algo depois” com o emprego da energia e da intenção dadas por aquele que produz, o trabalhador, agente da atividade do trabalho; tanto quanto o produto, ou o “algo depois”, apenas pode surgir se, de algum modo operativo, puder efetivamente derivar daquele “algo antes”. Dessa forma, quando há intencionalidade de produzir um dado produto diante da necessidade de se ter esse e não outro, essa necessidade, por si só, torna o processo com caráter **teleológico**, ou seja, com **finalidade** (Paim, 2017).

É bem verdade que esse “algo depois” não é originário aleatório de qualquer “algo antes” e sim é produto específico. Nos distintos trabalhos existentes teremos diversos produtos específicos sendo feitos e na articulação do conjunto dos trabalhos na sociedade, alguns produtos de uns constituem respostas a necessidades de outros trabalhos, como ocorre em uma linha de produção feita por processos segmentados ou especializados. Ao mesmo tempo, o “algo antes” não dará origem a qualquer “algo depois”, mas sim a um dado produto, ou, a um conjunto de produtos específicos. Sobre isso, Mendes-Gonçalves exemplifica:

Em um galho de árvore suficientemente rígido está contida potencialmente uma alavanca, mas em um ramo tenro e flexível não está, o que quer dizer que a qualidade ‘rigidez/flexibilidade’ (entre outras) contém a alavanca. Entretanto, a mesma qualidade com polaridade invertida contém uma vara de pescar, embora em ambos os casos fragmentos adequados devam ser extraídos da árvore (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 306).

Claramente, esse “algo depois” pode não carregar toda a potência do que havia antes, pois o produto do trabalho tem uma especificidade no seu uso. Além disso, elementos da natureza podem potencialmente servir a mais de um tipo de produto a ser alcançado. Quem fará essa definição, isto é, que aspecto da natureza serve a qual tipo de produto a ser obtido é o trabalhador que identificará na natureza a propriedade que corresponde e interessa ao produto a ser conseguido. E por ser esse elemento da natureza que irá constituir o objeto do trabalho humano identificado por alguém que usará sua energia para transformá-lo, passa a ser algo humanizado, um objeto do

trabalho humano. Os objetos de processos de trabalhos são constituídos como tal, então, apenas a partir da identificação do agente:

se se pretender uma alavanca, o ramo que a contém em potência tem certos limites e deve ser cortado de certo modo; já se se pretender uma atiradeira, os limites serão outros, porque a forquilha e a rigidez lateral do ramo no ponto de bifurcação é “algo antes”. Em todos esses casos, o “algo antes” não se delimita por si mesmo, mas é delimitado por um olhar que contém um projeto: por isso se disse que, em sua relação com o processo de trabalho, não é um “objeto natural”, ao mesmo tempo que está na natureza (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 307).

O “algo antes”, então, existe como uma dupla gênese: ao mesmo tempo que é o que o agente enxerga como potencial objeto de trabalho, ele em si é um objeto histórico, que pode – ou não – já ter sido produto de uma transformação. Isso quer dizer que são poucos os produtos – tal qual no exemplo de Mendes-Gonçalves – originários diretamente da natureza. Os produtos de trabalho são, em geral, já produtos de outros produtos.

Por isso, é importante diferenciar as transformações naturais das transformações humanas que são intencionais, constituindo estas o projeto de intervenção no e do trabalho. Assim, toda a teoria do processo de trabalho em saúde não deve ser aplicada em transformações que não são mediadas por gastos de energia. Trata-se de

distinguir o trabalho humano de transformações como as que ocorrem quando uma árvore é abatida por um raio, ou uma rocha é erodida pelo vento, ou uma floresta consumida pelo fogo, transformações essas das quais está ausente qualquer sentido teleológico (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 303).

A finalidade conecta o trabalho à socialidade e à historicidade desta, o que nas sociedades capitalistas implica vincular a atividade do trabalho ao mercado, fazendo com que o que se pretenda alcançar contemple especialmente o que é relevante para o mercado, e isso varia ao longo dos tempos. Em outras palavras, o trabalho é uma atividade que busca construir um produto que tenha a finalidade que a sociedade, em sua configuração hegemônica e a cada período histórico, deseja, sendo, pois, a finalidade do trabalho uma intencionalidade social e historicamente definida e nisso reprodutora do modo dominante de viver a vida em sociedade.

Considerando-se a prática em Odontologia, a sociedade espera que esta seja o condutor de cura dos dentes adoecidos, na direção e na importância que a sociedade atribua a essa cura, a qual historicamente já significou simplesmente a extração dentária como principal forma de cura e já significou em tempos mais recentes a restauração e conservação o máximo possível do dente, passando, a extração sumária, a ser vista como uma mutilação. Aspectos que serão mais bem trabalhados ao longo da tese.

A partir da finalidade estabelecida, o saber é organizado, ou seja, é estruturado e pesquisado em novos conhecimentos, para atender tal ou qual demanda; no caso da Odontologia, assim como em Medicina - prática dominante na esfera da Saúde e que se tornou cada vez mais anatômica - seus agentes procuraram construir um saber para recuperar os corpos físicos (Passos-Nogueira, 2007; Foucault, 2009; Schraiber, 2019). A odontologia se torna igualmente anatomopatológica, com um objeto de trabalho menor na Saúde, se comparado ao corpo como um todo, mas ainda assim, com a finalidade de recuperação dos “corpos” da boca: os dentes.

Nessa transformação do “algo antes” no “algo depois”, ou seja, dada a observação das qualidades do primeiro e o projeto do segundo, faz-se necessário instrumentos de trabalho, que serão utilizados a partir do emprego de energia desprendida. “Essa energia consiste, portanto, no conjunto de qualidades humanas naturais que podem ser atividades para obter transformações, o que é designado força de trabalho.” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 311). Os instrumentos, então “[...] serão a forma pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho, e devem apresentar a capacidade de sintetizar as qualidades com o projeto em uma ação transformadora” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 309). Porém, esses instrumentos de trabalho derivam seu poder transformador da própria natureza e, ainda, de sua própria natureza; isto é:

Uma pedra não é em si mesma um instrumento de trabalho: **torna-se** um instrumento de trabalho quando um sujeito dotado de um projeto a utiliza, mas apenas enquanto, ao utilizar-se dela, se vale de suas qualidades. O braço e a mão são instrumentos de trabalho enquanto a atividade transformadora do homem²⁵ se valer de suas qualidades naturais; mas por

²⁵ As citações diretas serão sempre respeitadas, porém, cabe ressaltar que a generalização de pessoas através do termo “Homem” caiu em desuso na norma-culta do Português. Por isso, as descrições escritas através de citações indiretas, ou de pensamento próprio, não farão adesão à generalização adotada pelo autor. Ressalva-se, porém, que apesar da publicação ser de 2017, o texto original foi

outro lado a atividade transformadora só aparecerá como trabalho quando utilizar propriedades naturais (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 310, grifo do autor).

Ante o exposto, o processo da pedra tornar-se um instrumento de trabalho desprende uma certa energia ligada primeiramente ao encontro desse objeto, em segundo, uma certa discriminação de quais são as relações mais adequadas para o uso da pedra para que os fins adequados sejam alcançados. Assim,

[...] a força de trabalho fornece energias mecânicas e energias intelectuais que controlam essas energias mecânicas. **A atividade coordenada intelectual-mecânica de consumo de energia conforme o fim buscado se chama trabalho** (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 311, grifo meu).

A energia, enquanto conjunto de qualidades e potencialidades humanas necessárias à ação transformadora, isto é, força de trabalho, também é consumida. Ao ser consumida

[...] satisfaz os requerimentos da atividade de trabalhar, deve ser ela própria resultado do processo de trabalho [...], mediado – é verdade – por instrumentos de trabalho a partir de uma finalidade que percorre todo o processo e responde a um carecimento [necessidade] (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 312).

A finalidade pode ser apresentada de forma tríplice: quando necessariamente responde a uma necessidade direta, isto é, quando algo é preciso; quando o efeito da finalidade é inserido diretamente e redundantemente na finalidade do próprio agente, isto é, quando se quer; por fim, na presença do agente em atividade, isto é, aquele que faz. A finalidade, assim, “[...] não é qualquer uma dessas presenças sem a soma delas, mas elas todas ao mesmo tempo, como uma síntese das relações” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 314).

É a finalidade, ainda, que é responsável pela caracterização do trabalho em saúde como trabalho social, pois é por exigência dela que o agente da intervenção transformadora observará as necessidades de saúde que lhes são colocadas; como uma espécie de lente que consegue ver, na necessidade apresentada, o objeto que se adequa à produto almejado. Poderíamos dizer que em certa medida o agente é

publicado em 1992. Entende-se, pois, que a questão de gênero neutro ainda aparecia incipiente - ou não existia - na forma da escrita acadêmica.

escravo do produto, ou seja, ele atende às necessidades sociais transformadas socialmente em finalidades do trabalho – o que a sociedade quer. É um jogo que deve ser jogado de modo que a estrutura da sociedade seja mantida. Pensando no campo da saúde, seria manter o corpo socialmente apto para produção do seu uso social, isto é, o seu próprio trabalho.

Ante o exposto até o momento, o processo de trabalho parece e aparece de forma cíclica, como retroalimentado pelas necessidades²⁶ e o vice-versa. Isso gera, como consequência, um fenômeno de “cicatrização” (Mendes-Gonçalves, 2017) ou “cristalização” (Schraiber, 2019) no modo de realização das produções, uma vez que, o fazer e refazer pelos agentes constitui um modo de produção típico de determinada finalidade. Assim, “o homem que pelo menos uma vez satisfizesse de carecimento [necessidades] [e alcançou a sua finalidade] jamais será o mesmo, modificado pelo ato do consumo, sendo diferenciado e especificado.” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 315).

Complementa Mendes-Gonçalves que,

²⁶ A necessidade é entendida aqui como limitação dos impulsos ativos que aproxima o agente dos demais animais não pensantes. Assim “[...] as necessidades aparecem como aquilo que precisam necessariamente ser satisfeito para que esse continue sendo um ser” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 325). As necessidades nunca serão, portanto, naturais, mas vinculadas ao modo de ser e agir: quanto a comida, precisa-se comer de um certo modo, um certo tipo de comida, com determinado talher. O ato de caça dos animais, por exemplo, acontece de maneira distinta.

Porém, tais necessidades “necessárias” não são estáticas, isto é, quando o agente alcança a sua finalidade através dessas necessidades, criam-se necessidades – se não dele próprio, muito provável que por outros agentes. Ou seja, as necessidades são históricas, “constituem o conjunto de necessidades de toda a ordem que **devem** estar presentes para a reprodução do homem em um certo período e em uma certa sociedade, e eventualmente, em cada grupo particular de homens dessa sociedade” (Mendes-Gonçalves, 2017, pág. 327, grifo do autor). É bem verdade que, na lógica do capitalismo, as necessidades necessárias dificilmente serão alcançadas, vide o próprio ciclo do mercado: quando compra-se um celular do ano - com objetivo de melhorar a interface com os aplicativos e com isso maior rapidez de repostas no *touch screen* – automaticamente ele já se encontra defasado; não por ele mesmo, mas sim pelos aplicativos que atualizaram e se tornaram mais pesados, necessitando de uma interface melhor e mais rápida, só disponível em outro modelo de celular.

Cabe ressaltar, ainda, que as necessidades podem ser sociais ou da sociedade, sendo a primeira ligada diretamente ao agente e sua relação com o social, já a segunda ligada ao conjunto de agentes, é ele próprio, o agente, que carece de necessidades. Quando essa necessidade é ligada ao conjunto de agentes da sociedade, deve ter o papel de mudar a estrutura, portanto, deve ser uma necessidade radical. Um exemplo é a questão de paridade de gênero entre as pessoas: se gênero se tornar uma necessidade radical, ela tem o papel de superar a desigualdade de gênero na socialidade. Consultar: Heller, Agnes. Teoria das necessidades em Marx. Barcelona: Península, 1986.

[...] de um lado, a reprodução do homem através do consumo dos resultados do processo, e de outro, a ampliação do conjunto de forças naturais dominadas, através do consumo produtivo de instrumentos e objetos do trabalho. Dessa forma, organizados através não de um ciclo, necessariamente, mas de uma rede (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 317).

Assim, o consumo, segundo Mendes-Gonçalves (2017), pode ser caracterizado como improdutivo, quando o ato de produção satisfaz a necessidade e o processo de trabalho se finda nele mesmo; ou produtivo, quando os resultados passam a compor outros processos de trabalho para serem consumidos diretamente, portanto, não se findam em si mesmos. Há ainda a possibilidade de os resultados adentrarem outros processos de trabalho, mas não como resultado e sim como objetos de trabalho. Ainda assim, este último corresponde a um tipo de trabalho produtivo. Porém, tal como apresentado até agora, o processo de trabalho finca-se em situações individuais, isoladas, quando não de vários agentes trabalhando, mas, de todo modo, separados.

Constata-se, pois, que é partir daí que Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves introduz a ideia em torno do trabalho como **trabalho social**, ou seja,

o homem não trabalha nunca isolado dos outros homens, mas sempre em sua forma natural de ser: como homem social. [...] O homem não existe, não vive, não trabalha, não se reproduz, senão organizado em grupos de homens: os carecimentos [necessidade] que, transformados em finalidades, guiam todos os processos de trabalho, não são os carecimentos [necessidade] dele, trabalhador individual, que sente fome, frio ou tédio, mas sim os carecimentos [necessidade] do grupo, do clã, da tribo, da comunidade, o que inclui sempre homens e mulheres de diversas idades e que não exatamente “escolhem” existir, viver e reproduzir-se como grupo, mas naturalmente só podem existir, viver e reproduzir-se como grupo (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 319).

Por isso, o trabalho, enquanto trabalho social, integra-se na sociedade como elemento vivo. Integrando o processo de trabalho com as formas e as condições de produção, pode-se gerar o excedente da própria produção. Isso faz com que dê a possibilidade ao agente de apropriação da produção, ou ainda, a apropriação por outros agentes que não estejam necessariamente envolvidos no processo de trabalho. É nesse movimento que se abre espaço para apropriação privada desse excedente, criando a desigualdade entre os agentes (envolvidos no processo ou não), posto que

Essa forma social cria condições, principalmente através da produção de excedentes (por referência ao consumo) para que, por um ato unilateral, a apropriação privada desses excedentes estabeleça no mesmo movimento a

desigualdade e a diferença entre os homens. Desigualdade na distribuição das condições objetivas da produção, diferença como particularização de indivíduos que, sem perderem sua genericidade, deixam de ter sua individualidade coincidindo imediata, extensiva e exclusivamente com ela. A desigualdade implica necessariamente uma relação: a divisão natural do trabalho conforme sexo, idade e destreza relacionados a funções técnicas do trabalho passa a ser sobre determinada por uma divisão social do trabalho em que os homens se relacionam entre si através de suas relações desiguais com as condições objetivas da produção (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 321-322).

Assim, a distribuição desigual desses produtos é atribuída por Mendes-Gonçalves (2017) pela apropriação de parte da sociedade pelo “modo de produção”, isto é, o modo como a produção acontece sob a influência das relações sociais da própria produção e da distribuição do produto. Porém, não só: trata-se ainda da observação do produto enquanto parte da natureza - ou seja, daquilo que veio antes – através da apreensão do agente pelo objeto de trabalho e sua transformação, com o auxílio de instrumentos de trabalho, que são subordinados a uma finalidade (pensada e intelectualizada pelo agente que cria), satisfazendo por fim uma necessidade. É verdade que a satisfação a partir dessa necessidade pode variar, seja pela distribuição desse produto em relação à quantidade (uns com mais, outros com menos), seja pela distribuição em relação ao tipo (uns de modo, outros de outro).

2.3 A RELAÇÃO ENTRE O AGENTE E SEU TRABALHO: DISTINÇÕES NECESSÁRIAS ENTRE O OPERÁRIO E O PROFISSIONAL

Como se indicou, este estudo pretende não apenas mostrar a atividade da odontologia como trabalho, mas entender a relação do agente de prática com seu trabalho. Uma primeira distinção é que o trabalhador operário sofre – no modo capitalista de produção - uma dupla alienação na relação do seu trabalho, uma alienação que é do antigo domínio do saber necessário para operar o exercício do próprio e alienação da execução de todo o processo que irá resultar no produto final esperado, sendo esta última auxiliada na intensa fragmentação da atividade do trabalho por meio do trabalho parcelado na produção industrial de escala. No caso do trabalhador em saúde, assalariado, ainda detém o monopólio de seu saber e de sua prática, o que é mais próprio relativamente aos médicos, mas que se estende - em alguma medida - aos demais profissionais em saúde.

Já se apresentou, no sentido acima, a distinção feita por Schraiber (2019) entre trabalho, profissão e técnica, chamando a atenção para o fato de que o monopólio do saber médico por seus agentes persiste mesmo na abordagem destes como trabalhadores assalariados e alienados de suas autonomias mercantis e de organização da jornada de trabalho cotidiano, sugerindo um enquadro conflitante quer com a noção de profissão, quer com a de proletariado. Complexifica-se a questão com o apontado por Diniz (2001).

Segundo Diniz (2001), esses agentes de práticas não pertencem a uma elite empresarial, nem um operariado:

De certo ponto de vista, a questão da posição de classe dos profissionais como profissionais é, em última análise, uma “não questão”. Se por um lado a categoria “profissional” não goza de nenhuma posição especial nos modelos de estrutura de classe, quando não constitui simplesmente um elemento teoricamente incômodo [...] relega-se assim à categoria anacrônica da “nova pequena burguesia”, dando aos profissionais autônomos e assalariados a heterogênea companhia dos pequenos comerciantes, dos funcionários de escritórios e outros assemelhados [...]. Por outro lado, os profissionais autônomos continuam no imaginário de uma pequena burguesia, enquanto os assalariados compartilham com empregados técnicos e com artesões altamente qualificados. [...] Por fim, os profissionais não são nem ‘capitalistas’ nem ‘operários’, nem tampouco são tipicamente administradores ou burocratas. Certamente não são proprietários rurais independentes ou membros dos pequenos grupos de pais independentes ou membros dos pequenos grupos de proprietários urbanos. As profissões não são classe nem pertencem a qualquer classe; são, antes, uma categoria de papéis ocupacionais diferencialmente avaliados e gratificados através de sua contribuição à solução dos problemas adaptativos do sistema social [...] formando, pois, suas hierarquias sociais dentro do sistema de estratificação social (Diniz, 2001, p. 35-36).

Para a análise da categoria Profissão necessita-se mais do que o simples olhar da proletarização dos vínculos de trabalho, afinal, essas modificações já acontecem desde o início da crise estrutural do capitalismo e bem estudadas através de denominações distintas, tais como: nova classe média, nova classe trabalhadora, classe de serviços, nova classe média... dentre outros. Dessa forma, o que esses modos de visão e estudo para com os profissionais tem interseção, é a delimitação do próprio agente de prática como profissional dentro da análise, isto é, o tamanho da fração, seu grau de heterogeneidade ocupacional e a percepção do analista (aquele que faz o estudo) sobre o aumento e a redução dessa fração – e essa variação tem ligação direta com a ideologia do agente que analisa (Diniz, 2001).

Marli Diniz (2001), baseada na noção weberiana de “fechamento”, define credenciais acadêmicas e profissionais e a instituição de propriedade, mas, dando ênfase na categoria propriedade como principal forma de “fechamento”. Isto é, não negando a existência de classes sociais, sobretudo uma classe dominante e uma dominada, além de classes intermediárias; mas, entendendo os profissionais ocupando uma posição única com base em suas credenciais e propriedades.

Por isso também, tal como em Schraiber (2019), lança-se mão da noção de agente de prática tal como em Bourdieu (2009) em sua sociologia, voltada para a economia política dos bens simbólicos, traz conceitos interessantes em torno disso das credenciais individuais do agente, principalmente, quando analisadas sob o ângulo da relação do agente com a estrutura - preocupação perene dentro da sócio-histórica, mas que concerne também à psicologia, à filosofia, à economia e à saúde. Essa questão se refaz a depender do tempo e do espaço, nascendo e renascendo, ao trazer como pano de fundo o mesmo paradoxo. Os estruturalistas, por exemplo, possuem a habilidade de colocar o agente em segundo plano ou eliminados da discussão teórica na análise da vida em sociedade e suas relações, já a fenomenologia leva a discussão para o centralismo do agente, como causa-consequência dos fenômenos analisados.

Bourdieu oferece uma alternativa para essa problemática, que não a esgota, mas que contribui fortemente para uma construção teórico metodológica compreensiva para a questão agente-estrutura. Segundo Araújo Alves e Cruz (2009, p. 32), “[...] Bourdieu tenta superar algumas oposições existentes entre as abordagens estruturalista e a fenomenologia.” Tal discussão é trazida para o lugar do *campo científico*, já que essas alternativas de base teórica-sociológica passam pela dominação, pela guerra por narrativas, além do jogo de interesses, como em qualquer outro campo. Assim, reforçando a ideia da ciência como uma estrutura sem neutralidade, “[...] orientada para a aquisição de um determinado tipo de *capital* em torno do qual se desenvolvem as disputas e se consolidam as hierarquias entre os cientistas e as diferentes instituições” (Araújo; Camargo; Cruz, 2009, p. 32). Convergindo, não há escolhas sem interesses no campo científico, seja ela no modo de escrita ou na concepção do próprio modo de fazer ciência, isto é, tanto os agentes filados à fenomenologia, quanto ao estruturalismo, por exemplo, têm o interesse no

agir, assim como estratégias e investimentos guiados para a acumulação de capital e de lucro simbólicos.

Inclusive, pois, o campo científico, em especial o da sociologia, ao colocar autores importantes como Marx e Weber em terrenos antagônicos fundamenta a permanência de uma dicotomia que camufla a verdadeira função da sociologia no seu modo interpretativo teórico-metodológico; isto é, a unidade da sociologia encontra-se no espaço de oposições possíveis e das oposições que nascem em intercessões pertinentes para diálogo entre correntes teóricas distintas. Ou seja, as oposições [...] “têm fundamentos sociais, mas não científicos” (Araújo; Camargo; Cruz, 2009, p. 34). Dito de outra maneira: a luta pela preservação de discurso com a finalidade de posse entre esses diferentes capitais, na imposição de uma verdade como mais legítima e aplicável ao social. Não obstante, é utópico pensar que determinada corrente teórica chegue ao apogeu da explicação conclusa e terminantemente de qualquer fato social. Bourdieu (2009), porém, reflete que os conceitos devem permanecer inconclusos, afinal, o real é fonte inesgotável para contribuições da sua própria realidade. Isso ressalta, ainda, que a complexidade do inconcluso não tem relação com a confusão de conceitos, mas com o não-compromisso da perenidade de definições deterministas sobre a mesma realidade.

Para Bourdieu (2009), o modo de superação desse antagonismo deve-se partir do reconhecimento que são lugares de conhecimento distintos, com modos de produção e reprodução tanto quanto, e, sobretudo, quando analisados dentro da fenomenologia e física social (respectivamente) são aplicados de modo erudito, longe, pois, do *princípio de experiência ordinária do mundo social*. Ao partir desse fato, evitando pretensões totalizadoras da apreensão do real, deve-se reconhecer o papel das estruturas sociais, ao passo do resgate do agente social e das suas próprias estruturas sociais peculiares a si.

Para elucidar que nem os agentes, tampouco as estruturas sociais determinam sozinhas a vida em sociedade, é ímpar conhecer o conceito de *Habitus*, proposto por Pierre Bourdieu:

Uma das funções da noção de *habitus* é a de dar conta da unidade de estilo vinculada as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes [...]. O *habitus* é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas [...]. [Assim] os *habitus* são princípios geradores de práticas distintas e distintivas – o que o trabalhador come, e sobretudo sua maneira de comer, o esporte que pratica e sua maneira de praticá-lo, suas opiniões políticas e sua maneira de expressá-las; que diferem, sobremaneira das mesmas atividades correspondentes exercidas pelo empresário industrial (Bourdieu, 1996, p. 21-22).

Dito de outra maneira, o conceito de *habitus* é o que é habitualmente realizado, mas não necessariamente se pensa sobre isso, sem um certo planejamento. Ou seja, um conjunto de comportamentos e valores que vão acabar construindo tendências de comportamento, isto é, a reprodução de comportamentos sociais estabelecidos – para determinado grupo, tempo e espaço social. Como, por exemplo, a ida a um restaurante japonês, que pode ser realizada tanto por uma família de camada média quanto por uma família da classe trabalhadora, porém, o lugar que esse restaurante ocupa na vida dessas distintas famílias é diferente. Ora, representa para cada qual o lugar social esperado para cada agente, seja o de ascensão social, por comer em um restaurante fora de casa e, ainda assim, não se habituar com esses códigos gastronômicos de outra cultura alimentar, seja pela experiência degustativa completa da classe média em comer o sushi com o hashi e interpretar o yakissoba como um alimento tradicional e não só como um macarrão com alguns legumes. Ou seja, o mesmo alimento, dentro do mesmo restaurante, apresenta diversas representações a partir da dinâmica de vida pregressa desses agentes. Muito desse aspecto é influenciado diretamente nas escolhas: matrícula em escola particular ou pública; ir ao cinema e depois discutir sobre o filme; ter acesso a literatura; ter que se dedicar ao trabalho ao invés do estudo; realizar viagens turísticas para Ásia ou para o nordeste do Brasil, dentre outros. O exemplo acima, ainda que fictício, mas se levados para o campo do real, formariam a essencialidade das escolhas desses familiares e, por conseguinte, essenciais para a construção do *habitus* de sua prole, sobretudo sobre o entendimento do mundo, que produz e se reproduz de maneira não planejada.

Apesar dessas escolhas familiares, o *habitus* não pode ser ensinado. Pelo contrário, ele é interiorizado, incorporado, incarnado, como se tomasse posse do corpo do agente, através de mecanismo inconsciente. Em outras palavras, o nosso

corpo reproduz as estruturas da sociedade, desde que restrito à classe social que o agente pertence ou a que sua família advém. Assim, emerge uma problemática da dificuldade das transformações sociais em sociedade, uma vez que, não basta a transformação pelas estruturas sociais, mas através do agente e da estrutura.

Diz Bourdieu que

os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência produzem *habitus*, sistemas de disposições duráveis e transponíveis, estruturas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins e do domínio expresso das operações necessárias para alcançá-los, objetivamente 'reguladas' e 'regulares' sem em nada ser o produto da obediência a algumas regras e, sendo tudo isso, coletivamente orquestradas sem ser o produto da ação organizadora de um maestro (Bourdieu, 2009, p. 87).

Assim, se tratando de “hipótese” para uma ação em sociedade – pensada por correntes fenomenológicas – através de um sistema rigoroso e exclusivo de cálculo do agente sob sua própria ação, esta é refutada por Bourdieu, mas repensada de modo mais complexo, entendendo as estruturas como características de uma determinada classe social determinando as condições de existência que, por meio da necessidade econômica e social, fazem pensar sobre o universo *relativamente autônomo* da economia doméstica e das relações familiares, ou melhor, “[...] por meio das manifestações propriamente familiares dessa necessidade externa, produzem as estruturas do *habitus* que são, por sua vez, no princípio da percepção e da apreciação de toda a experiência” (Bourdieu, 2009, p. 89). Assim, tem-se o *habitus* como produto da história, produzindo práticas peculiares e únicas, tanto para o agente quanto para a reprodução por outros agentes agregados, garantindo, assim, a ação por meio da historicidade da própria ação, isto é, a sobrevivência do ato perpassado pelo tempo, embora atualizado e situado

[...] no princípio da continuidade e da regularidade que o objetivismo concede às práticas sociais sem poder explicá-las e as transformações reguladas das quais não podem dar conta nem dos determinismos extrínsecos e instantâneos de um sociologismo mecanicista nem a determinação puramente interior, mas igualmente pontual do subjetivismo espontaneísta (Bourdieu, 2009, p. 90).

Assim, a ação do agente escapa das ações interiores e exteriores puras, seguindo o modo de reprodução específico de sua história, colocando em prática o pensamento “livre” para o exercício de suas percepções, porém, sob pressão, não de uma operação determinista, mas “por meio das pressões e dos limites originalmente atribuídos a suas invenções” (Bourdieu, 2009, p. 91). Ou seja, busca-se uma superação do antagonismo entre liberdade e condicionamento de liberdade; da consciência e do inconsciente; do indivíduo e da sociedade; afinal, o *habitus* é “a capacidade infinita de engendrar em toda a liberdade, limitada pelo social e pela história de sua própria produção” (Bourdieu, 2009, p. 91). Apesar dessa liberdade e do número infinito de possibilidades dentro da ação, ela se limita pela classe determinada de regulações já existentes, sendo o ato do agente voltado para o senso comum e previsivelmente esperado de acordo com sua história: o que Bourdieu (2009) chamou de *homogeneidade do habitus*, isto é, quando se observa, nos limites de uma classe de condições existentes e de condicionamentos sociais, que as práticas são imediatamente inteligíveis e previsíveis, percebidas, portanto, como evidentes e óbvias através da economia da intenção, não somente na produção, mas também na decifração das práticas. Assim,

o *habitus* é a presença operante de todo o passado do qual é produto, no entanto, ele é o que confere às práticas sua independência relativa em relação às determinações exteriores do presente imediato. Essa autonomia é a do passado operado e operante que, funcionando como capital acumulado, produz história a partir da história e garante assim a permanência na mudança que faz o agente individual como mundo no mundo. Espontaneidade sem consciência nem vontade, o *habitus* não se opõe menos às necessidades mecânicas do que à liberdade reflexiva, às coisas sem história da teoria mecanicista do que aos sujeitos ‘sem inércia’ das teorias racionalistas (Bourdieu, 2009, p. 93).

Portanto, o conceito de *habitus* torna-se essencial para superar o debate estruturalista ortodoxo, ou mesmo fenomenológico tradicional, de modo que rejeita qualquer pretensão que seja totalizadora de conhecimento explicativo para o vivido em sociedade. Resgata, pois, a dimensão individual e simbólica dos fenômenos sociais, “a dimensão do agente que interage com a realidade social, não sendo apenas resultado de suas determinações, nem, por outro lado, determinando-a” (Bourdieu, 2009, p. 93). Nesse contexto, aceita-se o lugar das estruturas sociais, ao mesmo

tempo que se dá luz ao agente social, afinal, “as estruturas sociais por si só não determinam a vida em sociedade” (Araújo; Camargo; Cruz, 2009, p. 35). Ora, o *habitus*, na aplicabilidade do vivido, não é apenas uma coincidência no agir, mas é, sobretudo, a simbiose entre a consciência e o inconsciente, mas sem um finalismo mecanicista previsível e determinista. Em outras palavras, trata-se de sentar-se à mesa, saber que o sushi pode ser manuseado com o hashi, mas que, ao mesmo tempo, pode-se usar um talher ocidental; é jogar o jogo e saber improvisar dentro dele, constituindo, assim, novos modos de ser e de agir, mas respeitando a história constituída, advinda da sua própria história, ou seja, é o constituir e o ser constituído continuamente.

Tal discussão se torna essencial para o entendimento das práticas em saúde, e muito mais nesse particular do exercício da intervenção dentária, objeto, pois, essencial para os praticantes de lidar com os dentes a depender do seu tempo histórico e espaço social.

Destaque-se ademais que essa abordagem se coaduna com a pretensão de examinar a própria relação entre o agente e seu trabalho, neste caso, como em Schraiber (2019) a relação entre o odontólogo ou o médico, respectivamente, e seus trabalhos.

Esse debate ajuda a entender como aconteceu o processo de profissionalização de uma prática - a odontológica - a partir dos discursos de seus próprios agentes: os cirurgiões-dentistas. Mas essa intencionalidade, apenas como tal, seria cair na gruna puramente fenomenológica, por isso, entender os contextos desses agentes se fez necessário, principalmente a partir de documentos transformados em monumentos, uma vez questionados e colocados em xeque por uma análise sócio-histórica-crítica.

Isto quer dizer que é fundamental a ideia do trabalho em saúde como trabalho social, uma vez que não se busca entender o trabalho odontológico apenas como uma profissão ou ocupação, centrada unicamente como o resultado de uma formação ou de uma não formação universitária, mas sim entendendo-a como parte de uma sociedade, tal como apresentado por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.

Porém, cabe fazer uma ressalva: não basta conhecer as questões sociais para se conhecer as questões da odontologia. É preciso entender a prática e a sociedade como uma articulação orgânica, isto é, “[...] as práticas são estruturas organizadas e cada prática específica é parte de um todo maior, que é o social: assim, a socialidade circunscreve a prática[...]; há, portanto, uma estruturação que permite que essa prática seja dependente da estrutura social” (Schraiber, 2019, p. 11 [tradução minha]).

Isso quer dizer que, assim como nos estudos dos médicos realizado por Schraiber, a odontologia não se encontra no social pela sua repetição, mas sim nas particularidades que a própria guarda da sociedade:

Se assim não fosse, o resultado seria um descaminho para se conhecer a prática da medicina em seu lado técnico, uma vez que esse lado “interno” se transformaria em mero reflexo de seu exterior. O uso mecânico das determinações sociais desqualifica o conhecimento das peculiaridades das situações particulares que pertencem ao social, impedindo, por exemplo, de se conhecer a realidade técnica e tecnológica do trabalho médico como prática social. Esse uso mecânico também impede que se conheçam processos de subjetivação, isto é, passa-se a tomar os profissionais, por exemplo, como mero produto das condições de trabalho ou recursos-objetos da própria técnica, tornando o médico um agente não atuante e totalmente determinado pela organização de seu trabalho (Schraiber, 2019, p. 11 [tradução minha]).

Em outras palavras, interessa aqui a prática enquanto ato do saber, que é operada no cotidiano do encontro clínico, em que os conhecimentos mais abstratos e oriundos do saber científico – muitas vezes repassados de forma compartimentada – com suas práticas cotidianas sejam vividos ou repassados. Por isso ressalta-se a importância do conceito de *habitus*, que une a formação aos interesses pessoais dentro de uma estrutura que produz e se reproduz e que culmina na experiência prática.

Assim, analisa-se o cirurgião-dentista na perspectiva de sua prática enquanto trabalho e não necessariamente apenas como profissão, afinal, se usada apenas a perspectiva da sociologia das profissões, cair-se-ia no abismo de uma explicação da prática odontológica através do conhecimento, sem levar em conta as interações sociais e as reproduções da socialidade dentro da própria prática. Usando o mesmo argumento que Schraiber (2008; 2019), estudar a problemática dos dentistas apenas

pelo viés do saber profissional, isto é, da educação, seria afiançar que bastaria uma boa escola odontológica, com Diretrizes Nacionais Curriculares em consonância com o SUS e educação continuada durante os anos de profissão, para que o exercício da prática fosse igualmente bem desenvolvido em consonância com valores, conhecimentos e virtudes. E nesse sentido, por exemplo, bastaria conhecer a história do ensino ou a história do saber para também conhecer a prática do trabalho cotidiano. Nosso referencial, porém, aponta para a necessidade de conhecer a particular reprodução do social no plano do trabalho e em especial de seu processo no contexto institucional, o que igualmente é aspecto metodológico recomendado por Bourdieu, em seu conceito de “erro de curto-circuito” (Bourdieu, 2009).

3 A ARTE E A PRÁTICA DE LIDAR COM OS DENTES

O trabalho em saúde da modernidade tem raízes históricas em diversas práticas, ora organizadas em corporações de ofício ou guildas de ofício, onde se formavam praticantes livres ou artesãos de algumas intervenções hoje parte da medicina, ora vinculados às monarquias como praticantes com formação em universidades ligadas à igreja, ora praticantes de tradição popular, como artesãos livres que ofereciam seus serviços em diversas localidades, em tempos marcados pela convivência de todos esses instituídos.

Muitos pesquisadores se dedicaram a apresentá-los: Passos-Nogueira (1977; 2007) com estudo voltado para mudanças da prática médica através de sua organização social na alta idade média; Donnangelo (1975; 1976), com estudos sobre a relação entre a Medicina e a Sociedade, tomando a prática técnica dos médicos como prática social; Mendes-Gonçalves (1979; 1986), com a prática da medicina como processo de trabalho na produção social; e Schraiber (1988; 1989; 1993; 2008; 2019), com estudos sobre as relações do médico com seu trabalho, na construção e desenvolvimento histórico do saber e da prática em Medicina, sobretudo entre os anos de 1970 e 1990. Apesar das abordagens diversas, ambos os estudos tomam como pano de fundo a historicidade e a socialidade da medicina como parte das práticas sociais, ora com enfoque no saber, ora com enfoque na técnica.

Com base nesses autores, apresento as principais formas de prática que culminaram na medicina moderna, sendo elas: as corporações de ofícios, depois desdobradas nas guildas dos cirurgiões de bata longa ou dos de bata curta, a fisicatura e os praticantes populares, cujas origens e formação estão ligadas ao exercício prático de ordem popular conexas com o curandeirismo ou a pajelança. Assim sendo, busco indícios históricos da arte e da prática de lidar com os dentes junto a esses modos descritos acima e a princípio voltados à medicina de modo geral. Ou seja, o entendimento histórico da odontologia por dentro da historiografia das práticas que culminou na medicina moderna, da qual se autonomiza a prática odontológica no século XX.

3.1 A CURA PELO SABER DOUTO, A CURA PELAS MÃOS CIRÚRGICAS

Roberto Passos-Nogueira, na nota introdutória do seu livro *Do Físico ao Médico Moderno* (2007), fruto da sua dissertação de mestrado de 1977, relata que o físico era aquele que administrava drogas diversas e tratava dos acometimentos mais internos do corpo – com finalidade de cura - durante a idade média até o século XVIII. Sua prática, nada manual, contrastava, em formação, em habilidades e em formas de intervenção com a dos cirurgiões, voltados aos danos visíveis do corpo e caracterizados pela manipulação dos corpos, direta ou por meio de alguns poucos instrumentos.

Assim, essas práticas de cura eram diversificadas e exercidas por distintos agentes, cujas formações também se davam em distintas instituições: as universidades para os físicos e as guildas ou corporações de ofício para os cirurgiões, ao menos durante um longo período da Idade Média, até que a formação universitária dos cirurgiões se iniciasse, no século XV, separando-os das guildas originais.

É importante ressaltar que cirurgiões e físicos têm suas especificidades e, se olhados pelo prisma historiográfico, cada qual apresenta sua história, seus agentes de práticas. Não se deseja aqui colocar a arte dos físicos e dos cirurgiões como movimentos opostos sobre o mesmo objeto, uma vez que os cirurgiões lidavam com os danos físicos do corpo, ou seja, tudo que era visível na superfície do corpo,

abcessos, cortes, fraturas; enquanto os físicos lidavam com o invisível, as febres, as dores, convulsões. Os físicos eram considerados médicos, mas não o eram os cirurgiões, e o mais importante é que para nenhum dos dois a doença estava na estrutura do corpo doente (Schraiber, 1989; Passos-Nogueira, 2007; Foucault, 2009). A fisicatura e a guilda cirúrgica também possuíam procedimentos diferentes de cura do doente (não do corpo, mas, do indivíduo): a primeira pelo conhecimento filosófico-ecclesial no combate às enfermidades internas ao corpo (invisíveis); e a segunda pelo emprego das mãos com o auxílio de um instrumento de trabalho para sarjar, retirar ou eliminar as enfermidades externas ao corpo (Passos-Nogueira, 2007).

Passos-Nogueira (2007) aponta para a influência da igreja na prática da medicina medieval (*physica*) e da cirurgia. O pesquisador examina a progressiva passagem da prática cirúrgica e *physica* para uma prática laicizada e tecnoprofissional:

São duas formas de organização social da medicina organicamente integradas às características da sociedade feudal em períodos distintos, embora, por algum tempo, tivessem lado a lado. Na medicina religiosa [...], a ligação com a ideologia é imediata, ao passo que na medicina urbano-corporativa ela se faz de maneira mediatizada, pelas posições relativas de seus agentes, pela estrutura político-jurídica das corporações etc. [...] (Passos-Nogueira, 2007, p. 27-28).

Assim, a *medicina monástica*, sob influência da igreja, tem sua gênese no processo de dissolução do Império Romano (que culmina em 476 d.C.), uma vez que a igreja participou ativamente na reorganização da produção agrícola, dando proteção aos camponeses e criando “laços que prendiam os colonos ao núcleo religioso” (Passos-Nogueira, 2007, p. 28). Dessa maneira, essa reorganização era coberta por proteção, inclusive no que tange ao cuidado na saúde dos doentes, em prol de oferecer um ambiente seguro para o cultivo da terra. Entretanto, como moeda de troca, existia o pagamento do dízimo, uma das principais obrigações à época.

Criada pelos monges beneditinos, a Regra da Ordem visava regular o cotidiano dos monges, mas, sobretudo, se preocupava também com a saúde, a ocorrência das doenças. Cria-se, por conseguinte, um sistema de cuidados médicos monásticos subdividido em *infirmarium* (enfermarias), *domus hospitem* (hospital/ hospedaria para

convidados) e *hospitale pauperum* (hospital/hospedaria dos pobres), respectivamente ocupado por monges, ricos e pobres (Almeida, 2009). No entanto, o interesse maior dos monásticos era pelos pobres, uma vez que o tipo de medicina oferecidas a eles era um dos laços da subordinação da comunidade ao núcleo senhorial (Passos-Nogueira, 2007) e um importante elo de subordinação ideológica à religião às igrejas cristãs por via da caridade assistencial.

Os serviços de cunho médico estavam integrados a esse conjunto de atividades pelas quais os monges ordenavam e controlavam a produção, reproduzindo as relações de dependência do camponês para com o mosteiro. Reforçada pela natureza das representações religiosas que lhe serviam de base, essa prática médica cumpria o papel político-ideológico de perpetuar a subordinação dos camponeses ao senhorio monástico (Passos-Nogueira, 2007, p. 29).

A igreja, por sua vez, dava mais visibilidade aos físicos, porque nessa época o lidar com o sangue dos cirurgiões era prática questionável pelo papado e considerado um ato repugnante. Na medicina Monástica, os monges quase sempre eram praticantes da física, bem como eram aqueles que a ensinavam, de modo que o exercício dessa prática acabou recebendo uma certa circulação na sociedade por meio dos religiosos, ainda que o seu exercício deveria ser – em tese – caritativo e não de mercado, tendo como moeda de troca a repartição do excedente produzido.

Essa prática, orientada pelos agentes da igreja, fornece um ideário de medicina como sacerdócio, ideologia não rara na medicina moderna – pelos menos até 1980, como observa Schraiber (2019, p. 162): “[...] dada a complexa natureza do ser humano, a ação sobre esse objeto de intervenção muito se aproximaria da noção de uma técnica a serviço de um sacerdócio, no sentido de ação gratificante, e não propriamente um serviço remunerado qualquer [...]”. No mesmo sentido, tem-se a noção do agente que salva a vida de outro.

Por outro lado, a *medicina urbana* era constituída como uma intervenção nos doentes realizada por artesãos ou físicos, agentes específicos. É oriunda principalmente pelo desenvolvimento urbano nos séculos XI e XII, atrelada diretamente às universidades e às corporações cirúrgicas. Assim essa intervenção é tida como técnica²⁷ e não como sacerdócio propriamente dito, ainda que mantivesse

²⁷ Ao longo do tempo houve uma distinção sobre o que é técnica, embora, essa definição, hoje em dia seja menos clara, como comenta Schraiber (2008, p. 30) “[existe] uma tendência de valorizar a

uma especial forma de ‘servir ao outro’, ao doente, enquanto forte presença das referências eclesíásticas no ensino universitário ao longo de toda a Idade Média e avançando também para o início da modernidade. Desse modo, a igreja não seria mais a instituição direta de domínio da prática médica, mas a universidade sob os olhos da igreja, que exerceria esse poder (Passos-Nogueira, 2007).

A medicina urbana era gerida por um conjunto de leis e regras - mas não proferidas pelo Estado, afinal ele ainda não existia - [...] diluídas no seio da sociedade, mas novamente ‘sob os olhos da Igreja’. Mediadas pelo ideológico, a coerção política se fazia de pessoa a pessoa” (Passos-Nogueira, 2007, p. 37). Existia, por isso, uma dicotomia entre as práticas intelectuais e as práticas mundanas, sendo os praticantes da primeira os responsáveis pela supervisão dos praticantes da segunda. É nesse bojo, pois, que a arte ofertada pelos doutos físicos se estabelece como superior à cirúrgica, praticada com as mãos.

Roberto Passos-Nogueira (2007, p. 32) resumiu, como segue, o estabelecimento da diferenciação social e técnica entre físicos e cirurgiões:

- 1.O médico Internista (físico) ocupava na estratificação social um lugar nitidamente mais elevado e desfrutava de grande reputação;
- 2.Os objetos que entravam no campo de competência de um e do outro estavam estritamente delimitados – um febricitante jamais poderia receber cuidados de um cirurgião e um ferido não deveria ser tratado por um físico;
- 3.O mesmo ocorria em relação aos recursos instrumentais; por exemplo, a prescrição de medicamentos internos e de flebotomia eram prerrogativas do físico;
- 4.O cirurgião, tal como o boticário, estava subordinado em suas ações à orientação e à vigilância do físico e das instituições universitárias, que detinham o poder corporativo correspondente aos interesses dos que praticavam a medicina interna.

tecnologia, colocando todo o trabalho manual em subordinação a uma tecnologia. [...] Nos séculos XV e XVI, começa-se a valorizar o âmbito prático da vida, do suprimento das necessidades materiais do homem, do empírico na produção do conhecimento, da técnica como relação com o mundo natural e do trabalho manual, sobretudo o tecnológico, na satisfação de necessidades humanas. O mesmo processo instaura a ciência relativamente mais interessada nas necessidades materiais do homem, com uma racionalidade instrumental e utilitária, lançando as bases para um futuro compromisso maior entre a ciência e a tecnologia.”

No mesmo sentido, em estudo sobre a emergência do hospital na prática médica, Schraiber (1989, p. 78) complementa:

[Existe] [...] uma supremacia da alma sobre o corpo, o objeto de trabalho do cirurgião não recebia o mesmo estatuto que a enfermidade interna; ao contrário, ao identificar-se com o próprio corpo (ele mesmo natural e visível), situava-se como inferior, sendo mesmo alijado da concepção de enfermidade e tipo apenas como **dano físico**. O que quer dizer que a enfermidade e o dano físico não eram concebidos como uma entidade, que poderia apenas localizar-se de modo variado: ora internamente, ora externamente, no corpo. Reproduzindo a própria hierarquia teológica, entre o **transcendental-oculto** e o **natural-visível** a concepção de enfermidade residia no primeiro, não sendo jamais enfermidade do **corpo**, mas uma individualidade própria, autônoma, cujo espaço de existência, ao identificar-se com o interno ao corpo, fazia deste apenas seu meio de expressão (Schraiber, 1989, p. 78) (grifo da autora).

O físico, por fim, teria um estatuto não operacional-manual, posto que até mesmo a manipulação das ervas medicinais seria realizada pelo boticário; isto decorreu do estatuto dos físicos como agentes de práticas dotas ligadas às características mais filosófico-teológicas de seu saber e à capacidade deste em reproduzir a ordem teológica da Idade Média. Desse modo, aparecem figuras antagônicas como “[...] o humilde artesão face ao douto prestigioso, o homem da técnica face ao filósofo” (Schraiber, 1989, p. 76-77):

Ocupando-se os físicos, como objeto de seu trabalho, das enfermidades internas do corpo, suas características como objeto interno-oculto propiciavam sua elaboração no saber médico como algo místico, de expiação de pecados, entidade de causas e mecanismos desconhecidos e não elucidáveis. [...] De outro lado, os cirurgiões ocupavam-se, como objeto de seu trabalho, da enfermidade que se evidencia na superfície externa do corpo, que por essa característica de natural visível, não propiciava mesmas elaboração [tal qual o físico precisaria] (Schraiber, 1989, p. 77).

A diferenciação social e técnica também passava pela formação desses praticantes. Para os físicos, assim como para os advogados e padres, as universidades ofereciam as disciplinas de gramática, teologia, retórica e dialética, sob a égide de um mesmo pressuposto: controle do saber e da prática. Os físicos tinham um aprendizado que não compreendia um “fazer”, apenas um “ouvir”; aprendizado pelas grandes dissertações orais baseadas em livros, mas tipicamente “aulas” em que

o mestre discorria sobre o adoecimento como uma formulação só teórica, grandes tratados a partir dos conhecimentos gerais sobre questões filosóficas e teológicas. (Schraiber, 1989; Passos-Nogueira, 2007). Já no caso dos cirurgiões se complexifica a situação de sua formação, uma vez que se dividia em diversas categorias:

Em primeiro lugar, vinha o conjunto bastante restrito de médicos cirurgiões formados em Bolonha [...]. Em segundo lugar, estavam os cirurgiões pertencentes a corporações: cirurgiões propriamente ditos (de bata longa) e os cirurgiões barbeiros (de bata curta) [...]. Em terceiro lugar, situavam-se os itinerantes: litotomistas, cortadores de hernias, operadores de cataratas e algebristas ²⁸ (Passos-Nogueira, 2007, p. 39).

Cabe observar que nessa diferenciação social e técnica entre físicos e cirurgiões é interessante considerar as distintas formas de organização social que os representem na sociedade. Nesse sentido, destaca Passos-Nogueira (2007), se os físicos são representados pelas universidades e no plano de sua prática de intervenção pela fisicatura; os cirurgiões de ofício são representados pelas guildas, que tanto os formavam quanto os inseriam na circulação na sociedade. Já os cirurgiões formados em Bolonha, que tinham formação universitária, mas que não detinham um organismo específico de representação na sociedade junto com as demais “subcategorias cirúrgicas” tinham sua formação chancelada por um mestre da arte. Dessa forma, o aprendiz pagava mensalidade ao cirurgião-mestre, que lhe repassava as técnicas através da prática, claro que existia o atravessamento da tradição oral de ensinar e aprender na relação entre mestre e aprendiz, mas o foco era o aprender-fazer²⁹. Os cirurgiões não dispunham de um organismo unificado e supra regional semelhante às universidades ou as guildas, em que o saber era unificado, por isso o aprendiz se relacionava com vários mestres e cada qual detinha a sua forma própria de atuar, em estilo individual de praticar a técnica dominada pela

²⁸ Na Espanha Moura, influenciado pelos árabes marroquinos, o termo Algebrista (derivado de *al-jabr*) era cunhado para aqueles que consertassem ossos quebrados. É possível ver algumas passagens na literatura, principalmente no livro II de *Dom Quixote*, mais precisamente no capítulo XV, pág. 54, onde o algebrista é tido como o restaurador de ossos, na passagem “um algebrista que atendeu ao infeliz Sansão”. É provável que esse mesmo praticante realizava contas matemáticas e possivelmente com entendimento de lógica. Conjecturando, pode ser o real motivo pelo qual eles eram convocados para reduzir fraturas ósseas, pela necessidade de exatidão da força aplicada na região.

Porém, não foram encontrados estudos que explicassem melhor esse termo, assim como, não se sabe se houve a prática da álgebra no Brasil colônia. Necessitando, pois, de outros estudos que tomem como protagonista o algebrista na idade média e no Brasil.

²⁹ Como aponta Schraiber (1989), a reestruturação dos hospitais ao longo do século XIX, o surgimento dos hospitais-escola e sua modernização como um laboratório para a experiência médica, já ao início do século XX, culmina essa passagem de um ensino baseado no ouvir sobre os adoecimentos para um aprendizado pela experiência de praticar a clínica, o aprender fazendo.

corporação ou guilda em que se inseria. “Nas guildas cirúrgicas, cada mestre da arte mantinha isoladamente seus discípulos, em uma relação patriarcal idêntica à de outros ofícios instrumentais” (Passos-Nogueira, 2007, p. 46). Complementa o autor:

Em termos de regime pedagógico, o contraste entre físicos e os cirurgiões resumia-se ao seguinte ponto: as universidades, para bom cumprimento de suas funções ideológicas, emprestavam ao ensino um caráter coletivo, mediante o qual transmitiam um saber uniforme, em um processo que ocorria à parte do exercício da profissão; as guildas cirúrgicas, em contraposição, fundavam o ensino sobre a prática privada de cada mestre (Passos-Nogueira, 2007, p. 46).

Apesar da existência de modalidades distintas de chancelar, validando, a formação e a prática a ser feita para a prestação de serviço por parte desses artesãos e praticantes doutos, as guildas e as universidades foram essenciais no mecanismo de defesa de estranhos sem formação universitária ou por mestres de guildas na prática da medicina interna e da cirurgia, respectivamente. Assim, a formação não estaria ligada “a propriedade do trabalho, mas sobretudo aos mecanismos de admissão no ofício e a seu aprendizado” (Passos-Nogueira, 2007, p. 43). Existia um certo ponto de convergência entre cirurgiões e físicos, de modo a proibir, perseguir e punir aqueles que realizassem essas práticas sem a devida chancela por algum desses tipos de organização. Esse tema se torna importante, como se discutirá adiante, pois os praticantes originários das experiências populares serão afastados e impedidos de continuar praticando seja a medicina, seja a arte dentária, isto é, tanto os médicos quanto os dentistas na modernidade passaram a excluir os praticantes populares.

3.2 A CURA DO CORPO DOENTE PELO SABER DOUTO E PELAS MÃOS CIRÚRGICAS NO HOSPITAL

Ao fim da Idade Média, com a transição para o modelo capitalista de produção, esses agentes (os físicos e os cirurgiões) e suas práticas foram adquirindo outros sentidos e outros modos de regulação. A criação dos Estados-Nação e a guerra entre povos pelas conquistas de espaços geográficos, assim como o apogeu de monarquias

absolutistas, foram essenciais para uma nova configuração da intervenção cirúrgica e da interna ao corpo. O Estado, por sua vez, começou a ocupar-se de questões sanitárias, principalmente ligadas à mortalidade em decorrência de epidemias, com isso, colocou-se a prática médica em outro patamar, mais ligada ao Estado. Surgiram algumas transformações da organização social da medicina, como “[...] a progressiva perda do domínio da Igreja sobre a produção do saber; e o deslocamento do controle da prática médica em direção ao poder centralizador do Estado” (Passos-Nogueira, 2007, p. 64).

Entre os séculos XVI e XVIII, houve a falência do poder da aristocracia fundiária e das instâncias eclesiásticas ligadas a elas. Ao mesmo tempo, a ascensão da Doutrina Condillac propunha o fim do antagonismo entre método e experiência, o saber contemplativo, então, deveria ceder lugar ao saber operativo. Em outros termos, tem-se a técnica em sua plenitude de conhecimento e ação. Outro fator importante foi a nobreza estatal com ambições de tomada de poder de mais espaços, juntando ao serviço militar os cirurgiões. Toda corte europeia, por conseguinte, passa a ter seu corpo de cirurgiões, trazendo uma notável ascensão para a categoria. Isso fez com que as corporações dos cirurgiões propriamente ditos (bata longa) rompessem com corporações de cirurgiões-barbeiros (bata curta), sendo que ambos constituíam uma só corporação até esse mencionado rompimento. Isso aconteceu porque os barbeiros tinham menos prestígio e estavam restritos a pequenas cirurgias como as dentárias, sangrias e aplicação de sanguessugas. Além disso, a arte do cirurgião-barbeiro era estritamente civil, ligada apenas ao cidadão comum, não sendo, pois, aproveitada no campo da medicina militar (Passos-Nogueira, 2007). Nesse bojo, os cirurgiões de bata longa acabaram se sobressaindo em relação aos de bata curta, embora a cirurgia dentária não tivesse o mesmo estatuto das demais cirurgias – como adiante apresentar-se-á – os cirurgiões que lidam com os dentes estarão em quaisquer das duas situações (bata longa e bata curta).

Como pano de fundo, o Estado absolutista, durante a conquista de novos territórios, precisaria de soldados saudáveis, ou melhor, da força física de seus corpos. Para isso, fazia-se necessário profissionais que tratassem desde feridas relacionadas ao combate direto até o acometimento de doenças epidêmicas no corpo militar (Schraiber, 1989). Portanto, além de um *corpus* de cirurgiões e físicos que as monarquias já contavam, era fundamental ter agentes de prática que entendessem de

complicações em decorrência de feridas por fuzil com o uso de pólvora, componente novo nas batalhas da época.

Ainda sobre o aparecimento da pólvora e do fuzil, as monarquias levariam um certo tempo para treinar seus soldados e, por isso, se fazia necessário um investimento na sua formação. Com o aparecimento da mercantilização, o Estado precisaria de uma contrapartida desses soldados: a garantia de que eles se mantivessem vivos e fortes para as batalhas. Afinal, tratava-se de um investimento. Sobre isto, diz Michel Foucault (2014, p. 178):

Ora, com o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o exército torna-se técnico, sutil e custoso. Para se aprender a manejar o fuzil será preciso exercício, manobra, adestramento. É assim que será dado o preço de cada soldado [...] e o custo do exército tornar-se-á um importante capítulo orçamentário de todos os países.

Antes do período em questão, os soldados feridos eram tratados nas residências de povoadores da região, que passaram a receber os soldados e a prover visitas constantes de físicos e cirurgiões destacados pela monarquia (Foucault, 2014; Santos-Filho, 1991). Esses ambientes poderiam ser ainda hospedarias, mantidas pelas igrejas, que tinham caráter sempre caritativo, que além de alojar os feridos, também davam conta de imigrantes sem terras, inválidos, indigentes, velhos e doentes crônicos. No segundo caso, também recebiam as visitas de físicos e cirurgiões - assalariados pelas ordens religiosas - mas sem aquela intenção de cura, que se inicia pela medicina militar, daqueles que se albergavam (Foucault, 2014; Passos-Nogueira, 2007). Cabe ressaltar que a figura do médico de hospedaria era pouco prestigiada pela sociedade, conforme destaca Foucault (2014, p. 186-187): “o médico que as comunidades religiosas chamavam para fazer visitas era, geralmente, o pior dos médicos”. Isso se dava, pois, a figura médica era centrada nas consultas privadas, em ambiente domiciliar, que ganhou prestígio graças a certo número de “curas espetaculares” (Foucault, 2014, p. 186).

As hospedarias funcionavam como um verdadeiro “morredouro” (Foucault, 2014). Elas eram mantidas pelas igrejas e funcionavam como albergues. Como apresentado acima, tinham um público-alvo muito específico e não tinham nenhum objetivo de cura dos que ali passavam. Também não havia uma dinâmica própria de

controle de doenças, seja do doente em si, seja entre os doentes (Passos-Nogueira, 2007). Assim, a assistência desse hospital não era um instrumento de cura como na sua transformação para um hospital moderno, mas era essencialmente abrigar, funcionar como um abrigo, um local para os sem domicílio, como os pobres, ou uma hospedaria para os viajantes, como assinala Foucault (2014, p. 174):

O pobre como pobre tem necessidade de assistência, e como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por esta razão, o hospital [hospedaria] deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. **O personagem principal do hospital [hospedaria] até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo.** (grifo meu)

A partir do século XVIII com a tomada de poder pelos monarcas absolutistas, o corpo começa a assumir o papel de uma força de trabalho. O Estado absolutista necessitava de um contingente populacional, “modo pelo qual [...], se refere a importância do corpo e [...] identificada pelos interesses do Estado através do controle sanitário” (Schraiber, 1989, p. 81). Exatamente neste momento há também um deslocamento dos físicos e cirurgiões da igreja para o Estado; assumindo, pois, tarefas da burocracia estatal, tais como: “[...] registros demográficos e sanitários; de orientação da organização do espaço urbano; e de intervenção nas doenças coletivas [...]” (Schraiber, 1989, p. 86). É assim que esses praticantes têm suas raízes históricas como “Homens de Estado”, como afirma Freidson (1970a; 1970b, 1994) e referiu Schraiber em seus estudos (1988; 1989; 1993; 2008; 2019) para apontar a legitimação desse agente e do saber em Medicina do qual é portador, na configuração da cultura legítima (Bourdieu, 2009) acerca da prática dos médicos na modernidade. Segundo essa cultura, como afirma Freidson (1994), serão os médicos os detentores do monopólio de saber e de praticar em Medicina, que avaliam outros profissionais, mas sendo avaliados apenas por seus pares. Isso prevalece, mas não sem tensões e conflitos com as demais categorias profissionais do campo da Saúde em continuidades históricas ainda nos dias de hoje. Assim, o médico, ao longo da história, tem:

[...] controlado quer o meio ambiente e as cidades, quer o coletivo dos cidadãos, sem esquecer a manutenção da força física dos exércitos. Os médicos, portanto, participaram diretamente da construção das estruturas de poder que consolidaram o capitalismo, formulando e implantando estratégias

de construção da nova forma de vida social (Schraiber, 2019, p. 177 [Tradução minha]).

As epidemias necessitavam de uma observação coletiva, que fugisse, de certa maneira, da abordagem individual apenas do doente. Seria necessário o controle dos sinais e sintomas, ao mesmo tempo que uma comparação entre os próprios doentes, tanto quanto comparações entre as epidemias (Schraiber, 1989). Cabe ressaltar ainda o início do controle do espaço social onde o doente se encontra: a ventilação, a temperatura, a circulação de outras pessoas, a dinâmica de higienização dos espaços (Foucault, 2014).

Complementa Schraiber, (1989, p. 86):

O controle da epidemia, portanto, necessita de uma vigilância contínua do doente e do meio. Assim, mesmo concebida do modo tão diverso da enfermidade individual, a 'patologia' da epidemia define, nessa vigilância do doente e do meio, as mesmas exigências que a patologia das espécies³⁰.

É nesse contexto que o hospital emerge como um novo lugar, que não se desloca do espaço de exclusão dos doentes, mas aparece também como espaço de inclusão. Lê-se:

Ainda é um lugar de doente sem domicílios, mas ao mesmo tempo lugar de exclusão e proteção [...] na medida da mesma necessidade de vigilância contínua: excluindo os portadores de doenças difíceis e complexas, protegendo de práticas incompetentes [...] e no que é possível controlar o meio. (Schraiber, 1989, p. 88).

O hospital passou a ser o centro da disciplina pragmática (Foucault, 2014); afinal, evitavam-se as epidemias e o contágio de doenças entre os próprios doentes. Houve, portanto, uma verdadeira arte de reconstrução do espaço hospitalar e distribuição dos pacientes – até então amontoados nas hospedarias. Além disso, realizava-se a vigilância constante desses pacientes, bem como o registro contínuo dos acometimentos dos eventos de adoecimento dentro do hospital. Para essa “vigília perpétua” (Foucault, 2014), são necessárias mais visitas médicas aos doentes. Cabe

³⁰ Sobre a patologia das espécies, ver Foucault (1977) em o *Nascimento da Clínica*.

relembrar que os médicos, até então, eram contratados para eventuais visitas aos indivíduos sem o caráter de cura da modernidade, mas de transposição entre o plano terrestre e o plano divino.

É, portanto, através dos médicos, inseridos no espaço do novo (moderno) hospital como praticantes da medicina e homens de estado, que se transforma o hospital por dentro. Assim, físicos e cirurgiões passam a ser simultaneamente os aprendizes da nova experiência médica (tal como conceitua Foucault, 2009) provida pela reorganização da prática hospitalar e passam a ser as autoridades dessa prática hospitalar, detentores de seu domínio. Tornam-se, com isso, responsáveis pela reprodução da nova organização dos espaços internos do hospital moderno. O hospital de “morredouro” (Foucault, 2014) passou a ser um “instrumento de cura” (Foucault, 2014; Schraiber, 1989). Os agentes diversos da prática médica, até então denominados de físicos e cirurgiões, assumem também um novo papel através da cooperação entre suas práticas, cooperação produtora e reprodutora da reorganização do hospital. A interação entre esses agentes produz o surgimento de uma única prática: a prática clínica, seja ela cirúrgica ou médica (Schraiber, 1989). Ou como afirma Schraiber (1989):

A utilização dos termos ***Clínica Médica*** e ***Clínica Cirúrgica*** se justifica por apontarem para o novo elemento comum de ambas as práticas, qual seja a **nova forma** de percepção, elaboração e intervenção sobre o objeto de trabalho (o corpo) que se chamou de **Clínica** [...]. (Schraiber, 1989, p. 90). (grifo da autora).

Dessa maneira, físicos e cirurgiões passaram a ter uma relação horizontal dentro do novo hospital, pois eram médicos do mesmo doente, de uma mesma medicina. Ou seja, houve uma verdadeira interiorização ao corpo humano das questões que seriam enfrentadas pela prática da cirurgia e um entendimento anatômico-cirúrgico da prática da fisioterapia. Sobre isso, relata Passos-Nogueira (2007):

Eliminou a oposição entre o externo e o interno, o visível e o oculto, o trabalho e o saber, que, há muito tempo, segregavam esses dois ofícios. Essa homogeneização teórica e operacional destruiu os últimos obstáculos à consolidação de uma unicidade da prática médica; em resumo, possibilitou

que a medicina interna e a cirurgia passassem a ser encaradas como simples especialidades de uma mesma forma de conhecimento e intervenção sobre a realidade corpórea do homem (Passos-Nogueira, 2007, p. 79).

É no sentimento de cooperação dentro do hospital, através desses dois ofícios, que se funda a clínica médica. Desse modo, a enfermidade sai da dicotomia do dano visível do corpo da cirurgia e do acometimento invisível, porque interno ao corpo, para assumir lugar de uma doença do corpo no corpo, percebida como um conjunto de indicadores, imediatamente visíveis, como o antigo dano do corpo, como invisíveis à primeira percepção – e cuja visibilidade será progressivamente buscada na história da prática médica – tais como a produção das febres ou das convulsões. “Os sinais e sintomas passam a expressar e constituir a doença, razão pela qual a doença, agora, não se faz apenas reconhecer através deles, mas, nos sinais e sintomas, se conhece a doença” (Schraiber, 1989, p. 92).

É bem verdade que este foi um processo gradativo, que marcou um deslocamento da cura pelas mãos, no caso dos cirurgiões, e pelo saber dito como douto, no caso dos físicos, para uma cura através da união desses dois artifícios da clínica, formando, desse modo, a cura pelas mãos e pelo saber douto dentro do hospital.

3.3 O LIDAR COM OS DENTES PELAS MÃOS

Diante do nascimento do hospital e da emergência da Clínica³¹ realizada por cooperação entre os físicos e cirurgiões, ou seja, da união do pensamento intelectualizado dos físicos com os conhecimentos anatômicos dos cirurgiões, cabem algumas indagações: as pessoas tinham acometimentos de doença na boca? Na medicina militar, como eram tratados os ferimentos da boca dos soldados? Existia um único agente de prática? Como eles se formavam?

³¹ O termo clínica é utilizado para várias denominações, ora para o saber em saúde, ora para o ambiente (espaço) de prática em saúde, ora para a intervenção em saúde. Dentro desse contexto, tal como Schraiber (1988; 1989; 1993; 2008; 2019) utilizo Clínica para descrever o saber em medicina e clínica como prática de intervenção.

São poucos os estudos que tratam da história da arte³² ou da prática³³ dentária e, quase sempre, tendo o lidar com os dentes como tema de pano de fundo (Salles-Cunha, 1952; Rocha, 1963; Silva, 1979; Melo 1984; Botazzo, 2000; Carvalho, 2003; Warmling, 2002; 2009; Matuck, 2001; Emmerich E Castiel, 2013; Matos, 2018). A grande maioria deles aborda a odontologia moderna como uma herdeira direta do cirurgião-barbeiro da idade média (Salles-Cunha, 1952; Rocha, 1963; Silva, 1979; Melo 1984; Carvalho, 2003; Matuck, 2001; Matos, 2018), embora sejam estudos que trazem como escopo ora o sorriso, ora os saberes que regem a prática odontológica, ora o ensino da profissão, ora a história de instituições e grandes mitos e feitos dos cirurgiões dentistas, passando muitas vezes pelas margens de uma história voltada para a prática odontológica e a arte dentária.

São poucos os estudos que tratam das práticas em saúde e até da prática em medicina a partir de uma perspectiva histórica (Mota, 2008). Ainda mais escassos são os que percorrem os caminhos tortuosos das práticas e dos praticantes de lidar com os dentes. Porém, frequentes são os estudos mais memorialistas baseados em biografias ou autobiografias, quase sempre trabalhando com a perspectiva de grandes vultos. Nesse sentido, Mota (2008) aponta uma distinção, no interior da História, entre estudos históricos e os memorialistas.

Memorialistas são os estudos que “preocupa[m]-se em registrar os vestígios dos acontecimentos como sinais que permitem se aproximar do passado e cuja leitura ou interpretação se resume ao conhecimento desses sinais, dos vestígios em si mesmos” (Mota; Schraiber, 2014, p.1086). Já os estudos históricos sempre examinam os homens em seu contexto específico, homens de seu tempo, e são classificados em propriamente históricos e historiográficos. Complementam os autores:

[...] se o primeiro tipo de estudo em História busca identificar, datando e contextualizando socialmente, acontecimentos que cercam origens e progressivas modificações da questão que se estuda, provendo uma leitura interpretativa – entre diversas possíveis – do passado ao contemporâneo, a Historiografia resgata esse leque de leituras, examinando a gama da

³² Utilizo o termo “Arte Dentária”, quando a intervenção estiver relacionada diretamente com as corporações de ofício, ou seja, quando ainda era feita por cirurgiões de bata curta, na qualidade de trabalho artesão, trabalho aprendido como a técnica de um artesão, nas corporações de ofício ou guildas.

³³ Utilizo o termo “Prática Dentária” quando a intervenção estiver relacionada com os praticantes na modernidade.

produção histórica em torno da questão que se estuda. Em ambos os casos, o exame dos princípios metodológicos que cercam cada leitura pode ser feito, mas não é necessário ou tampouco o centro do estudo, o que seria o caso de estudos voltados à Epistemologia Histórica (Mota; Schraiber, 2014, p. 1086)

Vale ainda retomar o dado de que, segundo Passos-Nogueira (2007), os cirurgiões de bata longa romperam com os cirurgiões de bata curta:

A associação com os barbeiros era duplamente incômoda; primeiro, porque sua profissão tinha menos prestígio do que a dos cirurgiões; segundo, porque, restritos à realização de sangrias e aplicações de sanguessugas, os barbeiros enfrentavam uma condição de absoluta rejeição aos desígnios terapêuticos do médico internista. Por conseguinte, tal associação reforçava a dependência dos cirurgiões em relação às faculdades de medicina ou a seu colégio. Se quisessem atingir a igualdade de direito com os físicos, os cirurgiões deveriam livrar-se da companhia dos barbeiros (Passos-Nogueira, 2007 p. 66-67).

Acerca desse dado se pode ainda indagar: como ficaram nesse rompimento os cirurgiões que lidavam com os dentes?

E. Salles-Cunha (1952) descreve que a odontologia moderna teve uma “evolução” análoga ao da medicina moderna, pois percorreu os mesmos espaços, tendo ainda o mesmo processo de formação. Lycurgo Santos-Filho em extensa obra dedicada à história da medicina, relata que “a odontologia foi apanágio dos cirurgiões e dos barbeiros, sendo que alguns físicos e certos médicos europeus tratavam dos dentes” (Santos-Filho, 1991, p. 341). Botazzo (2000) conjecturou que poderia existir duas categorias independentes aos cirurgiões e físicos: os chamados físicos bucais e cirurgiões bucais. Já o estudo de R. Arqués Miarnau relata que

[...] vários físicos e cirurgiões que tinham algum interesse pela odontologia se especializaram nas práticas dentárias a tal ponto que não atuaram mais nos hospitais como físicos ou cirurgiões, mas como dentistas (Miarnau, 1945, p. 114 [tradução minha]).

Porém, quando se fala das especificidades médicas na Idade Média, não se pode dar o mesmo estatuto de especialização – se comparado com a modernidade e

no sentido mais atual do termo. Tampouco, pode-se dizer que na Alta Idade Média, quando a prática de físicos e de cirurgiões de bata longa passam a cooperar, estava-se tratando de uma atividade de “especialista”. Entendemos, assim, que esse autor está mencionando cirurgiões e físicos que tinham uma arte específica: a de lidar com os dentes.

Miarnau (1945) ainda analisa duas categorias de cirurgiões que lidavam com as questões dos dentes: os que conseguiram realizar sua prática dentro de hospitais, quase sempre com o auxílio de outros praticantes e com instrumentos de trabalho; e aqueles que realizavam suas práticas em praça pública, sem auxílio de instrumentos de trabalho, executando seu trabalho com as mãos diretamente na boca. Ressalva-se que, embora o autor se expresse em termos de nenhum auxílio para os praticantes populares, exceto para os dentes acometidos por doença periodontal avançada - com extensa mobilidade dentária e sem inserção óssea do dente -, seria pouco provável a extração dentária (exodontia) sem o auxílio mínimo de um instrumento.

Figura 1 – Foto Miarnau



Fonte: Miarnau (1945).

De fato, o acesso aos instrumentos de trabalho cirúrgico estaria restrito ao hospital, uma vez que era o centro de prática e de pensamento médico da época. Isso não quer dizer, definitivamente, que não existissem outros instrumentos de trabalho adaptados - e adaptáveis – para a arte dentária, como os utilizados por ferreiros, carpinteiros, dentre outros ofícios menos prestigiados que detinham habilidades manuais mais apuradas no uso de seus próprios instrumentos. Afinal, o alvo de trabalho e de cura desses praticantes é o dente, não importando, pois, o instrumento utilizado para a exodontia.

Nesta esteira, a literatura descreve que as pessoas tinham acometimentos dentais (Miarnau, 1945; Salles-Cunha, 1952), porém eles não seriam impeditivos para a realização das atividades diárias, inclusive as atividades postas pelo Estado Absolutista de militarização dos mais jovens, transformando-os em soldados. O ensino da prática médica, já na modernidade, e dentro do hospital, no Século XVIII, também tratou da arte dentária. Afinal, problemas dentários era um acometimento comum, mas de significado menor sob um ideário de anexo ao corpo, tais como as unhas, o cabelo, a barba. Guardada as devidas proporções, as cirurgias dentárias, de certa maneira, poderiam culminar na morte do doente, em decorrência de sangramentos extensos (Santos-Filho, 1991). Assim o que se observa no ensino e na prática, a arte dentária na idade média era **pulverizada**, sem um agente definitivo e único para ações da prática e da arte de lidar com os dentes.

Essa prática e arte foram realizadas ao longo do tempo por diversos agentes, com diversos pesos e status sociais; por isso, faz-se necessário levar em consideração tal pulverização. Para Nogueira (1967) e Diniz (2001), autores voltados ao estudo das profissões, a prática de lidar com os dentes estaria longe de ser unicamente centrada nas profissões clássicas, pois ela se espalha por todo um espectro de agentes e modos de lidar com os dentes. Esse espectro vai das profissões cuja formação é universitária, longa, de apropriação de saber específico, complexo e de grande responsabilidade quanto à intervenção técnica, às ocupações, que são técnicas mais simplificadas, voltadas a intervenções mais restritas e de formação também menos complexa que as profissões, conforme será apresentado mais adiante de modo um pouco mais detalhado. Assim, entende-se a prática de lidar com os dentes como uma intervenção pulverizada, ou seja, não a pulverização centrada em um único saber dominado por um único agente. Essa pulverização, porém, não será

mantida por muito tempo, já que ao longo do século XIX, a medicina definirá quem poderá ser praticante médico ou não e o mesmo será realizado pelos cirurgiões dentistas modernos em meados do século XX.

3.4 BREVE ABORDAGEM DA ARTE E DA PRÁTICA DENTÁRIA NO BRASIL

Existiram disputas intensas entre os diversos praticantes do lidar com os dentes pelo monopólio da prática, como mostra o estudo de Carvalho (2003), o qual aponta que práticos sem formação acadêmica entravam em disputas com médicos formados na Europa: a disputa entre profissionais (acadêmicos) e técnicos (artesãos práticos). De fato, este embate foi permeado também por certo “desinteresse” por parte da categoria médico-cirúrgica em relação ao dente, visto que estes se ocupavam de domínios maiores sobre o corpo humano ao valorizarem, sobretudo, as sucessivas descobertas científicas. A prática de lidar com os dentes, então, assumia menor importância também para reposição da força de trabalho. No mesmo sentido dessa menor importância, os praticantes da arte dentária não tiveram igual participação relativamente aos médicos, clínicos e cirurgiões, enquanto membros do Estado moderno.

Conforme ressalta Miranda (2017), no que diz respeito à prática da medicina “existia um pequeno número de médicos-cirurgiões formados em Bolonha, única universidade que ensinava a cirurgia” (Miranda, 2017, p. 245). Assim, a arte de cura realizada no Brasil, pelo menos nos três primeiros séculos de colonização, era realizada predominantemente por poucos físicos ou licenciados, poucos cirurgiões aprovados e os cirurgiões-barbeiros que vieram para o Brasil com as expedições colonizadoras (Santos-Filho, 1991).

Por outro lado, havia uma grande concorrência entre aqueles que se ocupavam das práticas de curar e não necessariamente tinham formação ou licença para tal. Dirá Miranda (2017, p. 241) que “[...] esses profissionais sofreram forte concorrência dos não habilitados para o exercício da arte de curar, ou seja, curandeiros, entendidos e curiosos”; e complementa:

Os jesuítas, os pajés, os boticários e os barbeiros também estavam compreendidos como não habilitados. A diferença entre um cirurgião-barbeiro e um simples barbeiro pode ser sintetizada por algumas particularidades. O primeiro poderia praticar toda a cirurgia da época, enquanto os barbeiros se limitavam à aplicação de ventosas e sarjas, ao sangramento e, finalmente, à extração de dentes, além disso, suas atividades nem sempre dependiam da aprovação de um físico ou de um cirurgião aprovado (Miranda, 2017, p. 243).

Dessa maneira, tudo leva a crer que as práticas autorizadas como intervenções de cura, pelo menos durante a América Portuguesa, eram exercidas, pois, por “doutos”, ou aqueles que tinham habilidades regulamentadas para essa prática, isto é, os médicos. Por outro lado, aqueles que se ocupavam do ofício de curar, em geral, tinham outras ocupações paralelas: o barbeiro, além de cortar cabelo, aparar a barba, fazia os tratamentos de tirar os dentes e aplicar ventosas; o mesmo acontecia com ferreiros, relojoeiros, ou qualquer outro dotado de *expertise* de uma técnica mínima, reproduzindo, assim, o seu processo de trabalho manual no corpo humano. Cabe salientar, contudo, como mostra Pereira-Neto (2002), que também os ‘doutos’, os médicos, enfrentaram concorrência com outros práticos, o que gerou em 1922 o Congresso Nacional dos Práticos³⁴ que definiria quem estaria dentro ou fora da ordem dos médicos, tachados, então, de charlatães.

Antônio Paulo Rezende (2017), no prefácio ao livro *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaço de cura*, do historiador pernambucano Carlos Miranda, já alertava que na América Portuguesa havia uma diversidade nas formas de pensar e praticar cura no corpo doente. Essa diversidade de práticas de cura também se dava pela incapacidade de Portugal para fiscalizar os modos de operação da assistência em saúde nas suas colônias, apesar de diversos direcionamentos em formato de lei que sugerem movimento contrário. No entanto, Portugal já instituía regras de convivência entre diferentes níveis de praticantes de cura.

³⁴ Diz André Pereira-Neto (2002, págs., 13, 22) “O Congresso Nacional dos Práticos integrou as atividades da Exposição Internacional alusiva ao centenário da Independência do Brasil, realizada na cidade do Rio de Janeiro, então capital da República, em 1922. [...] Se constituiu no *locus* privilegiado para a explicitação do debate que a elite médica travava em relação às alterações que estavam se processando em seu mercado de trabalho, seja pela introdução da racionalidade tecnológica, seja pela tendência à interferência estatal.” É justamente neste congresso, onde a elite médica, separou definitivamente os agentes de práticas que não estariam dentro da corporação médica, tais como: farmacêuticos, enfermeiras, parteiras, homeopatas, espíritas e curandeiros. Cabe ressaltar que os então chamados Dentistas não foram objeto de estudo de Pereira-Neto. Não se sabe, se não houve uma discussão entre aqueles que praticavam a medicina e a dentisteria sobre a hegemonia da prática. Porém, é notório que em 1922, algumas Escolas Médicas já formavam dentistas através de cursos específicos, como no caso de Pernambuco e Bahia.

Em 1448, a Coroa Portuguesa cuidou de fiscalizar o exercício da Medicina e das práticas afins no uso das Artes da Física e Cirurgia, através da *Carta de Officio de Cirurgião Mor destes Reinos* atribuída ao Mestre Gil. Nenhuma pessoa poderia exercer a *Physica* ou a *Cirurgia* sem licença especial dada pelo Mestre Gil. No documento, descrito por Salles Cunha (1952), a Carta Régia de 25 de outubro de 1448 procurava evitar os malefícios advindos da intromissão de pessoas como índios e mouros, lembrando, porém, que a medicina de origem moura teve grandes contribuições para a arte cirúrgica na Europa. Com esse arcabouço, foi sendo fundamentada a prática de cuidar dos dentes quando os primeiros colonizadores chegaram ao Brasil no século XVI.

Ainda segundo Miranda (2017), com a ascensão do Rei Fernando e da Rainha Isabel ao trono da Espanha, em 1478, houve uma verdadeira higienização das práticas que fugissem do viés catolicista. Isso se tornou sintomático na América Portuguesa ao final do século XVI, quando houve a anexação de Portugal à Espanha. Desse modo, o fanatismo religioso dos reis da Espanha foi estendido para Portugal e, por consequência, para suas colônias. Nesse contexto,

[...] a partir de 1550, nada poderia ser publicado em Portugal e suas colônias sem antes ser submetido a um tríplice censura: a censura civil do Desembargo do Poço; a censura da autoridade eclesiástica do respectivo Bispado; e, por último, a violenta censura do Santo Ofício da Inquisição (Miranda, 2017, p. 156).

Foi nesse cenário que muitos judeus, fugidos da Espanha ortodoxa, chegaram ao Brasil para reconstruir suas vidas. Dentre eles, alguns físicos e cirurgiões judeus, que eram acusados de pronunciar frases heréticas ou proferir blasfêmias, além de praticar crenças judaicas. No Brasil, esses judeus eram obrigados a se “reconciliar” com o santo ofício e eram proibidos de exercer a profissão sob pena de execução. Porém, há relatos, segundo Miranda (2017), corroborado por Bella Herson (1996), do exercício desses profissionais quando solicitado pela população. Dentre esses relatos, ressalta-se o do cirurgião Manuel Nunes, que fugiu da inquisição portuguesa, se alojou no Brasil e se tornou um “cristão-novo”, ocupando um espaço importante nas práticas de cura, inclusive de acometimentos na boca (Mello, 1987).

Esse tipo de situação permaneceu até a expulsão dos Jesuítas em 1759, quando se iniciou um lento processo de mudança na forma de ensino – tanto no superior quanto no ensino básico. Esse novo modelo trazia como ponto central o ensino baseado nas doutrinas iluministas, como no caso da fundação do Seminário de Olinda, em 1800, pelo Bispo Azeredo Coutinho, mais preocupado com problemas de natureza política e econômica do que propriamente com assuntos teológicos (Miranda, 2017). Gilberto Freyre (1951, p. 235) descreve:

[...] em vez de só religião, gramática e latim, o Seminário de Olinda começou a ensinar as ciências úteis que tornassem o rapaz mais apto a corresponder às necessidades do meio brasileiro, cuja transmissão do patriarcalismo agrário para um tipo de vida mais urbana e mais industrial, exigia orientadores e técnicos bem instruídos (Freyre, 1951, p. 235).

Pode-se, portanto, supor que houve uma abertura para o exercício da prática desses cirurgiões, físicos e outros práticos de cura de origem judia, uma vez que esse processo de ruptura deixou de lado a herança deixada pelos jesuítas, legado que contribuiu decisivamente para isolar a América Portuguesa das novas concepções dos conhecimentos filosóficos e científicos, como aponta Miranda (2017). Por outro lado, essa abertura para o conhecimento científico na sociedade brasileira não abriu espaço para os diversos praticantes, mas perpetuou a exclusão daqueles mais populares, visto que essa nova formação era restritiva a um grupo determinado de pessoas: brancos, em geral.

Marginalizados pela sociedade e não dispendo de um organismo que representasse esse coletivo de cirurgiões e que defendesse seus interesses, eles criaram as Guildas Cirúrgicas³⁵, que, com o passar do tempo, tiveram seu reconhecimento outorgado pelas universidades e doutores conservadores da Europa, tal como mencionado anteriormente. Como estratégia de fortalecimento para a luta contra os professores da Faculdade de Paris, os cirurgiões se uniram com os barbeiros, formando uma única corporação (Miranda, 2017; Santos-Filho, 1991; Schraiber, 1989). Tal união não duraria muito tempo em virtude dos interesses de

³⁵A legitimação do poder das guildas provinha não de autoridades eclesiásticas, como na universidade, mas de representantes da ordem temporal – o príncipe, o rei ou o imperador. O primeiro cirurgião do rei era geralmente o chefe da guilda.

cada categoria, que prevaleceriam para apartá-las. Provavelmente, essa união não aconteceu no Brasil, uma vez que os números de médicos formados em faculdades europeias eram muito baixos na colônia. Ou seja, para o caso brasileiro, não há estudos que apontem a união inicial ou uma separação posterior dos cirurgiões de bata curta com os cirurgiões de bata longa. Ademais, a regulação advinda do Reino não tinha como ser colocada em prática ou fiscalizada nesse sentido.

Segundo o Historiador brasileiro Anthony John R. Russell-Wood (1981), os “ofícios mecânicos” eram dominados em sua maioria por brancos no contexto da América Portuguesa, embora no decorrer dos setecentos esses cenários viessem a experimentar certa mudança com a participação expressiva de pretos escravizados. Porém, ressalta o autor que “o aumento numérico não garantia o status de profissão. Eles continuavam escravizados, como ajudantes ou como diaristas nas cidades ou nas fazendas” (Russell-Wood, 1981 p. 93). Aqueles que se ocupavam dos partos e das barbearias eram exceção a essa “regra”, pois ambos os ofícios eram monopolizados por pessoas escravizados ou por descendentes de africanos, afirma o historiador.

Heloísa M. Starling e colaboradoras (2007) afirmam que, entre os profissionais mais práticos no Brasil, ou seja, aqueles oriundos das corporações de ofício, havia uma certa divisão do saber e das tarefas: os cirurgiões ou cirurgiões-barbeiros faziam sangrias, cirurgias, aplicavam ventosas e eram os que mais comumente extraíam os dentes; os boticários produziam medicamentos; os algebristas cuidavam de ossos quebrados e as parteiras realizavam partos. No dicionário de Bluteau (1739), chega-se a distinguir o barbeiro do cirurgião, mostrando assim uma distinção de saber, de prática, de status social e de formação. O primeiro seria responsável por fazer a barba e cortar os cabelos; já o segundo, encarregado de exercitar a arte da cirurgia, de curar as chagas e as feridas.

É bem verdade que não existia um profissional que cuidasse apenas dos dentes. Não existia, pois, a figura do dentista (Starling et al., 2007). A própria Carta Régia do Rei Afonso de Portugal sequer citava os barbeiros, os dentes, dentistas ou qualquer termo específico. Assim, foram transferidos de Portugal para a América Portuguesa os exercícios fiscalizados descritos no documento do Mestre Gil, que vigorou por mais de um século, sendo reformado duas vezes, em 1629 e 1631, mas, em nenhuma das retificações, foram alteradas as diretrizes da prática do curar. O

termo “tirar dentes” aparece pela primeira vez como uma ocupação, na versão de 1631, como mostra a Figura 2, na linha 10 da segunda coluna. Porém, quem almejasse tal ofício precisaria provar que sabia sangrar, além de ter supervisão de um mestre por dois anos, seja no espaço de atendimento desse mestre, seja em um hospital.

Figura 2 - Carta Régia, 1631

1631

233

cia, como se fez com Francisco Coelho de Castro. — *Filippe da Mesquita.*

Vid. Carta Regia de 2 de Junho de 1632.

Liv. de Consultas da M. da Consc. fol 39 v.

REGIMENTO

Do Cirurgião-mór do Reino.

EL-REI nosso Senhor ha por bem, e manda, que o Doutor Antonio Francisco Milheiro, seu Cirurgião mór, que ora por mandado de S. Magestade vai visitar o Reino, nas cousas pertencentes ao dito officio, de mais do Alvará, que para isso lhe mandou passar, e do Regimento do Fysico-mór, de que lhe manda que use, nas cousas em que ao dito seu officio se podêr applicar, siga, e guarde na dita visita a Instrução seguinte.

Terá o dito Cirurgião-mór um Livro, no qual se assentarão, todos os Cirurgiões que houver no Reino, tomados por S. Magestade, com as substancias de suas Provisões, para constar das condições, com que foram tomados; e assim se assentarão no dito Livro todos os mais Cirurgiões que houver no Reino, para quando cumprir poderem ser chamados, e mandados aonde fôr necessario.

A pena dos que se acharem usarem de qualquer officio de Cirurgia, sem licença, ou Carta, serão dez mil reis sómente, como está determinado no Regimento do Fysico-mór; e pela terceira vez serão condemnados em um anno de degredo para fora de Villa e Termo.

E a pena dos que sangrarem, sem serem examinados, e approvados, serão dez cruzados sómente.

A pena das Parteiras, e pessoas, que concertam braços, e pernas, e dão suadouros, tiram dentes, e curam doudos, sem licença, serão dous mil reis.

O dito Cirurgião-mór, com dous Cirurgiões, quaes lhe parecer, havendo-os de S. Magestade, os escolherá, e com elles examinará todos os que houverem de usar o officio de Cirurgia; e não os admitirá ao exame, se não souberem Latim, e tiverem praticado no Hospital da terra, donde viverem; e não o havendo nella, provarem por instrumento, como praticaram quatro annos com o Cirurgião, com quem aprenderam; e as Cartas que passar aos que forem examinados, declararão os nomes dos Cirurgiões, com quem os houver examinado; com declaração, que nenhum dos Cirurgiões, com quem o examinado houver aprendido, será adjunto do exame: e levará o Cirurgião mór dois cruzados, e cada um dos adjuntos um cruzado; e esta propina se lhes pagará assim dos approvados, como dos reprovados.

E os Cirurgiões approvados pagarão das suas Cartas da Chancellaria um marco de prata.

E o dito meu Cirurgião mór com dois Bar-

beiros, que escolherá, examinará os Sangraderes, depois de serem ensinados por seus Mestres, e provarem, que depois disso sangraram, e fizeram os mais officios de Barbeiro diante de seus Mestres, ou em algum logar, ou Hospital, por tempo de dous annos.

E assim examinará as Parteiras, sendo presentes duas, quaes lhe parecer; e da mesma maneira as pessoas, que concertam braços, e que tiram dentes, e os mais que pertencem a seu officio; e do tal examinado, ou seja approvado, ou não, levará seiscentos reis, e cada um dos adjuntos trezentos réis; e aos taes examinados passará o Cirurgião-mór suas Cartas, sem irem á Chancellaria; e levará pelas taes licenças tres cruzados.

Não poderá o Cirurgião mór dar licenças temporaes a pessoa alguma de sua jurisdicção, nem as haverá d'aqui em diante, e sómente poderá dar licença a algum Barbeiro, no logar aonde não houver Cirurgião, que possa tomar o sangue aos feridos, e fazer-lhe a primeira cura.

Poderá o Cirurgião-mór visitar as boticas, e provêr todos os unguentos, tocantes á Cirurgia sómente, sem intender no que toca ao Fysico-mór, conforme o seu juramento.

E por quanto ha pessoas, que sabem curar certas infirmitades particulares, como alporcas, chagas, feridas simples, e outras semelhantes, sem serem Cirurgiões, poderá o Cirurgião-mór dar-lhes licença, sendo primeiro examinada cada uma das taes pessoas, em presença de duas, que saibam curar; e para que se examine, levará por cada exame um cruzado, e os adjuntos ámbos outro cruzado; e levará pelas taes licenças tres cruzados, as quaes não passarão pela Chancellaria.

Todo o Sangrador, que sangrar sem licença do Fysico mór, ou do Cirurgião mór, terá pena de dous mil reis.

E manda S. Magestade, que o dito Cirurgião-mór guarde inteiramente, na visita que ora vai fazer pelo Reino, todo o conteúdo nesta Instrução, posto que não se declare no Regimento do Fysico-mór, de que ha de usar n'aquillo sómente, que se podêr applicar a seu officio, e no Alvará assignado por S. Magestade, que lhe passou, para poder fazer a dita visita. Lisboa, 12 de Dezembro de 1631 annos. — *Pedro Sanches Farinha.*

Collecção de Regimentos Reaes, tomo VI. pag. 343.

Em Carta Regia de 17 de Dezembro de 1631 — Vi uma consulta da Mesa da Consciencia e Ordens, que me enviastes com carta vossa, sobre o que me escreveu D. André de Almada, Vice-Reitor da Universidade de Coimbra, ácerca do modo em que se devem fazer as Formaturas dos Juristas — e hei por bem se passe Provisão, pela qual, revogado o que dispõe a Reformação, se ordene que d'aqui em diante os Juristas façam suas Formaturas a portas abertas, como de antes

Russell-Wood (1981) endossa que as tentativas de regulação dessas práticas foram frequentes. Na justificativa de diminuir o número de praticantes da arte de curar, por exemplo, exigiu-se que os barbeiros e as parteiras tirassem uma licença para praticar abertamente a profissão, concedida apenas após a aprovação de uma comissão tripla, formada por um Comissário Local (nomeado pelo Cirurgião-mor) e dois médicos “qualificados”, além do pagamento de uma taxa. Também procurava-se evitar os malefícios advindos da intromissão de índios e mouros (Salles Cunha, 1952):

[...] uma amostra do número de barbeiros em Salvador, nos anos entre 1741-1749 e 1810-1822, revela que foram realizados 72 exames para barbeiros em que todos era pretos ou descendentes de escravizados, sendo 37 escravizados e 34 pretos ou mulatos livres [...] Os registros dos arquivos municipais de Salvador mostram a predominância dos ‘barbeiros de cor’, durante o Brasil colônia (Russell-Wood, 1987 p. 93).

Por meio da Junta de Providência Literária³⁶, também se pretendia regular essas práticas através de um relatório que colocou como atrasada a colônia que demonstrasse flexibilização para os que ousassem curar sem formação. Acerca desse instrumento regulatório, Miranda (2017) indica:

O relatório da Junta concluiu por responsabilizar os jesuítas pelas inumeráveis ‘cópias’ de cirurgiões, boticários, barbeiros, mezinheiros e charlatões que praticavam a medicina nas cidades e vilas, com grandes prejuízos para a população portuguesa. Ao mesmo tempo, sugere uma modificação profunda nos estudos vigentes na universidade (Miranda, 2017 p. 152).

Nesse período, a capitania de Pernambuco³⁷ se inseria na parcela ativa dos territórios administrados pela Coroa, passando a ser gerida por um funcionário régio, um governador (Silva, 2003), ou seja, por uma administração mais diretiva dentro do território. Denota-se, portanto, que nesse período a aplicação das leis poderia ser mais

³⁶ A Junta de Providência Literária era composta por sete membros, dentre eles o Cardeal João Cosme da Cunha e o Marquês de Pombal, e tinha como objetivo elaborar um relatório sobre as causas da decadência do ensino em Portugal, e ao mesmo tempo, propor medidas concretas para a sua reforma.

³⁷ É importante ressaltar que a capitania de Pernambuco, nesta época, tinha controle direto dos territórios que abarca o Ceará, Paraíba, Rio Grande, Itamaracá e a Comarca do São Francisco (Silva, 2003).

rigorosa, posto que um agente da Coroa estava na regência, impulsionando, desse modo, a aplicabilidade das leis vindas de Portugal.

Fica cristalino que houve diversas tentativas de regulação das práticas de cura, ora pelas Leis Extravagantes³⁸; ora pela Junta³⁹ e Fisicatura⁴⁰, ora pela Junta Real de Protomedicato⁴¹, que determinava o modo de ensino formal para que se pudesse realizar essas práticas. Em linhas gerais, um ensino baseado na formação no hospital ou repassado de mestre para aprendiz, mas sempre validado pela Coroa ou por alguma junta ou câmara de “notáveis”. Ao mesmo tempo, existia uma profunda tensão entre os diferentes atores praticantes da arte de curar para obter legitimidade e hegemonia no campo e no mercado. Desse modo, não existia uma unanimidade no que tange à prática de curar, seja pelo físico, pelo cirurgião, pelo barbeiro ou outros doutos. Especificamente em relação às tensões entre físicos e cirurgiões, houve também normatizações desde a primeira versão do Regimento do Físico-Mor, em 1521 – Figura 2 –, que diferenciava as funções do físico-mor e do cirurgião-mor. Caberia ao primeiro examinar os médicos formados em universidades, licenciar os boticários e assinar receitas com medicamentos, já o segundo tinha a jurisdição sobre os cirurgiões e os demais práticos da arte de curar.

³⁸ Lei extravagante é uma lei que se encontra fora do código que regula o setor da vida social a que se destina. Tem valor de lei, mas não foi criada especificamente para este ou aquele motivo.

³⁹ Para averiguação das questões locais diversas, o Rei ordenava a formação de juntas compostas por autoridades leigas e religiosas (Miranda, 2017).

⁴⁰ Espécie de junta que fiscalizava as ações dos físicos durante certos períodos do reinado. Foi substituída pela Junta Real do Protomedicato em 1782, mas que só duraria até 1809, voltando ao modo da Fisicatura, chefiada por um Físico-Mor nomeado pela Rei.

⁴¹ Em 1762, após extinguir os cargos de físico e cirurgião do Reino, Dona Maria I criou a Junta Real do Protomedicato, cuja atribuição estava na órbita da vigilância e da centralização de todos os serviços médicos, tanto em Portugal como no Brasil (Miranda, 2017).

Figura 3 - Regimento do Físico-Mor, 1521

16 Item, porque se possa evitar todos os inconvenientes determinados, mandamos, que nenhum Cirurgiaõ possa curar de Fyfica, no modo que ordenamos, e havendo Carta do Fyfico mór para poder curar; e curando de Fyfica sem ella, incorrerá nas penas que temos postas; e assim defendemos, e mandamos aos Fyficos, que se não intrometaõ a curar de Cirurgia, sob as ditas penas, salvo sendo examinados, e havendo Carta do Cirurgiaõ mór. Porém mandamos ao nosso Fyfico mór, e aos Fyficos móres, que pelo tempo adiante forem, que veja mui bem este nosso Regimento, e em tudo o cumpraõ, e guardem, como nelle he conteúdo, assim bem como delle o confiamos; e mandamos, que este seja trasladado, e registado no livro, que anda nos nossos Contos da Casa, em que se registaõ os Regimentos dos Officiaes della. Feito em Lisboa a 25 dias do mez de Fevereiro de 1521. Galpar Saraiva o fez.

R E Y.

Fonte: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, disponível em: <http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=inicio>.

Apesar da dicotomia entre físicos e cirurgiões, ambos adentraram ao hospital no caso brasileiro, como mostra a Carta Régia de 1631 na Figura 1, seja para se capacitar, seja para obter a licença de ocupação, seja para ensinar, o que converge com o estudo de Schraiber (2019) que, amparada por Foucault, afirma que o hospital se faz outro com a interação entre físicos e cirurgiões. O hospital, por isso, sofre uma transformação a partir da medicina militar, sendo uma transformação interna para que haja nova especialização dos doentes/doenças e para que o local seja um instrumento de cura. Este também é o perfil que o hospital irá adquirir no Brasil.

Portanto, no caso brasileiro, a prática da cura de dentes se dava de modo pulverizado, sem um agente definido: ora dentro da medicina (seja executada por físicos ou por cirurgiões), ora fora dela, praticada por licenciados e por barbeiros. Vale ressaltar, que no estudo do historiador André Pereira-Neto (2002) - sobre o Congresso de práticos da Medicina em 1922 e suas deliberações sobre a prática médica - pouco se falou sobre os que praticavam o lidar com os dentes e suas interações com a medicina. Pereira-Neto (2002) abordou principalmente a prática em enfermagem e suas interações com a medicina, além da arte de ofício de parteiras, por exemplo.

É bem verdade que 1920, já havia formação em odontologia, mesmo que dentro de escolas médicas, como no caso de Pernambuco e a Universidade do Recife. Cabe então, algumas indagações: será que a prática odontológica, o saber

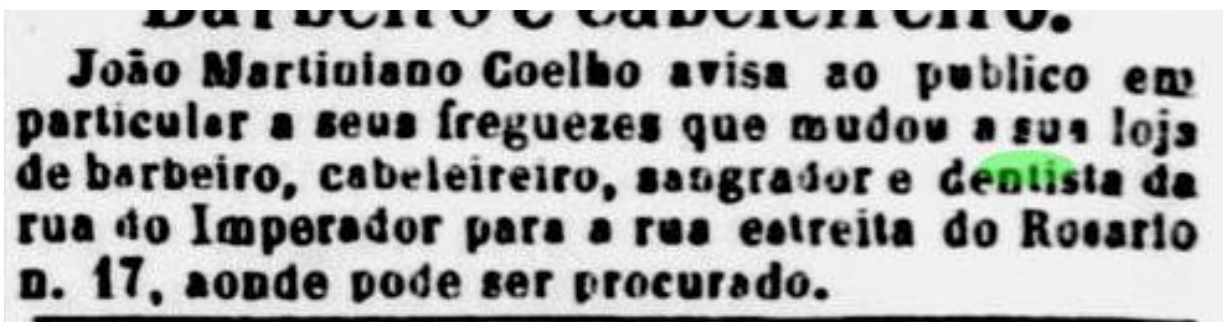
odontológico e o mercado odontológico já estariam formados - de maneira independente - na década de 1920, a tal ponto que não seria mais uma questão médica para reserva de mercado? Ou, a formação odontológica, dentro de escolas médicas já estaria sedimentada – e, por isto, um controle sobre a formação e a prática - a tal ponto que essa não seria uma questão para os médicos em seu congresso? Essas questões sobre a formação do saber e do mercado de trabalho, serão mais bem aprofundadas no capítulo seguinte.

3.4.1 O CASO DE JOSÉ MARTINIANO: UM ESCRAVIZADO E DENTISTA PRÁTICO

Dentre outras funções, os escravos de ganho poderiam se ocupar da arte de curar, porém, o seu ganho era revertido para seu dono, apesar de que alguns dos escravizados recebiam algum percentual. É dentro desse contexto que *João Martiniano* se situava quando exercia sua prática no subúrbio da cidade do Recife em 1862, no entanto, já alforriado. João Martiniano era escravo de ganho e constantemente era divulgado pelo seu dono no Diário de Pernambuco. Após alguns anos de prática na Rua do Imperador (como escravo de ganho), centro da Cidade do Recife, mudou-se para o subúrbio, no bairro de São José⁴² (já alforriado), como mostra a Figura 3. É importante ressaltar que, mesmo o escravizado tendo o dinheiro total para comprar sua alforria, nem todos teriam esse “benefício”; caberia a seu senhor decidir. Certamente, João Martiniano conseguiu essa “benesse”.

⁴² A rua do Rosário era localizada no Bairro de São José, em Recife, considerado o reduto da maioria dos libertos e como um bairro “popular” e de pessoas desafortunadas (Costa, 2013).

Figura 4 - Aviso de mudança de endereço de João Martiniano Coelho



Fonte: Diário de Pernambuco – 1862, edição 00212 (1).

Porém, é importante não romantizar esse processo e não colocar João Martiniano apenas como um merecedor e vitorioso por ter comprado a sua própria liberdade. A escravidão compulsória de pretos, índios e seus descendentes é, sem dúvida, uma página pintada de ignomínia da história brasileira. Além disso, o processo de alforria, não acontecia de forma pragmática,

[...] não raras vezes [os ex-escravos] continuavam a exercer as mesmas ocupações da época de cativo; muitos permaneciam quase presos às amarras senhoriais, enquanto outros se arriscavam um pouco mais em busca de autonomia. Os ex-escravos tinham seus movimentos limitados, não podiam circular fora da cidade, a não ser que possuíssem salvo-conduto. Eram preteridos em relação aos livres quando o assunto era trabalho, tendo ainda que disputar com os cativos, livres pobres, imigrantes do interior da província e – depois de 1850 – europeus. Para os africanos, as dificuldades eram ainda maiores, por não gozarem da prerrogativa da **cidadania** [...] (Costa, 2013, p. 21)

Ante o exposto, é ímpar ressaltar o conceito de *Cartografia Negra* da Historiadora Valéria Gomes Costa (2013), a qual problematizou a distribuição dos pretos escravizados e livres/alforriados nos bairros do Recife durante a colônia. Assim, tudo leva a crer que, pela localização da propaganda no Diário de Pernambuco pelo Barbeiro José Martiniano, seu local de prática de trabalho se situava em uma região marginalizada, como dito nos termos de Costa (2013, p. 19): “bairro popular, lugar de moradia da maioria dos libertos e de pessoas desafortunadas”.

Tal processo aconteceu de forma semelhante com as amas de leite, que, em geral, eram escravizadas de ganho. Russell-Wood (1987) afirma que as amas de leite

- em geral - não recebiam remuneração para sua prática. Convergente a tal argumento, tem-se as ausências dos práticos nas páginas de jornais de época, sendo algo, portanto, sintomático, ainda mais se cruzados com as informações de escravizados que pediram ou foram obrigados a pedir licença para praticar a cura de dentes. Tudo isso leva a crer que eles – os práticos dotados de curar - existiam e continuavam exercendo sua prática em algum lugar da América Portuguesa, porém, quase sempre marginalizados. Dessa forma, os pretos escravizados pertenciam à classe mais subalternizada daqueles que praticavam a arte de curar, conseqüentemente, sua prole também levaria consigo o mesmo rótulo, determinado, pois, pela quantidade de melanina que tivesse seu corpo e expostas sob o sol. Diria Chico Buarque (2017), em *As Caravanas*: “Sol, a culpa deve ser do sol/ Que bate na moleira, o sol/ Que estoura as veias, o suor/ Que embaça os olhos e a razão”.

Esses práticos tinham um certo mercado, uma certa clientela, mesmo que fossem apenas africanos escravizados e/ou os paupérrimos. Porém, não eram raros os anúncios no *Diário de Pernambuco* em busca de escravizados fugidos que dotavam do saber prático de curar.

[...] os escravizados, sempre que puderam, fugiram, se amotinaram e negaram sua condição de cativos. Nas cidades, as evasões foram abundantemente noticiadas por meio de anúncios, cotidianamente publicados nos jornais. Os escravizados escondiam-se sozinhos ou em pequenos grupos nas periferias urbanas e nos pequenos núcleos suburbanos. Outros escravos procuraram fugir para locais mais distantes, formando vilas e microssociedades [e suas práticas de cura peculiares, por consequência] que ficaram conhecidas no Brasil como quilombos ou mocambos [...] (Schwarcz; Gomes, 2019, p. 35).

Sem dúvidas, o preto escravizado que se atinha à prática de curar teria um diferencial para sua compra e venda, como mostra o excerto do *Diário de Pernambuco* (1841).

Figura 5 - Aviso de vende-se de um preto escravizado

... oficial de Barbeiro e dentista com 25 annos pouco mais on nemos, dirija-se a rua do muro da Penha, D. 20, das 6 horas da manhã athe as 9, que achara com quem tratar.

Fonte: Diário de Pernambuco, 1841, edição 00010(1).

Em paralelo a essa trama complexa, as teorias raciais colocaram à margem essa prática, fundamentando, pois, a teoria econômica do lucro através de uma inferioridade de causa biológica trazida pelos negros e de uma procura pela raça pura, ou pelo menos pela ideia de uma nação pura:

O saber sobre as raças levou, por sua vez, a um “ideal político” que previa a submissão ou eliminação das “raças inferiores”: a **eugenia**. Convertida numa espécie de prática do darwinismo racial, e eugenia tinha como meta intervir na reprodução das populações [...], referendava a noção de que a capacidade humana estava diretamente ligada à hereditariedade [...] (Schwarcz, 2019, p. 406, grifo meu).

O Direito e a Medicina tiveram papéis fundamentais na disseminação desses modos de pensar durante a virada do oitocentos para os novecentos, consequência “da formação de uma rede de instituições de saber com a chegada da corte, momento em que se incentivou a recriação do aparato institucional centralizador” (Mastrantonio, 2019, p. 56), tendo como grandes expoentes as instituições de ensino, como a Faculdade de Direito do Recife, através dos professores Silvio Romero⁴³ e Tobias Barreto; e as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro, com Renato Kehl; e da Bahia, com Nina Rodrigues⁴⁴. Em Recife, adotaram Ernst Haeckel como mestre, divulgador

⁴³ Silvio Romero foi um desses intelectuais cujo destaque se deu em torno de seu temperamento radical quanto às suas posições e ao seu apego ao naturalismo. Formado na Faculdade de Direito de Recife em 1873, Romero adotou o princípio biológico racial como base de entendimento para o futuro da nação. Nesse momento de sua trajetória intelectual, o crítico literário elegeu o mestiço como o produto final de uma raça em formação, sendo a mestiçagem a condição de vitória do branco no país (Mastrantonio, 2019, p. 59).

⁴⁴ Nina Rodrigues via na mestiçagem a diluição dos caracteres das raças puras, o que eventualmente causaria a degenerescência, considerando um “erro deplorável” admitir utilidade no cruzamento das

das teorias darwinistas raciais, a partir das quais Silvio Romero creditava ao mestiço um ser degenerado, mas não deixava de utilizar o evolucionismo social. Já Nina Rodrigues chegou a propor a existência de dois códigos penais: um para negros e outro para brancos, partindo do pressuposto que o direito é um conceito relativo e variável com as fases do desenvolvimento social da humanidade e, portanto, não seria possível introduzir no país uma lei única que desse conta de todos os grupos que por aqui conviviam (Mastrantonio, 2019; Schwarcz, 2019).

É nesse bojo que a institucionalização da profissão médica é obtida dentro das universidades, principalmente após a federalização dos estados, durante a segunda onda da pandemia da gripe espanhola em 1919, havendo uma organização sistemática para a fundação de Escolas de Formação Superior (Schwarcz, 2019), assim como as primeiras escolas de Odontologia. É ímpar ressaltar que tal movimento culminou para deixar de fora as práticas populares ofertadas pelos populares, ao mesmo tempo essas tais práticas foram cooptadas pelos intelectuais da época para serem ensinadas nas escolas superiores. Traço visível do racismo, posto que, pela ótica da eugenia, ela não poderia ser realizada por pretos, já que estes tinham características biológicas inferiores. Todavia, as mesmas práticas poderiam ser reproduzidas pelos brancos que tinham acesso à universidade. Dito de outra forma: paradoxalmente, ao passo que se deu a saída através da cientificidade vinda da Europa, ao mesmo tempo se negava a verdadeira face miscigenada do Brasil. Esse argumento converge com o de E.P. Thompson (2012), que relata a marginalização de práticas não científicas a partir desse mesmo movimento de formalização das profissões.

Reafirmando o perfil eugenista de tal fenômeno, os pretos e seus descendentes passaram de *protagonistas compulsórios* de uma prática para ser parte de um conjunto de cobaias humanas vivas nos cursos de Odontologia, sobretudo nas provas práticas para ingresso dos alunos nas universidades, como mostra o estudo de Warmling (2009, p. 56):

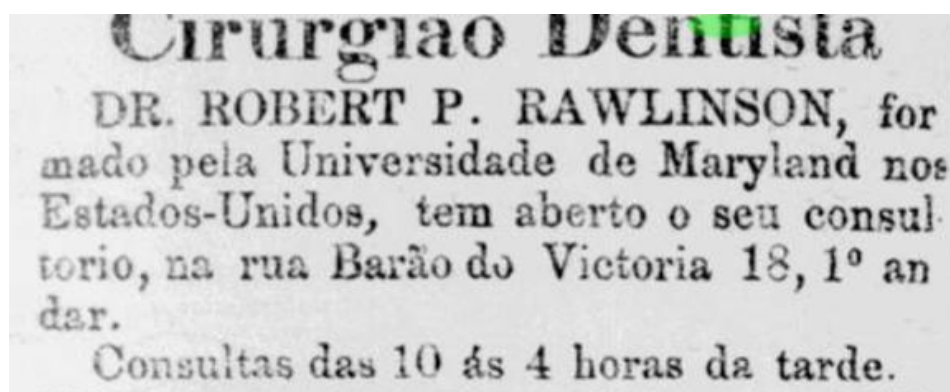
raças. Nesse momento de sua trajetória intelectual, preocupado com as questões que envolviam a medicina legal e atuando nos moldes da escola lombrosiana, Nina Rodrigues defendia a importância de uma classificação rigorosa das raças puras e das raças cruzadas, propondo um maior detalhamento dos tipos mestiços que a literatura médica de sua época, acusada por ele de arbitrária e artificial (Mastrantonio, 2019, p. 62).

[...] a mesa compunha-se de três lentes catedráticos e, às vezes, de alguns opositores substitutos. Constava o exame de uma prova oral e de uma prova prática. A prova oral era geralmente sobre a anatomia descritiva dos ossos maxilares, muito raramente de outros ossos da face [...]. O exame prático consistia da extração de dentes em cadáveres [...] ou na boca de um preto africano, servente.

Na convergência deste argumento, encontra-se o fato de que o Brasil subsidiou a chegada diversos Dentistas (Figuras 5, 6 e 7), de outros países para exercerem sua prática no Brasil, “com exceção de americanos do sul” (Warmling, 2009, p. 56). Era, portanto, o branqueamento de uma prática sobre a qual, mais tarde, em 1911, no I Congresso Internacional das Raças, João Batista Lacerda, então diretor no Museu Nacional do Rio de Janeiro, afirmava: “o Brasil mestiço de hoje tem no branqueamento em um século sua perspectiva, saída e solução”, como aponta Schwarcz (1994):

Nesse contexto em que discursos raciais vinculam-se a projetos de cunho nacionalista, soava correto imaginar uma nação em termos biológicos, ou estimar uma futura homogeneidade. [Assim] o conjunto dos modelos evolucionistas não só elogiava o progresso da civilização, como concluía que a mistura de raças heterogêneas era sempre um erro e levava à degradação não só do indivíduo, como de toda coletividade (Schwarcz, 1994, p. 138).

Figura 6 - Propaganda do Cirurgião-Dentista Americano Robert Rawlinson



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 1890/00121.

Figura 7 - Propaganda do Cirurgião-dentista Oscar Leal, formado pela Faculdade de Paris



Dentista

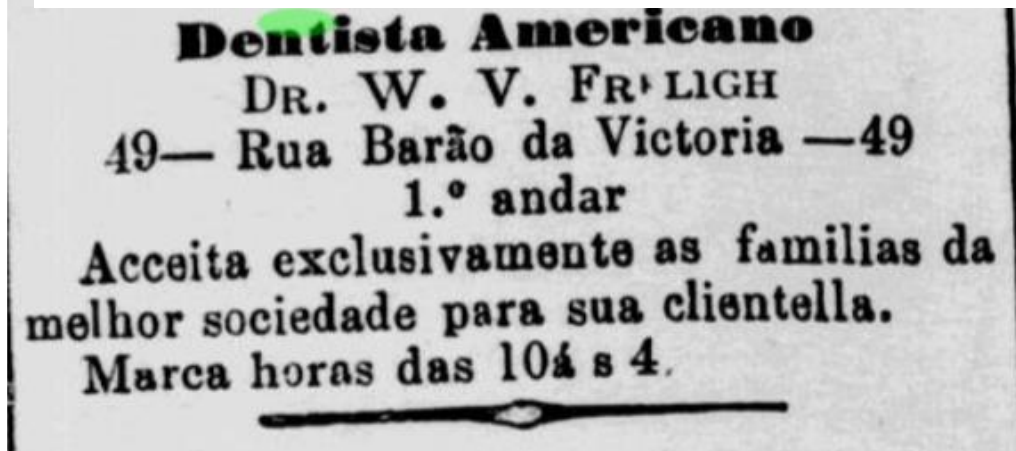
O Dr. Oscar Leal formado pelas Faculdades de Pariz, Lisboa e Bahia, recentemente chegado da Europa, abriu o seu gabinete á rua do Barão da Victoria n. 37.

Dentaduras com e sem chapas, systema do Dr. Cleosier. Obturação e ourificações garantidas.

Extracções gratis aos pobres.

Fonte: Diário de Pernambuco, edição 1893/0008.

Figura 8 - Propaganda do Cirurgião-Dentista W. V. Fr'Ligh



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 1895/00244.

É nesse contexto que as primeiras escolas de Odontologia foram criadas no Brasil, ficando evidente a tentativa de higienizar as práticas de cura populares, principalmente relacionadas aos dentes da população. Traçou-se a seguinte estratégia: enquanto os primeiros cirurgiões-dentistas natos não se formavam, importavam-se os que utilizavam da mesma prática, embranquecendo-a. Cabe afirmar ainda que o ensino odontológico, assim como essa institucionalização de prática, teve caráter eugenista e definitivamente influenciaria toda a história de uma prática. Como diria Schwarcz, (2019, p. 403): “[...] padecemos, mesmo, é de amnésia geral (e contagiosa)”.

4 FORMAÇÃO DE DENTISTAS E PROTOFORMA DO MERCADO DE TRABALHO ODONTOLÓGICO

Cabe ressaltar, desde logo, que será abordado o mercado de trabalho daqueles que praticavam o *lidar com os dentes*, isto é, o foco não estará na figura do cirurgião-dentista, mas sim em todos que praticavam de alguma forma o processo de cura dos adoecimentos dos dentes, de embelezamentos dos dentes e de cuidado dentário. Assim, apresenta-se esse capítulo numa perspectiva sócio-histórica com base nos dados produzidos por entrevistas com cirurgiões-dentistas através de suas histórias de vida e de trabalho em Recife, além da análise documental e da revisão bibliográfica já bem explicitadas anteriormente.

Inexistem os estudos que tomaram esse foco, sendo a bibliografia focada - em geral - no mercado de trabalho dos cirurgiões-dentistas, tal como o estudo de Paixão (1979), que analisou o mercado de trabalho de egressos do curso de odontologia em Minas Gerais, na década de 1970; o de Isabel Vianna (1988), que avaliou as políticas públicas, o mercado de trabalho e a relação com o Estado no pós-1974; o de Lana Bleicher (2016), trazendo as transformações no mercado de trabalho e as condições de trabalho do cirurgião em Salvador (BA) e inserindo uma camada de discussão sobre as questões da precarização do trabalho contemporâneo; o de Ana Estela Haddad (2011), que mapeou o perfil dos cirurgiões-dentistas brasileiros entre 2008-2009, refletindo sobre seu mercado de trabalho; e o de Raquel Santos de Oliveira (2010), que estudou o mercado de trabalho do cirurgião-dentista no serviço público de saúde.

Com o objetivo de sistematizar os dados produzidos, será apresentado os resultados deste capítulo em dois eixos: o primeiro versando sobre a constituição da protoforma do mercado de trabalho odontológico articulado com a vinda de cirurgiões dentistas estrangeiros ao Brasil; já o segundo, datando de 1913, com a abertura da Escola de Odontologia de Pernambuco, que correspondeu às necessidades de efetivo mercado do modo de produção capitalista e o impulsionou como um “novo” mercado de trabalho na sociedade.

4.1 FORMAÇÃO E MERCADO DE TRABALHO DO LIDAR COM OS DENTES: A ARTE DENTÁRIA E O ARTEFATO DENTÁRIO

Em 1448, portanto 52 anos antes da invasão portuguesa, a Coroa de Dom Afonso já encontrava mecanismos de fiscalização do exercício da arte de curar (Salles, 1952); é ímpar entender que esse sistema de regulação já denotava a gênese de um mercado de trabalho, ou o que Marilda Iamamoto (2000) classificaria como *protoforma* do mercado de trabalho, entendendo que o capitalismo se estabelece com mais força a partir da emergência de uma camada restrita nas sociedades, chamada burguesia (principalmente na Europa, e em seguida, nas suas respectivas colônias). Em outras palavras, sem entender as relações capitalistas de compra e venda, não se pode falar em um mercado de trabalho propriamente dito (Doob, 1987).

Na Carta Régia de 1448, que se encontra abaixo, é possível perceber que todos aqueles que realizassem cirurgias, sangrassem ou tirassem dentes necessitavam da autorização do cirurgião-mor para exercício de tal atividade.

Figura 9 - Carta Régia de 1448

CERTIDÃO
da Provisão de 25 de Outubro de 1448, sobre
os que usam de Cirurgia sem Cartas.

DOM AFFONSO, etc. Aos quantos esta virem, fazemos saber, que os Reis, que ante nós foram em estes nossos Reinos, vendo que muitas pessoas, assim Christãos, como Judeus, e Mouros, se lançaram a usar das artes da Fisica, e Cirurgia, não sendo alguns delles para ello pertencentes; e como se dello seguia perda, e damno a seus naturaes; e querendo sobre isto provêr por serviço de Deus, e seu bem, e proveito de sua terra, ordenaram, e mandaram, que pessoa alguma em estes Reinos, não podesse usar das ditas sciencias, sob certa pena, sem primeiro para ello haverem sua authoridade, e serem examinados por aquelles Fisicos, ou Cirurgiões, que seu poder tivessem de os examinar.

E por quanto nossa vontade é de se a dita ordenança assim guardar, e manter, como pelos

ditos Reis foi ordenado, e mandado, confiando da bondade, e discrição de Manoel Gil, nosso Criado, e Cirurgião, por quanto intendemos, que é tal, que fará bem, e como cumpre a nosso serviço, e proveito do nosso povo, temos por bem fazel-o nosso Cirurgião-mór dos nossos Reinos, e Senhorios; ao qual damos poder e authoridade, que possa examinar, e dar cartas, áquelles que achar aptos, e pertencentes para a dita arte de Cirurgia, que serão em nosso nome assignadas por elle, que livremente por ellas possam usar a dita arte.

E por esta Carta mandamos ao nosso Chanceler-mór, ou outro qualquer, que seu cargo tiver, que as selle, sem outra lmenta.

E qualquer que da dita arte usar, sem nossa Carta, assignada pelo dito nosso Cirurgião-mór, mandamos, que cada vez que dello usar, ou lhes fôr provado, seja preso, e da cadeia pague dous marcos de prata, um para o dito Cirurgião-mór, e o outro para quem o accusar.

E mandamos a todos os Corregedores, Alcaides, e Meirinhos, Juizes, e Justiças de nossos Reinos, e outros quaesquer Officiaes, e pessoas, a que isto pertencer, que prendam quaesquer pessoas, que da dita arte usarem sem nossas Cartas, cada vez que pelo dito Gil, nosso Cirurgião-mór, ou da sua parte, forem requeridos, e os não soltem sem seu mandado.

E outrosim damos licença, e logar ao nosso Cirurgião-mór, que possa trazer tres homens com suas armas, tantas, quantas, e quaes lhe aproveer, de noite, e de dia, por onde elle quizer, para servirem o officio, e prenderem os que o usarem sem nossa Carta de licença; e mandamos a todas as nossas Justiças, que lh'as não coutem, nem tomem, nem consintam coutar, nem tomar a outra alguma pessoa, sem embargo da Ordenação, e defesa sobre ello:

Por esta outrosim damos poder ao nosso Cirurgião-mór, que possa constringer quaesquer pessoas que da dita arte de Cirurgia usarem, que lhe venham mostrar Cartas, para ver se as tem, e usam como devem; e se lh'as mostrar não quizerem, mandamos que sejam presos, e que paguem a pena sobredita. E al não faças; e esta Carta lhe não guardeis, se sellada não fôr.

Dada em Lisboa, a 25 de Outubro. Pedro Gil a fez: anno do Nascimento de Nosso Senhor Jesu Christo de 1448.

O qual Mestre Gil jurou em nossa Chancellaria aos Santos Evangelhos, de bem e verdadeiramente, e como deve, obrar, e usar do dito officio, e guardar em ello nosso serviço, e proveito do nosso povo.

E a esta se dará tãto inteira fé e credito, como á propria do Livro, com o qual foi concertada.

Eu Jorge da Cunha, Escrivão deste Archivo Real e Secretaria da Torre do Tombo a fôr, em Lisboa, a 30 de Julho; e por não haver Guardamór, assignei esta. Anno do Nascimento de Nosso Senhor Jesu Christo de 1632. — Jorge da Cunha — Antonio Sanchez Parinha.

Collecção do Regimento Real, tomo 6.^o pag. 345.

Fonte:

http://www.governodosoutros.ics.ul.pt/?menu=consulta&id_partes=97&acao=ver&pagina=264.

Pode-se dizer, desde já, que havia um comércio mercenário pautado nas práticas de lidar com os dentes, em especial daquelas que estariam longe de uma formação formal ou sob supervisão monárquica. Isso gerou uma certa organização corporativa para aqueles que se enquadravam nos padrões de formação, enquanto agentes dessa prática, que a monarquia exigia, uma vez que bastava a aprovação do

“exame” ou de uma convivência entre mestre e aprendiz para que o direito a exercer a prática fosse concedido.

Maurice Dobb, em *A Evolução do Capitalismo* (1987), entende esses agentes ligados à Coroa como “mercadores”, que funcionavam como monetizadores de práticas, isto é, acumulavam excedentes em cima dos práticos que não estavam alinhavados com o processo formativo exigido à época. Existia também o hábito de conceder empréstimos por parte desses agentes mercadores, principalmente para donos de pequenas propriedades ou pequenos comerciantes (inclusive os que praticavam o artesanato, e, nesse particular, a arte dentária). Esses mercadores acumulavam excedentes com tal sistema, e não raramente, “[...] compravam sua participação numa guilda urbana e se empenhavam no comércio” (Dobb, 1987, p. 79). Em outras palavras, dentro do aparelho monárquico de regulação de uma prática, já se poderia falar no uso da desonestidade para se obter posse de outros valores que não fossem apenas o determinado em lei. Ora, qual a serventia de se ter uma prática bem regulada se o próprio cirurgião-mor lucrava de alguma maneira com o contrário?

Assim, tratando-se de Europa, esse tipo de comércio, baseado no artesanato, e particularmente na arte de curar, favorecia o aparecimento de “cidades” ou aglomerados urbanos, nos quais o artesão quase sempre nutria relações próximas com os mercadores, muitas vezes casando-se com suas filhas. Tais centros urbanos tornavam-se centros independentes de comércio, constituindo-se como “corpos estranhos, cujo crescimento contribuía para a desintegração da ordem feudal.” (Doob, 1987, p. 79). Nesse sentido, afirma Doob:

É verdade que o elemento comercial nutrido por tais comunidades reunia em suas mãos os primeiros germes do capital mercantil e prestamista que, mais tarde, seria empregado em maior escala, mas outros instrumentos de acumulação que não uma simples tendência do tipo bola de neve teria de intervir antes que esse capital se tornasse tão dominador e ubíquo como sucederia em séculos posteriores (Doob, 1987, p. 79).

Ou seja, essa protoforma do mercado de trabalho associada à gênese do capitalismo nas relações de compra e venda influenciou, sobremaneira, o modo pelo qual o Brasil se institucionalizou enquanto colônia portuguesa; já nos moldes de

capitalismo mais ou menos estabelecido, é verdade. No primeiro centenário do Brasil, por exemplo, havia pelo litoral cerca de 300 colonos e suas famílias, dentre eles, mestres de todos os ofícios. Os que realizavam cirurgias, sangrassem, ou tirassem dentes necessitavam da autorização do cirurgião-mor, ainda influenciada pela Carta de Mestre Gil, descrita na figura acima.

Segundo E. Salles Cunha (1952), a carta de Mestre Gil vigorou até 17 de junho de 1782, quando criada a Junta de Proto-medicato. Tal carta foi reformulada algumas vezes, sendo adaptada para os novos cirurgiões-mor da colônia. Porém, como visto em capítulos anteriores, foi só na reformulação de 1631 que o termo referido às pessoas que tratavam os dentes foi inserido na ordem do dia, tratando-se daquelas que tiravam dentes subordinadas também ao cirurgião-mor. Cabe ressaltar que ainda não se falava em “dentista” ou “odontólogo”, tampouco “cirurgião-dentista”, mas sim daqueles que se ocupavam em “tirar dentes”.

Diz Furtado (2007, p. 23) que,

[...] a exemplo do que ocorria em Portugal e no restante da Europa, no Brasil do período colonial não havia um profissional que cuidasse apenas dos dentes. O dentista, como prático, apareceu muito mais tarde (Furtado, 2007, p. 23).

Ao que Vianna (1988, p. 7) reforça:

Nos seus primórdios, a “arte dentária” teria sido exercida de forma indiferenciada, não existindo indivíduos dedicados exclusivamente a esta atividade. Em caso de episódios agudos de dor ou infecção, buscava-se ajuda através da ação de pessoas da família ou do grupo social que tivessem habilidade nesta área (Vianna, 1988, p. 7).

Salles-Cunha (1952) descreve um exame que era imposto para esses praticantes com finalidade de regulação da prática. Já Furtado (2007) ressalta que havia uma preocupação em fiscalizar e restringir a prática, pois mesmo que ela não tivesse um agente definido, aqueles que a almejavam, precisavam ter em comum pelo menos dois anos de atividades com um mestre. Todos esses práticos recebiam o título de licenciados, portanto, diferentes daqueles que se formavam em universidades da Europa e que obtinham o título de doutor.

Em 21 de agosto de 1740, Dom João V concedeu para Francisco Teixeira Torres – então cirurgião-mor – o direito de nomear pares para a fiscalização descentralizada no território nacional (Furtado, 2007), assim, estes eram intitulados comissários do cirurgião-mor.

Pela legislação em vigor, como mostra a figura acima, os cirurgiões-mor, assim como seus comissários, recebiam parte do valor arrecadado pelas multas em decorrência do exercício da prática sem o devido licenciamento. Tal ação, já no Brasil, é condizente com o modo de agir desses agentes na Europa anterior a 1500, com características claras de mercenarismo, mas, desta vez, institucionalizado pela Coroa:

E qualquer que da dita arte usar, sem nossa Carta, assignada pelo dito nosso Cirurgião-mór, mandamos, que cada vez que dela usar, ou lhes fôr provado, seja preso, e de cada pague dous marcos de prata, um para o dito cirurgião-mór e outro para quem o acusar (Portugal, 1448, p. 248-249).

Em 1782, D. Maria I, rainha de Portugal, criou e organizou a Real Junta de Pronto-Medicato, extinguindo o cargo de Cirurgião-mor. A junta era composta por sete deputados, médicos ou cirurgiões, com mandato de três anos. Essa nova configuração ficaria com as obrigações de licenciar as “pessoas que tirassem dentes” (Salles-Cunha, 1952, p. 71), conforme aponta Salles-Cunha:

[...] o aspirante à profissão dentária, após aprendizagem com um profissional antigo e idôneo, o que provaria com atestado deste apresentado à Real Junta do Proto-medicato, em Lisboa, requereria para ser examinado. Era, então, expedida por esta ao seu comissário na comarca onde residisse o candidato, uma portaria concedendo a permissão pedida. Fazia-se então o exame, que constava de anatomia da região e métodos operatórios e terapêuticos principalmente, na presença do mesmo comissário, servindo de examinadores um ou dois cirurgiões aprovados. Após essas formalidades, era passada uma certidão do exame pelo “escrivão do comissionário”, servindo como secretário, sendo só, então, expedidas pela Real Junta, louvada nesse documento, as respectivas cartas e licenças por tempo determinado e com as restrições julgadas convenientes a cada caso em particular (Salles-Cunha, 1952, p. 72-73).

Tratava-se, pois, de uma complexa burocracia para institucionalizar a prática daqueles que exerciam o lidar com os dentes. Além disso, a Coroa portuguesa cobrava dos candidatos taxas exorbitantes que financiariam, dentre outras coisas, a

igreja católica e a protoforma do aparelho burocrático brasileiro, como mostra a Figura 10:

Figura 10 - Taxas para os candidatos ao exercício da Arte dentária

	Rs.
Santos Cosme e Damião	\$100
Cofre	\$800
Presidente	\$800
Examinadores	\$960
Escrivão do Comissário	\$800
Secretário da Real Junta	\$300
Escrivão e Meirinho	\$600
Despesa de Cartas	1\$700
Total	6\$060

Fonte: E. Salles-Cunha. História da Odontologia no Brasil, 1952.

Chama a atenção à taxa destinada aos Santos Cosme e Damião⁴⁵, que segundo André Mota (2022) figuravam à época como patronos dos médicos, cirurgiões e dentistas. Ao realizar pagamento à Igreja, em nome dos Santos ditos, o prático realizava um contato direto com o sagrado, e uma certa garantia de sucesso que “poderia influenciar no diagnóstico e prognóstico” (Mota, 2022, p. 284). Complementa o Historiador: [...] “os santos e seus milagres ajudariam tanto na identificação do mal como na certeza da presença do bem, muitas vezes servindo como fio condutor entre o mundo letrado das universidades e o mundo popular” (Mota, 2022, p. 285).

⁴⁵ Cabe ressaltar que houve um deslocamento das figuras dos Santos Cosme e Damião: do lugar de patronos das corporações para o lugar de esquecimento; isto é, inicialmente eram divulgados pelo catolicismo como Médicos e aceitos pelos grupos de práticos, assim como nas Universidades Europeias, que formavam brasileiros ou estrangeiros que exerciam sua prática no Brasil Colônia; mas, a associação de Cosme e Damião (e posteriormente Doum) com as religiões de matrizes africanas através do sincretismo religioso, fizeram com que esses mesmos grupos e corporações apagassem da história (durante o século XIX e XX) suas vinculações, o que André Mota classificou como “apagamento da memória” (Mota, 2022, p. 290). Ver mais em: “*Artes de Curar e Práticas de Saúde: circularidades, institucionalidades e repressão*” de Organização de André Mota e Tânia Salgado Pimenta. Editora Hucitec, São Paulo, 2022.

A Real Junta de Proto-medicato foi abolida pelo Alvará de 7 de janeiro de 1808, sendo restabelecidas as funções de físico-mor e cirurgião-mor. Tal ato se deu no início do período Joanino no Brasil, sendo a corte portuguesa transferida para o Rio de Janeiro. Desde logo, D. João tratou de organizar a corte e nomear todos os práticos que fossem servir ao seu reinado. É curioso notar que todos os barbeiros e sangradores licenciados eram pretos escravizados ou forros.

[D. João] inicialmente licenciou, registrando as cartas de confirmação, os barbeiros e sangradores desta cidade. Eram eles: José Dutra, homem preto forro, o qual fizera exame por ordem da Real Junta do Proto-Medicato, em 1806; o cirurgião Antônio Vieira da Silva; Braz, escravo de Pedro Garcia de Aragão; Francisco Galiza; Maximiliano d'Utra, de nação gege, escravo de José Antonio d'Utra; Francisco, de nação gege, escravo do reverendo Alexandre Bernardino Gonçalves Reais; Francisco da Fonseca, de nação Angola, escravo de D. Ignácia Francisca Romana; e Joaquim José de Santa Anna, preto fôrro (Salles-Cunha, 1952, p, 87).

Tal cenário dialoga com os estudos de Tânia Pimenta (1997; 1998), nos quais ela analisou os pedidos de licença para exercer a prática de barbeiro no Brasil, sendo que 84% das solicitações eram realizadas por descendentes de africanos ou africanos em solo brasileiro. Destes, 61.7% eram escravizados e 38.3% eram forros. Ou seja, esse mercado de trabalho era predominantemente composto e ofertado por homens pretos.

Figura 11 - Procura-se Oficial de Barbeiro, Recife, 1828

7 Quem tiver e queira v̄nder hum official de Barbeiro que seja peritimo e sem vicios, falle no estanque de tabaco na rua do Rangel que dirá quem o quer comprar, ou anuncie por este Diario para ser procurado declarando a sua moradia.

Fonte: Diário de Pernambuco, edição 000098 de 1828.

Vale ressaltar que tal mercado era extremamente lucrativo para os donos de pessoas escravizadas, uma vez que os “escravos de ganho” que exerciam a prática de cura, cobravam por isso, e o valor era realocado para seus donos. Ora, tanto era lucrativo que os letrados se faziam procurar por aqueles que quisessem vender alguém que fosse “official de barbeiro”, como consta na Figura 11 acima.

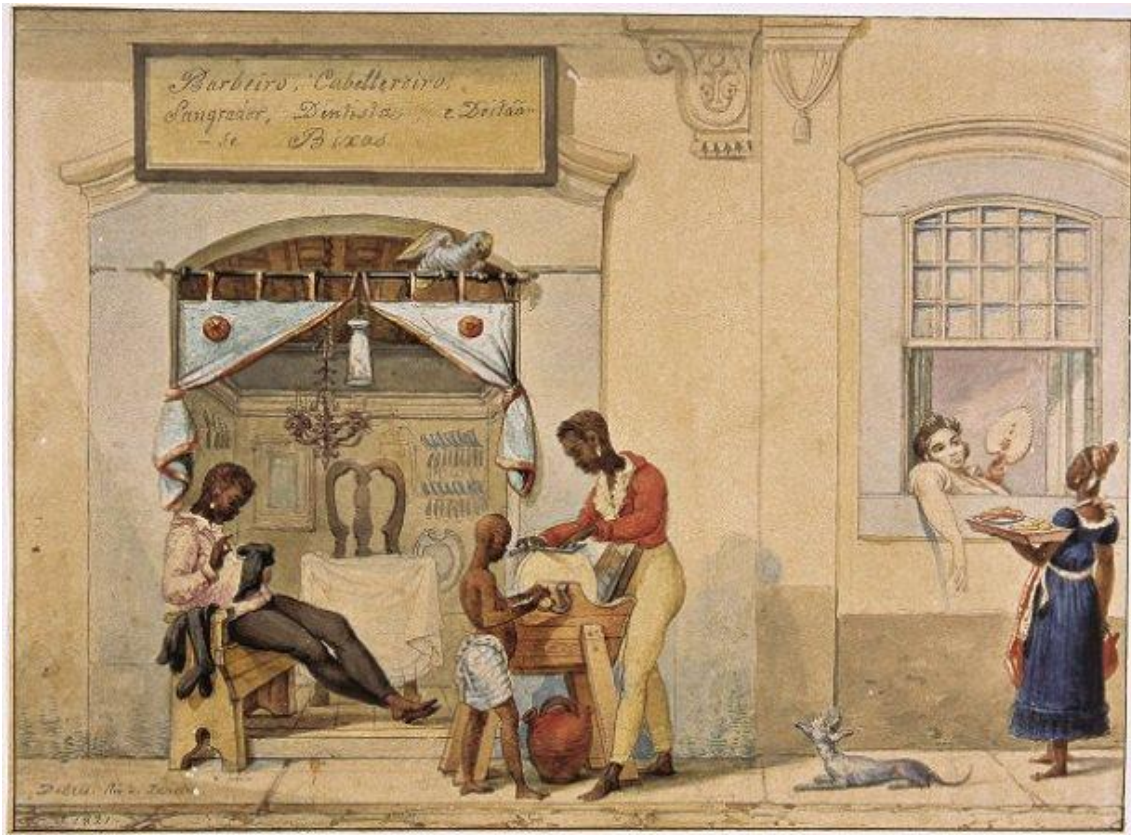
Ainda no período Joanino, houve o estímulo para vinda ao Brasil de diversos artistas, dentre eles, Jean-Baptiste Debret e Nicolas-Antoine Taunay (Schwarcz, 2023). O primeiro chegou em uma comitiva de artistas para a Missão Francesa, “[...] os quais foram especialmente contratados pelo príncipe regente português para, além de outras missões, registrar o cotidiano e os momentos solenes da Família Real no Brasil” (Araújo; Marcicano; Held, 2019, p. 270).

A obra de Debret

[...] constitui um *corpus* iconográfico com litografias feitas a partir de suas aquarelas e pranchas, que comporiam os fascículos de *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil*, os quais se traduzem em relato e interpretação do Brasil, segundo a ótica do artista francês. As imagens coletadas são testemunho visual das cenas urbanas vivenciadas durante a permanência do pintor no Rio de Janeiro (Araújo; Marcicano; Held, 2019, p. 270).

Jean-Baptiste Debret retratou algumas cenas do cotidiano brasileiro e, dentre elas, o mercado do lidar com os dentes. A Figura 12 arrolada abaixo expõe um pouco sobre isso:

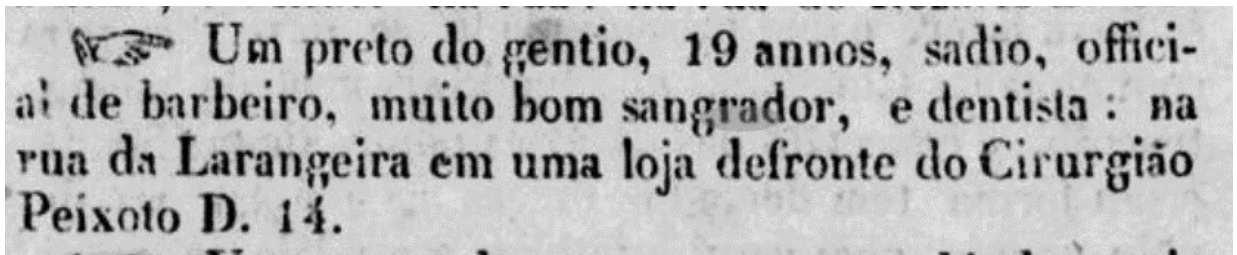
Figura 12 - Reprodução da obra *Loja de Barbeiros* (1821), de Jean Baptiste Debret. Aquarela sobre papel, 18 x 24,5 cm, J.B. Debret, Rio de Janeiro, 1821



Fonte: <https://ensinarhistoria.com.br/vida-urbana-no-brasil-segundo-debret/>.

Na obra *Loja de Barbeiros* (1821), nota-se que na placa superior à entrada do espaço tem-se os serviços ofertados por aquele espaço, sendo eles: sangrador, dentista, barbeiro, cabeleireiro e tirador de bixas. Vale ressaltar ainda que, no século XIX, a literatura do campo da saúde relata que não havia uma convivência harmônica entre aqueles que praticavam as artes populares. Havia, pois, uma espécie de hierarquia entre estes, sendo operacionalizada na seguinte ordem: dentistas, barbeiros e sangradores (Passos-Nogueira, 2007; Furtado, 2007). Teria Debret retratado todas as artes populares em apenas uma loja? Será que esses níveis hierárquicos não se aplicavam de fato à realidade brasileira nessa época específica? (Uma vez que D. João já licenciou vários praticantes de diversas formações e origens para as práticas que fazem interface com o lidar com os dentes). As respostas para essas questões são essenciais para o entendimento do mercado de trabalho desta área.

Figura 13 - Escravizado barbeiro, sangrador e dentista, Recife, 1833



Um preto do ggentio, 19 annos, sadio, officiaal de barbeiro, muito bom sangrador, e dentista : na rua da Lorangeira em uma loja defronte do Cirurgião Peixoto D. 14.

Fonte: Diário de Pernambuco, edição 00137, 1833.

Ante a fonte histórica acima, parece que, entre os escravizados e forros, seria comum e transversal à sua arte resolver todas as demandas relacionadas com a cabeça (externamente e visivelmente), dentre elas: o corte dos cabelos, o aparar das barbas e o tirar dos dentes. Denota-se que a expressão “dentista” não estaria ligada à substituição dentária, ao chumbamento ou ao limamento de dentes (já utilizados por dentistas europeus), mas sim apenas a “arrancar os dentes”.

Em outra edição do Diário de Pernambuco, é possível notar uma pista que pode trazer outra interpretação à obra de Debret exposta na Figura 12.

Figura 14 - Anúncio de José Anacleto, sangrador e dentista português, Recife, 1839

to, que não tor bem executado.
 — José Anacleto da Silva sangrador ap-
 provado faz saber ao respeitavel publico,
 que a sua residencia he na rua estreita do
 Rozario defronte do beco das laranjeiras,
 e por isso todas as pessoas, que quiserem
 fazer-lhe a mercè de o procurar, dirijão-se
 ao mesmo lugar, que se prestará a toda
 hora; assim como em sua casa tem um por-
 tuez famoso dentista e sangrador, tam-
 bem offerece o seu prestimo a quem se qui-
 ser utilizar.

Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 0057, 1839.

José Anacleto oferece seus serviços enquanto sangrador e ao mesmo tempo afirma que, no espaço de sua casa, também haveria de se encontrar um dentista de nacionalidade portuguesa. Isso leva a crer que, na mesma loja, poderia haver um compartilhamento dos exercícios dessas práticas, proporcionadas por diferentes agentes. A figura 6 ainda denota outra curiosidade: o fato dela própria existir. Não se tratava, pois, de um anúncio de compra e venda de dentistas ou sangradores, mas sim da propaganda do próprio trabalho sendo realizada pelo agente *per se*. De certo, José Anacleto teve acesso ao alfabeto e tinha ciência da importância da divulgação da prática nos periódicos. Não se pode afirmar, porém, se se tratava de um forro, uma vez que não há registros que endossem tal ponto de vista, mas pode-se denotar que ele haveria de ter uma origem popular, vide o sobrenome. José Veiga Pinto, assim como José Anacleto, também divulga sua prática no Diário de Pernambuco, mas sem o compartilhamento de espaços, como mostra a Figura 15 exposta abaixo:

Figura 15 - José da Veiga Pinto, dentista e sangrador, Recife, 1839

— José da Veiga Pinto, sangrador e dentista, avisa ao respeitavel publico, de quem tem recebido immemoraveis obsequios, que tem mudado sua residencia para rua estreita do Rozario D. 16, defronte da Igreja, todas as pessoas que se quiserem utilizar de seu prestimo o podem procurar na mencionada casa a qualquer hora.

Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 00153, 1839.

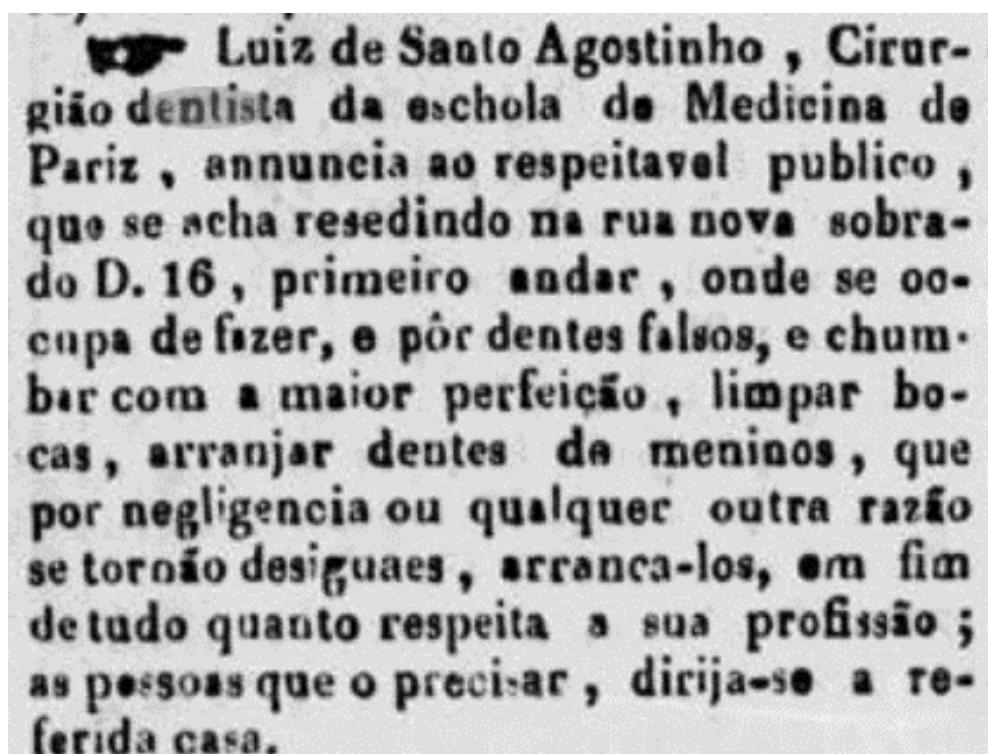
Porém, a diferenciação entre práticas e o exercício único da prática de dentista já aparecia na mesma época, embora apenas para os práticos de nacionalidade estrangeira ou com formação fora do Brasil, como mostram as Figuras 16 e 17 abaixo:

Figura 16 - Dentista italiano no Brasil, Recife, 1829

2 A pessoa que por esquecimento deixou huma porção de dinheiro em caza do Cirurgiaõ, e dentista Italiano que mora na rua da Madre de Deos, dirija-se a mesma caza que dando os signaes certos lhe será entregue.

Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 0008, 1829.

Figura 17 - Anúncio de Cirurgião e Dentista formado em Paris, Recife, 1837



Luiz de Santo Agostinho, Cirurgião dentista da escola de Medicina de Paris, annuncia ao respeitavel publico, que se acha resedindo na rua nova sobrado D. 16, primeiro andar, onde se occupa de fazer, e pôr dentes falsos, e chumbar com a maior perfeição, limpar bocas, arranjar dentes de meninos, que por negligencia ou qualquer outra razão se tornão desiguaes, arranca-los, em fim de tudo quanto respeita a sua profissão; as pessoas que o precisar, dirija-se a referida casa.

Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 00242, 1837.

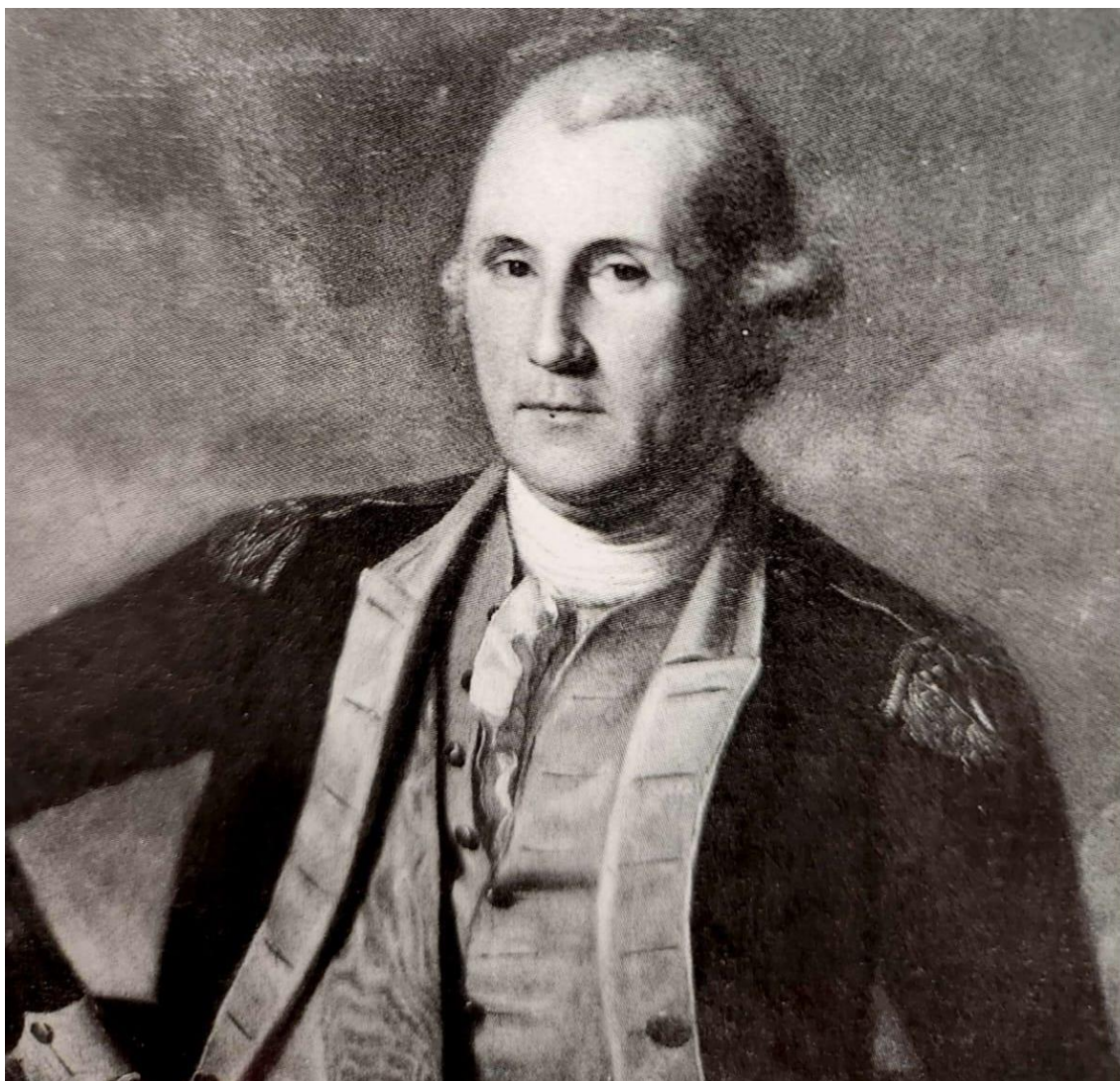
É possível observar que os dentistas estrangeiros ou com formação fora do Brasil se diferenciavam quanto à prática que exerciam, uma vez que prometiam “pôr dentes falsos e chumbar com a maior perfeição, limpar bocas, arranjar dentes de meninos, que por negligência ou qualquer outra razão se tornão desiguaes”. A origem da formação de Luiz Santo Agostinho, da figura 9, converge com os estudos de Botazzo (2000), que retrata a obra *Le Chirurgien Dentiste* (1728), do francês Pierre Fauchard, como importante dentro da discussão do tratamento dentário, assim, parece que os franceses, bem como aqueles que tinham sua formação na França, estariam avançados nos tratamentos mais vanguardistas, tais como: o uso da cadeira para o tratamento dentário; o chumbamento dentário como tratamento para cárie; e as dentaduras, feitas por marfim.

Fazendo uma comparação entre as publicações em periódicos das pessoas escravizadas com as pessoas de nacionalidade europeia, é possível observar que a ordem de apresentação dessas pessoas difere. Ora, o de vínculo escravizado sequer é anunciado com o seu nome, mas apenas evidenciando suas principais características, tal como uma mercadoria. Já no caso dos europeus, o nome e a

referência da nacionalidade se evidenciam, quase como parte da prática que ofereciam, ou melhor, como uma “grife”.

Há um caso emblemático de substituição dentária, mas em terras americanas, ainda no século XVIII. George Washington, o primeiro presidente dos Estados Unidos da América, foi acometido em 1779 por um abscesso no lado esquerdo da mandíbula, tal sintoma foi acompanhado de uma fístula que deixou em seu rosto uma cicatriz (Ring, 1992; Furtado, 2007), como mostra a Figura 18:

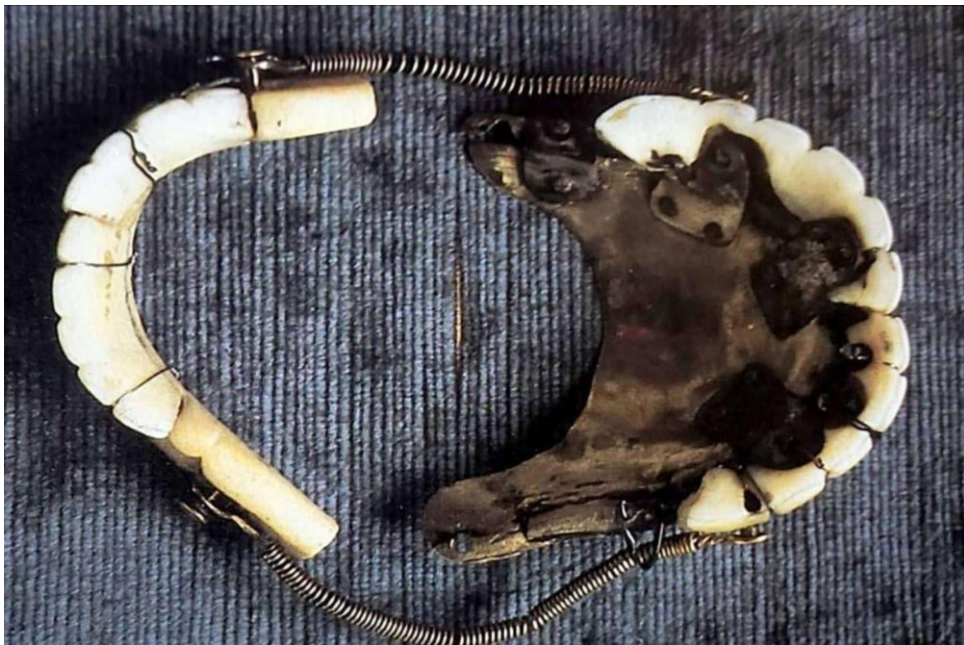
Figura 18 - George Washington, 1779



Fonte: RING. Dentistry – Illustrated history, p.192, 1779.

Observa-se na foto, ainda, que o Presidente tem a espessura dos lábios delgados, o que pode ser um indicativo de ausência dentária de dentes anteriores, presumivelmente em decorrência do abscesso relatado por Malvin King (1985). O mesmo autor atribui a John Greenwood a realização do tratamento dentário de G. Washington, inclusive com a exodontia dentária e a substituição por próteses de marfim, como mostra a figura abaixo:

Figura 19 - Prótese atribuída a George Washington



Fonte: National Museum of American History, Smithsonian Institution, Washington in RING. Dentistry – na Illustrated history.

Denota-se, pois, considerando o caso emblemático apresentado (uma vez que o acesso à substituição dentária era restrito às camadas distintas da população), que as pessoas que tinham acesso aos dentistas estrangeiros ou de formação estrangeira no Brasil eram, decerto, os moradores de núcleos urbanos e afiliados às elites, talvez, por isso, a pouca presença de anúncios vindos de dentistas e sangradores escravizados ou forros fosse tão discreta no Diário de Pernambuco durante o século XIX. Ora, não havia necessidade de divulgar uma prática que não servisse às pessoas letradas; aliás, as divulgações desses práticos por parte dos periódicos giravam em torno da compra e venda deles mesmos.

Em síntese, havia sim uma convivência harmônica entre barbeiros, sangradores e dentistas, desde que estes fossem da mesma origem e oferecessem sua arte para a mesma parcela da população: rural e pobre. Percebe-se que havia um esforço por parte dos estrangeiros e dos doutores vindos da Europa em se diferenciar dos práticos populares, sempre divulgando a sua capacidade de “tratar os dentes” em detrimento do simples “arrancar dos dentes” dos barbeiros e sangradores tradicionais. E. Salles Cunha (1952) descreve isso em algumas passagens do livro *Guia dos Dentes Sãos: sua estrutura, moléstias e tratamento*, de autoria do dentista Clinton Van Tuyl, em que relata:

Há muitas pessoas que, para pouparem uns poucos mil réis, procuram “dentista barateiro” pensando que a arte dental é inteiramente mecânica, que não precisa ciência para praticar-se, e que por essa razão um homem pode servir tão bem como qualquer outro por metade do preço (Tuyl, 1849 apud Salles-Cunha, 1952).

M. S. Mawson, Cirurgião dentista inglês morador de Recife, anunciou no Diário de Pernambuco, em 1842, seus serviços ofertados e seus honorários para cada um deles, conforme a Figura 20:

Figura 20 - Preços cobrado por M. S. Mawson para o exercício da prática de cirurgião dentista, Recife, 1842

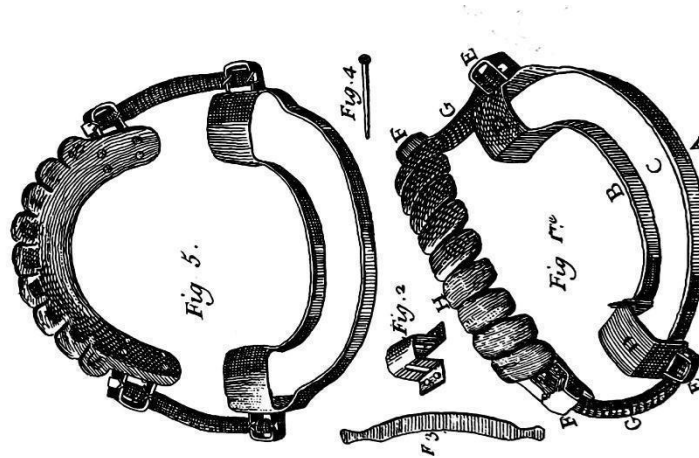
M. S. Mawson, cirurgião dentista inglês, avisa ao respeitavel publico, que elle mudou sua residencia da rua do Collegio, para a rua da Cruz do Recife n. 57 (loja) aonde continua a exercer sua profissão. M. S. Mawson, tendo praticado sua profissão a 18 mezes nesta Cidade, estava para se retirar; mas cedeo as instancias de seus Amigos de ficar por mais 3 ou 4 mezes. Para melhor esclarecimento, elle abaixo declara o preço das suas operações, cujos são os seguintes: tirar um dente 2s, separar um dito 1s, tirar a pedra e limpar a dentadura 4s, chumbar um com composição 2s, dito com prata 3s, dito com ouro 4s, de por um dente com chapa de ouro 10s, dita pela impressão atmospherica 9s, uma dentadura inteira 250s, um paladar artificial 150,000. Vende pós dentifricios a 1\$000 reis a caixa, liquido para lavagem das gengivas a 1s rs. o vidro.

Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 00119, 1842.

A título de comparação, baseado nos estudos de Marcondes e Motta (2001), o valor cobrado por Mawson para vender um paladar artificial (150\$000), isto é, uma espécie de perfume bucal, seria o equivalente a metade do valor para compra de um escravizado de, em média, 40 anos. Desde logo, a prática de lidar com os dentes parece ser um artigo de luxo.

A substituição dentária ofertada por M. S. Mawson só pôde acontecer graças ao desenvolvimento de uma espécie de siderúrgica primária (Doob, 1987) em que se fundiam alguns metais para dar sustentação aos dentes de marfim, ou mesmo para sustentar toda a dentadura na boca. Na figura 21, por exemplo, é possível ver uma dentadura superior com amarras fixadas a um suporte de metal que rodeia os dentes da parte inferior da mandíbula.

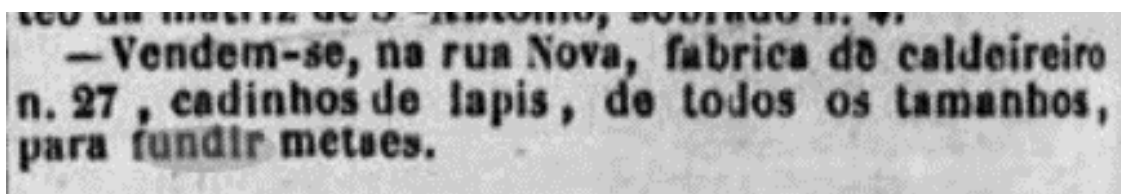
Figura 21 - Dentadura superior com amarras fixadas a um suporte de metal que rodeia os dentes da parte inferior da mandíbula. Século XVIII



Fonte: Eugênio Frederico Guertin. A conservação dos Dentes, 1825. In E. Salles Cunhas. História da Odontologia no Brasil, 1952

O mesmo avanço chegaria para fabricação de pregos, para o uso na marcenaria e na construção; das armas, no uso em combates e guerras; das bases para joias, considerando o aumento vertiginoso da exploração mineral no Brasil. Apesar do progresso apresentado pela siderurgia, ainda na segunda metade do século XVIII até o século XIX, as formas de trabalho eram ligadas à tradição individual do artesão, numa espécie de indústria domiciliar-artesanal. Não há relatos, no entanto, de que os próprios dentistas ou cirurgiões dentistas realizavam esse trabalho à época. Também não foi possível localizar a oferta dos serviços de siderúrgico, fundidor ou caldeireiro na fonte documental, ao menos não no período citado no parágrafo anterior; porém, há anúncios no Diário de Pernambuco relatando compra e venda de materiais de fundição de metais, como mostra a Figura 22:

Figura 22 - Anúncio de venda de cadinhos de lapis, Recife, 1848



Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 00104, 1848.

Segundo Doob (1987), na lógica do capitalismo do século XVIII e da primeira metade do XIX, em territórios de capitalismo tardio, o empregador imediato dos artesãos seria outro artesão e o contrário também aconteceria; assim, entendendo as práticas manuais de chumbamento e substituição dentária como um *meio de caminho* entre prática de tratamento e arte dentária, pode-se dizer que o cirurgião dentista que ofertava esse serviço à época seria considerado um pequeno empregador e, ao mesmo tempo, empregado. Vale ressaltar que esse argumento não valeria para as pessoas escravizadas que exerciam prática análoga, uma vez que estavam privadas de liberdade e tinham outra relação de trabalho: a escravidão.

Ainda no Século XIX, tem-se no Brasil a fundação da primeira escola de medicina, no Rio de Janeiro (1832); o mesmo acontecia na Bahia, mas com abertura de uma escola específica de odontologia, em 1884, porém obtendo reconhecimento do Estado apenas em 1891 através da Decreto de nº. 1270, assinado pelo Governo provisório do Marechal Deodoro da Fonseca.

Nesse meio tempo, algumas reformas no ensino médico foram importantes para a incorporação de cursos de odontologia e para a institucionalização da prática de estrangeiros dentistas no Brasil. A primeira delas é a Reforma Bom Retiro ou Reforma Couto Ferraz (1854), através do Decreto nº 1.387 de 28 de abril de 1854, a qual dava novos estatutos às Escolas de Medicina do Império, porém, não citava que a formação em odontologia seria anexada à Escola de Medicina, ao contrário de Farmácia e Obstetrícia. Porém, como consta na Figura 23, prometia-se um regimento específico para sangradores e dentistas, que seria realizado pela congregação da faculdade, com o objetivo de habilitação para tal prática.

Figura 23 - Reforma Couto Ferraz, decreto nº 1387, 1854

DECRETO N.º 1.387 de 28 de Abril de 1854.

Dá novos Estatutos às Escolas de Medicina.

Usando da autorização concedida pelo Decreto N.º 714 de 19 de Setembro de 1853 : Hei por bem que nas Escolas de Medicina do Imperio se observem os Estatutos, que com este baixão, assignados por Luiz Pedreira do Coutto Ferraz, do Meu Conselho, Ministro e Secretario d' Estado dos Negocios do Imperio, que assim o tenha entendido, e faça executar. Palacio do Rio de Janeiro em vinte e oito de Abril de mil oitocentos cincoenta e quatro, trigesimo terceiro da Independencia e do Imperio.

Com a Rubrica de Sua Magestade o Imperador.

Luiz Pedreira do Coutto Ferraz.

Fonte: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1854, Página 195.

Figura 24 - Parte do Decreto 1387 de 1854, citando Dentistas e Sangradores

Art. 26. Para os exames dos Dentistas e dos sangradores, que se quizerem habilitar a fim de exercerem a sua profissão, as Congregações farão hum Regimento especial, que sujeitarão á approvação do Governo.

Estes exames serão feitos sem dependencia de pagamento de taxa.

Fonte: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1854, Página 202.

O Decreto acima foi aprofundado pelo Decreto nº 1.764 de 14 de maio de 1856, que disponibilizava o exame para liberação do exercício da prática de dentista (Figura 24), isto é, não se tratava de médicos que se tornavam dentistas, mas de práticos que obtinham a licença para se tornarem dentistas. Ou seja, formava-se um novo corpo de práticos, licenciados por uma unidade formadora e com o mesmo status (ou pelos menos análogo) dos dentistas estrangeiros.

Figura 25 - Capítulo VII do decreto Nº 1.764, de 14 de maio de 1856

CAPITULO VII.

Dos Sangradores e Dentistas

Art. 79. As disposições dos Artigos antecedentes applicar-se-hão, tanto quanto for possível, aos exames dos Sangradores e Dentistas.

Art. 80. O que pretender exame para obter o titulo de Dentista, ou Sangrador juntará a seu requerimento documentos que provem a sua moralidade.

Art. 81. O exame dos dentistas versará sobre: 1.º Anatomia, Physiologia, Pathologia e anomalias dos dentes, gengivas e arcadas alveolares. 2.º Hygiene e therapeutica dos dentes: 3.º Descrição dos instrumentos que compoem o arsenal cirurgico do dentista: 4.º Theoria e pratica da sua applicação: 5.º Meios de confeccionar as peças da prothese e orthopedia dentaria.

Art. 82. O que assim se habilitar perante a Faculdade terá o titulo de — Dentista approvedo.

Art. 83. O exame para Sangrador versará: 1.º sobre relações proximas das veias dos membros: 2.º sobre theoria e pratica da phlebothomia e ventosas: 3.º sobre accidentes da phlebotomia e recursos immediatos a oppor-lhes.

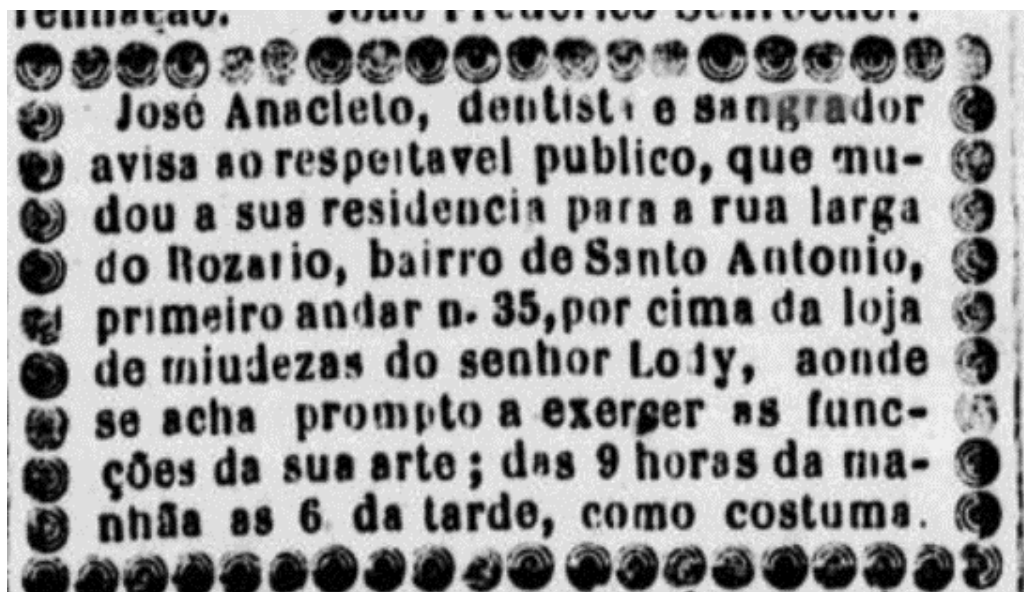
Art. 84. Aos Sangradores sómente será permittida a pratica de phlebotomia dos membros e a das ventosas.

Art. 85. O que, depois do exame das materias do Art. 83, for habilitado pela Faculdade terá o titulo de — Sangrador approvedo.

Fonte: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1856, Página 218.

Esses regulamentos faziam emergir alguns acontecimentos, tais como: a mudança de salas de dentistas e sangradores (de origem popular, isto é, escravizados ou forros) do centro da cidade de Recife para as margens. Isso pode ser notado nas publicações destinadas ao público, informando essa mudança. José Anacleto, por exemplo, mudou-se do centro da cidade para o Bairro de Santo Antônio, considerado, à época, como refúgio de escravizados fugidos e forros.

Figura 26 - Mudança de loja de dentista e sangrador, Recife, 1852



Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 00203, 1852.

Ante o exposto, é ímpar ressaltar o conceito de *Cartografia Negra* da Historiadora Valéria Gomes Costa (2013), a qual problematizou a distribuição dos pretos escravizados e livres/alforriados nos bairros do Recife durante a colônia. Assim, tudo leva a crer que José Anacleto passaria a exercer sua prática em um bairro essencialmente marginalizado, nos termos de Costa (2013, p. 19): “bairro popular, lugar de moradia da maioria dos libertos e de pessoas desafortunadas”.

José Anacleto parou suas publicações no Diário de Pernambuco entre o final de 1852 e o início de 1856, sendo este último ano anunciando ao público que estaria de volta para suas atividades como sangrador, ainda no bairro de Santo Antônio, mas dessa vez na Rua da Camboa. Não há relatos que expliquem o sumiço; sugere-se que isso pode ter ocorrido pela institucionalização do exame de “dentista aprovado”, uma vez que só passou a ser emitido em 1856, havendo um hiato de 2 anos entre o decreto nº 1.387 de 28 de abril de 1854 e o decreto 1.764 de 14 de maio de 1856. Isso não quer dizer, porém, que Anacleto tenha parado suas atividades, na verdade, ele parou de publicar no Diário de Pernambuco em decorrência da ausência de aprovação para o exercício da prática de dentista ou sangrador.

Figura 27 - Divulgação de retorno de atividades do dentista e sangrador José Anacleto, Recife, 1856

José Anacleto da Silva bem conhecido dentista e sangrador, sangra e tambem tira dentes e raizes, como qualquer cirurgião dentista, pelo preço que cada um quizer e poder pagar sua visita e operação, chumba dentes furados e separa bem os da frente, e applica ventosas sarjadas ; é chamado com escripto, indicando o lugar, numero da casa e o nome da pessoa, que será prompto a qualquer hora: na rua da camboa do Carmo loja n. 19,

Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 00307, 1856.

Na imagem acima, é possível ver o dentista e sangrador José Anacleto, avisando ao “respeitável público” da sua retomada como prático daquela arte. Há de se observar que ele afirma que executa a sua prática como qualquer outro cirurgião dentista. Mostra-se, pois, uma diferenciação entre a prática de dentista e sangrador da prática de cirurgião dentista. Decerto, este último, formado em universidades do exterior ou de nacionalidade de algum país europeu. Em meados da década de 1860, Anacleto passou a divulgar sua prática com foco na “caridade”, uma vez que oferecia seu exercício para os pobres e necessitados. Ora, há de se concordar que José Anacleto ficou sem espaço naquela configuração da protoforma do mercado de trabalho e achou um novo “nicho” em que poderia tirar seu sustento.

A segunda reforma na organização das escolas médicas foi impulsionada por Leôncio de Carvalho, em 1879; tal reforma foi batizada com o nome dele. Era espelhada no modelo das universidades germânicas, objetivava o aprimoramento do tirocínio no curso médico. Foi nessa reforma que os cursos de odontologia foram efetivamente aprovados, mas sem data de institucionalização ou abertura de vagas. A grande novidade seria a possibilidade de mulheres ingressarem no curso, isto é, diferente dos cursos médicos que já existia na Bahia e no Rio de Janeiro e que eram compostos apenas por homens, as escolas de odontologia tinham a prerrogativa de aceitar mulheres no seu corpo acadêmico – há de se concordar que tal ato demorou para ser consumado.

No artigo 24 do decreto 7.247 de 1879 diz-se que as faculdades de medicina deverão abrigar os cursos anexos: farmácia, obstetrícia e odontologia, como consta na figura 20:

Figura 28 - Cursos anexos às Faculdades de Medicina da Côrte, Rio de Janeiro, 1879

Art. 24. A cada uma das Faculdades de Medicina ficam annexos—uma Escola de Pharmacia ; um curso de obstetrícia e gynecologia, e outro de cirurgia dentaria.
§ 1.º Os cursos das mesmas Faculdades serão divididos em

Fonte: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1879, p 210.

O decreto ainda define quais as disciplinas obrigatórias e mínimas para que os cursos de odontologia sejam abertos são:

Figura 29 - Disciplinas obrigatórias para o curso de odontologia no Brasil, 1879

§ 7.º O curso de odontologia constará das seguintes materias:
 Physica elementar.
 Chimica mineral elementar.
 Anatomia descriptiva da cabeça.
 Histologia dentaria.
 Physiologia dentaria.
 Pathologia dentaria.
 Therapeutica dentaria.
 Medicina operatoria.
 Cirurgia dentaria.

Fonte: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1879, p. 211-212

A última reforma do século XIX, essencial para a efetiva abertura das escolas de odontologia, foi denominada de Sabóia, através do decreto nº 9.311 de 25 de outubro de 1884. Ela institui novas diretrizes para o ensino médico das duas faculdades do Império, sob a chancela do Conselheiro Vicente Cândido Figueira de Sabóia, com algumas modificações da reforma Leôncio de Carvalho.

Figura 30 - Autorização para criação dos cursos de odontologia, 1884

Do curso de odontologia

Art. 8.º O curso de odontologia constará das seguintes matérias :

- 1.ª— Physica elementar.
- 2.ª— Chimica mineral elementar.
- 3.ª— Anatomia descriptiva e topographica da cabeça.
- 4.ª— Histologia dentaria.
- 5.ª— Physiologia dentaria.
- 6.ª— Pathologia dentaria e hygiene da boca.
- 7.ª— Therapeutica dentaria.
- 8.ª— Cirurgia e prothese dentaria.

PODER EXECUTIVO 1884

31

Fonte: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1884, p. 481.

No caso da odontologia, não houve mudanças na escrita do texto, considerando a última reforma. É curioso notar que, em 5 anos, não houve a abertura de escolas de odontologia, mesmo com a autorização para assim criá-las. Se, por um lado, não havia interesse por parte dos médicos (Carvalho, 2003), lentes das escolas de medicina (pelo objeto da odontologia ser considerado supérfluo, inferior, menor e ao mesmo tempo incapaz de causar a morte, isto é, não seria um objeto vital, tampouco universal), decerto haveria uma falta de necessidades dentárias por parte da população. Melhor dizendo, não haveria necessidades dentárias reais que precisassem ser resolvidas por profissional de nível superior, isto é, não havia carecimento de um profissional desse “porte”, uma vez que a escravidão ainda existia e ela ofertava essa prática para grande parte da população.

Mesmo com a Lei do Vente Livre e com a Lei do Sexagenário, há diversos estudos que relatam a continuidade do trabalho escravo, principalmente os que estariam atrelados a práticas domésticas e de oferecimento de serviços, tal como a dentisteria, a relojoaria, a ferragem, dentre outros (Silva, 2017; Alonso, 2015; Viotti-Da-Costa, 1999; Machado, 1994; Conrad, 1975; Freyre, 1963).

Finalmente, ainda em 1884, funda-se a primeira escola de odontologia do Brasil, anexada à Escola de Medicina da Bahia, como já mencionado. Nesse contexto, a arte dentária exercida pelos escravizados, forros ou libertos se aprofunda enquanto prática marginalizada em detrimento do saber vindo das escolas formais. Há uma discussão importante, dentro da antropologia, que versa sobre a diferenciação da *arte* do *artefato* (Lagrou, 2010), fazendo saber que a arte na modernidade é uma prática

vinculada ao profundo estudo e conhecimento sobre uma área, isto é, a arte como a arte do saber; já o artefato estaria ligado a reprodução de orientações mecânicas e a operacionalização de um mecanismo com um fim específico.

Ora, se a *arte dentária*, do ponto de vista histórico, foi realmente arte, ela se desloca para o lugar do *artefato dentário*, em outras palavras, a prática popular do lidar com os dentes estaria apenas no lugar da operacionalização do sanar a dor através da retirada de dentes (característica já bem evidenciada pelos cirurgiões dentistas, quando vão se referir aos sangradores, barbeiros ou dentistas), enquanto a verdadeira arte estaria ligada aos universitários, que foram instruídos de saber douto, desde o ensino secundário, se preparando, pois, para o exercício intelectual.

A exigência para a formação intelectualizada precedia a entrada de acadêmicos nos cursos de odontologia, ainda no século XIX, uma vez que as escolas secundárias poderiam oferecer cursos preparatórios para tal, ao modo de “Artes e Ofícios”. Em Pernambuco, o Ginásio Pernambucano ofereceu esses cursos, como consta no Diário de Pernambuco de acordo com a Figura 31:

Figura 31 - Curso preparatório para nível superior, Gynásio Pernambucano, Recife, 1907

Gymnasio Pernambucano

De ordem do dr. secretario geral do Estado e de conformidade com o decreto n. 1531 de 15 de outubro de 1906, declara-se aberta, de 15 do fim do corrente mez, na secretaria deste estabelecimento a inscripção para os candidatos aos cursos de—Pharmacia, odontologia, obstetricia, geral de bellas-artes, architectura e agrimensura.

Nos requerimentos, que deverão ser dirigidos ao dr. delegado fiscal do governo, junto a este estabelecimento, devem os candidatos declarar: o curso em que pretendem matricular-se, a idade, a filiação, a nacionalidade e o domicilio.

Estes requerimentos serão feitos pelos proprios candidatos, que os acompanharão de attestado de identidade de pessoa, passado pelos paes, tutores ou pessoa conhecida, que confirme as allegações pessoais do requerente. Esses attestados terão as assignaturas devidamente reconhecidas por tabellião publico. Nenhum candidato poderá inscrever-se sem provar a sua habilitação nas disciplinas sobre que deve ser examinado, exhibindo para isso attestado de professor de conhecida idoneidade, ou de director de Instituto de ensino secundario official, ou particular equiparado.

Pela inscripção pagarão em estampilhas federaes cinco mil e quinhentos réis, e estaduais—cinco mil réis, correspondente a cada disciplina.

Estas estampilhas, colladas aos requerimentos, serão inutilizadas com a data e assignatura dos candidatos.

Encerrada a inscripção ninguem, sob nenhum pretexto, será a ella admittido.

Secretaria do Gymnasio Pernambucano, 15 de fevereiro de 1907.—O secretario, *Vitalino Cordeiro Lins.*

Assim, no início do Século XX, não havia mais publicações com os dizeres “sangrador” ou “dentista e sangrador” no Diário de Pernambuco. Nos jornais, os práticos⁴⁶ foram substituídos pelos “votos” de felicidade da alta aristocracia pernambucana para os filhos de políticos importantes que iam estudar odontologia na Bahia ou no Rio de Janeiro, como consta a seguir:

Figura 32 - Tancredo Bandeira de Mello, acadêmico de Odontologia, Recife, 1908

**A bordo do vapor inglez Avon regres-
sou hontem, da Bahia, onde cursa a Fa-
culdade de medicina, o sr. Tancredo
Bandeira de Mello, filho do exm. sr. dr.
Herculano Bandeira de Mello, governa-
dor do Estado.
O joven e applicado moço acaba de
ser approvedo com excellentes notas nas
cadeiras do 1.º anno de odontologia.
Com os nossos parabens, damos-lhe
as boas vindas.**

Fonte: Diário de Pernambuco, edição 00292, 1908.

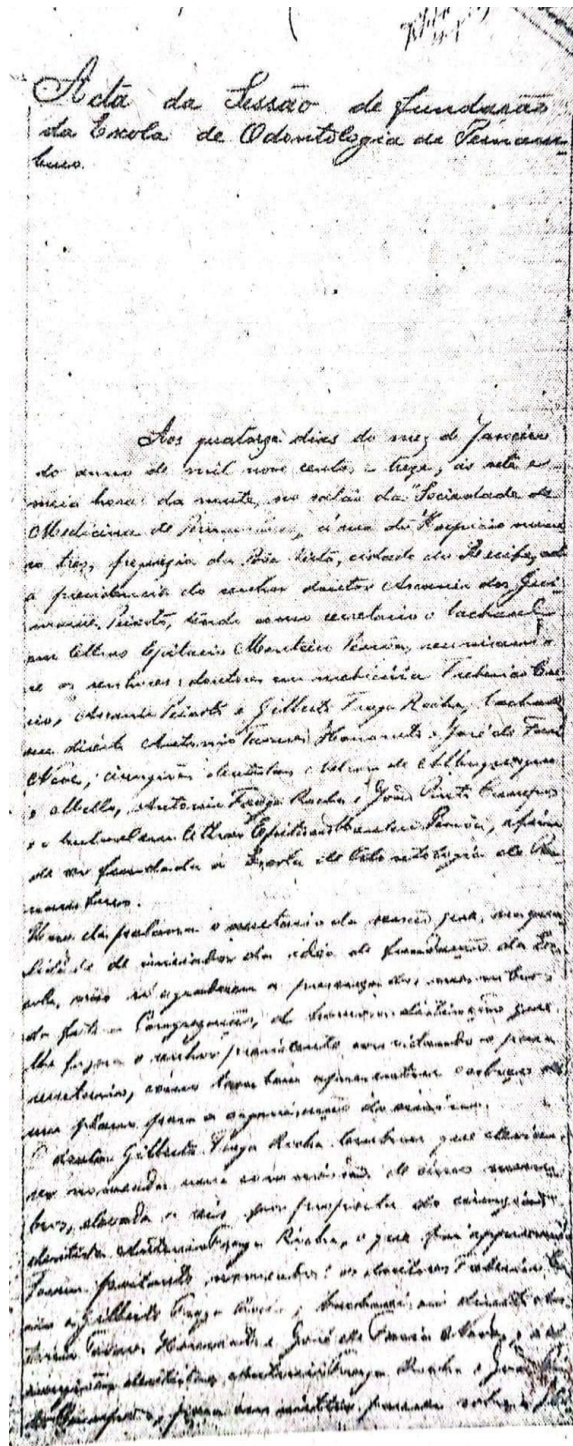
4.2 UMA NOVA FORMAÇÃO PARA UM NOVO MERCADO

Curiosamente, ao contrário do caso baiano, a escola de odontologia em Pernambuco, foi fundada apenas em 1913, precedendo a escola de medicina, que data de 1915. A ata da Sessão Ordinária de fundação da Escola de Odontologia de Pernambuco (EOP) relata o papel fundamental de diversos articuladores da sociedade pernambucana da época; o que chama mais atenção é que o principal agente para a

⁴⁶ Porém, esses práticos continuaram a exercer seu ofício durante muitas décadas, inclusive, parte deles passando seu saber para sua prole, como mostra o estudo de Carvalho (2003), que entrevistou dentistas práticos no Século XX (sendo estes, em sua maioria, declarados pretos ou pardos). Em 1972, por exemplo, cerca de 1000 dentistas práticos foram ao Distrito Federal solicitar a regulamentação da prática que eles exerciam. Essa, porém, não foi a primeira tentativa, uma vez que, entre 1950 e 2000, cerca de 50 projetos de leis foram apresentados no congresso com essa finalidade, como mostra o estudo de Carvalho (2003). Já em 1973, os dentistas práticos voltam a reunir, dessa vez, pela ocasião do I congresso de dentistas práticos do Brasil, em Brasília, que recebeu 3000 inscitos.

realização de fundação da EOP foi um bacharel em letras, Epitácio Monteiro Pessoa, o mesmo que assina por último a ata (imagem abaixo).

Figura 33 - Ata de fundação da Escola de Odontologia de Pernambuco, parte 1. Recife, 1913



Fonte: Arquivo Público – Imprensa Oficial. Leduar de Assis Rocha. A história da odontologia pernambucana. p 22, 1963.

Figura 34 - Ata de fundação da Escola de Odontologia de Pernambuco, parte 2.
Recife, 1913

nao se porem todo o negocio e o negocio da Republica
 Para propozito do doctor Frederico Curcio, pernambucano e
 abrigado de casa de estudos para a fundacao de
 uma escola de odontologia, director, doctor astruciano dos, José de
 Almeida, primeiro presidente, doctor Gilberto Fran-
 go Rocha; segundo presidente, doctor astruciano dos e director
 doctor Antonio Tavares, terceiro presidente, doctor astruciano dos e director
 doctor Gilberto Franço. Tercio.

Obtida por propozito do doctor Frederico Curcio, fize-
 m-se as seguintes resoluções: a saber, a
 fundacao de uma escola de odontologia, na cidade de Recife, no
 nome da provincia e a designar director o Sr. José de
 Almeida, para a fundacao de uma escola de odontologia, com
 um conselho de estudos e um conselho de estudos de
 Odontologia de Pernambuco, a ser fundada e criada de
 se provincia e com o seguinte estatuto: a saber,
 seu director, doctor astruciano dos, secretario ad hoc,
 seu presidente, que em se reunirem em sessão
 de se, com o seguinte estatuto de se, com o seguinte
 estatuto.

Dr. Curcio
 Dr. Gilberto Franço Rocha
 Dr. José de Almeida
 Dr. Antonio Tavares
 Dr. Gilberto Franço
 Dr. José de Almeida
 Dr. Antonio Tavares
 Dr. Gilberto Franço
 Dr. José de Almeida

Fonte: Arquivo Público – Imprensa Oficial. Leduar de Assis Rocha⁴⁷. A história da odontologia pernambucana. p 23, 1963.

⁴⁷ Médico, escritor e jornalista, descendente de uma família de jornalistas e políticos (filho do ex-vice-presidente dentre 1898 a 1902 no governo Campos Sales, Francisco de Assis Rosa e Silva) donos do Diário de Pernambuco. Foi professor de Dermatologia na Faculdade de Medicina do Recife (hoje, curso da Universidade Federal de Pernambuco) e membro da Academia Pernambucana de Letras. É autor dos livros: Memória histórica sobre a data do estabelecimento dos Correios em Pernambuco, 1927; Médicos, cirurgiões e boticas, 1941; Aforismo de Hipócrates, 1952; Velhos médicos, velha medicina, 1953; Notas sobre um higienista pernambucano [Joaquim de Aquino Fonseca] do século XIX, 1955; Efemérides médicas pernambucanas dos séculos XVI, XVII e XVIII, 1956; Subsídios para a história do Pronto Socorro do Recife, 1957; História da medicina em Pernambuco, 1960 (v.1) e 1962

Leduar Rocha (1963), refere às articulações para a fundação da escola: primeiramente, Epitácio Monteiro Pessoa convida os Cirurgiões-dentistas Nelson de Albuquerque Mélo e Fraga Rocha, além dos médicos Tavares Honorato, José de Faria Neves, João Rodrigues de Souza, Ascânio Peixoto e Federico Curió. Por Nelson Mélo, foram convidados o médico Gilberto Fraga Rocha e o cirurgião-dentista Pinto de Campos. Ficou a cargo de Ascânio Peixoto, “entender-se com o S. Excia. O General Governador do Estado, obtendo a devida permissão” (Rocha, 1963, p. 16).

Rocha (1963), afirma, que mesmo Pessoa sendo o articulador da criação e fundação da Escola de Odontologia, em certo tempo, ele foi “passado para trás”, nas palavras do autor.

Idealizado em 1912, por um homem que não era médico nem dentista, o sonho foi objetivado no ano seguinte de 1913, com a fundação a 14 de janeiro e a inauguração, a 23 de fevereiro subsequente, da Escola de Odontologia de Pernambuco (Rocha, 1963, p. 14).

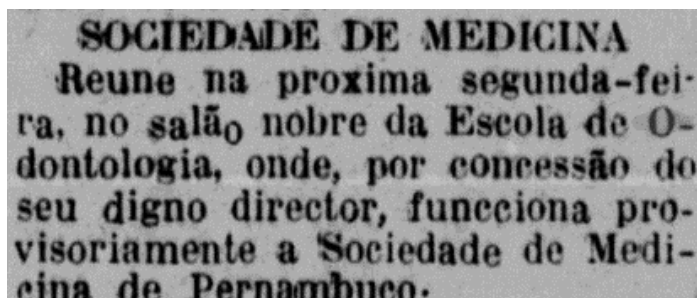
É bem verdade que as fontes documentais (com exceção da obra de Leduar Rocha) não traziam o nome do Bacharel em Letras como principal articulador da fundação da EOP; por outro lado, esses silêncios documentais falam através de uma narrativa odontológica sobre a própria odontologia; não havendo espaço, para demais agentes de prática. Tal narrativa se confirma, pelo busto de Nelson Albuquerque de Mélo, exposto no prédio atual da escola de odontologia de Pernambuco (hoje pertencente à Universidade Federal de Pernambuco). Apesar de Nelson Mélo, ter participado ativamente para a fundação da EOP (como consta na ata de fundação), ele não teria sido o principal articulador, como relata os documentos escritos por Leduar Rocha.

De início, a Escola de Odontologia foi sediada no Ginásio Pernambucano, na rua da Aurora, em Recife, um ano depois, teve sua sede fixada na Rua Riachuelo, nº

(v.2); História da odontologia em Pernambuco, 1963; Instituição do ensino médico em Pernambuco: achegas a sua história, 1974; Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, 1975; Hospital Infantil: memória de meio século, 1979. Morreu, aos 90 anos, no dia 25 de outubro de 1994.

9. Também no mesmo endereço, funcionou a sede da Sociedade Pernambucana de Medicina.

Figura 35 - Sede provisória da Sociedade de Medicina de Pernambuco, Recife, 1915



SOCIEDADE DE MEDICINA
 Reune na proxima segunda-feira, no salão nobre da Escola de Odontologia, onde, por concessão do seu digno director, funciona provisoriamente a Sociedade de Medicina de Pernambuco.

Fonte: Diário de Pernambuco. Edição 00057, 1915.

Levando em consideração o exposto, ressalta-se que esse modelo de formação, diferente do caso baiano, pode ter influenciado para dar espaço maior no mercado de trabalho aos dentistas, em detrimento à outras formas de lidar com os dentes; no mesmo sentido, a presença cada vez menor de dentistas de outras nacionalidades. Isso não garante, pois, que os práticos populares, isto é, barbeiros-sangradores, cirurgiões-barbeiros parassem de exercer a lida com os dentes, uma vez que, Carvalho (2003) relatou a presença considerável de dentistas práticos no Séc. XX, inclusive, parte deles passando seu saber para sua prole, (sendo estes, em sua maioria declarados pretos ou pardos).

4.2.1 Banditismo por necessidade: O dentista prático em busca de lugar no mercado

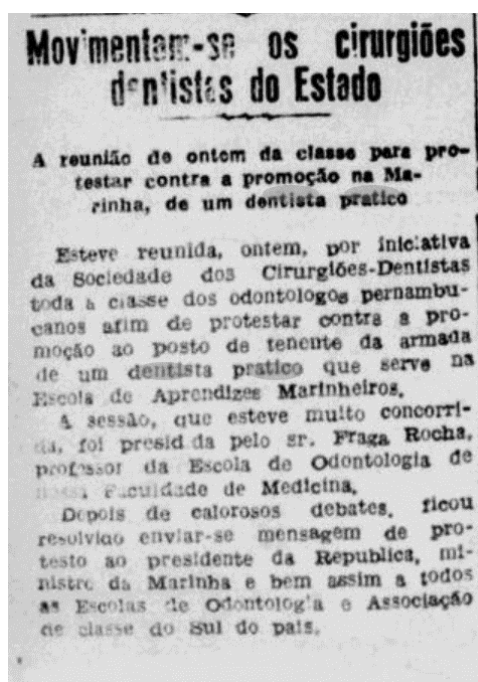
A partir da década de 1930, os dentistas populares passaram a ser institucionalizados pelo Estado; a Lei-Decreto nº 20.862 de 28 de dezembro de 1931, regulamentava o exercício odontológico dos dentistas práticos. Segundo o artigo 6º, da mesma Lei, os exames para aferição desses práticos, seria através do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), desde que comprovassem o exercício da atividade; já os dentistas práticos que provassem que exerciam a prática em um período superior a 10 anos, garantiriam de forma automática o direito de continuar exercendo, sem nenhuma sanção e sem a necessidade de exames de aferição. O Estado também chancelou o pleno direito dos práticos para exercício de

cargo público, isto é, eles estariam aptos para nomeação para praticar a dentisteria em órgãos públicos, desde que fosse de vontade do governante.

Na fonte documental, através do Diário de Pernambuco, entre às décadas de 1930-40, não houve publicações referente ao exercício dos dentistas práticos em modo de propaganda; porém, as publicações se concentraram em denúncias que evidenciavam processos internos de tal prática; outro foco, era o dos dentistas diplomados denunciando os práticos por práticas incompatíveis com os preceitos “científicos” da época.

Na Figura 36 é possível observar que, os profissionais diplomados denunciam um dentista prático, por ter assumido um cargo nas forças armadas; fato este permitido pelo Estado.

Figura 36 - Protesto contra a promoção de um dentista prático na Marinha Brasileira, Recife, 1933

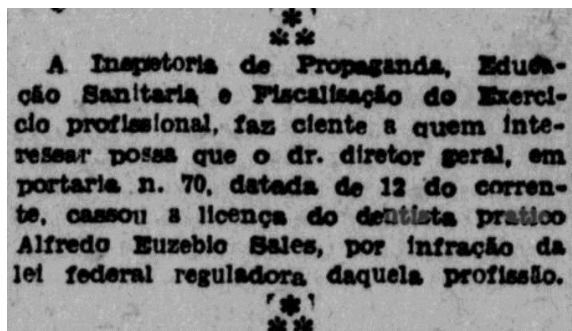


Fonte: Diário de Pernambuco, edição 0024, 1933.

Em Pernambuco, a regulação desses profissionais parecia abrangente, fato que, a partir da fiscalização da DNSP, os práticos não licenciados ou aqueles que

praticavam fora do território⁴⁸ eram rechaçados publicamente em jornais; o trecho jornalístico abaixo descreve:

Figura 37 - Cassação do direito de ser dentista prático, Recife, 1936



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 00136, Recife, 1936.

A ausência desses práticos nas páginas do Diário de Pernambuco (no lugar de divulgadores do seu próprio trabalho), pode ser explicada pela proibição do exercício em cidades com dentistas diplomados. Ora, Recife já havia uma Escola de Odontologia na década de 1930, isto é, de certo haveria de ter diplomados; porém, o mesmo não acontecia nas pequenas cidades do interior. Assim, considerando que a circulação do jornal seria mais evidente na capital pernambucana, pouco interessava a propaganda nesse tipo de veículo.

O dentista prático licenciado, deixa de obter a chancela para ocupar cargos públicos a partir de 1951 com a Lei nº 1.314; ainda na mesma lei, ficam vedada as propagandas em jornais sobre sua prática, tanto de dentistas diplomados, quanto de dentistas licenciados. É a primeira vez que existia a regulação das publicações dos profissionais na imprensa pelo Estado.

Art. 5º É vedado anunciar: I - cura radical ou atestado de cura de determinadas doenças para as quais não haja tratamento seguro, segundo os atuais conhecimentos científicos; II - exercício de mais de duas especialidades; III - consultas por meio de correspondência pela imprensa, caixa postal, radio ou processos análogos; IV - prestação de serviços gratuitos em consultórios particulares; V - agradecimentos manifestados, sistematicamente, por clientes; VI - preços e outras formas de concorrência

⁴⁸ Os dentistas práticos eram liberados para o exercício da odontologia apenas na sua cidade domicílio, desde que não houvesse dentista diplomado no mesmo território.

desleal; ou VII - expor à apreciação pública, seja onde for, trabalhos odontológicos em vitrines ou quaisquer outros meios de propaganda, que atentem contra a ética profissional (Brasil, 1951, p. 20).

Isso denota, pois, um entendimento sobre o mercado de trabalho formado, além da concorrência entre os mesmos e o papel do Estado nessa mediação entre o mercado e o trabalhador/prático. Também reforça uma protoforma de conjuntos de leis e éticas da profissão, afinal, as propagandas foram perpetuadas como proibidas nesse aspecto.

Ainda na década de 1950, há o início da federalização do sistema de ensino superior, sendo consequência da federalização de algumas escolas de ensino superior estaduais (Sampaio, 2022); aconteceu parecido no caso da Escola de Odontologia de Pernambuco, sendo anexada à então criada Universidade do Recife (Rocha, 1963).

Com a criação do Conselho Federal de Odontologia, em 1964, através da Lei Nº 4.324, de 14 de abril de 1964, extingue-se por completo, a possibilidade legal dos dentistas práticos licenciados realizarem as atividades relacionadas à odontologia. Porém, segundo Carvalho (2003), houve intensas tratativas entre os dentistas práticos licenciados e o Congresso Nacional, com o objetivo de retroceder com a lei de extinção da profissão, ou mesmo, de recriar mecanismos de exercício legal dela. Em 1972, por exemplo, cerca de 1000 dentistas práticos foram ao Distrito Federal solicitar a regulamentação da prática que eles exerciam.

Figura 38 - Congresso de dentistas práticos, Brasília, 1972



Fonte: Correio Braziliense, Edição 03779, 1972.

A organização dos práticos aumentou as tensões com os dentistas diplomados, mas, dessa vez, sob o argumento de que os primeiros estariam realizando curandeirismo, charlatanismo, ou até mesmo exercício ilegal da profissão. Em editorial do Correio Braziliense, de 1972, os dentistas diplomados expressavam preocupação

com a organização dos dentistas práticos, pedindo que a lei fosse cumprida no caso daqueles que não estivessem registrados no conselho federal.

Figura 39 - Editorial sobre os dentistas práticos, Brasília, 1972



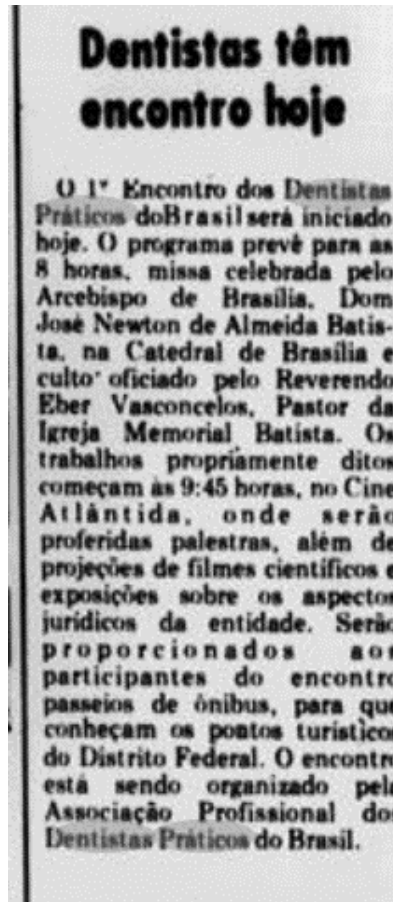
Fonte: Correio Braziliense, Edição 03896, 1972.

No mesmo editorial os dentistas diplomados argumentam: “o mestre-de-obras vai querer equiparar-se ao engenheiro, o enfermeiro ao médico, o escriturário ao advogado, o desenhista ao arquiteto, o escrivão ao juiz, o contabilista ao economista. O Brasil já passou da era de quebra-galhos.” É bem verdade, que não se tratava de quebra-galhos para o Brasil, pelo contrário, à época, segundo Carvalho (2003), a maioria das cidades brasileiras relatavam a presença de dentistas práticos, isto é, esses “charlatões ou curandeiros” estariam nos rincões do Brasil, exercendo um tipo de prática de lidar com os dentes, queira a lei ou não. Em outras palavras, não era uma questão de regulação da prática, mas sim, uma questão de má distribuição dos profissionais então formados e da quantidade de vagas ofertadas para a graduação em odontologia; além disso, o alto custo de materiais e insumos odontológicos, incompatíveis, com os honorários que a maioria da população poderia ofertar para o tratamento dentário.

Já em 1973, no dia 05 de abril, os dentistas práticos voltam a se reunir, dessa vez, por ocasião do I encontro de dentistas práticos do Brasil, em Brasília, recebendo 3000 inscritos. É curioso notar na imagem abaixo, que mesmo sendo uma associação que tentava institucionalizar uma prática que, dentro da lei, seria criminosa, eles teriam a validação de parte do Congresso Nacional, principalmente de deputados opositores ao regime militar, vinculados ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) do Nordeste, além da própria igreja, vide a presença do Arcebispo na catedral de Brasília. Ora, estaria longe dessa prática ser margem, pelo contrário, tanto o estado, quanto a

igreja sabiam que os dentistas práticos estavam realizando seu exercício nos interiores mais profundos do Brasil.

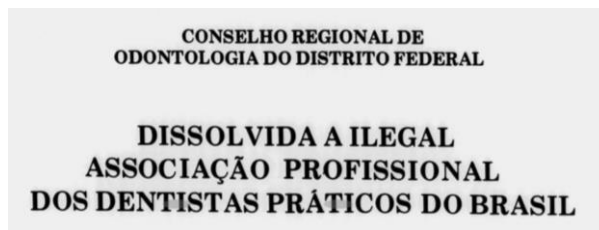
Figura 40 - 1º Encontro de Dentistas Práticos do Brasil, Brasília, 1973



Fonte: Correio Braziliense, Edição 04026, 1973.

Durante o encontro descrito acima, o Conselho Federal de Odontologia (através de sua regional no Distrito Federal), que então representava apenas os dentistas diplomados, entrou na justiça do Distrito Federal, pedindo a dissolução da Associação dos Dentistas Práticos do Brasil (ADPB), responsável pela organização do encontro. Fato que foi estampado nas páginas do Correio Braziliense.

Figura 41 - Publicação no Correio Braziliense sobre o fechamento da ADPB



Fonte: Correio Braziliense, Edição 04027, 1973.

A determinação judicial não chegou a ser cumprida, uma vez que os Jornais da época deram a notícia da continuidade do evento; aliás, a ADPB também não parou suas atividades, isto é, assim como outras associações ou partidos, os práticos no Brasil entraram na clandestinidade⁴⁹.

Mesmo com esse cenário judicial, os práticos voltam a se reunir em 1975, em um novo congresso em Brasília, a pauta ainda era a possibilidade de regulação da profissão e foi presidida por Joviano Barbosa Siqueira. Dessa vez, o congresso reuniu cerca de 6 mil dentistas práticos e teve destaque no Correio Braziliense.

Figura 42 - Congresso de dentistas práticos do Brasil, Brasília, 1975



Fonte: Correio Braziliense, Edição 04487, 1975.

⁴⁹ Trata-se de uma narrativa inédita, pois até o fechamento dessa tese, não havia indícios de que associações de práticos populares vinculados ao lidar com o dente estariam vinculados à oposição do Regime Militar Brasileiro. Cabe o aprofundamento dessa questão em estudos posteriores.

Segundo a mesma matéria, os 6 mil dentistas práticos representavam cerca de 30.000 filiados dessa Associação. Ou seja, seria um número equiparado à quantidade de dentistas diplomados no Brasil, afinal, na mesma década existiam cerca de 49 escolas de odontologia (Haddad et al. 2020).

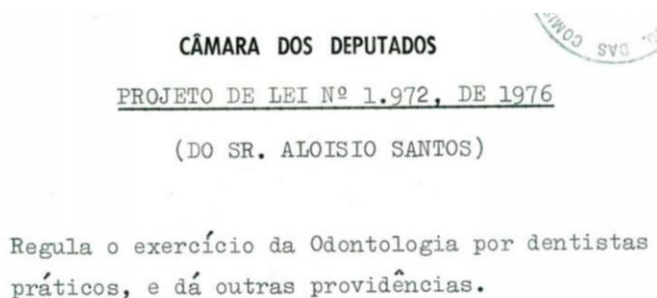
Ao longo da segunda metade da década de 1970, os práticos continuaram com seu exercício, principalmente no interior do Brasil, como mostra o estudo de Carvalho (2003), porém, a associação foi perdendo forças, uma vez que o Conselho Federal de Odontologia, realizou sucessivos “ataques” públicos aos práticos e ao presidente da sua associação. Ainda na edição 4487 de 1975 do Correio Braziliense, o Conselho Regional de Odontologia (CRO) descreve e reforça o enfoque de desconstrução pessoal do presidente da associação:

[...] o presidente Joviano Barbosa Siqueira, confessa abertamente que é mantido pela Associação, recebendo dela mensalmente um valor igual a 20 salários-mínimos [...] o que coloca a situação do “profissional” do sindicalismo, vivendo não só às custas da sua suposta profissão e sim de dirigente de uma Associação de incautos que pretendem vir a ser, um dia, dentista.

Em 1976, houve uma proposta de projeto de lei (PL), que regulamentava o exercício dos práticos com mais de 12 anos de atividade, além de idade superior a 35 anos. O PL foi de autoria do Dr. Aluísio Santos⁵⁰, como consta na imagem abaixo:

⁵⁰ Deputado Federal do então MDB pelo Espírito Santo. Advogado. Falecido em 2007.

Figura 43 - Projeto de Lei 1.972 de 1976, Brasil



Fonte: Câmara dos Deputados, Projeto de Lei 1.972 de 1976, Brasília. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=0A0CD9CC123D0DD94D4348D773CF9C78.proposicoesWebExterno1?codteor=1186466&filename=Dossie+-PL+1972/1976.

Cerca de 50 projetos de Lei apresentados no congresso nacional que visavam a regularização da “profissão” de dentista prático entre 1970-80, todos foram rejeitados (Carvalho, 2003). Ou seja, apesar da articulação pelos práticos entre Igreja e Política, o processo de profissionalização da própria odontologia, isto é, dos dentistas diplomados, parece ter sido mais importante; ora, os diplomados eram filhos da aristocracia, tinham acesso aos homens das leis, e de certo, isso foi essencial para silenciar os práticos. Mas não sua prática!

Ressalta-se ainda que essa associação estaria vinculada aos movimentos organizados contrários à Ditadura Civil Militar Brasileira, ao contrário das grandes corporações profissionais, tal como o Conselho Federal de Odontologia que teve seu aprofundamento nacional no bojo do regime autoritário.

Segundo o Diário de Pernambuco, em 1977, cerca de 3000 dentistas diplomados, exerciam profissão no estado, mas, a maioria destes, concentrados no Grande Recife; isto, pois, abriria margem para o exercício dos dentistas práticos no interior, embora, não há publicações no jornal pernambucano sobre a dinâmica desses práticos que endossam a afirmação.

4.3 HISTÓRIA E MEMÓRIA: SOBRE FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA E FORMAÇÃO DO MERCADO ODONTOLÓGICO MODERNO

Os profissionais que foram entrevistados e apresentaram suas histórias de vida de trabalho possuem formação em Escolas de Odontologia em Pernambuco, e se diferenciam entre si a depender do tempo histórico analisado. Por exemplo, a escola de odontologia de Pernambuco foi anexada à Universidade do Recife, que posteriormente veio a se tornar Universidade Federal de Pernambuco, em decorrência da federalização do ensino superior no Brasil. Já a Faculdade de Odontologia de Pernambuco foi anexada à Universidade de Pernambuco, que de início era uma autarquia estadual de ensino, vindo a se tornar universidade totalmente pública nos anos de 1990.

Assim, os entrevistados serão agrupados (apenas para melhor entendimento) em dois núcleos de formação: os concluintes na Universidade de Pernambuco⁵¹ e os concluintes na Universidade Federal de Pernambuco⁵², sendo adotada, pois a última nomenclatura oficial das instituições formadoras até o fechamento desta tese. Além disso, transversalmente distintos por décadas de formação em ordem crescente de ano, que vão variar entre 1953 e 1980.

Assim, seguem os que tiveram formação na Universidade de Pernambuco: Dr. Pablo, clínico geral (1961); Dr. Gilberto, endodontista (1970); Dr. Judas, endodontista (1977); Dra. Judith, odontopediatra (1979); Dra. Juliana, protesista (1980). Já os que tiveram formação na Universidade Federal de Pernambuco, são: Dra. Eliane, radiologista (1953); Dra. Hilda, clínica geral (1955); Dr. Adilson, dentística (1959); Dr. Isaura, clínica geral (1969); Dr. José, clínico geral (1970); Dr. Peixoto, cirurgião-buco-maxilo-faciais (1974); Dr. Samuel, clínico geral (1975); Dra. Maria, Odontopediatra/Sanitarista (1979); Dr. Heraldo, dentística (1979).

⁵¹ Inaugurada em 1955. Atualmente no Campus Camaragibe, Camaragibe, Pernambuco, Brasil

⁵² Inaugurada em 1913. Atualmente no Campus Joaquim Amazonas, Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brasil

4.3.1 A PROCURA DE UMA DIGNIDADE E A ESCOLHA DA PROFISSÃO: NA BRUMA LEVE DAS PAIXÕES QUE VEM DE DENTRO?

Ninguém escolhe uma profissão de saúde de maneira incólume. Uma escolha como essa vem a serviço de algo, tem algum significado anímico profundo. Atende a uma vocação, a um *daimon*, para alguns. Para outros, pode ser um caminho defensivo, a serviço de uma sublimação, ou até representar uma formação reativa. Ao longo da vida de um mesmo indivíduo, essa resposta pode oscilar, sendo ora uma coisa, ora outra. Nesse sentido, permanecer com a pergunta pode ser mais proveitoso do que a responder apressadamente, na tentativa de se livrar do questionamento (Torres, 2018, p. 50).

Para os entrevistados, a escolha para cursar a graduação em odontologia passou por diversas camadas, sendo resumidas em três categorias importantes: como segunda opção, sendo a primeira escolha o curso médico; como influência direta de parentes que já tinham a mesma formação e por ser mais “fácil” a efetivação no mercado de trabalho; e por último, como influência de algum profissional que o atendera na primeira infância. Apesar da diversidade pelo motivo de escolha, dois fatos comuns chamavam atenção: a independência financeira e a possibilidade de “*dar uma dignidade profissional, uma segurança para constituir uma família*” (Dr. Heraldo).

O Dr. Adilson, pensou em fazer medicina, mas, o diálogo com um amigo próximo o fez repensar: “*Eu tinha um colega de turma [colegial], e ele dizia assim: ‘que deveríamos fazer medicina’; mas, vi que estava muito concorrido e odontologia era mais fácil de passar. Pronto. Fiz e passei.*”

Dr. Heraldo, também pensou em fazer medicina e se submeteu ao exame de vestibular por dois anos consecutivos, porém, decidiu seguir com a odontologia, que era a sua segunda opção:

[...] temos que ser bem sinceros: eu pensava em fazer medicina desde criança [...] eu tive um insucesso no vestibular de medicina, no ano seguinte eu coloquei como segunda opção a odontologia; naquele tempo era permitido. Não fui aprovado mais uma vez em medicina, mas fui um dos primeiros selecionados em odontologia. [...] A concorrência em medicina era absurda (Dr Heraldo).

Dr. Peixoto, apesar de não ter realizado o vestibular para medicina, pensava em realizar alguma prática voltada para cirurgia, mas, influenciado por um programa de televisão, decidiu se matricular no vestibular de odontologia.

Eu queria ser cirurgião, mas não sabia de que parte ainda. Eu estava na sala da minha casa, assistindo uma novela, quando um rapaz foi agredido e teve uma fratura na mandíbula. Foi assim que eu decidi fazer odontologia. Poderia ter feito medicina, mas fiz odontologia, porque eu queria trabalhar com os ossos da face (Dr Peixoto).

Assim, se, se considerar a sociologia das profissões, representadas nesse estudo por Oracy Nogueira (1967) e Marli Diniz (2001), é possível observar a aplicabilidade da noção das profissões de centro e as profissões mais marginalizadas, isto é, a medicina, pelo saber mais estruturado, assim como conjunto de normas éticas e validação social, se apresentava – em geral – como primeira opção de muitos estudantes, tal como Dr. Heraldo e Dr. Adilson. Reflete, pois, o desejo pela independência financeira através da ideia de “donos do próprio trabalho”, oferecida pelas profissões liberais.

A validação social é uma categoria chave para entender a reprodução das escolhas dos estudantes de ensino médio – e nesse particular, os entrevistados – pela medicina em primeiro lugar e a odontologia em segundo lugar. Ora, a perspectiva de “vencer na vida pela escolarização” não se dava por si só, ela era validada socialmente, como reflexo de profissões que reproduziam no interior de sua prática a liberdade nos processos de escolhas e conduta. A medicina, nesse caso, teria o *corpo* como objeto no processo de trabalho; já na odontologia, o corpo “é” o *dente*. Guardadas as devidas proporções, existia a liberdade de operação prática, dentro de seus objetos de trabalho bem definidos (até então).

Outro aspecto importante é a retirada (amenização) da dor⁵³, enquanto dispositivo de validação social, isto é, tanto a medicina quanto a odontologia, teriam uma legitimidade por meio do uso de técnicas de retirada da dor: sejam elas cirúrgicas, sejam elas farmacológicas. Cabe ressaltar, que, na modernidade, esse procedimento

⁵³ Não pretendo, nesse momento, categorizar as práticas de cessamento da dor enquanto “boas” ou “ruins”, “certas” ou “erradas”, mas, problematizar a percepção social da ação em si.

foi possível com o uso de substâncias anestésicas, em outras palavras, *a retirada da dor sem a dor*. O mesmo não acontecia antes do séc. XIX, como mostra Nelson Marcolin (2004), no editorial intitulado *A derrota da dor*.

A dor foi oficialmente vencida em 16 de outubro de 1846. Às 10 horas daquele dia, no Massachusetts General Hospital, em Boston, Estados Unidos, o dentista William Thomas Green Morton anestesiou com éter o impressor Gilbert Abbot, de 17 anos, para que o cirurgião John Collins Warren extraísse um tumor de seu pescoço. Com o sucesso do procedimento, o médico dirigiu-se à platéia de médicos, estudantes de medicina e a um repórter do Boston Daily Journal e declarou: “Senhores, isto não é uma fraude” (Marcolin, 2004, p. 10).

A descoberta da anestesia atribuída a um dentista e amplamente difundida pela odontologia, pode ser considerada como um fator importante de validação social médico-odontológica, pois, estaria ligada, sobretudo, à ideia hipocrática de *Sedare dolorem opus divinum est*, isto é, aliviar a dor é uma obra divina, e sendo os práticos ou profissionais (respeitando o tempo histórico de cada qual) enviados de “Deus” - sob uma certa noção de divindade- o ideário de viver sem dor apresentou-se como objetivo final da população. Daí, dar-se nesse aspecto ao menos a validação social dessas profissões. Ainda que pareça uma certa vocação divina, para os entrevistados, o fato de escolher a odontologia é uma decisão individual, que precede uma certa vontade de ascensão e/ou permanência social, tal como uma promessa a si mesmo, a ser alcançada pela escolaridade. Tal como os dentistas, os médicos entrevistados por meio de Histórias de Vida nos estudos de Schraiber (1994; 2019) também apresentam as mesmas similaridades, fato este, que pode inferir, na intersecção da percepção social de ambas as profissões serem detentoras de alguma liberdade no espaço do trabalho, reconhecida na permanente bandeira dessas profissões em torno à autonomia.

[...] ser médico significa a possibilidade de uma afirmação de identidade social que em boa medida decorrerá de seus esforços e desempenhos pessoais, onde alcançar o sucesso, nesta profissão socialmente bem-sucedida, ainda se encontra neste período de seus primeiros passos profissionais, relativamente mais dependente desse plano pessoal (Schraiber, 2019, p. 89 [tradução minha]).

Dirá Dr. Adilson, que *o importante era sanar a dor naquele momento*. Assim, o objetivo principal da profissão e demanda mais importante que o paciente trazia no seu consultório, seria sempre voltada para a dor. Tal fato é convergente com a situação epidemiológica do Brasil, na segunda metade do séc. XX, em que, a maioria da população era acometida por cárie dentária, em associação, tem-se o “modelo odontológico de fundo biologista e mecanicista, com um inconfundível caráter positivista” (Freitas, 1995, p. 42) praticado à época.

Cabe, porém, realizar uma crítica ao modelo de sociedade, que influenciou a prática médica-odontológica na procura de sanar a dor a qualquer custo. A psiquiatra Renata Torres, em seu texto *O curador-ferido* (2018, p. 54), classifica a situação como um *furor curandis*, isto é:

[...] antigamente, as pessoas passavam pela vida com um temperamento melancólico, hoje em dia precisam ser rapidamente medicadas. É claro que existe aí um avanço tecnológico, que representa um acréscimo, mas é importante refletir o quanto vamos ficando intolerantes com sofrimento: tudo precisa ser curado, tratado, bem-sucedido, superado (Torres, 2018, p. 54).

Dessa forma, parece que a *dor*, enquanto fenômeno social, funda (em termos de aceitação) também o próprio social das profissões que perpassam e/ou prometem removê-la. A odontologia aparece em um segundo plano, é verdade, se, se considerar as escolhas dos profissionais acima, mas, ainda como uma opção viável para obtenção de uma certa dignidade profissional, lido de outra maneira como *status* social, uma vez que a mesma - enquanto profissão – não estaria tão distante da centralidade (considerando Nogueira e Diniz) da medicina.

Mas, também é verdade, que pelo tamanho do seu objeto de trabalho, a efetividade da prática seria maior; ora, a medicina daria conta do corpo todo, e apenas um exame clínico muito criterioso poderia encontrar o *lugar da dor*, em contraponto ao *lugar da dor* bem definido da odontologia: o dente adoecido. Essa relação paradoxal pode ser encontrada no caso de Dr. Samuel, que trocou a medicina pela odontologia, em busca de uma profissão que fosse tanto reconhecida socialmente, quanto de maior objetividade nas ações práticas de trabalho, isto é, uma menor área de atuação física.

O fato de que medicina tivesse uma maior área de atuação teve um peso na minha decisão. Acredito que foi também pela vocação mesmo de querer ser dentista. Até porque são profissões muito semelhantes, em “tantos” países que a odontologia é uma especialidade na medicina [...]. Há semelhança entre medicina e odontologia: em medicina você tem várias especialidades, e a odontologia poderia ser uma especialidade que trata da boca, da face, então, eu acho que seria por aí. Como você tem otorrino, você tem oftalmologista que cuida de olho, otorrino nariz e garganta [...] (Dr. Samuel).

Dr. Samuel, porém, não descarta a possibilidade de ter sido influenciado por seus parentes dentistas, quando relata que a sua escolha derivou de uma *coisa natural, [porque] vivia numa casa onde todo mundo era dentista, vivia no consultório desde pequeno, então, realmente, deve ter havido uma preferência por odontologia.* Ou seja, apesar das validações sociais descritas acima, o Dr. Samuel tinha dentro de casa a realidade prática do trabalho, e essa proximidade oferecia ferramentas para melhor escolha do curso e da profissão que desejaria seguir. Dialoga, portanto, com o tamanho do objeto da odontologia, mas sobretudo, com o conhecimento sobre esse tamanho, e os “prós” e “contras” da sua escolha pela odontologia em detrimento da medicina.

Dra. Elaine, também influenciada por parentes, escolheu a odontologia; afirma que toda a sua família era da área da saúde, *“apesar de meu pai ter um leque completamente diferente”*, todas as suas irmãs foram para medicina ou odontologia, além disso, todas *“casaram com médicos”*. Assim, influenciada por sua irmã, que já estava na faculdade de odontologia, decidiu também pela trilha odontológica: *decidi fazer e não me arrependo [...]. Só sei lhe dizer que quando eu entrei na faculdade a minha segunda irmã já fazia [odontologia].”*

A decisão pela profissão em decorrência de laços familiares mais fortes com dentistas, também influenciou o Dr. Judas e a Dra. Juliana. Sendo que o primeiro escolheu *“fazer odontologia porque eu tinha um tio que era dentista. Eu tinha uma vinculação muito forte com ele.”* Já a Dra. Juliana tinha como principal influência seu pai, que era dentista. *“Eu cresci vendo ele ser dentista, [...] o que foi decisivo é porque ele tinha consultório, um dos melhores de Recife. Quando eu estava para me formar [no ensino médio] eu nem pensei, coloquei odontologia.”*

A origem familiar médica e/ou odontológica, pareceu ter uma influência substancial na escola de parte dos entrevistados, de modo que a facilidade pela captação de pacientes, por uma cartela de clientes já formada, ou mesmo a possibilidade de estagiar ou atender (mesmo sem as credenciais finalizadas) seria real, isto é, o contato direto e precoce com o objeto de trabalho da odontologia, criando uma *experiência* com ele (o dente).

Essa experiência adquirida pela prática, denota o lugar da odontologia como uma profissão mecânica, que se aprende-fazendo, típico das artes de curar, já bem explanadas em capítulos anteriores. Isto não quer dizer, que a odontologia é a mesma prática de lidar com os dentes da pré-modernidade profissional: não! Mas, enxergar, nas escolhas dos entrevistados as permanências que perpassam ao longo dos anos sobre a ideia de lidar/tratar com os dentes da população acometida por alguma afecção dentária.

Além disso, haveria de acontecer uma projeção de modo de vida pessoal, interno à vida particular de cada profissional, semelhante à de suas famílias, mantendo um certo padrão de dignidade de vida, perpassando pela liberdade no trabalho e independência financeira. O que Schraiber (1994, p. 50) chamou de “representação de uma continuidade na posição social já conquistada pela família”

Dra. Isaura tem uma dupla influência: ao mesmo tempo em que seu namorado (à época) iria realizar o vestibular para odontologia, ela também levou em consideração a experiência durante a sua infância no dentista.

Eu acho que me apaixonei [pela odontologia], desde quando a minha mãe me levava ao dentista. Eu vi que ele mexia aqui e mexia ali, e aquilo foi chamando a minha atenção [...], mas, preciso dizer: meu marido, que era meu namorado na época veio do Piauí para fazer medicina, mas, já estava trabalhando como bancário e não queria largar o emprego, então decidi fazer odontologia junto comigo (Dra. Isaura).

O fato de a Dra. Isaura ter a perspectiva de trabalhar junto ao seu marido, foi um aspecto decisivo para sua escolha profissional. Ela já era funcionária efetiva do Estado de Pernambuco, com atividades no magistério; mas, viu na possibilidade de cursar odontologia como um signo de aproximação com o namorado e de uma ascensão social, assim como uma certa igualdade salarial dentro da própria casa.

É bem verdade, que o conglomerado de familiares dentro de uma mesma clínica é fato comum entre a maioria dos entrevistados, tal como Dr. Heraldo e sua esposa. Esse fato, se dá num horizonte de compartilhamento de custos com o próprio consultório (em vistas do valor de se manter um, vide os instrumentais, materiais de consumo, licenças burocráticas e investimentos com pessoal), assim como na divisão da prática por especialidades.

Aqui na clínica trabalho em sociedade com minha esposa, cada um tem sua sala, mas minha esposa e filhas tem especialidades um pouco diferentes. A divisão de trabalho é de acordo com o que cada um faz, casos de ortodontia tenho minha filha que trata, minha esposa faz a parte de ortopedia. (Dr. Heraldo).

Dinâmica parecida aconteceu com a Dra. Juliana, filha e irmã de dentistas; o consultório do seu pai seria o centro de prática odontológica familiar, separada por campos de atuação de cada membro da família.

Nós tínhamos uma clínica e a minha irmã trabalhava lá e meu pai também trabalhava lá, mas, com prótese. Ele disse: "para você ganhar dinheiro, tem mais perspectiva na parte de prótese, porque a sua irmã já é odontopediatra, eu passo a minha clientela [de prótese] para você". Ele já tinha a clientela sólida, constituída de muitos anos. Ai, eu disse: "está certo eu vou fazer." (Dra. Juliana).

Essa performance de organização dos consultórios, se manteve ao longo dos anos, mesmo na ausência de familiares. Criando um desenho, inclusive, das clínicas populares em odontologia, sendo estas, separadas por especialidades complementares. Fato que será mais bem abordado em capítulo posterior.

Cabe, porém, retomar a fala da Dra. Isaura, com sua dupla influência para escolha do curso de odontologia, uma vez que já foi explanada a questão familiar, vale ressaltar o fato da experiência no consultório odontológico como paciente (principalmente na infância e na adolescência), fato que também norteou as escolhas da Dra. Hilda e da Dra. Maria.

Sempre tive em mente fazer odontologia, eu não era muito voltada para medicina, mas eu gostava de odontologia; eu gostava do meu dentista; digamos assim que não houve algo que me motivasse fazer odontologia; foi algo dentro de mim que decidiu. (Dra. Hilda).

Eu não tinha muita clareza do que eu queria fazer. Eu tinha um 'pé atrás' com a medicina. Mas eu vivia no dentista quando criança, então, acho que foi uma escolha bem pragmática. Eu tinha um lado prático e objetivo, gostava de ver o consultório arrumadinho. Gostaria mesmo de ter feito algo na área de humanas, mas, escolher a graduação com 17 anos é muito cedo, ainda mais, considerando a minha formação escolar, que foi muito fraca, e eu sentia muita dificuldade nessa área [de humanas] (Dra. Maria).

A relação da escolha pela profissão com a experiência enquanto objeto de cuidado, evoca o arquétipo do curador-ferido⁵⁴, em que a experiência representa uma certa ferida na vida do profissional de saúde, ferida quase sempre incurável. Esse “aprendizado” da vida-vivida, influencia diretamente na posição do agente com as suas escolhas e sua identificação com o mundo. Ora, a experiência é um passo necessário para “se desenvolver o espírito crítico, o questionamento, a inquietação, condições precípuas ao filosofar” (Torres, 2018, p. 54). Dito de outra forma, a experiência acarreta uma perda do mundo, ao mesmo tempo que uma reconquista de um mundo a ser vivido; de modo refeito, é verdade.

Nesse sentido, as Dras. Isaura, Hilda e Maria, passaram a infância e adolescência com o ideário de se fazer dentistas, advindas por uma experiência pessoal-profissional; além disso, outros atravessamentos são importantes para o desenvolvimento desse ideário fundamentado nessa faixa etária, com foco na classe social das entrevistadas. O fato de advirem da classe média de uma capital (Sendo Isaura e Maria de Recife - PE e Hilda de Natal - RN), nota-se um conforto e uma liberdade por parte dessas entrevistadas, quando encaradas com sua própria infância. Isto é: viveram um período de transformação, em que - em linhas gerais - poderiam ter a possibilidade de sonhar, criar expectativas e esperanças de realização destas. O fato em si de terem acesso ao dentista⁵⁵, em plena segunda metade do século XX,

⁵⁴ Cabe ressaltar que a expressão desse arquétipo não surge apenas dentro de uma relação entre profissional de saúde e objeto de cuidado, ao contrário, pode-se afirmar em qualquer situação **em que o objeto do cuidado seja efetivamente cuidado**, não sendo exclusiva, pois, do campo da saúde. Ver mais em: Torres, RF. O Curador Ferido e a individualização. Revista Brasileira de Psicologia Analítica. 1º sem. 2018, p. 49-58.

⁵⁵ Apesar da ausência de estudos retrospectivos que embasam a afirmação, pode-se inferir que durante o período histórico citado o acesso aos serviços odontológicos era em sua maioria privados,

denota um privilégio em detrimento da maior parte da população. Por fim, nesse caso, não se indica a procura pela dignidade, mas a dignidade tácita, desde sempre.

Diferente das Dras. acima, o Dr. Gilberto não teve acesso direto ao tratamento odontológico durante a infância, mas observava o trabalho de um dentista que morava e exercia a prática na mesma rua em que morava.

A minha principal motivação para ter escolhido Odontologia é que no local que eu morava na época existia um cirurgião dentista que residia e trabalhava com o seu consultório montado na frente da sua casa. E eu passava e ficava admirando, vendo-o trabalhar. E daí para frente o meu pensamento era só fazer Odontologia. Pela dificuldade financeira meus pais não queriam (Dr. Gilberto).

Para o Dr. Gilberto, a escolha para cursar odontologia representaria uma ruptura no modo de vida dele e da sua família, uma vez que, que sua origem era popular. Porém, o seu próprio percurso haveria também de ser diferente, uma vez que a possibilidade real de adentrar e permanecer na universidade seria muito difícil. Nesse sentido, ao passo que para os demais existiria uma permanência da dignidade, para Gilberto, seria a procura pela dignidade, através de um dispositivo formador.

Além disso, haveria uma dupla ruptura, sendo a primeira já relatada acima, e a segunda, do ponto de vista da própria universidade, uma vez que, Dr. Gilberto, foi o único entrevistado a se autodeclarar pardo; fato este que complexifica a discussão, seja porque ele também foi o único dentre os entrevistados que não teve acesso aos cuidados odontológicos quando criança, seja porque a prática de lidar com os dentes/odontologia, com o passar do século XIX e começo do século XX, deslocou a população escravizada/preta que realizava esse tipo de cuidado/lida para uma prática marginalizada, em um processo de embranquecimento odontológico, já explicado em capítulos anteriores. Ora, a representação social do Dr. Gilberto dentro da universidade, era a própria ruptura da instituição, que se formou em moldes racistas, ou, em outra leitura, com fortes sinais de eugenia.

considerando a ausência de políticas públicas de amplo acesso à população aos mesmos. O estudo mais recente (até o fechamento desta tese) sobre o assunto estima que cerca de 11,8% da população brasileira nunca foi ao dentista até o ano de 2012. Ver mais em: Pekes et al. Desigualdades no uso de serviços odontológicos. Rev Saúde Pública 2012;46(2):250-8.

Porém, para seguir com esse desejo de adentrar na universidade, o Dr. Gilberto necessitava realizar uma faculdade que garantisse que ele trabalhasse (e cabe ressaltar que nesse período, não havia nenhuma política pública de permanência estudantil nas universidades públicas). À época, 1966, a Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE) funcionava em apenas um único expediente, o que permitia o trabalho durante os turnos mais livres; daí, deu-se a escolha do Dr. Gilberto pela instituição estadual. No mesmo sentido, mas com pano de fundo racial distinto, Dr. Pablo, que era bancário, não gostaria de largar o seu trabalho formal de vínculo estatutário, sendo assim, a FOP-UPE seria a instituição mais adequada para o seu caso, dirá ele: *“eu escolhi odontologia, pois, o curso na UPE era apenas um expediente e eu precisava trabalhar para me manter em Recife.”*

[...] Eu escolhi fazer na UPE, pois eu trabalhava. Eu trabalhava como estofador na confecção de móveis estofados, colocação de papéis de parede, forros, que nós chamávamos de alcatifada na época, tapetes. Esse era o meu ganha-pão na época. Trabalhava para uma empresa e trabalhava individualmente, pegando alguns serviços para fazer em casa. Confecção de cortinas. Então eu trabalhava já e já era casado quando eu entrei na universidade. E no primeiro ano tive a primeira filha (Dr. Gilberto).

A Universidade de Pernambuco, em seu processo de formação, sempre esteve muito próxima das questões do trabalho, com uma certa vocação para formar quadros que já estariam em processo de trabalho ativo, tal como aconteceu com os cursos de licenciaturas. Além disso, houve um processo muito precoce, se comparado com a Universidade Federal de Pernambuco, de interiorização dos cursos, classificada como uma universidade voltada para a “questão regional” (Percini, 1986, p. 506). Em contraponto, esta última, sempre esteve ligada à elite intelectual pernambucana, quase sempre associada com os movimentos mais conservadores. O historiador Gadiel Pernici, classificou a fundação e formação da UFPE como um projeto Oligárquico-liberal de Universidade.

Tais origens universitárias influenciaram no modo de formação de cada entrevistado, respeitando cada tempo histórico, se, se considerar o recorte temporal desta tese, que é significativamente longo, do ponto de vista historiográfico. Nos subtópicos abaixo, pretende-se explorar um pouco mais sobre o interior da vida universitária e formação nessas universidades, além de outras instituições de pós-

graduação, refletindo sobre as escolhas das especialidades das personagens dessa do estudo.

4.3.2 UMA FORMAÇÃO ANEXA; UMA FORMAÇÃO EXTERNA

Pela especificidade do tempo histórico desse estudo, cabe ressaltar que a formação universitária em odontologia sofreu algumas mudanças. Abaixo, propõe-se uma breve revisão dessa trilha.

Segundo Warliming; Marzola e Botazzo (2012), o tempo de formação inicial para os cursos de odontologia constava de 3 (três) anos, tomando como base a abertura da Faculdade de Odontologia da Bahia (1884). Houve uma diminuição para 2 (dois) anos, por meio dos decretos-leis 1.270, de 10 de janeiro de 1891 e 1.482 de 24 de julho de 1893; em Pernambuco, essa diminuição só aconteceria em 1925 (Melo, 1984). Segundo Dr. Gilberto, o curso foi ampliado para quatro anos em 1967⁵⁶, fato que precisa ser mais bem aprofundado em pesquisas documentais.

Isso se deu, em consequência da criação de Faculdades de Odontologia anexas às escolas médicas, o que fez suprimir algumas disciplinas obrigatórias, constatadas no primeiro decreto de 1884, tais como: física, química e fisiologia. De modo geral, houve um retrocesso no entendimento sobre o que é a prática odontológica, deslocando-a para um lugar puramente mecanicista e sem embasamento das teorias micro patológicas, em ascensão à época.

A regulamentação que permitiu a autonomia do ensino odontológico da medicina, foi intitulada de lei Rocha Vaz (Decreto 16.782-A de 1925), fato este que possibilitou e impulsionou a abertura de escolas de odontologia no Brasil; porém, segundo Cristine Warmling (2009, p. 95):

[...] esse não fora um processo que ocorreu de imediato: havia, ainda, trâmites legais, políticos, econômicos e sociais a serem realizados. Os obstáculos à consolidação do ensino autônomo da odontologia duraram aproximadamente vinte anos.

⁵⁶ Segundo matéria do Diário de Pernambuco, em 1975, a cidade estava debaixo d'água e presenciava a sua maior cheia, com 80% do território habitado alagado. Isso fez com que centenas de documentos fossem perdidos. Inclusive, o prédio da Escola de odontologia de Pernambuco foi totalmente inundado.

Apesar da lei que garantia tal autonomia, o caso Pernambucano oferece uma especificidade, se comparado ao caso baiano⁵⁷, afinal a Escola de Odontologia foi fundada (1913) antes da Faculdade de Medicina (1915), hoje, ambas vinculadas à Universidade Federal de Pernambuco. Porém, isso não quer dizer, que com a abertura do curso médico, o curso odontológico não ficaria submetido à Faculdade de Medicina⁵⁸.

O fato em si, acima, não demonstra uma dependência total de um curso para outro, mas representa uma organização administrativa dependente. Esse seria um dispositivo importante de incapacidade de autonomia da instituição, como relata Warmling (2009, p. 99), através do estudo de Osório (1952) intitulado *Falhas no Ensino Odontológico no Brasil*, em que “[...] havia quatro falhas fundamentais do ensino da Odontologia: 1ª a deficiência de instalações, 2ª deficiência do aluno [...], 3ª curso insuficiente [...], 4ª deficiência do professor [...]”. Sendo, pois, a primeira delas, relacionada à associação direta das Faculdades de Odontologia com as Faculdades de Medicina, isto é, no sentido da procura por corpo docente (total) e organograma próprios.

A Escola de Odontologia, no caso pernambucano, só, de fato teve autonomia⁵⁹ da Faculdade de Medicina apenas em 1963⁶⁰ (Rocha, 1963); algo semelhante ao que aconteceu no caso gaúcho, em que a autonomia da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul- PUC-RS só teve seu

⁵⁷ O Curso de Odontologia na Bahia foi criado em 1884 por decreto imperial, sendo reconhecido pelo Decreto de nº. 1270, publicado no D.O.U. de 10.01.1891. **Funcionou anexo à Faculdade de Medicina**, no prédio do Terreiro de Jesus, pelo período de 60 anos, de modo que, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA) só veio a constituir-se em unidade autônoma em 1949. Atualmente é uma das 32 Unidades de Ensino Pesquisa e Extensão da Universidade Federal da Bahia (UFBA), localizada no Campus do Canela, no bairro do mesmo nome, em Salvador, Bahia.

⁵⁸ Segundo Warmling (2009, pág. 105), “o fato da Faculdade de medicina de Porto Alegre ter se originado de uma Escola de Farmácia era um fato bastante comum na época. [...] Quando se fundava um curso médico a partir dessas escolas de Farmácia e Odontologia, estas acabavam tornando-se apenas cursos anexos às faculdades de Medicina”

⁵⁹ De 1913 até 1963, a Escola de Odontologia passou por diversos prédios, mas, desde 1915, anexa à faculdade de Medicina. Isto é, o “anexo” ultrapassa a questão do prédio físico. Cabe ressaltar que em 1931, a própria faculdade passou a funcionar no prédio sede da Sociedade de Medicina, na Rua do Hospício nº 3 (Melo, 1984);

⁶⁰ Afinal, no caso Pernambucano, mesmo a autonomia se dando em 1963, a lei que regulamenta a criação do curso independente, data de 1946 (Decreto-Lei nº 9.388 de 20/06/1946), ou seja, há um hiato institucional para efetiva implantação dessa autonomia. Porém, apesar do uso de documentos oficiais, há inconsistência sobre a data oficial que a faculdade de odontologia seguiu para o prédio próprio. Alguns entrevistados datam de 1953, outros 1957.

reconhecimento em 1953; fundamentando, portanto, a tese de Warmling (2009), em que descreve a demora institucional para a efetivação da lei Rocha Vaz.

Os entrevistados relatam como era a formação à época em que o curso de odontologia era anexo ao de medicina:

[...] meu diploma era emitido pela Faculdade de Medicina. (Dra. Hilda)

Dra. Eliane reforça:

Então o curso era dentro da faculdade de medicina! Funcionou... no último ano [de formação] a odontologia se separou de medicina, porque era assim, "Faculdade de Medicina e Cursos anexos de Odontologia e Farmácia", certo? Aí no último ano, quando eu cursava o último ano a odontologia se separou. Aí, saiu de dentro da faculdade de medicina e veio aqui para a [Rua] Fernando de Vieira.

Apesar da finalização do modelo como curso anexo, com o aumento da carga-horária, inclusive com o acréscimo de séries para formação, a faculdade de medicina se manteve como principal fonte de formadora do ciclo básico; isto é, das disciplinas relacionadas à patologia, microbiologia, bioquímica, anatomias, dentre outras. Essa é uma continuidade que atravessou o século e só foi rompida com a reforma universitária de 1975 (Ufpe, 2022), em que o modelo de faculdade foi extinto, restando apenas o curso de graduação como um departamento vinculado a um centro de ensino, o centro de ciências da saúde; transversalizando a formação para todas os cursos⁶¹ de então.

Porém, esse rompimento se deu apenas do ponto de vista institucional, uma vez que o conteúdo programático do curso de odontologia não mudou, isto é, houve uma realocação do corpo docente para departamentos vinculados aos cursos base de formação de cada um, embora eles continuassem com as disciplinas que já ministravam, sendo assim, eliminadas as cátedras universitárias.

⁶¹ Farmácia (antiga Escola de Farmácia de Pernambuco); Odontologia (antiga Escola de Odontologia da Universidade do Recife); Medicina (antiga Faculdade de Medicina da Universidade de Recife); Nutrição (antigo Instituto de Fisiologia e Nutrição da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife); Terapia Ocupacional e Fisioterapia (ambos os cursos vinculados ao antigo Instituto Universitário de Reabilitação) (Ufpe, 2022).

Ainda nesse período histórico, pode-se relatar sobre a dinâmica dos estágios extracurriculares, em que aconteciam de forma desregulada, sendo o estudante o principal articulador para realização. Em outras palavras, os graduandos com grau de parentesco com outros dentistas teriam mais facilidade para se colocarem nesses processos. Ressalta-se, que não era de caráter obrigatório a realização dos estágios, porém, entre os entrevistados foi unânime a participação extracurricular. Ora, denota-se, que, se por um lado os profissionais que tinham acesso aos consultórios teriam, de certo, mais facilidade para se estabelecer nos espaços de estágio; por outro, para os advindos de camadas mais populares, não foi possível tal façanha. Assim, cabe reforçar a desigualdade na entrada e na permanência dos graduandos sem histórico familiar de dentistas diplomados. Trata-se de um dado importante, que pode embasar outros estudos que façam correlação histórica entre a prática odontológica e o perfil de quem os pratica.

Dr. Judas, explica melhor como era a dinâmica para a realização dos estágios externos, mas, que não havia, uma interação entre a instituição formadora e a instituição receptora dos estágios.

Naquela época que eu me formei, me graduei, não existia a figura de estágios curriculares, feito hoje em dia existe. Ou seja, a nossa formação todinha era dentro das quatro paredes da universidade. [...] Todo estágio que nós tínhamos, nós fazíamos fora, mas por iniciativa própria. Ou seja, nós mesmos era que íamos atrás, à procura dos estágios. E estagiávamos em diversos lugares. Eu mesmo tive a oportunidade de estagiar em diversos lugares na área da odontologia. Federação Espírita era uma federação, no Hospital da Restauração também, no Hospital do Câncer [...] (Dr. Judas)

Tal dinâmica, reforça, o modelo odontológico oferecido à época no Brasil: liberal. Ora, o impulsionador para uma formação voltada ao mercado privado é o próprio mercado, sendo este último, responsável por “dar as cartas” na formação; mesmo que, nesse caso, não tenha se adentrado no modelo institucional-formal, mas numa lógica externa. Em outras palavras: não é a formação que forma o mercado, mas o mercado e suas demandas que formam a formação, ainda que esta detenha alguma autonomia relativa à essa determinação social (Schraiber, 1989).

Dr. Heraldo e Dr. Hilda reforçam com seus discursos o modelo odontológico praticado à época.

[...] [eu] era muito atirado, era muito convidado para trabalhar com doutor Fulano de Tal, ia lá para Paulista⁶² de sábado e aí a gente o observava trabalhar, ajudava, tirava um dentinho aqui, outro ali, entendeu? Eu era muito atirado, muito atirado e muito atirado para aprender e para praticar odontologia. (Dr. Heraldo)

No terceiro semestre de odontologia eu [...] fiz um estágio num grupo escolar que era na Rua Imperial, Joaquim Nabuco. Naquela época, odontopediatria era o auge na odontologia. Tudo feito nesse estágio era a prática; no caso, a maior parte dele [do estágio] eu arrancava os dentes das crianças; havia um gabinete odontológico, mas para fazer uma restauração era uma coisa muito, muito pouca. (Dra. Hilda).

Vale ressaltar que os estágios externos, além de formarem diferentemente cada graduando, ofereciam ainda, um deslocamento de uma curva de aprendizagem, disponíveis – mesmo que precariamente – nos currículos oficiais. Dra. Hilda, por exemplo, ainda no terceiro semestre do curso de odontologia, já praticava exodontias infantis, e faz uma crítica ao modelo odontológico exercido: uma prática centrada no modelo mutilador e mecanicista e de cunho biologicista. Ora, já havia condutas orientadas por técnicas mais conservadoras – do ponto de vista de preservação dentária -, mas ainda assim, sendo a prática influenciada pelo modelo macroestrutural, optava-se pela retirada do corpo adoecido, isto é, do dente com algum tipo de afecção.

A não institucionalização dos estágios, isto é, a oferta organizada por parte das Escolas/Universidades guarda relação íntima com o processo liberal de formação e consequente prática liberal do trabalho. Sendo assim, foca-se nos resultados a serem atingidos; tal como a exodontia dentária, mas, não no processo de trabalho que envolve o componente clínico em si. Assim, essas “competências” vinculadas à formação externa, orientam um ensino voltado para as necessidades do mercado, por sobre as da população propriamente dita, ou mesmo, de seus principais acometimentos de saúde. Ou seja, há um deslocamento da ideia de faculdade como centro de formação unitária, para uma formação complementar (que em certa leitura, pode ser considerada como uma formação principal) em um cenário externo, sendo este cenário uma espécie de fábrica de reprodução coordenada pelo mercado.

⁶² Cidade da Região Metropolitana de Recife – Pernambuco

Convergingo, esse centro de reprodução, além de ser difuso, do ponto de vista de profissionais que realizavam suas práticas em consultórios diversos, isto é, estabelecimentos, tais como de familiares, ou amigos da família; poderia ser também estabelecimentos-instituições de caráter privado, mas, com uma ideia de “sem fins lucrativos”. O Hospital Magitot como tema, emergiu durante as entrevistas como um principal centro de formação externa à Universidade, como conta a Dra. Elaine, Dra. Hilda e Dra. Isaura.

Não tinha, vamos dizer assim, estágio mesmo, não! Algumas pessoas fizeram estágio no Hospital Magitot. [...]; já eu, fiz estágio na clínica odontológica da Polícia Estadual, né? Mas por minha conta! A faculdade não tinha nenhuma influência sobre isso, não! E não havia certificado, né? Era realmente um estágio prático (Dra. Eliane).

O Magitot era particular, mas contava com alunos que iam fazer estágio, porém não era curricular, e sim feito por vontade própria, podendo fazer de final de semana, sem qualquer vínculo com nenhuma faculdade ou universidade. (Dra. Hilda)

Antigamente só existia a Restauração⁶³ e o Magitot (que é lá no engenho do meio) e o horário não dava por conta do trabalho. Eu tinha aula de manhã, de tarde e de noite. Nós tínhamos aula em três expediente (Dra. Isaura).

Assim, vale aprofundar a história do Hospital Magitot, não em um modelo de biografia institucional, mas, na procura do entendimento da sua influência na formação e posterior prática odontológicas realizadas em Pernambuco.

4.3.3 FOTOGRAFIAS RECORTADAS EM JORNAIS DE FOLHAS AMIÚDE: HOSPITAL MAGITOT COMO CENTRO DE FORMAÇÃO E PRÁTICA

Segundo José Roberto Melo, em palestra pronunciada na Faculdade de odontologia de Caruaru no dia 25 de outubro de 1983, e publicada em 1984 em formato de livreto, o Hospital Magitot foi inaugurado em 22 de maio de 1944, sendo o primeiro hospital na América Latina com dedicação exclusiva à Odontologia. “Seu

⁶³ Hospital da Restauração. O principal centro de cuidado de traumas graves em Pernambuco.

primeiro Diretor foi o seu fundador, professor Nelson de Albuquerque Melo⁶⁴ (Melo, 1984, p. 31).

A primeira coisa que chama atenção é o nome da instituição. Segundo Barbosa (2009), o nome faz referência ao médico francês (figura abaixo) Émile Jean Magitot⁶⁵ (1833-1897), “que dedicou seus estudos ao desenvolvimento e estrutura dos dentes humanos, às doenças da boca e dentes e também à necrose óssea maxilar causada por fósforo (doença Magitot)” (Barbosa, 2009, p. 1).

Figura 44 - Émile Magitot



Fonte: Serrulla JS. Émile Magitot (1833-1897). Rev Maxillaris. 2006 p. 1-6. disponível em: <https://www.maxillaris.com/hemeroteca/200602/protagonistas.pdf>.

O Hospital Magitot passou por diversas instalações, primeiramente em um casarão situado na Av. Dezesete de Agosto, 2187, no bairro de Casa Forte, em seguida, mudou-se na década de 1950, para a rua Benfica, 881, bairro da Madalena.

⁶⁴ Também foi um dos fundadores da Escola de Odontologia de Pernambuco, atual curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, em 1913.

⁶⁵ Émile Jean Magitot nació en París en 1833. Su padre, Jean Isidore, había obtenido un diploma de “officier de santé” con el que pudo abrir un gabinete dental, lo cual influiría en la definitiva profesión de su único hijo. Cuando termina sus estudios secundarios en Louis le Grand, el padre le anima a estudiar medicina, pensando en que esa mayor formación le servirá de gran ayuda cuando le suceda en la clínica dental. [...] Sus primeros trabajos se dirigieron hacia cuestiones de anatomía dental humana y comparada, histología y embriogenia, asuntos en los que fue guiado por Robin y Legros. Com el primero escribió Mémoire sur la genese et l'évolution des follicules dentaires chez l'homme et les mammifères y Mémoire sur un organe transitoire de la vie foetale désigné sous le nom de cartilage de Meckel, ambos publicados em 1860. No menos interesantes son sus aportaciones en el terreno de la patología, sobresaliendo su Traité de la carie dentaire que tuvo al menos dos ediciones, en el que se pueden apreciar sus experimentos con ácidos minerales y vegetales sobre los tejidos dentales o sus investigaciones sobre la erosión dental (Serrulla, 2006, pág. 1-2).

Por último, instalou-se em um casarão de dois pavimentos de estilo inglês, na Praça da Várzea (Barbosa, 2009).

Tal instituição funcionava como um hospital filantrópico, mantido principalmente pelo seu fundador, Nelson Mélo e de doações; segundo Dr. Judas,

o professor Néelson, [...] era um homem rico, pelo que... eu não tinha conhecimento, mas já ouvi falar. Era um homem rico. Ele... vamos supor assim, era o mantenedor do hospital. Tanto que eram coisas adquiridas com os próprios recursos dele. Porque ele era um homem de posses, um homem rico. Mas não tinha vinculação nenhuma, nem com o estado, nem com nada (Dr. Judas).

Em publicações do Diário da Manhã⁶⁶, o Hospital Magitot era apresentado como uma associação que necessitava de ajuda financeira para se manter. Isto quer dizer, que mesmo com a grande fortuna atribuída ao Prof. Nelson, ainda assim não seria suficiente para o manter de portas abertas.

⁶⁶ Jornal criado em 1927 para fazer oposição ao Diário de Pernambuco. Na época, tinha uma linha editorial vinculado aos Governos de Getúlio Vargas. Ver mais em: <https://www.dariodamanha-pe.com.br/historico>

Figura 45 - Publicação do Diário da Manhã reivindicando verbas para manter o Hospital Magitot, 1947

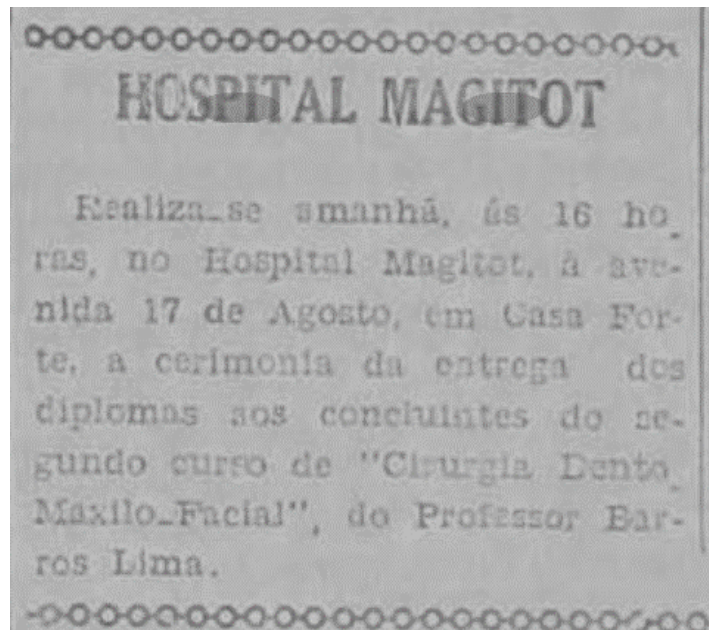


Fonte: Diário da Manhã, edição 0711, 1947.

Para se manter, o Hospital passou a oferecer cursos de atualização, mais focados para cirurgia dento-maxilo-facial⁶⁷:

⁶⁷ Nomenclatura atual: cirurgia buco-maxilo-faciais

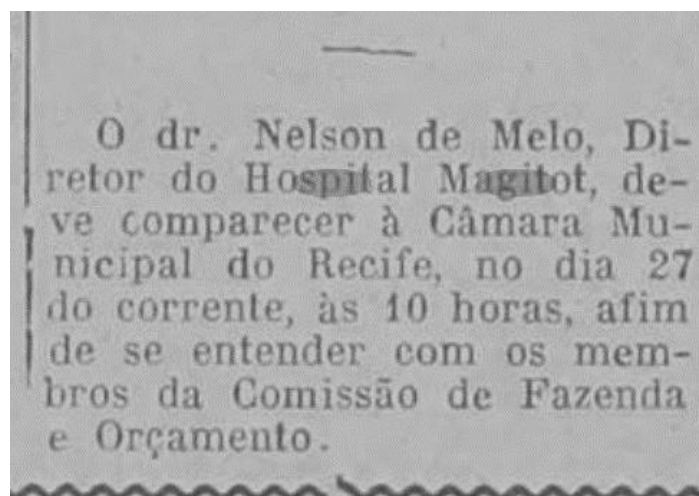
Figura 46 - Publicação sobre entrega de certificados dos concluintes do curso de Cirurgia dento-maxilo-facial, 1947



Fonte: Diário da manhã, edição 1011, 1947.

Ao mesmo tempo, o mantenedor do Hospital, fez público a sua reunião com a Comissão de Fazenda e Orçamento da Câmara de Vereadores de Recife, com o objetivo de angariar fundos financeiros para o Magitot, como mostra a figura abaixo:

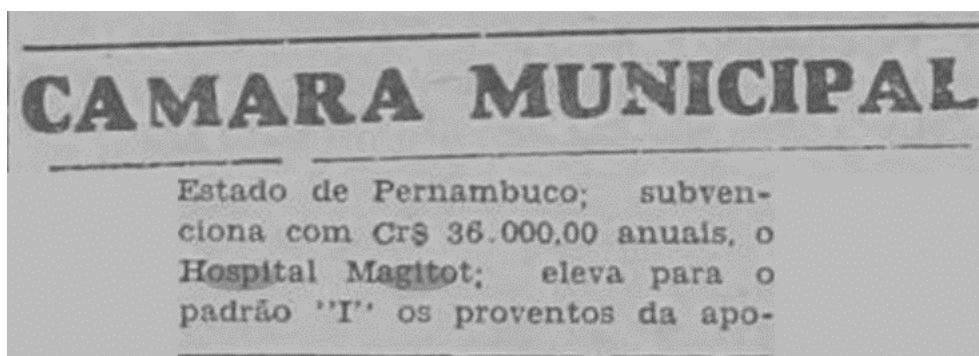
Figura 47 - Publicação referente ao encontro do Dr. Nelson Melo com a Comissão de Fazenda e Orçamento de Pernambuco, 1948



Fonte: Diário da manhã, edição 0226, 1948.

O hospital teve um subsídio financeiro aprovado pela câmara municipal; esse dinheiro foi importante para manter o funcionamento da instituição e ampliar as instalações com uma clínica específica para crianças. Sua inauguração foi em 14 de outubro de 1950, considerada como uma clínica de luxo, segundo o Diário de Pernambuco. Dr. Edrizio Pinto foi primeiro coordenador clínico da área de odontopediatria, que assumia então o seu primeiro cargo público; na década seguinte teve papel fundamental na fundação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE), além da estreita relação com os generais ligados à ditadura militar.

Figura 48 - Publicação referente à apoio financeiro da Prefeitura de Recife para o Hospital Magitot

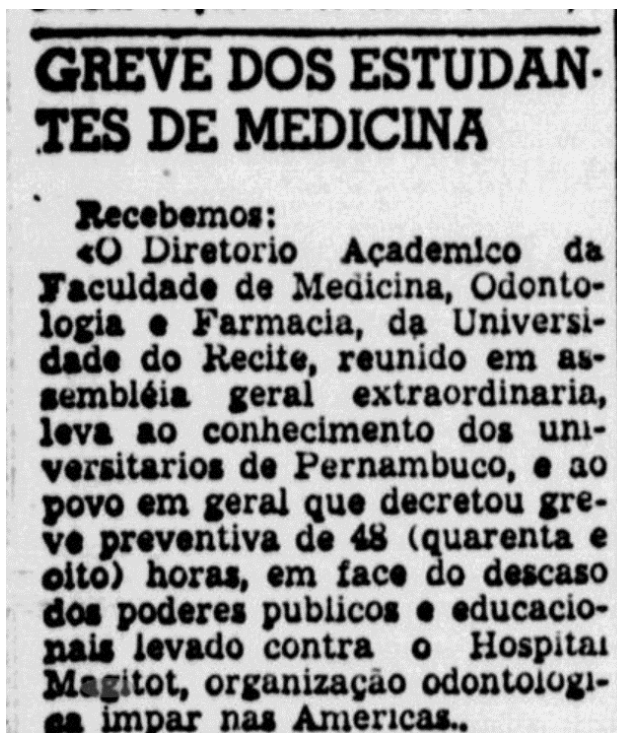


Fonte: Diário da manhã, edição 0623, 1948.

Em 1951, o prédio que abrigava o hospital precisou ser desocupado, uma vez que não fora cumprido um acordo de compra. A edição 00122 do Diário de Pernambuco (1951) publicou que o Sr. Diocleciano Pereira de Lima solicitou a desapropriação do prédio; ao mesmo tempo, que já o coloca para venda. O jornal ressalta, que o edifício foi alugado para a instituição, por promessa de compra em 1944; porém, esgotado o prazo para pagamento, uma vez que, segundo a publicação, *o Hospital, não teria meios de satisfazer os seus compromissos financeiros.*

O movimento estudantil da época, vinculada a Faculdade de Medicina e cursos anexos da Universidade de Recife, declarou greve, em protesto ao ocorrido. As aulas foram paralisadas nos dias 22 e 23 de agosto de 1951, em ambos os cursos vinculados à Faculdade de Medicina (Figura abaixo).

Figura 49 - Anúncio de greve dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, 1951



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 0191, 1951.

Porém, o movimento não se restringiu aos cursos do campo da saúde, houve uma ampliação com graduações de outras áreas, assim como a adesão de outras faculdades não vinculadas à Universidade do Recife. Tais como: Diretório acadêmico de Química da Universidade do Recife e Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco ⁶⁸.

Dr. Peixoto classifica essa época como “complicada”, com falta de materiais e instrumentais. Motivo pelo qual, fez com que ele decidisse sair do estágio externo no Hospital. *Eu cheguei a fazer estágio no Hospital Magitot, e a trabalhar um período lá, mas de repente desisti porque era muita dificuldade... material, essas coisas.*

A greve surtiu efeito, e em 28 de agosto de 1951, realizou-se uma audiência, junto à Assembleia Legislativa Estadual de Pernambuco, para discussão do assunto. Chegava-se a um consenso que, pela natureza da instituição, melhor seria a

⁶⁸ Atualmente vinculada à Universidade de Pernambuco

incorporação dele à Universidade do Recife (UR). Essa solução agradou os presentes (Diretoria dos centros acadêmicos e Diretoria do Hospital Magitot).

Figura 50 - Assembleia Legislativa de Pernambuco faz apelo para Universidade do Recife, 1951



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 0196, 1951.

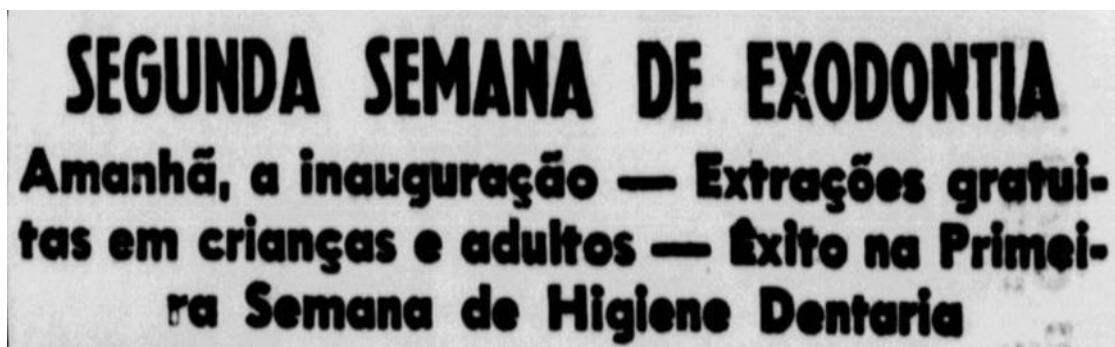
Estavam ausentes representantes da Reitoria da UR; assim, fez-se um apelo para que os acordos firmados em reunião fossem cumpridos. Ao mesmo tempo, o Sr. Nilo Pereira, da comissão de Justiça, apresentou um relatório que autorizava o Governo do Estado a subsidiar o valor de 200 mil cruzeiros, ao Hospital Magitot, embora o relatório não tenha sido votado, uma vez que preferiu-se aguardar a manifestação da Universidade pela incorporação ou não do Hospital.

Não há publicações referentes à resposta da Universidade do Recife sobre a adesão ou não do Hospital. Porém, no dia 06 de dezembro de 1951, o Governo do Estado de Pernambuco, incorporou no seu orçamento para 1952 o valor de 60 mil cruzeiros, para custeio do Hospital Magitot. Em 27 de maio de 1952, foi celebrado um convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde e Assistência Social e o Hospital Magitot, em nota no Diário de Pernambuco, o Dr. Nelson Albuquerque Melo, agradeceu; no mesmo sentido, o Diretório acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife.

Esse subsídio foi importantíssimo para que o Hospital fosse alojado em um novo prédio, ocorrido em 17 de agosto de 1952, e se instalou na rua Benfica 881, no bairro da Madalena. Tal ano foi considerável para o Magitot, sendo realizadas diversas atividades, dentre elas a I e II semana da exodontia em crianças, organizado pelo Dr. Edrizio Pinto. O Estado de Pernambuco, viu naquelas ações uma possibilidade de dar

acesso odontológico à parte da população, via o Hospital Magitot. Na primeira edição da semana de exodontia foram realizadas 1502 cirurgias, na segunda edição, o organizador da ação previa o dobro de procedimentos.

Figura 51 - II Semana de Exodontia, 1952



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 0191(1), 1952.

Nélson Melo juntamente com Edrizio Pinto, em 1955, vendo o cenário mais favorável para o apoio das entidades estaduais, decide, junto com mais outros catedráticos da Escola de Odontologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, fundar uma nova instituição: a Faculdade de Odontologia de Pernambuco, que funcionaria como uma autarquia, de modo que fosse paga mensalidades pelos estudantes; dessa maneira, dando sustentabilidade tanto para o Magitot, quanto para a própria faculdade recém criada. Tal ação era um recado direto para a Universidade do Recife, que preferiu não aderir o Hospital Magitot ao curso de Odontologia vinculado à Faculdade de Medicina.

Figura 52 - Registro da reunião de fundação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, 1955



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 00066, 1955.

Assim, o Hospital Magitot, seria campo de prática oficial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Isso de fato ocorreu, uma vez que a Dra. Eliana relatou: *meu curso de cirurgia foi ministrado lá, pelo professor Arnaldo Caldas. Era lá que se fazia cirurgia, não era na faculdade. Então eles faziam a cirurgia, tinham leitos para internação, não muitos, mas tinham né?*

Em 22 de junho de 1956, o Magitot recebe do Ministério da Educação e Cultura o direito de emitir certificados de cursos especializados, além disso, de captar recursos da União para se manter. Essa era uma articulação do ex-governador de Pernambuco Etelvino Lins, que em 1955, deixou o governo do estado para assumir o mandato de Deputado Federal e posteriormente Ministro do Tribunal de Contas da União.

Ainda em 1957, o Magitot passou a oferecer atendimentos noturnos, na categoria de serviço de urgência, tal como descreve o Dr. Adilson:

[...] funcionava com o sistema de atendimento ao público e plantão. Inclusive tinha plantão noturno. Eu tinha uma colega mesmo que no dia do plantão dele ele passava a noite lá. Tinha acomodação, tinha tudo... (Dr. Adilson)

Figura 53 - Hospital Magitot informa que abrirá para plantões noturnos



Fonte: Diário de Pernambuco, edição 00073, 1957.

Parecia, por fim, que o Magitot teria encontrado uma forma sustentável de manter os seus serviços em oferta, ao mesmo tempo, ser um campo de prática importante para uma universidade, o que traria oxigenação científica para o espaço; assim como atualização prática para os estudantes/estagiários. Seria a efetivação desse espaço como Hospital Escola, fundamentada sobretudo, com a aprovação de um acordo de repasse financeiro do Ministério da Saúde para o Magitot, com o escopo de subsidiar reformas e compra de equipamentos.

Apesar de ter um funcionamento tal como um hospital escola, o Magitot, se diferenciava dos demais (pensando na lógica médica), uma vez que seria focada apenas em procedimentos cirúrgicos, até então. Não havia, portanto, uma ideia do “nascimento de uma clínica odontológica”, aos moldes da configuração médica. Isto porque, por mais que o objeto da odontologia tivesse sido atravessado por novas tecnologias e novas demandas, ainda assim, era essencialmente focado na retirada do corpo doente. Segundo o Dr. Peixoto: *Os estudantes iam muito para lá, e aí faziam muita! Muitas exodontias! E muito! Alguns dentes inclusos também! Os alunos gostavam muito e procuravam o Magitot, o hospital oferecia tudo o que a cirurgia buco oferecia naquele momento. Ora, parece que a odontologia teria permanecido com*

uma influência muito maior do campo cirúrgico, do que do campo físico, bases da clínica médica moderna.

Porém, em editorial de primeira página do Diário de Pernambuco, do dia 31 de junho de 1960, assinado pelo jornalista Severino Barbosa, fora denunciado, que o Hospital Magitot não estaria conseguindo pagar o salário dos funcionários, nem mesmo instalar telefone no seu prédio (que já havia mudado de lugar pela terceira vez). O editorial ainda fala do descaso da imprensa, em relação à instituição, *que nunca teve o apoio dos meios de comunicação para divulgação dos seus feitos*.

Figura 54 - Informe sobre a ameaça de fechamento do Hospital Magitot, 1960



Fonte: Diário de Pernambuco, Edição 00171, 1960.

Segundo o editorial, mesmo com os recursos destinados pelos ministérios e pelo governo do estado, assim como com a mensalidade dos odontolandos, não seria possível manter o hospital em pleno funcionamento. Para agravar a situação, Nelson Mélo, então principal mantenedor da instituição, e professor dos dois centros de formação em odontologia em Pernambuco à época, decide se aposentar. A liderança de Mélo na condução das negociações com políticos importantes era essencial para a instituição se manter aberta. Seu sucessor natural seria o Edrizio Pinto, mas, que **até então**, não tinha relação política próxima com os chefes de governo ligados às correntes da esquerda, tal como Miguel Arraes e Pelópidas Silveira.

Mesmo aposentado, Nelson Mélo passou a operar apenas como articulador e mantenedor do Magitot, mas sem exercer nenhum vínculo com ensino, ou mesmo cargos na diretoria, isso até 1964, quando foi atropelado ao sair das instalações do Hospital Magitot. Nelson Mélo vem a falecer nessa ocorrência.

Figura 55 - Anúncio do falecimento do Professor Nelson de Albuquerque Mélo, 1964

“DAUPHINE” EM DISPARADA ATROPELOU E MATOU PROFESSOR NELSON DE MELO

Fonte: Diário de Pernambuco, edição 00004, 1964.

Sem a liderança de Nelson Melo, e sem o apoio financeiro que ele aplicava nas instalações, o Magitot adensa a crise, que percorreu toda a sua existência. Edrízio Pinto, que seria o “sucessor” natural de Nelson, já havia assumido a diretoria da FOP, por indicação do Governo Militar, e preferia pensar em um prédio próprio para a FOP, onde todas as clínicas pudessem ser no mesmo local⁶⁹. Outras lideranças foram eleitas como diretores do Hospital, mas, não tiveram o mesmo manejo (e poder político) que Nelson Mélo teria. Dr. Pablo, classifica que nessa época *um grupo se apossou em querer ser o dono dele e ele acabou desaparecendo. É o que eu chamo de eminências pardas. Acham que é o dono da profissão.*

Figura 56 - Anúncio de fechamento do Hospital Magitot, 1970

HOSPITAL NAO PODE FECHAR

O Hospital Magitot, localizado na praça Pinto Damaso, na Várzea está na iminência de ter suas portas cerradas, por ter a Prefeitura Municipal do Recife decidido levar o prédio onde funciona o referido hospital a hasta pública, como pagamento de uma pequena dívida de imposto predial. Pelos relevantes serviços que vem prestando à coletividade no setor odontológico, deveria não apenas isentar do imposto predial, como também, subvencioná-lo.

Fonte: Diário de Pernambuco, edição 00064, 1970.

O Magitot fechou as portas em 1970, após a prefeitura do Recife confiscar o prédio para pagamento de uma dívida. Cabe ressaltar, que esse foi um ato do Prefeito

⁶⁹ De fato, isso veio a acontecer na década de 1970, quando a FOP foi transferida para prédio próprio em Camaragibe, região metropolitana de Recife.

Geraldo Magalhães de Melo, sendo este o primeiro prefeito indicado pela Ditadura Militar, para ocupar tal função. O Magitot havia sido mantido pelas instituições públicas até então, dentro de um regime democrático, muito especial, pelo último prefeito eleito de Recife, o Sr. Pelópidas Silveira (deposto em 1964, junto com o governador Miguel Arraes).

Cabe ressaltar que, se comparado à Medicina, a institucionalização dos hospitais enquanto local de saber, prática e formação, já era bem estabelecido⁷⁰. Assim, o modelo que o Hospital Magitot oferecia, se baseava muito mais nos ambulatórios de cada hospital, e não de um hospital como um todo. Talvez, seguindo uma certa lógica de que a odontologia fosse uma espécie de especialidade médica, mesmo que virtual (não oficial). E claro, se, se considerar ainda, que o fundador do Magitot era também o fundador da Escola de Odontologia, que era uma instituição anexa à Faculdade de Medicina, pode-se inferir que a lógica médica entraria na lógica de formação do Hospital odontológico.

Porém, há algumas distinções que são pressupostos importantes que podem explicar as idas e vindas do Magitot, do ponto de vista material, além de uma falta de interesse social-institucional pelo próprio hospital odontológico. Isto é, a reprodução do hospital enquanto centro de formação e prática, no caso odontológico, não teria uma validação da social similar à medicina, vide que não houve movimentação (ou pelo menos, não foram encontrados indícios para tal) da sociedade para a permanência do mesmo aberto; nem mesmo validação institucional, uma vez que a própria Universidade do Recife não absorveu o estabelecimento e seus serviços.

Parece, que a maior importância que o Magitot teria recebido, seria na condução de uma reafirmação de um espaço de saber e prática, tão importante quanto a medicina, mas sentida/imaginada e oferecida apenas pela comunidade odontológica (profissionais e estudantes); não sendo capaz, de refazer os passos da “profissão-irmã”. Afinal, eram outros tempos, outra lógica de cuidado e tratamento e não havia guerras que impulsionaram a prática e a descoberta de modelos clínicos, além disso, a odontologia não tem um corpo que influencia o corpo da medicina, isto é, não se morre – em geral – de dor de dente. É bem verdade, que o Estado, em certo tempo,

⁷⁰ A medicina militar e o processo de nascimento da clínica médica já foram bem explicados na parte *A cura do corpo doente pelo saber douto e pelas mãos cirúrgicas no Hospital*.

viu a Hospital Magitot como um centro de caridade e que poderia angariar capital político com a população mais pobre; e até certo ponto, esse modelo de extração dentária (principalmente infantil) foi usada como moeda de troca; em outras palavras: por votos.

Trata-se de um modelo de coronelismo (Rêgo, 2016), mas, que nesse contexto tinha uma espécie de delegação do Estado, para garantir o maior número de votos. A odontologia reproduzia esse modelo em grande escala, seja na produção de prótese, seja na realização de exodontias em massa. Essa lógica coronelista, influenciada pelas extensões amplas de terras e pela monocultura, é introjetada no setor odontológico, mas não com uma dinâmica diferente – em linhas gerais-, afinal, a maior parte dos dentistas formados à época eram filhos ou netos de “donos de terra”. Ou seja, seria uma extensão do modelo tradicional, revestido por uma profissão com status social, numa espécie de coronelismo-profissional odontológico. Nas referências da sociologia de Bourdieu, esse era o capital cultural dos estudantes trazido de suas origens familiares e que perpassa os futuros agentes da prática em Odontologia.

4.3.4 O COMPLEXO ODONTOLÓGICO-INDUSTRIAL E A COMPRA DE MATERIAIS/INSUMOS/ INSTRUMENTAIS DURANTE A GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Como visto acima, o Hospital Magitot, oferecia, mesmo que precariamente, os insumos, materiais e instrumentais para uso durante os procedimentos clínicos. Porém, essa não seria a regra geral de uma instituição de ensino, afinal, historicamente, a graduação em odontologia sempre foi reconhecida como um curso “caro”, isto é, com um custo extremamente elevado (Beatrice et al, 2007). Muito relacionado, pois, com a compra de instrumentais odontológicos para o uso durante a própria graduação. No entanto, essa lógica chama atenção, uma vez que o instrumental em si é parte do processo de aprendizado do aluno sobre a própria prática.

Não há comparações, do ponto de vista de graduação, para uma profissão de cunho mais cirúrgico-prático; mas, tomando como exemplo um médico que se encontra na residência em cirurgia, este não compra o seu instrumental para uso

dentro da própria prática; mesmo os estagiários do Hospital Magitot. Então, qual seria o motivo para que os estudantes de odontologia comprem seus instrumentais.

Segundo Dr. Adilson, *durante o curso, tinha a compra de matérias, todo o material era comprado por nós!* O mesmo acontecia com Dra. Eliane, que diz:

No meu tempo já existia compra de material odontológico! A gente comprava na Casa Barros! Era a casa que vendia, a Casa Barros! A gente os comprava! Mas não, não me lembro que tenha sido muito caro, não! Acho que era acessível, acho que dava para se comprar (Dra. Eliane)

Para Dr. Gilberto a compra de instrumental era muito onerosa, afinal, vinha de uma camada muito popular, o que inviabilizou a realização do curso, porém, conseguia realizar a graduação em odontologia graças ao modelo de ensino da FOP-UPE, que permitia ao aluno a montagem do seu horário em apenas um turno, favorecendo, pois, que o graduando trabalhasse.

Todo o instrumental nós tínhamos que comprar. A faculdade não me dava nada em termos de instrumental. [...] então quando eu passei no curso de Odontologia eu já era casado. Eu trabalhava. (Dr. Gilberto)

Não foram encontrados estudos históricos sobre o valor total que o graduando em odontologia poderia gastar durante o curso. Beatrice e outros autores (2007), realizaram um estudo, que passa a ser inaugural, sistematizando esse assunto. Segundo a autora

[...] os custos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco são de, aproximadamente, R\$ 19.832,36 sendo R\$ 1.125,00 para a alimentação; R\$ 1.350,00 para o transporte; R\$ 7.059,45 para os livros; R\$ 250,00 para as cópias, impressão e encadernação, R\$ 305,40 para os equipamentos de proteção individual e R\$ 9.742,51 para os materiais e instrumentos odontológicos para aqueles acadêmicos que residem com os pais na Região Metropolitana do Recife.” (Beatrice et al., 2007, p. 79).

Usando a calculadora oficial do Banco Central do Brasil, tomando como base correção pelo IGP-M (Fundação Getúlio Vargas) com valores corrigidos pela inflação de dezembro de 2022, fixaria um total de **R\$ 68.731,57**, no valor total gasto para se cursar odontologia na UFPE. Cabe ressaltar, que com a digitalização de livros, esse valor poderia diminuir por um lado; por outro, pode ser subestimado, considerando que a mobilidade urbana de graduandos aumentou, influenciados sobretudo pelo modelo de vestibular unificado em todo Brasil, ou seja, gasta-se com aluguel de pensões, repúblicas ou apartamentos.

Há de se fazer algumas considerações, visto que, dentre entrevistados, os que estudaram na FOP-UPE, pagaram mensalidade, por se tratar de uma autarquia estadual à época da realização da graduação, ou seja, esse valor poderia ser maior. Uma segunda consideração é que a maioria dos instrumentais eram importados da Alemanha. Segundo Dr. Pablo: *[...] era tudo importado [os instrumentais]. Importado como perfumaria não era como medicamento não. Pagava uma taxa de importação absurda.* Manfredini e Botazzo, quando se referem à compra de instrumentais e insumos odontológicos no século XX, também endossam a afirmação do entrevistado, em que relatam: “O problema dos preços praticados nos serviços privados decorreria de ‘os produtos serem importados’ e ‘os equipamentos serem muito caros” (Manfredini; Botazzo, 2006, p. 172).

Dr. Adilson, um dos nossos entrevistados, que também foi professor de uma universidade pública, relata que foi financiado por diversas vezes por empresas de instrumental odontológico para conhecer e validar tais instrumentos de trabalho. Não há, porém, uma relação direta na entrevista que possa comprovar que os docentes financiados por grandes empresas podem solicitar mais instrumentais odontológicos para a prática clínica durante a graduação, mas chama atenção tal fato, podendo-se realizar algumas interpretações baseadas na literatura que vincula tal fenômeno à literatura médica.

[...] E em 1995, final de 1995, o presidente da empresa veio [ao Brasil], estava em fortaleza, me ligou e disse: “oh Seu Adilson, eu vou passar aí em Recife dois dias. Eu preciso dar uma arrumada aí na filial e quero ter um contato com o Senhor”. Aproveitei a oportunidade e mantivemos um encontro, e nesse encontro foi um jantar na nossa casa, estava lá a minha esposa... aí ele disse: “é o seguinte: a empresa pediu que eu mandasse uma pessoa pra lá, para conhecer o produto e fazer uma experiência e a minha proposta é a seguinte,

o senhor paga a passagem e eu lhe dou todo o apoio de logística... hospedagem, tradução...” Eu disse: “mas eu não sei alemão, como é que eu vou fazer?”. Então ele disse: “não, mas o senhor vai na fábrica, conhecer na fábrica”. [...] Fomos [Dr. Adilson e sua esposa] para Frankfurt [...] e foi uma emoção quando eu cheguei na fábrica e fui entrando, o hasteamento da bandeira, estava lá a bandeira da Alemanha, a bandeira da cidade e a bandeira do Brasil. [...] Eu fiquei fazendo lá três dias treinando com o pesquisador que criou o equipamento (Dr. Adilson).

Apesar do orgulho do Dr. Adilson em chegar em outro país e encontrar a bandeira do Brasil hasteada, tal ação impulsionada por uma empresa de instrumentos e equipamentos, poderia ser considerada como assédio. Não foram encontrados estudos que relatam esse tipo de relação entre as empresas privadas e profissionais docentes da odontologia, porém, algumas pesquisas se dedicaram ao tema no campo da medicina; principalmente, quando relacionado à indústria farmacêutica. Segundo Monteleone (1998, p. 629)

[...] os laboratórios chegam a gastar US\$ 8.000 por ano para cada médico. Isso inclui visitas de propagandistas, amostras grátis, balangandãs de toda espécie, financiamento de congressos e publicações médicas, passagens e hospedagem em eventos no exterior (às vezes incluindo as despesas do cônjuge) e até isenção de anuidade em cartão de crédito.

Sem dúvidas, os dentistas são fontes de conhecimento para as empresas, sobretudo quando se trata de algo muito específico para o cuidado em saúde, tal como a odontologia. Forma-se, portanto, uma lógica de formação, voltada para atender ao mercado fabricante de instrumentais, sendo o momento de prática-formativa o primeiro e mais importante passo para que o futuro profissional seja dependente daquele instrumental.

Hésio Cordeiro (1980), classifica tal dinâmica, mas, voltada para o campo médico, como Complexo Médico-Industrial, ou Complexo Industrial da Saúde, como definiu Gadelha (2003). Porém, ambos apontam para uma mesma lógica, em que há uma opção, por partes das grandes empresas em aumentar a circulação de medicamentos e equipamentos, de modo, que reorganize a prática médica e por consequência o consumo individual de quem “compra saúde”, assim, se apropriando, inclusive, de espaços de formação de recursos humanos em saúde.

Schraiber (2019), afirma que esse modelo influenciou na re-produção da macroestrutura dentro do processo de trabalho médico interno, isto é

[...] essa “interiorização” na medicina de questões econômico-sociais permitiu reconstruírem-se as relações entre, de um lado, o saber em medicina e sua intervenção, e de outro, as estruturas de cuidados e as condições materiais em que se realiza a técnica, ou seja, [...] como a prática médica tem sido parte que é também criativamente participante da organização social dos serviços. (Schraiber, 2019, p. 19 [tradução minha]).

Manfredini e Botazzo (2006, p. 174), ressaltam que: “A exemplo do que ocorreu na área médica na década de 1990, também se detecta a entrada no mercado de equipamentos odontológicos de maior densidade tecnológica.” É nesse contexto, em que os congressos odontológicos passam a ser espaços importantes de divulgação dos produtos de grandes empresas, divulgando novos instrumentais e materiais de insumo em detrimento de avanços técnicos-científicos, por exemplo.

Visitas a estes congressos podem se constituir em importantes momentos para a obtenção de informações e formulação de análises sobre o estado da arte do “**complexo odontológico-industrial**”. Nestes, nota-se uma crescente padronização na forma de apresentação dos consultórios odontológicos. Ao se visitarem os diversos stands, vê-se uma similaridade dos produtos ofertados pelos diversos fabricantes e que a dependência tecnológica de equipamentos importados se concentra na área de radiologia odontológica (Manfredini; Botazzo, 2006, p. 174 [grifo meu]).

Assim, parece que o saber odontológico foi influenciado pela dinâmica desse Complexo Industrial da Saúde, que, nesse caso, pode-se classificar como **Complexo odontológico-industrial** (Manfredini; Botazzo, 2006), desde a formação dos graduandos até mesmo influenciando na escolha dos mesmos pela própria especialidade que iria seguir. Dirá Dr. Gilberto:

A compra do material definiu a especialidade que eu me propus a fazer depois, creio eu. Eu sou endodontista. Mas inicialmente, eu era clínico geral. Quando eu me formei eu tinha todos os instrumentais necessários para fazer uma clínica geral. Tinha de tudo. Para Dentística, para a Endodontia, para a Cirurgia. (Dr. Gilberto)

No mesmo sentido, Dra. Judith também obteve a mesma influência: *Durante a graduação eu comprava material odontológico, instrumental e material. E isso de certa forma influenciou para que depois eu abrisse meu consultório. [...] Porque eu já tinha todo o instrumental [...].*

Ou seja, se, se considerar a influência das empresas fabricantes de instrumentais sob os docentes do curso de odontologia, em especial da prática clínica, os graduandos estariam diretamente construindo seu próprio consultório durante a graduação. Em geral, tal ação é vista como um aspecto positivo, uma vez que se “parcelava” ao longo dos anos de formação a montagem de seu espaço de trabalho de cunho liberal, dentro de uma lógica empresarial capitalista. É bem verdade, que tal fato, seria apenas a reprodução de uma costura macroestrutural que assolava todos os segmentos de produção de bens, tal como indústrias de medicamentos (no caso dos médicos, *a priori*). Mas, não só, também atingindo a produção de vacinas e prestação de serviços de saúde, como teorizado por Gadelha (2003); afinal, é no setor da saúde, em que se constitui um espaço importante de inovação, formando um cenário atrativo para “investimentos”, seja de curto prazo, no caso da captação de professores, seja de longo prazo, no caso de graduandos que vão reproduzir no interior de sua prática o uso de instrumentais indicados pelas disciplinas de tais docentes.

4.3.5 SOBRE A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

Apesar da influência direta do Complexo Odontológico-industrial⁷¹ na escolha da especialidade, outros motivos, do ponto de vista de escolha pessoal do entrevistado, assim como questões contextuais de época em Pernambuco, foram importantes para a escolha da especialidade. Essas questões serão abordadas neste tópico.

⁷¹ Apesar deste estudo não se ocupar na explicação direta sobre o aparecimento das especialidades odontológicas, cabe ressaltar o aparecimento das mesmas à luz dos escritos de Heloísa Paixão (1979), em que relata: “O desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, ao mesmo tempo que amplia as possibilidades de interpretação e interferência sobre as condições de saúde, impossibilita o domínio, pelo profissional, da totalidade dos conhecimentos, devido ao acúmulo de informações e ao seu grau de elaboração científica. Portanto, surge a especialização, como forma de divisão técnica do trabalho e como resultado mais imediato da inovação técnico-científica” (Paixão, 1979. pág. 88).

Em 1978, cerca de 3404 profissionais em odontologia no Brasil, possuíam alguma especialidade. Em geral, a profissão foi se feminizando ao passar a segunda metade do século XX, desembocando na primeira década do século XXI como uma profissão de maioria feminina. Porém, algumas especialidades sempre tiveram maioria feminina, tais como: odontopediatria, dentística e endodontia (Morita; Haddad, Araújo, 2010).

Dra. Judith, formada na década de 1970, relata os motivos para a escolha da especialidade em odontopediatria:

O motivo para eu ter escolhido a especialidade em odontopediatria é a identificação mesmo com criança. Eu mesmo lá na faculdade, desde o começo da clínica eu sempre. As crianças, e as meninas também já sabiam, os professores. Tanto é que eu fui convidada a fazer a especialização. Isso aqui na FOP, e logo depois fui convidada pelo professor para fazer atendimento no consultório dele. Só criança. Eu fui fazer especialização porque o campo não tinha trabalho, mas quando eu estava no meio da especialização o professor me convidou pra fazer o atendimento dos clientes dele, crianças que ele não gostava de atender e eu fiquei com a clientela dele infantil e ele com a adulta. (Dra. Judith)

Há de se perceber, durante a segunda metade do século XX, o centro do cuidado odontológico seria a binômio mãe-bebê; essa ideia se perdurou até o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), que ampliou esse cuidado, no setor público para as demais faixas etárias. A indução do Estado, ao mesmo tempo que o mercado focado nas pediatrias, foram essenciais para dar sustentação social para o modelo odontológico materno-infantil. Nesse sentido, a odontopediatria seria um campo vasto de empregabilidade, tal como o caso da Dra. Judith.

Já no caso da Dra. Elaine, a escolha de sua especialidade passava pela influência direta do seu professor, além disso, de um contexto macroestrutural de inserção de novas tecnologias dentro da prática odontológica. Tratava-se da especialidade de radiologia.

A escolha da minha especialidade foi o meu professor, certo? O professor Ageu Sales me chamou para fazer estágio com ele... [...] e aí, eu comecei estudando, fazendo estágio com ele e quando foi... fazia parte de radiologia dentro da faculdade e depois, na vida prática. Quando eu me formei, ainda fiz dois anos de clínica, mas com foco em radiologia. Aí Dr. Gilberto me

chamou para trabalhar com ele na clínica dele. [...] depois fiquei independente. (Dra. Eliane)

Assim, tratava-se de uma área inovadora, mais distanciada das especialidades “básicas”, mas, que ao mesmo tempo, transversal a todas elas, uma vez que passava a observar o dente e suas estruturas anexas por dentro: de forma bidimensional. Melhorando no diagnóstico para uma decisão clínica mais conservadora, isto é, a preservação dentária em detrimento da exodontia. Porém, o custo de praticar essa especialidade era muito alto, o que faria conservar a odontologia ainda como uma prática mutiladora, no caso para aqueles que não poderiam pagar pelo exame de imagem. Dra. Eliane, por exemplo, diz que

[...] a gente não tinha como comprar um aparelho panorâmico para usar aqui. [...] trouxe o meu de navio do Japão. Foi indicação do meu professor de São Paulo! Insight tudo dado por ele. [...] Ele veio inaugurar minha clínica, me acompanhou até a morte dele. (Dra. Eliane)

Aliás, o estado de São Paulo, durante o período histórico da pesquisa, foi o principal centro de formação de especialistas em odontologia; no caso dos entrevistados, eles só poderiam realizar a especialização, caso pudessem arcar com os custos da viagem até São Paulo. Esse fator foi decisivo para que alguns adiassem o projeto de se tornar especialista, ou mesmo, de optarem por não realizar nenhuma. Dirá Dr. José: *Não tinha aqui cursos de especialização. Você tinha que se deslocar para São Paulo, para o Rio ... Assim, eu não cheguei a fazer nenhuma especialidade, eu só fiz aperfeiçoamento: em prótese, em oclusão; tudo o que a minha clínica precisava.*

A partir da década de 1980, a Associação Brasileira de Odontologia – Seção Pernambuco (ABO-PE), começou a oferecer cursos de capacitação, aperfeiçoamento e atualização em diversas especialidades. Ante esse cenário, muitos profissionais da odontologia conseguiram ter acesso *in loco*, a novas perspectivas de tratamento, tal como Dra. Isaura:

A Associação Brasileira de Odontologia encaminhava cursos; assim como o conselho também, que dava muitos cursos; [...] mas a ABO principalmente. Abriu-se muito as portas para fazer esse tipo de atualização dos profissionais mantendo os cursos que antigamente não tinha (só tinha em São Paulo, mas aqui não). Porque quando a gente sai precisamos ainda de muitas coisas e de muitos conhecimentos que ali (universidade) a gente não consegue nos quatro, cinco anos. (Dra. Isaura).

Na análise da pesquisa documental, foi possível montar a tabela a seguir, com os principais cursos oferecidos pela ABO nos primeiros anos da década de 1980. Não foi possível aprofundar mais ao longo dos anos da década, uma vez que havia a ausência de algumas folhas no livro ata da referida associação.

Quadro 2 - Principais cursos oferecidos pela ABO nos primeiros anos da década de 1980. Continua

NOME DA ATIVIDADE/DOCENTE RESPONSÁVEL	PERÍODO	CH	INSCRITOS
I Semana de Atualização Odontológica Coordenadores: Professores Clélio César de Lemos Lima e Dierson Pacheco Leal (FOP-UPE)	15 a 19 de junho de 1981	Sem anotação	29
Curso de Periodontia para Clínicos Prof. José Carlos de Castro Carvalho (USP)	25 a 27 de junho de 1981	10 horas	27
Curso de Endodontia Prof. Ernane Abade (Rio de Janeiro)	16 a 18 de julho de 1981	08 horas	34
Conferências sobre “Novos Materiais para a Implantologia” Prof. Heinrich Newesely (Freie Universitat, de Berlim – Alemanha)	28 e 29 de agosto de 1981	Sem anotação	Sem anotação
Curso sobre Núcleos Imediatos Prof. Peter F. Kurer (Manchester – Inglaterra)	02 e 03 de setembro de 1981	05 horas	Sem anotação
Curso de Reabilitação Oral Prof. João Rodrigues (Rio de Janeiro)	09 a 14 de novembro de 1981	30 horas	25
Curso de Periodontia Prof. Eduardo Gomes Seabra (UFRN)	23 a 26 de novembro de 1981	12 horas	22

Quadro 2 - Principais cursos oferecidos pela ABO nos primeiros anos da década de 1980. Continuação

Curso de Endodontia Prof. Roberto Alves dos Santos (FOP-UPE)	25 a 27 de agosto de 1982	10 horas	145
Curso de Periodontia Prof. Zeudo Cláudio da Costa Vidal (UFPE)	Sem anotação	14 horas	70
Curso de Odontopediatria Prof. Clifton Dumett (U.S.A.) Prof. Roberto Vianna e Cláudia Maria de Souza (UFRJ)	28 a 30 de outubro de 1982	10 horas	62

Fonte: Livro ata ABO-PE, 1980-1990

É possível observar, que os cursos oferecidos na ABO, pelo menos constatados em ata, não seriam de especialização, mas sim, de curta duração. Isto quer dizer, que se realizava uma certa atualização especializada sem o conhecimento prévio da própria especialidade. É um modelo comum, dentro da lógica da clínica odontológica, uma vez que, segundo os entrevistados, é preciso ter a noção de todas as especialidades, mesmo que seja através de atualizações acadêmicas, de modo que se realize um tratamento mais adequado.

Ante os trechos acima, parece, que no caso da odontologia, as especialidades se reafirmam dentro do próprio consultório: isolada. Não havia, portanto, uma reunião entre especialidades em um único espaço, mas sim, o desenvolvimento separado do saber e da prática odontológica especializada, dividindo o objeto de trabalho em vários pedaços por um lado; e ampliando por outro: dente, polpa, periodonto, mucosas, ossos da face etc.

Na medicina, o processo de especialização se dá dentro do Hospital. (Schraiber, 2019).

O hospital se define como o agregador das diversas especialidades médicas e, entre 1945 e 1970, era a modalidade de atendimento em saúde que dispunha de equipamentos e infra-estrutura necessários para tais serviços. Na década de 1970, expandem-se aqueles serviços exclusivamente de diagnósticos e tratamentos (os serviços 'complementares'), acompanhando o

boom do complexo industrial médico. (Schraiber, 2019, p. 38 [tradução minha]).

Embora, no caso da odontologia, não existisse um hospital⁷² que funcionasse como um dispositivo para interlocução e práticas entre as especialidades, durante os anos 1950-60, houve um aumento considerável de dentistas no espaço da saúde previdenciária, o que pode indicar uma lógica de aprofundamento das ações mais voltadas ao consultório individual, com uma super especificidade para resolução de problemas igualmente específicos. Ou seja, se a demanda por prótese viria do trabalhador previdenciário, ele seria encaminhado para o dentista especialista, e não para um clínico geral, criando um certo fluxo e lógica de cuidado.

No mercado de trabalho médico, tais ações chancelam a gênese do “esvaziamento da autonomia do produtor isolado na medicina liberal, ao mesmo tempo em que promove e sustenta o caráter privado da produção de serviços.” (Schraiber, 2019, p. 38 [tradução minha]). Não se pode afirmar, que no mesmo período isso aconteceria com a odontologia, uma vez que o processo de conformação da própria profissão (Nogueira, 1967) ainda estaria em andamento. Tal tema, será mais bem abordado no próximo capítulo.

⁷² Apesar da experiência do Hospital Magitot em Recife, não há outros relatos de equipamentos de saúde da mesma natureza, e nem mesmo o próprio hospital traria uma perspectiva diferente para a profissão, uma vez que suas ações eram totalmente focadas em cirurgia dentária, não havendo, pois, diálogo entre as especialidades.

5 O DENTISTA DIPLOMADO E SEU MERCADO

5.1 O TÍPICO ATÍPICO E O ATÍPICO TÍPICO

Em 1922, através da Lei Eloy Chaves, tem-se a autorização de formas de prestação de serviços odontológicos pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), muito focada em trabalhadores urbanos (Aranha-Rossi, 2018), mas, só a partir de 1933, que mudanças significativas foram observadas na inserção do Dentista diplomado, fazendo com que esses profissionais ocupassem espaços públicos com caráter assalariado. A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP'S), foi elemento decisivo para essa inserção (Vianna, 1988).

No interior daqueles organismos da previdência social, cria-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs): o primeiro, em 1933, foi destinado para os marítimos, trabalhadores portuários de forte organização sindical; em 1934, foi destinado para os comerciários e bancários; em 1936 – instalado em 1938 – para os industriários; e em 1938 para os trabalhadores de transportes e cargas. (Schraiber, 2019, p. 33. [Tradução minha])

O aparecimento da Previdência Social, em decorrência da Revolução de 1930, é lido por Cecília Donnangelo (2011a) como uma resposta às tensões sociais, sendo o Estado o mediador delas.

Da perspectiva do trabalhador, representa, num primeiro momento, uma efetiva ampliação dos direitos sociais, na medida em que o sistema de seguro garante a continuidade de um consumo mínimo em condições de paralisação temporária ou definitiva do trabalho [...] bem como o acesso a serviços sociais (assistência médica, reabilitação profissional, assistência social) (Donnangelo, 2011a, p. 33).

Assim, se por um lado a classe trabalhadora estava organizada, por outro, também era de interesse do empregador o pleno exercício das práticas oferecidas pelo operariado, isto é, uma otimização do trabalho, sendo entendido numa modalidade como “recurso” e por isso, precisando de cuidados médicos e odontológicos no próprio ambiente de trabalho ou em instituições vinculadas ao empregador, ou seja, haveria uma certa pressão econômica por parte deste último.

É sobre o entendimento do trabalhador como “recurso” que as primeiras medidas relacionadas às regulamentações legislativas das Caixas de Aposentadorias e Pensões aparecem, principalmente nos anos 1920. Isto virá representar, sobretudo a partir dos anos 1960-70, uma articulação entre o Estado e o capital privado; sendo que o primeiro, em grande parte, fornece a acumulação prévia necessária à implantação das empresas médicas, ao repassar recursos acumulados por meio dos seguros sociais da previdência pública. O Estado, assim, financia, sob formas facilitadoras, o empreendimento de capitalização da produção (Donnangelo, 2011a).

Nota-se que Donnangelo, faz uma referência direta ao trabalho médico, já inserido na previdência social recém criada. Do ponto de vista do trabalho odontológico, não há vasta pesquisa que refaçam esse caminho; Isabel Vianna (1988), estudou as principais formas de inserção do cirurgião-dentista nos modelos de previdência ao longo do século XX; segundo a autora:

[...] no que tange à assistência odontológica, a ampliação ocorre[u] sem que diretrizes e/ou normas técnicas fossem fixadas, prevalecendo a prática de uma odontologia essencialmente ‘mutiladora’ e emergencial, restrita à remoção de focos (Vianna, 1988, p. 24).

Cabe ressaltar, que a transformação do modelo econômico brasileiro nos anos 1930-40 ofereceu um deslocamento de uma sociedade baseada na agroexportação para uma voltada para industrialização interna; influenciando a transformação da medicina liberal para uma medicina assalariada. No caso da Odontologia, essa transformação ganha outra camada de complexidade, isto é, sendo o Brasil eminentemente rural, voltada para produção de café, leite e açúcar, as populações tinham sua alimentação rica em carboidratos\açúcares (Paixão, 1979), do que se pode inferir o acometimento de doença cárie por grande parte da população; seja rico, seja pobre. Em outras palavras, no Brasil esse carecimento por cuidado dentário que antecede, inclusive, a formação da própria profissão moderna em odontologia ganha contornos próprios.

Do ponto de vista da organização administrativa dos prestadores de serviços, Aranha-Rossi (2018, p. 45) classifica como “autoritária e centralizada”, ou seja, apenas a operacionalização da prescrição acordados previamente, sem a

disponibilização de arcabouço técnico anterior. A única exceção é o caso do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), que garante ao segurado tratamento restaurador. Esse cenário – grosso modo – persistiu até a década de 1950, com a institucionalização da Seção de Odontologia dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) (Vianna, 1988). Tal seção, tinha inspiração no modelo americano, tradicionalmente focado no tratamento de escolares, sendo os adultos com vínculos empregatícios atendidos apenas nos esquemas de tratamentos mutiladores e/ou de urgência (Aranha-Rossi, 2018).

Em outras palavras, mesmo com a formação e diplomação de dentistas, dentro de um certo arcabouço “científico”, não havia, porém, a inserção significativa (até a primeira metade do século XX) de procedimentos que assegurassem os dentes na boca, isto é, ações odontológicas de cunho conservador dentário.

Dr. Pablo, atribui o exercício do procedimento exodôntico à época, como falta de interesse do profissional dentista em realizar outros procedimentos, ao mesmo tempo, que uma garantia de receber mais honorários por serviços “extras”. Segundo o profissional, quando se opta pela exodontia dentária, necessariamente a reabilitação deve ser realizada, ou seja: ganha-se duas vezes e tem-se um cenário mercadológico definindo as decisões clínicas.

*A Endodontia já funcionava na época. Eu já fiz muito canal. Então essa história de tirar dente não era desculpa. Tirar dente era a maneira prática de ganhar dinheiro. O dentista na época (não é o meu caso, mas tinha gente que pensava assim) extraia o dente para colocar a peça. E era vantagem para o dentista. Ele colocava a peça depois e ganhava duas vezes. [...] então a mutilação que existiu no Brasil durante o século passado [sec. XX] aconteceu de forma muito lúcida. Lúcida por parte de quem faz. Porque não tinha a desculpa de não saber fazer a “Endo”, já que se ensinava. A mutilação da população na época era a praticidade do profissional. **Era a prática... você arrancar e ganhar dobrado.** (grifo nosso) (Dr. Pablo)*

Porém, o mesmo Dr. Pablo pondera:

Mas, por outro lado, também existia o desejo da população de tirar os dentes. Ainda existe. Eu mesmo quando trabalhava no Sindicato dos Comerciários, os pacientes chegavam: “ah, eu quero tirar meu dente”. Eu dizia: “não tiro porque o seu dente tem conserto. Pode vir o presidente da república, mas eu não tiro”. O profissional usufruía do processo por conta da necessidade da

pessoa. Elas não tinham essa noção de que poderia consertar e ajeitar; e os dentistas não tinham essa função social de trabalho (Dr. Pablo).

A parcela da população que recebia o tratamento através das caixas de pensões/sindicatos, eram essencialmente força de trabalho, e sendo força de trabalho, necessitariam, pois, de condições de saúde compatíveis para o pleno exercício da sua prática. Ora, os dentes, de modo geral⁷³, não eram essenciais para o exercício do trabalho – numa primeira análise – sobretudo o fabril, mas a dor de dente era um fato limitador do trabalho, e sendo a exodontia, a execução mais rápida de recuperação da dor, mas não da reabilitação da boca. Diferente, por exemplo, da mutilação de uma perna, em que obrigatoriamente fazia-se necessária uma reabilitação protética para locomoção. Isto é, a boca [e mais específico os dentes] se constituiu historicamente como território desimportante para o viver em sociedade.

Assim, se por um lado, existia a execução de prática mutiladora, por outro, existia a necessidade de o trabalhador retornar ao mercado de trabalho, e transversalmente a esses dois fatos, a base mercadológica de formação do profissional, que correspondia, pois, ao contexto social de reprodução capitalista. Nesse sentido, não era um saber autônomo da odontologia que ditava o modo com que sua prática era exercitada, e, sim, o contexto social que influenciava o saber, o modo de formação do dentista e de operação da prática.

Segundo Aranha-Rossi (2018), amparada por Vianna (1983) e Pinto (1993), as ações ofertadas pelos institutos previdenciários seguiram sendo predominantemente focados nas ações clínicas, em especial a exodontia dentária. Porém, esses institutos, eram essenciais na captação de pacientes para os consultórios privados, afinal, nem tudo era ofertado por eles. Dra. Eliane, enfatiza:

Eu entrei no Instituto dos Bancários em 1958, com uns dois anos fui efetiva; e entrei como contratada, né? Com dois anos, dois anos e pouco... eu fui efetivada. Eu entrei para substituir um colega que estava

⁷³ É bem verdade que a ideia de “sorriso como cartão de visitas”, só se estabeleceu mais profundamente com a popularização da fotografia, isto é, na primeira metade do século XX; assim pouco importava a quantidade de dentes que se tinha na boca como pré-requisito para o exercício do trabalho, o contrário acontecia com a perna, por exemplo. Motivo pelo qual, de certo, a boca e sua reabilitação demorassem tanto tempo para se tornar parte fundamental da saúde integral das pessoas.

de licença prêmio; quando ele voltou eu fiquei. Ficamos os dois (Dra. Eliane).

Assim, a Dra. Eliane exercia sua prática num modelo de trabalho misto, isto é, ao mesmo tempo em que tinha uma certa autonomia, dentro do seu consultório; ela dividia o turno em um emprego de assalariado no setor público. Esse cenário é condizente com os estudos do mercado de trabalho dos médicos, elaborado por Schraiber (1994; 2008; 2019), em que os profissionais de tal profissão também exerceriam esse modelo de atuação mista. Assim, desloca-se da ideia de que o cirurgião-dentista foi, durante o século XX, um profissional tipicamente “liberal puro” e “autônomo” e que o modelo misto de trabalho seria condizente apenas com a nova conformação do capitalismo ao final do século XX, como destaca Bleicher (2016).

Segundo Paixão (1979), o mercado de trabalho odontológico se encontrava em processo de transição de uma prática liberal para assalariada, cerca de 64,60% dos dentistas entrevistados⁷⁴ pela autora, referiram algum tipo de assalariamento nos seus vínculos; sendo não apenas uma exclusividade da categoria odontológica, mas sim da totalidade das profissões liberais, uma vez que:

[...] à medida que avança [o capital] em todos os setores da economia, penetra na área de serviços convertendo-os em mercadorias e assalariando seus profissionais. Este é o caso do setor de prestação de serviços de saúde, onde a empresa capitalista tende a apropriar-se, progressivamente, do trabalho específico dos profissionais da área que, até então, trabalhavam como autônomos (Paixão, 1979, p. 78).

Paixão (1979) amparada por Singer (1974), relata que o assalariamento advém do modelo de reestruturação do Estado, em que no setor saúde, por meio do desenvolvimento técnico-científico, impulsionou a concentração de capital; como consequência, tem-se o aparecimento dos grandes aglomerados hospitalares e do seguro de saúde privado.

Essa fase tradicional se caracteriza pela perda progressiva de autonomia e, conseqüentemente, pela existência de múltiplas formas alternativas de

⁷⁴ O campo de produção de dados da autora foi em Minas Gerais e teve como público-alvo da pesquisa egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais durante a primeira metade da década de 1970.

integração do profissional no mercado, desde o liberal tradicional até o assalariado. (Paixão, 1979, p. 3)

Apesar disso, o trabalho liberal no campo da saúde, durante a década de 1970, ainda era valorizado, afinal, uma possibilidade de maior renda, ou mesmo de manter o padrão de vida que já havia tido; como pano de fundo, era socialmente mais aceita pelos colegas de profissão, e, “representavam uma opção pré-fixada no projeto de vida do profissional” (Paixão, 1979, p. 80).

Donnangelo (2011a) estabelece critérios de definição para classificar o trabalho médico autônomo no mercado de trabalho, são eles: clientela própria, a posse do equipamento e instrumental necessário para a execução do trabalho, a liberdade de fixar preço do trabalho e o trabalho em consultório próprio. Tais categorias foram aplicadas por outras autoras na análise do trabalho odontológico, como Lana Bleicher (2016) e Heloísa Paixão (1979).

Dessa maneira, estabelece-se, baseado em Donnangelo (2011a) e Paixão (1979), três categorias gerais fundamentais sobre o regime de trabalho do dentista: Liberal (autônomo típico), assalariado e combinado (autonomia atípica)⁷⁵. Há de se considerar algumas subdivisões dessas categorias, que serão exemplificadas ao longo do texto.

Entende-se aqui, o profissional **liberal autônomo**, quando exerce o processo de trabalho de forma solitária, em que desde a captação dos pacientes até a negociação dos honorários é realizada sem intermediações; assim como, não há nenhuma relação com aluguel de espaços ou uso de materiais/instrumentais de terceiros através de empréstimos ou locação. Para Donnangelo (2011a), Paixão (1979), Bleicher (2016) essa classificação estaria no lugar de autonomia típica (compreendendo como típico a repetição), isto é, o que é comum à maioria dos profissionais; entende-se aqui, que o liberal autônomo na odontologia é uma forma atípica de trabalho, afinal, a própria Paixão (1979) relata em seu estudo que apenas

⁷⁵ Bleicher (2016) reformulou as categorias de Donnangelo (2011a) aplicando ao trabalho odontológico, sendo: Trabalho Liberal, dividido em aluguel de turno, credenciamento a planos odontológicos e cooperativa; trabalho assalariado, sendo dividido em duas áreas, quando a primeira estabelece relações com o setor público (estatutário, celetista, temporário, prestador de serviços) e quando relacionada ao setor privado (trabalho por porcentagem e trabalho pejotizado); e, por fim, o trabalho proprietário, quando se trata de prestador de serviços odontológicos e odontologia suplementar.

35% dos profissionais dentistas obtinham o regime de trabalho liberal na década de 1970. Em outras palavras, ao se considerar os estudos de Aranha-Rossi e Vianna em articulação com as falas de Dr. Pablo e Dra. Elaine, é possível notar que os dentistas vinculados aos Institutos de Pensões não tinham autonomia de exercício pleno da profissão.

Ora, se os procedimentos básicos para a manutenção dentária na boca já eram ensinados nos cursos de graduação, por quais motivos eles não eram exercidos na prática clínica? A resposta para esse questionamento é, sem dúvidas, a reabilitação **relativa** dos corpos (da boca e dos dentes, nesse particular), isto é, a mutilação dentária, como forma de devolver o corpo para o exercício do trabalho do trabalhador. Por outro lado, há de se considerar que o Brasil, durante o século XX pouco produzia os instrumentais e insumos utilizados para a prática odontológica, o que, de fato, encarece a oferta do trabalho, como relata Manfredini e Botazzo (2006), ou seja, tal fato recairia na falta de posse dos meios materiais de trabalho (2011), dificultando o acesso à tratamentos mais conservadores.

A odontologia moderna enquanto profissão (Nogueira, 1967; Diniz, 2011) tem sua gênese já em um modelo de **autonomia atípica**, numa combinação entre o mercado privado, público, aluguéis de turno, dentre outras modalidades. Assim, pela estabilidade de uma relação de autonomia atípica, nos moldes Donnangelo (2011), pode-se dizer que o típico para o trabalho odontológico é o atípico para o trabalho médico. Ora, a medicina enquanto campo de saber colonizou as demais profissões de saúde (Schraiber, 2019), e essa colonização trouxe consigo o contexto da prática, uma vez que o mercado de trabalho já dava sinais (isto é, exceção, portanto atípico) de limites de liberdade para os médicos (Schraiber, 1993); assim sendo, a odontologia, por meio de sua profissionalização tardia, herdou da medicina (isto inclui a dinâmica capitalista inserida no trabalho médico) já um modo de operação do mercado de trabalho próprio e compatível com a fragilização da autonomia. Assim, pode-se dizer que, no caso dos dentistas, o exercício profissional já nasce dentro de um quadro de uma **relativa autonomia**, como configuração típica da profissão em sua relação com o mercado.

No caso da Dra. Juliana (descrito abaixo) a dinâmica acontecia de forma peculiar, afinal a prática familiar (isto é, de pai para filha) estaria intimamente ligada à arte de confeccionar próteses. A hipótese para tal é a seguinte: a lida com as questões

estéticas estaria intimamente relacionada com uma certa capacidade de confeccionar com perfeição um aparelho reabilitador em substituição aos dentes e não necessariamente fazia parte da operacionalização clínica da prática odontológica, seja ela a de chumbar (obturar os dentes) ou até mesmo retirar o dente doente (exodontia). Como uma linha tênue entre a clínica e a arte dentária, ou seja, entender a prática do dentista como a arte de confeccionar uma prótese que reproduzisse não só a aproximação com a função, mas com a estética.

[...] a minha família toda é dentista, meu irmão é dentista, minha irmã é dentista, meu pai era dentista e eu sou dentista. Ai como nós tínhamos a clínica e a minha irmã trabalhava lá e eu comecei a trabalhar e meu pai também trabalhava. Ele disse: "para você ganhar dinheiro, tem mais perspectiva na parte prótese, porque a sua irmã já é da odontopediatria, eu passo a minha clientela para você". Ele já tinha a clientela solida [de prótese] constituída de muitos anos (Dra. Juliana)

Diferente do Dr. Samuel, que mesmo sendo de uma família de dentistas, necessitou usar de outros artifícios para captar a sua clientela. De certa maneira, Dra. Juliana estava numa família não só de dentistas, mas de dentistas que tinham especialidades odontológicas distintas⁷⁶, de modo que, sua irmã mais velha já cuidava de crianças, enquanto seu pai de pessoas adultas e de reabilitação protética (lembrando que na época, a população desdentada era altíssima). Forma-se, pois, uma certa “linha de cuidado” odontológica, em que toda a família seria atendida, do ponto de vista bucal, em um único consultório.

Assim, Dra. Juliana operava no mercado através de uma autonomia típica nos moldes de Donnangelo e de autonomia atípica, se, se considerar o argumento deste estudo; o que seria destoante da regra geral do mercado odontológico na época.

Há ainda outra característica fundamental no contexto dessa história: a descoberta e o aprofundamento de tecnologias voltadas para a produção de plástico

⁷⁶ Paixão (1979) chama atenção para distinção de dois modos distintos de agrupamentos de consultórios odontológicos; aqueles que funcionam em **Grupo**, isto é clientela separada, onde há troca de clientes/usuários e uma concorrência interna entre os mesmos; e em **Equipe**, em que clientela unificada e o grupo trabalha em um mesmo local sob determinadas condições, com uma integração maior que antes, sem o estabelecimento de uma concorrência direta, mas de complementaridade do tratamento odontológico, tal como acontecia com a família da Dra. Juliana, em que sua irmã teria uma clientela diferente, do ponto de vista da técnica executada.

e de resina; de modo que a Dra. Juliana herdou uma rede de contatos de fornecedores de bons materiais plásticos, fundamentais, pois, para a confecção de prótese de qualidade. Fica claro, então, tratar-se de uma reserva de mercado e um monopólio do saber sobre a confecção de próteses, visto que seu pai, também era catedrático da disciplina de prótese dentária em uma escola de odontologia de Pernambuco.

Assim,

“[...] a complementaridade e a dependência surgidas pela mediação da inovação técnico-científica no contexto do avanço do modo capitalista de produção, são, ao mesmo tempo, fator de novos desenvolvimentos dos meios de trabalho e, portanto, se ligam ao surgimento de novas modalidades de exercício da profissão, representadas pela progressiva substituição do trabalho profissional isolado pelo trabalho em equipe/grupo.” (Paixão, 1979, p. 89)

Cabe ressaltar, ainda segundo Paixão (1979), que, por consequência da alta incidência de extrações dentárias, as necessidades de dentaduras eram elevadas e com custo equivalente a 8 salários-mínimos da época (cerca de CR\$ 18.200,00). Assim sendo, o trabalho da Dra. Juliana, além de ser na modalidade atípica, trazia consigo um alto grau de especificidade, o que endossava uma certa “qualidade” no cuidado, compatível com a do seu pai.

Já **trabalho assalariado**, entende-se por aquele que há ausência de clientela própria e dos equipamentos e instrumentais de trabalho; ou seja, o profissional vende sua força de trabalho em troca de um salário, ou de uma comissão, ou mesmo de um repasse salarial, sem ter a relação direta com os direitos trabalhistas estabelecidos pela CLT, tal como o tipo de vínculo “pejotizado”. Numa espécie de *dupla alienação do trabalho*, sendo, pois, o profissional desprovido dos meios de produção e do produto do seu trabalho, não sendo, portanto, livre para planejá-lo; assim como, não tem autonomia para modificá-lo isoladamente. Desse modo, “[...]a vida de trabalho no capitalismo, está dentro do domínio e controle do capitalista⁷⁷; no contrato de trabalho

⁷⁷ Nesse sentido, “[...] o trabalhador em grande medida é dirigido e manejado em seu trabalho, o grau em que seus conhecimentos vão ser utilizados e o espaço que lhe sobra para exercer decisões independentes, estão sujeitos à direção de outros. Por isso mesmo, é importante para o capitalista controlar o processo de trabalho, pois com a introdução das novas relações de produção antagônicas, o processo de trabalho tornou-se responsabilidade do capitalista, visto que, ao mesmo tempo em que os trabalhadores se vêm obrigados a vender a sua força de trabalho, também entregam seu interesse trabalho, que foi agora alienado” (Paixão, 1979, pág. 82).

o trabalhador vende a outros o seu próprio tempo, sua energia e conhecimento. (Paixão, 1979, p. 82).

Lilia Schraiber (2019), teoriza também, baseada em Marx, sobre a dupla alienação do trabalho:

A típica alienação dos operários em relação à finalidade e ao modo de produção de seu trabalho termina por isolar e até opor o trabalhador e a tecnologia de trabalho, este saber sobre a intervenção manual. Constituem, pois, uma polarização relativamente aos trabalhos ditos intelectuais, cuja presença da dimensão manual de intervenção é mínima. (Schraiber, 2019, p. 8 [tradução minha]).

O trabalho assalariado ainda poderia ter um caráter mais sutil, não sendo estabelecida regras trabalhistas, nem o uso de materiais/instrumentais próprios, tal como o aluguel de turno em consultórios de terceiros, assim como a captação da própria clientela, assim, tem-se o **trabalho assalariado velado**.

Pode-se dizer, que pela própria especificidade do trabalho odontológico (interna ao corpo e mais específico: interna à boca; centrado em reabilitação dentária ou na mutilação destes) as questões relativas à propaganda de “boca-a-boca” estariam prejudicadas; afinal, o resultado do trabalho não é visível – em linhas gerais. Há de se ter, portanto, um intermediador nessa captação. Dessa maneira, os institutos previdenciários, em primeiro lugar, tiveram papel fundamental para esse gatilho profissional; em segundo lugar, também existiam os cirurgiões-dentistas descendentes de outros profissionais, de modo que a sua clientela era inteiramente (ou parte dela) repassada de pai para filho; esse fenômeno pôde ser observado em alguns profissionais que contaram suas histórias de vida nesta pesquisa.

Meu pai era dentista e tenho mais dois irmãos dentistas. Um já falecido e outro que já é bem mais velho do que eu, esse não exerce mais, [...] assim que me formei, eu já possuía um consultório devido ao meu pai, cheguei a trabalhar com plano de saúde, aos que davam condição de utilizar um bom material. (Dr. Samuel)

Assim, mesmo o Dr. Samuel, sendo filho e irmão de dentistas, necessitou captar mais pacientes para o seu consultório através de planos de saúde, reafirmando

o lugar do cirurgião-dentista com relativa autonomia durante a segunda metade do século XX. Em outra perspectiva, a captação de pacientes para o consultório através de planos de saúde existia, mas, desde que eles pagassem o suficiente para que se conseguisse manter a compra com qualidade de insumos, instrumentais e materiais. De alguma maneira, Dr. Samuel, mesmo sendo dono do seu próprio consultório (em forma de herança) não tinha liberdade plena para fixação do preço de trabalho e do seu próprio processo de trabalho, fato observado por Bleicher (2016) no começo do século XXI. Afinal, necessitava escolher os planos de saúde que melhor pagassem, para que por fim, fizesse o repasse ao seu paciente. Isso posto, nota-se uma limitação do processo de trabalho e uma “falsa” escolha de pacientes, uma vez que não se podia atender quem o procurasse enquanto profissional, mas sim, atender quem pudesse pagar pelo plano de saúde específico que repassava a melhor parcela para o profissional.

Outra modalidade no setor privado que expressa a relativa autonomia do cirurgião-dentista, é o pagamento por porcentagem, comum no compartilhamento dos consultórios odontológicos, sendo que um profissional é o proprietário e os demais alugam aquele espaço⁷⁸. Tradicionalmente, o proprietário tem uma especialidade distinta dos demais profissionais locatários. Dr. Adilson já realizou esse tipo de modalidade:

Então esse consultório é meu, e eu loco as salas para os outros profissionais. Já tive pagamentos por porcentagem, mas hoje eu só faço locação. O profissional é independente! Mas, já tive muito percentual. (Dr. Adilson)

O pagamento também poderia ser por lucro compartilhado, em que todos os profissionais envolvidos recebiam uma parte igual do valor excedente, após o pagamento das despesas. Mas, longe de ser um trabalho em sociedade, como mostra o relato do Dr. Peixoto:

[...] foi [no consultório de um professor] onde eu iniciei os meus primeiros passos, e pagando... não o aluguel; mas pagando: pagava a

⁷⁸ Chama atenção a odontologia de Grupo (1979), uma vez que, há o aluguel de turnos em consultórios de terceiros, havendo a possibilidade de concorrência entre o proprietário e a pessoa que faz a locação, isto é, quando o tratamento odontológico de ambos realiza interface mútua.

energia, o condomínio e o material... eu comprava o material, mas ele tinha muita coisa. Aquilo que ele tinha, ele também colocava lá para que eu pudesse usar, sem problema nenhum. No final a gente tirava as contas da energia, tal, tal... e dividíamos eu e ele o lucro; era geral e não em porcentagem, era parceria. Ele fazia endodontia e parte de próteses e eu ficava com a cirurgia e a dentística (grifo meu). (Dr. Peixoto)

O fato de pagar o aluguel seria uma característica determinante para a diferenciação de quem era o “dono” e quem era os que pagavam pelo uso do local. Como deixa claro também o Dr. Adilson, reafirmando que o “consultório é meu” e que ele loca para outros profissionais, dando para eles plena liberdade. Bleicher (2016, p. 167) relatou em sua pesquisa, que

[...] o aluguel de turno permite ao dentista desincumbir-se de algumas tarefas administrativas, pois não se torna o empregador direto dos funcionários da clínica e encontra os equipamentos à sua disposição.

Porém, mesmo levando seu material de consumo, os instrumentais disponíveis para o procedimento são – grosso modo – do proprietário, fato que denota o não controle total do processo de trabalho; assim, discordando em partes de Bleicher (2016), em que afirma, ser o aluguel de turno uma atividade totalmente autônoma. Ora, mesmo o profissional proprietário não seria totalmente autônomo nessa relação, uma vez que não seria possível supervisionar e endossar a autonomia técnica de cada profissional locador, o que ainda colocaria em risco, nos casos em que os profissionais teriam a mesma especialidade, de deslocamento da clientela para o profissional locador.

Cabe ressaltar, que os proprietários – em geral – são filhos/netos de dentistas, que acumularam ao longo do tempo um capital profissional (saberes e práticas) e financeiro, capaz de fazer investimentos em consultórios múltiplos, com o objetivo de expandir uma certa rede de tratamento odontológico, formando uma espécie de “marca” própria, aos moldes de uma grife de roupas ou de sapatos. Isso não é exclusivo dos dentistas, e foi observado nos estudos de Donnangelo (2011) e Schraiber (2019) quanto aos médicos, mas se aprofunda e se complexifica no

mercado de trabalho odontológico no século XXI, de acordo com o estudo de Bleicher⁷⁹ (2016).

A liberdade, pois dada para profissionais locatários, seria o espaço do consultório livre para o exercício da prática, e com os instrumentos disponibilizados pelo locador. Então, pode-se dizer, que não seria totalmente um ambiente de caráter liberal. Outro fator que endossa a distinção por referência à autonomia liberal é que a locação desse espaço, em turnos, precisa ser coberta pelo valor dos honorários realizados naquele turno, de modo que o profissional precisaria ajustar o valor de cada procedimento de acordo com o repasse ao dono do consultório, caracterizando uma heteronomia na fixação dos preços; dessa maneira, o objetivo final do locatário, não seria o lucro por meio – e apenas – do seu exercício profissional, mas sim, com os custos do aluguel repassados ao paciente.

No mesmo sentido, os profissionais que alugavam turno, tinham esse modelo de vínculo e de oferta de prática, como um processo transitório⁸⁰, pelo fato de encontrarem-se iniciando a carreira e atendendo em um consultório já com um “nome” ou uma “grife”. Assim, seria uma forma de captação de clientela, para atender uma parcela da população que o profissional não acessava em outros espaços de práticas, dada a distinção entre classes sociais.

É bem verdade, que há uma certa liberdade em colocar o valor que se quer na cobrança pelos procedimentos, se comparados com outras modalidades de exercício de trabalho no mercado, porém, o encarecimento dos procedimentos, pelo fato da locação, de algum modo regula o preço a ser cobrado, bem como elitiza a clientela. Afinal, nem todos poderiam pagar pelo procedimento.

Por fim, o **Regime Combinado**⁸¹ acontece quando - em linhas gerais - o profissional detém parte dos meios de produção; possui dois tipos de clientela: própria

⁷⁹ Somando na discussão e trazendo formas típicas de empresariamento na odontologia (que não necessariamente são realizados por dentistas), tal como os empresários donos de redes de consultórios odontológicos, sem falar nas modalidades por cadastros por Pessoa Jurídica (PJ), o que seria, nas palavras da autora, um “assalariamento disfarçado” (Bleicher, 2016, pág. 197).

⁸⁰ Nas décadas seguintes, mostrada mais adiante nesse capítulo, a busca pelo início da carreira profissional em consultório odontológico tem outros atravessamentos, sobretudo, no que tange à identidade do próprio profissional.

⁸¹ O regime combinado, segundo Paixão (1979), pode ser considerado quando há a articulação entre: o trabalho liberal e estatal; liberal e empresa produtiva; liberal e empresa de saúde; liberal e associação de classe beneficente; liberal e convênio; liberal, estatal e associação de classe ou beneficente; liberal, estatal e convênio; liberal, associação de classe ou beneficente e convênio; liberal, empresa produtiva

(estabelecendo um tipo de vínculo liberal) e outra através das empresas conveniadas (não tem liberdade de estabelecer os valores; nem mesmo de escolher a clientela). No exemplo em específico, o convênio funcionaria tal como uma *nuvem de fumaça*, impedindo que a situação do assalariamento ficasse clara para os próprios profissionais; uma vez que o ato prático do trabalho se dá em um processo isolado e com posse dos seus próprios meios de produção; porém, “[...] a autonomia e a qualidade do trabalho fogem do controle direto do profissional” (Paixão, 1979, p. 17). A maioria dos personagens entrevistados por Paixão (1979) trabalhavam em regime combinado (58,68%).

5.2 DINÂMICAS INTERNAS DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Quanto à dinâmica interna do consultório odontológico, pode-se observar um amplo espectro: o processo de trabalho tal como ele é descrito pelos entrevistados, isto é, a prática solo do pequeno produtor privado de consultório; a presença dos agentes de prática da saúde bucal que se descentralizam da figura do dentista gerando prática que passa a ser compartilhada com outros profissionais de formação apenas técnica, isto é, a formação de equipes de trabalho; a introdução de trabalhos outrora realizado por artesãos (ou práticos), passando a ser exclusivamente dos dentistas à partir de inovações tecnológicas, tal como o oferecimento de novos procedimentos que emergiram com o uso e disseminação do plástico, por exemplo, na manipulação de próteses, gerando novos ramos de trabalho parcelares; os primeiros sinais de transformação de uma odontologia caracterizada pelo pequeno produtor de consultório – em geral, para um trabalho assalariado. Esse processo de transformação culmina, com o passar da segunda metade do século XX, em prática assalariada e flexibilizada, dentro dos moldes do capitalismo globalizado; mas, que ainda assim, preserva-se (ou se tenta preservar) um certo grau de autonomia técnica, como teorizado por Schraiber para a prática dos médicos (1993; 2019). Dessa forma, também os dentistas diplomados, passam a ter um mercado de trabalho, em que a

e convênio; liberal, empresa de saúde e convênio; liberal, estatal, associação de classe ou beneficente e convênio; liberal, empresa saúde, associação de classe ou beneficente e convênio; liberal, estatal, empresa produtiva e empresa de saúde.

autonomia mercantil e a autonomia de organização da sua jornada de trabalho foram perdidas.

Apesar da prática odontológica ser realizada durante a segunda metade do século XX com uma certa autonomia relativa, a mesma era realizada de maneira isolada, principalmente até a década de 1980, em que, tinha-se o auxílio de pessoas que se ocupavam do secretariado do consultório e ao mesmo tempo, das questões de lavagem de instrumentais, montagem da agenda, divulgação, dentre outras funções; mas, a prática-técnica do profissional dentista era realizada segundo decisões autônomas dele próprio, e não sob certas exigências de comprovação objetiva, da necessidade desta ou daquela ação terapêutica por parte do agente, tal qual irá ocorrer à partir de 1980, com o surgimento dos convênios-empresas; fato que será melhor explicado adiante. A esse trabalho mais autônomo, Schraiber (2019) caracterizou para os médicos como uma *prática de um homem só*.

Assim, a odontologia, pelo menos até a década de 1970, se estabeleceu como uma profissão dotada de relativa autonomia mercantil e de domínio sobre a jornada de trabalho, em um aspecto mais amplo, assim como, de **liberdade técnica**. Afinal, seria possível propor e executar a prática dentro do seu próprio consultório de modo independente – e por vezes compartilhado com outros colegas de profissão, mas sempre cada qual ocupando um espaço próprio do objeto de trabalho - assim como captar sua própria clientela e negociar os honorários. Porém, a autonomia mercantil e a da jornada de trabalho vão sendo perdidas a partir de 1980, e mesmo a autonomia técnica não perdurou durante o resto do século XX. Essa especificidade que se estabelece como um processo de progressivas de rupturas históricas. Mas, não entendida aqui como consequência de uma construção cultural, ou do processo de formação, nem mesmo de organização interna da categoria odontológica, mas sim, pelo próprio mercado de trabalho. Esse entendimento também foi observado por Schraiber (1993), quanto aos médicos, na mesma época.

Assim, na perspectiva liberal, bastaria a compra de um consultório ou a montagem dele no centro da cidade, que a prática já poderia ser realizada; por meio da espera dos primeiros pacientes e da indicação dos próximos pelos primeiros. Dr. Adilson, por exemplo, deixou os negócios da família, no seu primeiro ano de formado, e comprou seu primeiro consultório no centro da cidade. E completa: *a captação [de*

pacientes] era boca-a-boca! Boca-a-boca! [Havia] a placa... no consultório, mas só quem passa pelo corredor é quem vê, né? Mas era no boca-a-boca mesmo!

Porém, o fato do paciente chegar apenas com uma demanda odontológica, não queria dizer, que o profissional apenas observasse e desse seu diagnóstico para aquela demanda; em geral, os acometimentos odontológicos eram múltiplos, fato atribuído ao cenário epidemiológico ligado ao ambiente rural e produtor do açúcar de amplo consumo popular, já abordado anteriormente; tal fato evidenciava o tratamento contínuo do mesmo paciente, não havendo, assim, uma grande rotatividade entre os pacientes, mas sim uma permanência dos mesmos; inclusive, as práticas mais mutiladoras⁸² exigiam do profissional e do paciente vários encontros clínicos para substituição dos dentes, como no caso da moldagem da prótese, prova da prótese, ajustes da prótese, etc. Para o paciente cria-se um vínculo de confiança com o profissional, em que ele era “o seu” dentista, e que seria indicado para os seus conhecidos mais próximos. Dr. Heraldo testemunhou que: *fui captando os pacientes através de amigas e um indicando o outro e foi chegando.*

É nesse contexto que, orquestrada pelo mercado de trabalho, a popularização de novos materiais de uso odontológico se aprofunda e realiza uma certa “revolução” interna da própria prática; seria uma maneira de se diferenciar dos dentistas práticos, que quase sempre ofereciam a sua assistência com foco nas exodontias dentárias. Ao mesmo tempo, a evolução científica, dentro do que se propôs a própria modernidade, indicava novos rumos para a odontologia, de cunho mais sanitário; tal como a odontologia sanitária⁸³, que se desenvolve a partir das teorias de Mário Chaves, o que influencia a formação odontológica, que se voltava para primeiras

⁸² Segundo Paixão (1979), à época, apenas 4% da população teria acesso ao tratamento odontológico, sendo considerado pela autora como uma situação calamitosa. No mesmo sentido, a odontologia se fundamentava em uma prática sofisticada, essencialmente curativa e mutiladora, e cada vez mais especializada, e, portanto, mais cara. Tais fatos, formam o pano de fundo para o baixo acesso da população ao tratamento odontológico.

⁸³ A tipologia criada por Paulo Capel Narvai (1993) pode ser aplicada principalmente nas questões de cunho de produção de políticas públicas de saúde, sendo classificadas como: Odontologia Sanitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Social, Odontologia Simplificada, Odontologia Integral e Saúde Bucal Coletiva. Essa teoria foi aprofundada por Thais Regis Aranha Rossi (2018), na obra *Produção Social das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil* e por Catharina Matos Soares (2019), na obra *Constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil*. Tal teoria foi importante, do ponto de vista pedagógico, para o entendimento da odontologia e sua formação, mas que não foram suficientes para ultrapassar a barreira da prática odontológica de cunho liberal e de modelo mecanicista, o que só aconteceria com a implementação em massa das Equipes de Saúde Bucal e dos Centros de Especialidades Odontológicas a partir do primeiro Governo Lula (2003), com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

ideias preventivistas; porém, “*restritos [a] setores universitários e sendo objeto de grande desinteresse pelos clínicos, tanto no setor público quanto, principalmente, no setor privado*”⁸⁴ (Narvai, 1993, p. 61). É bem verdade, que em médio prazo, haveria uma geração de dentistas formados, já com esses primeiros ideais, ao passo, que o mercado de trabalho exigiria mais agilidade na entrega de “resultados”, o que influenciaria a prática odontológica de sobremaneira. Ao mesmo tempo, as novas tecnologias aprofundaram a dependência do dentista por penduricalhos tecnológicos capazes de diminuir o tempo de trabalho, tal como o caso do uso de calor através de fontes de luz. Dr. Adilson relata:

O ultravioleta eu consegui... uma pessoa que veio dos Estados Unidos, eu tinha solicitado [...] a pessoa estava lá participando de um seminário, eu dei as indicações e ele conseguiu trazer. Não havia impedimento assim da alfândega [...] a grande revolução dele foi porque ele permitia a fotopolimerização de camada de três a quatro milímetro, então isso já avançou muito em ganho de tempo e qualidade (Dr. Adilson)

Assim, o tempo de trabalho diminuía o que facilitava o atendimento do paciente, uma vez que não era necessário à espera de que o material restaurador ficasse totalmente polimerizado, isto é, em condições de uso para as funções normais dentárias. Essa mudança foi essencial para a própria ampliação do atendimento odontológico; ora, atendimentos mais rápidos correspondem a mais tempo livre na agenda e por consequência mais pacientes que poderiam ser agendados; fato que impulsionou uma certa profissionalização do pessoal auxiliar, antes restritos às funções mais organizativas do próprio consultório (Zanetti; Oliveira; Mendonça, 2012).

A abertura de estabelecimentos com foco em exames de imagem odontológicos, na década de 1970, também entra na conta das transformações tecnológicas e por consequência da otimização do tempo de trabalho desses profissionais, uma vez que se ampliavam os olhares para o objeto de trabalho odontológico, através de uma visão de duas dimensões, diminuindo as chances de erro e criando uma cultura mais voltada para preservação dentária.

⁸⁴ “Esse ranço em relação à odontologia preventiva só seria superado, definitivamente, nos anos 1980. O desenvolvimento da cariologia nos países escandinavos e o êxito no controle da cárie dentária obtido naqueles países e no conjunto dos países de primeiro mundo, com exceção do Japão, quebrou a resistência (também) por aqui” (Narvai, 1993, pág. 62).

Assim, no interior do consultório a própria autonomia técnica foi se fragilizando, algo que já acontecera com as demais autonomias, a saber: a mercantil e a organizacional. Dentro desse contexto de relativa autonomia, é comum que as profissões mais estabilizadas encontrem saídas que respondam a algumas demandas já estabelecidas pela sociedade; isso ocorreu sistematicamente, principalmente no setor privado, tal como no aprofundamento e complexificação da relação dos cirurgiões-dentistas com os planos de saúde. Foram reorientações da prática que se distinguiam daquelas que surgiram no interior do setor público de prestação de serviços odontológicos à população. Estes últimos impactos, em contraste com as reorientações observadas no setor privado com a presença dos planos de saúde, serão tratados ao longo do capítulo.

5.3 METAMORFOSES DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO E A ROTA FINANCEIRA DA CIDADE-MANGUE

Antes de adentrar no setor dos planos de saúde e sua relação com a odontologia, cabe criar um parêntese para problematizar o contexto da cidade do Recife e sua rota financeira em associação com a metamorfose geográfica que os consultórios odontológicos passaram durante a segunda metade do século XX.

O centro de prática da odontologia se formou histórico e socialmente no consultório odontológico, e este é *vivo* em relação às dinâmicas da cidade. Assim, entendendo esse estabelecimento como um reprodutor do social, e considerando o contexto capitalista de produção de bens e serviços em ascensão na segunda metade do séc. XX, cabe realizar algumas considerações, isto é, como a prática odontológica e o consultório dentário migraram dentro da cidade do Recife, a partir das mudanças econômicas do interior do próprio espaço geográfico.

5.3.1 Entulhados à beira do Capibaribe: a prática odontológica de centro

Durante a América Portuguesa, Recife se desenvolveu principalmente em função do açúcar. Isso fez com que, o aglomerado de casas de trabalhadores

portuários, formassem uma certa urbanização em torno do Rio Capibaribe, hoje região central da cidade. Nos idos do séc. XVII, essa urbanização toma outros contornos com a ocupação dos holandeses; com os aterramentos dos mangues, criam-se bairros, tais como: Santo Antônio, São José, e Bairro do Recife. Após a expulsão dos flamencos e uma nova revitalização urbana, mais necessariamente em 1639, com o contexto da fortificação da produção açucareira, em decorrência do apogeu têxtil da Europa, outros novos bairros foram projetados, em especial, o da Boa Vista (Perboire, 2007).

Segundo Annara Perboire (2007, pág. 72), a ocupação do Bairro da Boa Vista

[...] aconteceu de forma seletiva, privilegiando uma parcela da população, no caso específico, trata-se das classes mais abastadas do ponto de vista financeiro. [Assim como], [...] o gradativo desaparecimento dos antigos engenhos e posterior loteamento que se processa ao longo do séc. XIX. Esses arrabaldes, no entanto, serão ocupados pela população de alta renda em função das amenidades do rio Capibaribe [...], suas águas possuíam propriedades para cura de doenças, sendo utilizada como tratamento medicinal. O rio também se comportava como um importante via de transporte, lazer e higiene.

Além do bairro da Boa Vista, outros bairros foram formados ao redor do Rio Beberibe, e dos pequenos rios Jiquiá, Jordão e Tejiptió, considerados, mais marginalizados, em relação à centralidade do Porto da Cidade. Tais rios também foram importantes para a sustentabilidade de engenhos e formação de novos bairros, considerados “suburbanos”. Tais engenhos são:

[...] o São João, Santo Antônio e o do Melo; o São Francisco; o São Brás e o São Sebastião, que tomou depois o nome de Curado; Torres ou Marcos André, do nome de seu proprietário; o São Paulo, Madalena ou Mendonça; Apipucos, Monteiro, Santo Cosme e Damião, Casa Forte, Beberibe, Jiquiá e o de Ambrósio Machado, que estava situado entre o engenho Madalena e o do Cordeiro, levantado muito depois da época em questão (Halley, 2013. p. 63).

A partir do final do séc. XIX e início do séc. XX, os engenhos citados acima rapidamente se tornaram bairros, em decorrência das instalações das primeiras indústrias, também no movimento da falência da produção açucareira. Influenciados, sobretudo, “pela expansão mundial do capitalismo, a qual repercutiu em transformações nas relações sociais e de trabalho.” (Perboire, 2007, p. 74). Assim, já

na segunda metade do séc. XX, tem-se a dimensão de uma espécie de centro expandido do Recife, onde convivia-se ricos e pobres no mesmo lugar, “mas, não há dúvidas de que ocupavam e viviam mundos separados” (Perboire, 2007, p. 76). É nesse contexto, que os personagens (principalmente os formados na década de 1950 e 1960) dessa pesquisa montam seus primeiros consultórios odontológicos.

Dirá Dra. Eliane: [...] *eu montei um serviço aí na rua da Boa Vista; era só atravessar a ponte⁸⁵ que chegava no meu consultório na rua da Boa Vista.* Assim como ela, Dr. Adilson e Dra. Isaura também montaram seus primeiros consultórios no centro de Recife:

E então, no final de dezembro eu saí da empresa e comprei um consultório lá no centro da cidade, o primeiro consultório no Edifício Basilar, no centro.
(Dr. Adilson)

Meu primeiro consultório foi no centro da cidade no Edifício Seguradora e que hoje está lá todo cercadinho (acho que o prédio foi vendido e está uma briga de família) e que por sinal eu tive muita sorte. Naquela época, o centro era muito dentista. Naquela época todos os dentistas eram localizados no centro. Era Edifício Seguradora, era o Edifício da Praça da Independência, era Palmares
(Dra. Isaura)

A Boa Vista, foi sem dúvidas, o bairro mais importante da Cidade durante essa época, uma vez que concentrava não só o setor de serviços, mas também os prédios de importantes instituições financeiras, bancos e bolsas de valores. Contava com um sistema de transporte público relativamente satisfatório, para os que já moravam no próprio centro e se deslocavam de uma rua para outra. Além disso, era considerado um bairro com um sistema hoteleiro importante, que recebia “um contingente significativo de militares [...] incentivando, portanto, a prostituição e ampliando-se as opções de diversão e lazer, com destaque para o Cinema São Luiz” (Perboire, 2007, p. 77).

O centro também abrigava todo o aparato institucional do Governo do Estado, dentre elas as Faculdades, Escolas de ensino superior, assim como o Palácio do

⁸⁵ Dra. Eliane se refere à ponte do Derby, principal ligação da área suburbana ao centro da cidade, à época.

Governo e a Assembleia Legislativa; fato este que facilitava o tratamento odontológico desses agentes de prática da política, como relata Dra. Isaura:

[...] no meu edifício tinha um dentista, que foi meu professor, o Doutor Luiz Carneiro, ele atendia toda essa elite: governador, prefeito, Miguel Arraes e muitas vezes na hora que eu ia subindo, ele também iria subindo. Tinha que todo mundo parar para o governador poder entrar (ele nem queria isso: de ter o elevador só para ele) mas a comitiva todinha entrava, então a gente já se resguardava mesmo porque a gente já sabia de todo o protocolo que tem. Mas ele era do meu prédio. O governador, o prefeito e esse pessoal da política mais “elevada” eram todos atendidos lá nessa clínica que era no sexto andar. (Dra. Isaura)

Ora, os consultórios odontológicos não estariam no centro da cidade pelo acaso, mas sim, pela reprodução do social dentro das suas próprias práticas, atendendo, pois, ao modelo histórico de prática desenvolvido à época; ainda, como uma permanência profissional, focada no tratamento de ricos, tal como um artigo de luxo, como já mencionado anteriormente. A odontologia voltada para população mais pobre, era exercida pelo Hospital Magitot, ou mesmo pelas clínicas escolas das faculdades, com foco na mutilação dentária. Essa lógica, também se reproduz na prática médica na mesma época, como mostra o estudo de Schraiber (2019, p. 113 [tradução minha]):

[...] no interior de uma territorialização do urbano em que o centro da cidade corresponde ao espaço das elites e das camadas mais ricas da população, e a periferia da cidade corresponde ao espaço de moradia, circulação e consumo dos mais pobres: os operários, os chacareiros, os pequenos comerciantes [...]

O caso do Dr. Pablo chama atenção, pois, ele mantinha dois consultórios ao mesmo tempo: *[...] eu tinha dois consultórios: um de elite (centro da cidade) e um popular (arrabalde). O de Elite Sempre no centro, porque tinha que ser em um local de visibilidade.*

Tal lógica era influenciada pelo entendimento de que existiam perfis diferentes de atendimento em ambos os casos, a clientela do consultório privado teria uma demanda voltada mais para questões estéticas, embora também ocorressem demandas funcionais; já o consultório popular, para questões de reabilitação protética,

que, a bem da verdade, perpassam pelo lugar da estética também, mas tenho a funcionalidade como principal finalidade clínica. Manter duas clínicas, coloca o Dra. Pablo como refém de uma lógica assistencial que se retroalimenta, sendo para os ricos o estado de refém pelo que os próprios clientes possuem – visando atender as expectativas estéticas e funcionais deles -; e sendo para os pobres, refém pelo que eles não possuem, inclusive financeiramente. Dr. Pablo chega a afirmar, que seu consultório mais popular não “se pagava”, isto é, não gerava lucro, de modo que o lucro do consultório de elite cobria os gastos do primeiro.

A divisão dos turnos de trabalho, que será melhor explicada adiante, também chama atenção, pois o Dr. Pablo se ocupava do consultório do arrabalde pela manhã e do consultório de centro no turno da tarde. Ora, o trabalho matinal tipicamente era associado com ocupações de cunho filantrópico e benemerente⁸⁶; já o turno da tarde era “o tempo do trabalho para si, e não para os outros” (Schraiber, 2019, p. 290 [tradução minha]).

Assim, o local geográfico do consultório, representa um símbolo interno da própria prática, que diferenciam o exercício profissional como mais ou menos rebuscado, mais ou menos complexo, mais ou menos lucrativo. Tendo, como principal indutor desse processo as características sociais dos clientes, tal como apontado por Schraiber (2019). Nesse mesmo sentido, e ainda baseado na autora, pode-se entender duas práticas odontológicas distintas: a clínica de bairro e a clínica de centro; sendo a primeira focalizada em atendimentos de reabilitação mais funcional, até mesmo pelo perfil epidemiológico da população em geral desdentada; sendo a segunda, focalizada no *status* social da representação do consultório tal como ele é no local onde se encontra, em ampla convivência com professores e agentes políticos, tal como relatado por Dra. Isaura:

O meu consultório estava localizado em um andar que tinha três professores (eles eram meus professores e tinham consultório lá) então eu me sentia muito segura porque se eu precisasse de alguma coisa estavam os professores na altura ali. Então eu fui para uma clínica segura. (Dra. Isaura)

⁸⁶ Cabe destacar esse fato histórico e social descrito por Schraiber (2019) em relação aos médicos e que parece ser uma característica comum entre os profissionais “liberais”; e que se perpetua como uma continuidade histórica, com outra roupagem. Ver tópicos posteriores do capítulo.

Essa convivência com profissionais mais experientes, conferia ao profissional recém-formado uma espécie de *autoridade técnica* (Schraiber, 2019) por um lado, uma vez que estariam no “mesmo andar”, não em uma lógica de concorrência, mas no sentido de possibilidade de ocupar o mesmo espaço e partilhar da mesma densidade técnica (mesmo que virtualmente); por outro lado, configurava uma certa inferiorização, pois, segundo a Dra. Isaura, alguns pacientes eram encaminhados por seus professores, por não conseguir pagar o tratamento no consultório deles, sendo o trabalho do recém-formado considerado mais “barato”. Diz Dra. Isaura: *Quando eles [os professores] sabiam que aqueles pacientes não tinham um nível financeiro para eles, eles passavam para mim.*

Porém, o perfil econômico do Centro de Recife começa a mudar (a partir da década de 1960), influenciado principalmente pela implantação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), incentivando a implantação de um modelo econômico desenvolvimentista com base no planejamento regional. Aliado a isto, a fundação do Instituto Brasileiro de Turismo (EMPETUR), que impulsionou a costa brasileira numa reestruturação turística voltada ao desenvolvimento regional (Oliveira, 1987). Tais ações, foram essenciais para incentivar uma nova economia que rompia com o modelo “regionalista” e trazia para os centros das principais cidades do nordeste a indução de grandes empresas, como meio de trazer um equilíbrio entre as regiões do Brasil. Tratava-se do processo de *homogeinização* da reprodução do capital e de suas formas, através da concentração e centralização do capital, o que na hipótese de Francisco de Oliveira (1987), acabaria por fazer desaparecer as regiões.

Segundo Perboire (2007, p. 78), “[...] esse conjunto de atividades, concentradas no espaço da área central tradicional do Recife, fez com que não somente o núcleo dessa área bem como outros espaços do seu entorno conhecessem um forte dinamismo socioespacial [...]” Isto é, em função do acúmulo de capital, essas áreas começaram a perder o valor a partir da década de 1970, o que a autora classifica como “deseconomias urbanas”. Em que há

[...] elevação dos preços dos solos e impostos de imóveis das áreas, problemas de acesso voltados, especialmente, à indisponibilidade de locais para estacionamento. Além desses aspectos, faz-se mister citar problemas concernentes à condição do meio ambiente físico da área, sendo caracterizado pela deterioração e falta de comodidade representadas, por exemplo, pela poluição em seus vários aspectos: sonora, visual e do ar. Todos esses fatores tornaram-se, assim, através de atividades econômicas para área, proporcionando a fuga de investimentos e atividades da área central para áreas periféricas da cidade que se valorizava (Perboire, 2007, p. 78-79).

Tais aspectos foram sentidos pela Dra. Isaura, em que relata:

Com o tempo, falta de estacionamento, as pessoas começaram então a se queixar, e que a cidade vai crescendo e começam a proibir estacionamento, não é permitido ali... muitas pessoas iam de ônibus, mas os que iam de carro começavam a reclamar porque não tinham onde colocar e isso foi afastando. (Dra. Isaura).

No mesmo sentido, Dr. Pablo lamenta: *O que aconteceu é que o Centro ficou deteriorado, como por exemplo a Guararapes. Hoje em dia para você chegar lá é um sufoco.*

Assim como a economia burguesa os consultórios odontológicos precisariam migrar para novos centros financeiros, em que pudesse trazer sustentabilidade ao próprio consultório e continuar exercendo a prática hegemônica à época; sobretudo para o mesmo perfil de clientes; uma vez que não havia lugar que oferecesse “conforto” para aqueles que poderiam frequentar o consultório odontológico. O centro da cidade, pois, se transformaria em um grande centro comercial de consumo durante o dia, e “abandonado” durante a noite; em que apenas teria como permanência de outrora os centros de prostituição. O que tornava o bairro popular e frequentado por operários comuns, que quase sempre não teriam como pagar os tratamentos oferecidos pelos dentistas daquela região.

Porém, curioso o caso do Dr. José, em que, mesmo dentro dessa lógica de deseconomia urbana, optou por permanecer no centro.

Já me apareceu oportunidade para mudar o consultório, mas eu achei que aqui era uma propriedade minha e eu administrava do jeito que queria. E tinha

gente saindo aqui do centro para ir para um bairro, a gente teria que fazer parte de uma clínica com vários profissionais. E eu não achei conveniente a gente fazer esse tipo de mudança. (Dr. José)

Parece que a lógica de menos “especificidade” no tratamento - isto não quer dizer menos conhecimento da técnica -, até então comum aos profissionais de bairro, se deslocaria para o centro; afinal, Dr. José era um dos poucos entrevistados que optaram por não realizar especialização. Assim, o perfil do trabalho que ele oferecia estaria voltado para demandas menos específicas, típicas sócio-históricamente de populações mais vulneráveis; aliás, este era o perfil de então, das pessoas que frequentavam, trabalhavam e tinham acesso ao centro da cidade. Dra. Isaura demorou para realizar a transição para outro bairro e percebeu o novo perfil dos clientes; diz ela: [...] *os pacientes que estavam no centro eram [oriundos de] convênio, porque vinham das fábricas [...]*.

Por fim, durante a década de 1980, houve uma grande indução de modernização urbana em Recife, o que possibilitou a ligação da área central para a área litorânea, que até então, continham principalmente casas de veraneio das populações mais abastadas. Tratava-se do desenvolvimento de uma periferia elitizada e a desvalorização do centro: *“as atividades sociais e os investimentos públicos e privados foram deslocados para a zona sul da cidade, especificamente, para o bairro de Boa viagem”* (Perboire, 2007, p. 79).

5.3.2 ATRÁS DO ARRANHA-CÉU TEM O CÉU: A PRÁTICA ODONTOLÓGICA VERTICALIZADA

Para entender essa dinâmica de transposição econômica dos bairros centrais de Recife para o Bairro de Boa viagem, e por consequência, da conversão odontológica pelos mesmos bairros, é imprescindível lançar mão de algumas discussões do ponto de vista geográfico-político.

Durante o séc. XIX, quando a burguesia de Recife se formou, foi desprezada a orla marítima, pois, não havia o costume de realização de banhos de água salgada. Além disso, o microclima da região do rio Capibaribe e seus afluentes era mais similar com a lógica urbana da França, modelo pelo qual, à época, a arquitetura

pernambucana foi influenciada. Apenas no início do séc. XX foi que houve a adesão ao “modismo” do banho de água salgada. Ao mesmo tempo, a inauguração da estrada de ferro que ligava o centro do Recife ao Cabo de Santo Agostinho, impulsionou um primeiro desenvolvimento, mas ainda sem uma expressiva ocupação de moradores, sendo restrita a casas de veraneio: em torno de 60. Só a partir da década de 1920, que o Bairro de Boa viagem foi ligado diretamente ao centro de Recife, com importantes investimentos de infraestrutura, tais como: estação de tratamento de esgoto; a construção da Avenida de Ligação, Avenida Beira-mar e a Ponte do Saneamento; além disso, o serviço de bondes elétricos passam a chegar na localidade (Perboire, 2007; Vieira, 2020).

Nas décadas de 1940 e 1950, houve a estruturação de loteamentos na região, fato que impulsionou a urbanização local e o crescimento populacional que se firmaram nas décadas seguintes. Ainda no mesmo período, deu-se o início da verticalização do bairro, “destacando-se [os edifícios] Acaiaca, Califórnia, Holliday e o Hotel Boa viagem” (Perboire, 2007, p. 84). Porém, tal fenômeno acontece ainda numa lógica que permitia a convivência entre os espaços públicos e privados, isto é, “os prédios tinham acesso direto à rua, uso comercial no pavimento térreo e/ou muros baixos” (Melo-Jr; Trigueiro; Canuto, 2022, p. 3).

Na década de 1950, o aeroporto do Recife é inaugurado na mesma região, e já na década de 1960, Boa Viagem absorvia 10% da população do Recife, sendo o bairro de maior crescimento proporcional, em comparação ao eixo central. Ante esse contexto, a população local, que se ligava ao centro da cidade pela Ponte do Saneamento (atual ponte do Pina), sentiu a necessidade de ter seu próprio comércio, sua própria rede de serviços; afinal, seria um desconforto o deslocamento entre eixos da cidade através de uma única via de ligação; esse fato se confirma na década de 1970. Assim,

[...] parcela significativa da população residente no bairro passa a não mais se deslocar para o núcleo central em busca da satisfação de suas necessidades de mercado, uma vez que o lugar já dispõe de um arcabouço de atividade que atendem às expectativas de seus moradores (Perboire, 2007, p. 87).

A partir da década de 1980, Boa Viagem já não apresentava mais a paisagem praieira, com coqueiros e habitada por pescadores; tudo isso dava lugar à uma área urbana, elitizada e verticalizada. Os edifícios de moradores vão perdendo os espaços públicos de lazer e ganham aparatos de segurança, “levando também a uma espécie de encarceramento dos moradores em seus respectivos domínios.” (Melo-Jr; Trigueiro; Canuto, 2022, p. 3). Com esse movimento, houve o aprofundamento do deslocamento dos pescadores moradores daquela região, para a região denominada de Brasília Teimosa⁸⁷, região do Bairro do Pina (Costa; Araújo, 2008).

É nesse contexto que parte dos personagens desta tese passam a trocar de localidade o seu consultório particular. Ora, se todo o arcabouço econômico se mudava para a região Sul da cidade, não faria mais sentido manter apenas o consultório da região central. Já não havia lugar para estacionamento, assim como ocorria o processo de popularização da região central, o que seria incompatível com o tipo de prática odontológica até então oferecida na localidade. Porém, esse processo, não foi concomitante ao desenvolvimento do bairro: Boa Viagem já se estabelecia como principal localidade na década de 1980; já os entrevistados só se estabeleceram de vez em tal bairro, a partir da década de 1990. Isso não quer dizer que não havia uma espécie de dupla jornada entre dois tipos de consultório: um mais popular e outro mais elitizado, tal como acontecera com Dr. Pablo (em lógicas diferentes, é verdade).

Dra. Isaura, por exemplo, só fechou seu consultório do centro após 30 anos, sendo 10 anos de atividades concomitantes com consultório em Boa Viagem.

Eu passei trinta anos no centro. Desses trinta anos, dez anos eu montei no bairro e fiquei então cativando as pessoas e trazendo para o bairro. Depois que completou dez anos que eu já estava no bairro (que era num centro

⁸⁷ “O nome Brasília Teimosa é uma homenagem à cidade de Brasília e à perseverança dos habitantes do bairro em nunca deixar a área, tendo resistido inclusive a dois incêndios misteriosos. A localização próxima ao Porto do Recife, orientou a ocupação de Brasília Teimosa, gerou atração de mão de obra. O terreno alagadiço foi aterrado no início do século XX para as obras de ampliação do Porto, o que não ocorreu, Brasília Teimosa passou a ser ocupada por trabalhadores portuários e pescadores. Em decorrência do terreno alagadiço, eram construídas palafitas, constantemente derrubadas em abordagens policiais durante o dia e reconstruídas insistentemente pelos moradores durante a noite. A teimosia dos moradores deu nome ao lugar, antes chamado de Ilha do Nogueira e ainda de Areal Novo.” (Mendes; Rúbio, 2020, pág. 8).

médico odontológico) Então eu disse: “agora eu vou fechar o da cidade⁸⁸ porque não tem mais condições de ficar para lá e para cá” (Dra. Isaura).

Nesse sentido, o centro da cidade se desloca para o bairro, seja do ponto de vista de comércio, seja do turismo, seja do acesso ao "complexo médico-hospitalar", formado à época na mesma região. Segundo Dr. Pablo, só os bairros mais elitizados que dariam visibilidade ao trabalho odontológico, tal como Boa Viagem. Isto quer dizer que, só as pessoas que moram nos bairros elitizados poderiam pagar pelos tratamentos então oferecidos.

Segundo Farias (2006), a cidade de Recife passou por duas fases de modernização, sendo a primeira fundamentando-se na ideia de centro e periferia, em que a primeira concentrava as principais atividades econômicas, públicas e privadas e a periferia, que abrigava a maior parte da população de baixa renda. Na década de 1970 (aprofundada nas décadas de 1980 e 1990) dá-se início à segunda fase de modernização, onde as estruturas construídas para moradia foram transformadas em novas áreas centrais, através do processo de verticalização da cidade, principalmente das áreas alto potencial de qualidade de vida, tal como: a região do Espinheiro e Casa Forte, com a presença de diversas praças⁸⁹. Assim, esses bairros, se consolidaram como um centro urbano, durante a década de 1990, denominada como: conjunto urbano de Casa Forte.

O surgimento das centralidades urbanas, mais particularmente dos centros secundários, no Recife, deu-se a partir do século XIX, com a consolidação dos arrabaldes residenciais, que emergiram, lentamente, do mundo rural, especialmente aqueles localizados ao longo dos caminhos que ligavam o centro às áreas situadas na margem esquerda do Rio Capibaribe, onde, hoje, localizam-se as Avenidas Rosa e Silva, Rui Barbosa, 17 de agosto, Estrada do Arraial e Estrada do Encanamento. Esse fenômeno ocorreu, também, em outras regiões da cidade, e o resultado foi o surgimento dos centros secundários de Casa Amarela, Afogados e Encruzilhada. Porém, apesar da expansão urbana seguir o caminho desses arrabaldes, o ponto vital da cidade continuava a ser o centro do Recife (Farias, 2006, p. 52-53).

⁸⁸ As pessoas de Recife costumam se referir ao centro da cidade como “cidade”.

⁸⁹ O paisagista Burlle Marx, filho de mãe pernambucana, foi o principal articulador para a criação desses novos espaços comuns do conjunto urbano de casa forte, projetando e arborizando diversas praças da região, tais como: Praça Euclides da Cunha (Madalena), Praça de Casa Forte (Casa Forte). Marx já teria realizado outras obras em Recife (Praça do Derby [Centro], Jardim do Palácio do Campo das Princesas [Bairro de Santo Antônio]), durante sua gestão como diretor do Setor de Parques e Jardins da Diretoria de Arquitetura e Urbanismo do Governo do Estado de Pernambuco, entre 1934-1937.

Assim, o próprio mercado imobiliário, define as regiões que vão se desenvolver; com o adensamento das construções, e o perfil dessas construções, classificando quem pode e quem não pode habitar naquele espaço, através da compra e venda de imóveis; impulsionando, pois, a construção para atividades terciárias; assim como, equipamentos de saúde públicos e privados, tal qual o consultório odontológico.

Alguns personagens dessa tese também instalaram seus consultórios nas áreas de centralidade urbana: Dra. Judith, por exemplo, após trabalhar alguns anos de carteira assinada em um consultório particular, monta seu próprio estabelecimento na Madalena, bairro dessa região supracitada. A Dra. Maria, após exercer sua prática em turnos de aluguel, também abriu seu próprio consultório no conjunto urbano de Casa Forte. Percebe-se que, os dentistas mais jovens, dentre os entrevistados, isto é, com formação durante a década de 1970, já optaram por abrir seus respectivos consultórios na região dos centros descentralizados; isto se refere ao entendimento que havia uma certa demanda reprimida naquela região e um potencial oportunidade de fazer suas clientelas.

Por outro lado, pela especulação imobiliária desse novo centro, as dentistas tinham dificuldade para manter um consultório individual, sendo relatado por alguns entrevistados uma dinâmica de divisão do espaço com outros colegas de formação. Tal fato, se alinha com o modo de montagem do estabelecimento por meio de separação por especialidades, já comentado acima; além disso reforça o lugar da autonomia atípica da prática odontológica. Ora, tal fato não é isolado, uma vez que corresponde às mudanças da inserção da produção de bens e consumos na lógica capitalista, além do próprio processo de trabalho modificado ante o capitalismo global, aprofundado na última década do século XX (Filgueiras, 1997).

Responde, portanto, à reestruturação produtiva do capitalismo, influenciada pela disseminação do consumo em massa do trabalho e da produção. Ora, é através dos institutos de pensões, que no Brasil há a primeira “popularização” da odontologia, afinal, os trabalhadores estariam ganhando mais direitos – fato que foi interrompido pela ditadura militar no Brasil; mas, que teve um processo de retomada durante a década de 1990 e final dos anos 1980. Ao mesmo tempo, a reestruturação produtiva, apresenta ainda um forte apego ao modo liberal econômico. Isto é, tratava-se de uma

maneira de trabalho mais voltada para o mercado consumidor e para uma certa “liberdade” do profissional dentro do próprio processo, não querendo dizer, pois, que existisse autonomia nas ações práticas, mas sim, ao menos um ideal de autonomia, o que pode ser confirmado pelos depoimentos dos próprios entrevistados.

Assim, essa ampliação do quadro de pessoas que detém o dinheiro, ou seja, uma nova pequena burguesia, aliado à expansão geográfica da Cidade de Recife, assim como a formação de cunho liberal da própria profissão odontológica, influenciaram, sem dúvidas, a prática odontológica e sobretudo para quem os dentistas exerciam sua prática; e, por consequência a visão da população para esse profissional voltado às elites.

Apesar das experiências do Dr. Pablo, em um bairro mais popular, em geral, os dentistas se instalaram em sua maioria em bairros nobres, seja ele o centro da cidade, no tempo histórico das décadas de 1950-1960, seja ele nos novos centros, durante as décadas de 1970-1980-1990. Isto é, mostra-se uma diferença na instalação desses consultórios, mas, em uma visão panorâmica, a dinâmica de institucionalização seria a mesma, de modo verticalizado – literalmente -, uma vez que os consultórios passaram a ser em grandes prédios comerciais, com estacionamento próprio, dando ao paciente mais “conforto”.

5.4 PARECIA ATÉ UM FREVO: O COMPASSO DA PERDA DE LIBERDADE E O PASSO DA PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA

A palavra *frevo*, segundo o dicionário Aurélio, nomeia uma dança de característica rápida, em que é executada uma coreografia individual, marcada por ágil movimento de pernas que se dobram e se estiram freneticamente. O passo de frevo, guarda simbolicamente proximidade com o aprofundamento do *regime combinado* de trabalho no caso particular do trabalho odontológico. Afinal, pode-se afirmar, que o processo de precarização do trabalho do dentista aconteceu de forma frenética, rápida. Vamos, assim, considerar agora a discussão sobre a autonomia do trabalho odontológico ante o cenário das décadas de 1980-1990.

[...] quanto mais recente é a transformação do processo de trabalho, ou seja, quanto mais recentemente se introduziram as relações capitalistas em um determinado ramo de atividade, maior é a resistência dos novos assalariados em aceitar as contradições que emergem das condições que lhe são impostas. Enquanto o trabalhador autônomo é senhor do seu tempo [...], o trabalhador assalariado se vê compelido por um número determinado de horas de trabalho e a um controle sistemático [por parte do capitalista]. [...] [dessa maneira], o produto passa a ser do capitalista que devolve parte dela ao produtor (Paixão, 1979, p. 83).

Até a década de 1980, os planos de saúde de vinculação direta com o estado e suas empresas eram em sua maioria campo de prática dos dentistas, porém, com o desenvolvimento do setor privado, essa realidade começa a se transformar.

Esse aprofundamento é consequência do contexto econômico de estabelecimento de grandes empresas automobilísticas, principalmente no ABC paulista durante as décadas de 1960-1970, criando uma certa cultura de assistência médica para a força de trabalho das suas próprias empresas.

Esse surgimento só foi possível graças à existência de mecanismos de financiamento privado desvinculados do financiamento direto da previdência social. Fomentado pela demanda dos serviços privados de saúde, capital e trabalho financiaram o provimento da assistência médica da força de trabalho, abrindo espaço ao crescimento das empresas de medicina de grupo e dos departamentos de saúde das empresas (Ocké-Reis, 2000, p. 130).

De outro lado, também há crescente deterioração dos equipamentos de saúde, assim como há o crescimento dos chamados convênios-empresa, em que parte da população de classe média começou a aderir durante a década de 1970. Segundo Werneck Vianna (1989, p. 26) todo esse processo teve como pano de fundo a ditadura militar, que favoreceu a chamada classe média, então sustentáculo do regime, isto é, “ou o Estado os fornecia [‘saúde de qualidade’] – e para isso faltava a voz que o autoritarismo calará – ou o mercado engendrava a saída”. Convergindo, havia ainda a possibilidade de dedução do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas das despesas de saúde com tais empresas (Ocké-Reis, 2000). Em outras palavras, formase o cenário ideal para que a população já cativa ao tratamento odontológico,

migrasse⁹⁰ do modelo de pagamento de honorários direto para o modelo de convênios privados.

Sobre isso, Ocké-Reis descreve (2000, p. 135)

Ao longo dos anos 1980, as classes médias passaram a recorrer crescentemente aos planos de assistência médica, e os trabalhadores exigiram de suas empresas convênios desse tipo como diferencial de salário. Esse mercado autônomo consolida-se com a expansão dos planos de saúde, apresentando um certo grau de autonomização financeira face aos gastos públicos em saúde, embora tenha sido evidente o apoio do Estado na constituição de tal setor.

Como pano de fundo, há o aprofundamento das especializações odontológicas, como consequência do assalariamento de grande parcela da categoria e por conseguinte, uma tentativa de preservação de alguma autonomia no interior do processo de trabalho. Segundo Dr. Heraldo,

[...] começou a ficar “feio” porque a quantidade de cirurgiões dentistas e de especialistas começou a crescer. Então aquilo que você contava no dedo quantos ortodontistas, tantas odontopediatras, tantos periodontistas... a coisa disseminou... ficou muito grande. (Dr.Heraldo)

Assim, a experiência profissional repetida várias vezes, faz o agente de prática adquirir uma certa destreza e habilidade específicas, “pois executa um número mais restrito de tarefas, horas a fio” (Paixão, 1979, p. 91). Porém, esse movimento de especialização, não trouxe para a odontologia um ganho em profundidade técnico-científica, mas sim, de tornar o profissional ainda mais assalariado e executor de um trabalho parcelado com operações limitadas.

⁹⁰ Porém, grande parte da classe trabalhadora, ainda permaneceria sem acesso ao tratamento odontológico, visto que, as empresas contratantes faziam a interlocução direta com o prestador de serviços odontológico, em que, o atendimento consistia na otimização do próprio trabalhador dentro da empresa. Isto é, a saúde teria um “lado” e não era do trabalhador: era do capitalista. Segundo Paixão (1979, pág. 104), os trabalhadores adoentados são forçados a permanecer em serviço, a se contentar com tratamento meramente sintomático, sendo sujeitos também a demissão se apresentarem problemas de saúde que reduzam sua produtividade.

Pelo exposto, observa-se que o mercado de trabalho do CD pode ser caracterizado como tendencialmente assalariado. Embora rejeitando o assalariamento, os profissionais não têm condições para detê-lo. Tentam alternativas, entre as quais o trabalho em equipe e o regime combinado. O trabalho liberal, por não representar a relação de trabalho própria do capitalismo, embora exista ainda, tende a diminuir, principalmente num processo em que o capital já se introduziu. A odontologia, de modo geral, busca alternativas para seus membros, no sentido de retardar o assalariamento, mas deixando em segundo plano o aspecto social da profissão – o atendimento a todas as camadas sociais – uma vez que essas alternativas não têm levado a um custo mais baixo do tratamento (Paixão, 1979, p. 95).

As chamadas empresas-convênios ofereciam, em geral, um tratamento mais amplo do que oferecido pelos sindicatos ou pelo próprio INAMPS, mais focados em extrações e tipos de cirurgias um pouco mais complexas, além de restaurações em amálgama. Porém, seria de interesse do empregador, tendenciar-se para a privatização dos serviços na área da saúde, para seus próprios subordinados. Ora, com a liberação do trabalhador para realizar seu tratamento com as empresas-convênio, o patrão deixaria de recolher cerca de 5,33% do valor salarial do primeiro para o INAMPS, sendo que o valor repassado para as empresas de convênio seria inferior (Paixão, 1979).

É nesse contexto, que os profissionais entrevistados aderem aos planos de saúde de caráter privado, entendendo ser uma saída para conter o assalariamento no setor público e se firmar ou se reafirmar, como “profissional liberal” dentro do consultório.

*Eu sou credenciado de convênio há mais de 35 anos, nesse eu só faço prótese, que é a GAP; não tenho como deixar pela clientela que eu tenho. Aquela história: você ganha pouco de muitos, mas ganha. E eu tenho outro convênio para uma clientela mais diferenciada, para o grupo Odontoprev. Eu fui o primeiro cirurgião dentista de Pernambuco a ser credenciado pela Odontoprev. Eu não trabalho com a tabela de... (claramente, todo mundo sabe disso, não sou melhor do que ninguém, pelo contrário, tenho muito o que aprender ainda) mas eu tenho uma tabela diferenciada. Porque eu fui o primeiro, eu fiz adesão voluntária por alguns segmentos diferenciados. **Eu disse: não, eu não quero, não, não quero mais ser empregado de ninguém. Eu prefiro trabalhar no meu consultório.** E naquela época eles me credenciaram com a tabela muito boa, melhor do que a do Banded. No começo era pouca gente, e depois começou um vem traz outro, o grupo Odontoprev também cresceu muito, hoje em dia talvez seja o maior plano de saúde de odontologia do Brasil. E a gente continuou atendendo aquela clientelazinha diferenciada, então são 40 anos de odontologia que eu faço esse ano com mais altos do que baixos. (Dr. Heraldo)*

Segundo Dr. Heraldo, a mudança de um trabalho assalariado numa grande empresa de alimentação para o consultório, por meio de um credenciamento em um convênio privado, fazia com que ele se sentisse mais autônomo, afinal, estaria dentro do seu próprio consultório, confirmando as considerações de Paixão (1979) segundo as quais, seria difícil o próprio profissional reconhecer as distinções entre diferentes modalidades das relações de trabalho com esse tipo de regime. Mesmo atendendo um convênio de pacientes “diferenciados”, o que parecia gerar lucro seria o convênio vinculado à prótese, uma vez que se “ganhava pouco, mas muito de poucos, é muito”, o que dava uma sustentabilidade financeira para esse profissional, ao mesmo tempo que uma carga de trabalho muito maior. Dra. Isaura, converge com esse pensamento:

[...] ainda vale a pena atender por convênio. Porque o que vale a pena do convênio não é você atender um paciente é você atender um número de pacientes, porque é o volume que vai mudar. Acho que você não chegou a fazer clínica, mas você sabe que tudo que a gente compra não é baratinho não. Então para você manter aquele nível de trabalho, você tem que ter quem lhe pague e der para cobrir todas as despesas. (Dra. Isaura)

Porém, nem todos os convênios tinham seus pacientes com características “diferenciadas”; além disso, outro fator importante, específico do interior do trabalho odontológico deve ser exposto: o valor repassado ao dentista em decorrência da realização de uma prótese, ou, até mesmo de uma restauração indireta (com necessidade de confecção por laboratório) exigia do dentista a repartição desse “pagamento” com o trabalho complementar ao seu, uma vez que não sendo o dentista o único executor do serviço nessa modalidade de serviço. a prática de cuidado dentário na modernidade. Sobre isso, Dra. Isaura esclarece uma grande problemática:

O valor que eles pagam é o valor que dá para cobrir aquelas despesas do laboratório. Não é que você vai ter um lucro, porque você vai ter uma responsabilidade com aquele trabalho, se você for parar para pensar tem muitos colegas que não fazem por exemplo, prótese, porque eles sabem que se der um problema com aquela prótese o convênio não vai mais cobrir e quem vai ter que cobrir é você. E o valor que você vai tirar do laboratório e do material que você usou, do seu tempo e do seu conhecimento que você tem que estudar para fazer (você não vai pegar aquele trabalho simplesmente. Você tem que estudar a maneira e como fazer aquilo). Então isso tudo se você for para a ponta do lápis a gente faz mais porque aquele paciente é

nosso e a gente não quer deixar que ele saia decepcionado com o profissional. “Só vou fazer se o convênio pagar” não, não, aí eu acho que não existe. Se assumiu a gente tem que... (Dra. Isaura)

Essa lógica repartida de trabalho, especialmente para a especialidade de prótese, garante que as populações mais vulneráveis, permaneçam sem suas reabilitações dentárias; fato este que pode ser confirmado pelos dados nacionais da década de 1970, em que cerca de ¾ da população brasileira adulta necessitava de prótese dentária em alguma medida (total ou parcial) (Paixão, 1979). Além disso, tal procedimento também não era ofertado pelo serviço público, e como visto, os próprios dentistas conveniados, se recusavam, em geral, à realização de próteses. Condenava-se essa clientela ao modo de vida desdentado!

Assim, a prática odontológica sem autonomia, seria caracterizada também por um modelo cíclico de retroalimentação, em que, não importava a qualidade do cuidado em saúde bucal – grosso modo – mas sim, a finalidade de se manter a clínica odontológica aberta; como se a preservação do status liberal do trabalho fosse este; e tão somente, o volume de pacientes que poderia trazer essa “tranquilidade”.

A forma de captação da clientela, estaria associada a um mecanismo conhecido como “livrinho”⁹¹:

E eles chegam para a gente por um livrinho (hoje em dia é pelo computador, não é?), antigamente eles tinham um livrinho que tinha o nome de todos os dentistas, a clínica, endo, prótese, perio, bucomaxilo (no caso da exodontia), então eles tinham um livrinho que hoje eles acessam pelo celular e não precisa mais do livrinho. Aí eles escolhiam de acordo com o bairro e a localização onde eles moram. (Dra. Isaura)

Nessa época, a partir da presença dos convênios, todas as formas autônomas do processo de trabalho são modificadas, isto é, o profissional perde a capacidade de captação de pacientes e a negociação dos honorários; e se inicia um amplo controle sob a dimensão técnica, através da fiscalização do julgamento clínico e decisões terapêuticas. Uma vez que o pagamento só existiria mediante à comprovação da execução da prática técnica, por meio do envio de RX de “antes e depois”, dentro

⁹¹ Tal fato é comum aos médicos da mesma época, segundo Schraiber (2019).

outros diversos atos de comprovação. Essa prática caracteriza a auditoria odontológica, a que o profissional dentista precisa necessariamente provar o que realizou no tratamento odontológico. Não por acaso, como já explicado anteriormente, a prática odontológica é extremamente solitária, em que apenas o profissional pode observar – em geral – as mudanças ocorridas no interior da boca; nem mesmo o paciente pode testemunhar sobre a qualidade do que foi feito.

Tais ações, como realização de fotos e de exames radiográficos de antes e depois, determinam o pagamento por aquele procedimento. Há de se concordar, que essa dinâmica ofertada pelas empresas de convênio privado, não só dificultaria o repasse financeiro para os “colaboradores” - estranha denominação adotada para se referir aos profissionais assalariados -, mas, induziria o profissional realizar procedimentos de cunho intervencionista; além disso, enquadraria o dentista na lógica e premissas da empresa, numa disciplinarização das práticas odontológicas.

Assim como no caso dos médicos vinculados aos planos de saúde (Schraiber, 2019), foi criada, nesse sentido, a figura do dentista auditor, que opera numa lógica de “otimização” da própria prática odontológica, que tem como premissa a creditação dos procedimentos realizados pelos profissionais da ponta (leia-se, vinculados aos planos odontológicos). Essa relação, porém, não se dá entre desiguais, mas entre pares; sendo que o dentista auditor, defende interesses, racionalidades de intervenção e procedimentos de significados simbólicos e materiais divergentes (em relação ao profissional de convênio). E, principalmente, são colegas que deixam de defender a autonomia do profissional; o que Schraiber (2019) classificou como relação de colegas com funcionamento de “não-colegas”.

Esse controle, ocasionado pelas auditorias, cria ainda, por um lado uma nova vertente da odontologia, ancorada em cursos de aperfeiçoamento focados em fotografias odontológicas⁹², de modo que os procedimentos realizados fossem retratados da melhor forma possível; por outro lado, reforça o fetichismo pelo exame complementar, tal como o RX panorâmico, ou mesmo tomografias computadorizadas, isto é, a prática odontológica se afastaria ainda mais do pensamento clínico, da escuta, do sentir e do observar, para uma operacionalização de condutas em

⁹² Essa vertente se aprofunda com o modelo de odontologia focado na estética-cosmética. Fato que será abordado em capítulo posterior.

decorrência do que apenas aparece nos exames de imagem, invertendo, pois, a lógica complementar dos exames de imagem, colocando a clínica uma coadjuvante do diagnóstico bucal.

Segundo Schraiber (2019, p. 311 [tradução minha])

[...] esse complemento de exame clínico se torna muitas vezes o centro. Como procedimento diagnóstico, os exames complementares passam a ocupar toda a esfera reflexiva de seu trabalho: parece que, tendo pedido todos os exames necessários, está concluído todo o esforço reflexivo do profissional para fazer o julgamento. Da leitura dos exames, pois, decorre o projeto de intervenção – a terapêutica.

Tal inversão da lógica clínica, cria uma certa cultura, do próprio paciente em começar a consulta já solicitando o exame de imagem; procedimento pelo qual ele teria direito, pois estaria dentro da “cobertura do plano”; ao mesmo tempo criando um pragmatismo maior nas decisões, uma vez, que o usuário do plano acompanharia o que estaria sendo feito no interior da boca, mesmo que ele não soubesse interpretar os exames de imagem, pois, diferentes dos exames de sangue, por exemplo, não há uma coluna específica com os parâmetros considerados ideais para os dentes. Ora, também não se pode excluir a reprodução da ideia da consulta odontológica como consulta médica, afinal, esses profissionais já estavam submersos nessa lógica de consulta-mercadoria; e o paciente, por sua vez, só estaria buscando o mesmo “tratamento”.

Porém, mesmo com essa reprodução fetichista, o dentista, ainda assim, preservaria a decisão do diagnóstico, pela própria incapacidade do paciente de ler e interpretar os exames; o mesmo não aconteceria em relação ao dentista auditor, que buscaria a otimização dos procedimentos em vistas do que se observa no exame complementar. Contudo, tal procedimento do auditor, pode estar equivocado, pois, só a observação direta das afecções bucais seria capaz de provar ou não o que realmente foi feito como tratamento odontológico.

Por outro lado, o paciente por sua vez, mesmo sem poder ler os exames, é quem detém a experiência do adoecimento e poderia reconhecer uma qualidade assistencial que satisfaça às suas necessidades. No entanto, na avaliação do desempenho odontológico a voz do paciente não está presente. Isto porque, essas

novas condições de trabalho também correspondem a novas relações entre o profissional e o paciente, nas quais há uma ruptura interativa pela própria descontinuidade interativa que se estabelece na modalidade empresarial de assistência. Nesse contexto, o dentista deixa de ter sua própria clientela e passa a assumir uma terceirizada por empresas-convênio.

Não seria demais dizer, que, esse modelo ancorado aos convênios privados, influenciariam diretamente na persistência de uma prática odontológica mais pragmática; mas, não aos moldes de preservação dentária, mais conservadora; pelo contrário, a exodontia “sobraria” como procedimento mais simples e mais fácil de se comprovar a execução; além disso, gera-se um ciclo de dependência odontológica, uma vez que o mesmo usuário precisaria de uma prótese que reabilite as funções mastigatórias e substitua os dentes retirados. Trata-se de um atravessamento que influencia o interior da clínica e que pode desembocar em atos de cunho iatrogênicos, mesmo, sem a clareza do profissional de ter realizado ou não tal ação.

Desse modo, a inserção de novas tecnologias, tal como o RX odontológico, assim como materiais restauradores que simulam melhor o tecido dentário, causam uma ampliação da oferta do tratamento odontológico, ao mesmo tempo, cabe ao profissional o discernimento no uso desse aparato, o que seria uma tarefa difícil, uma vez que o paciente já traz consigo pressuposto clínicos; ato clínico ainda mais difícil, pois, precisa-se atender às expectativas do usuário do plano de saúde e por consequência, do modo de operação do convênio, afinal, o profissional precisa ter seus honorários cumpridos. Diz Dra. Isaura: *Não é barato ter esses aparelhos e o programa do convênio não dá para trabalhar com isso. O convênio não permite porque eu já trabalho com esse material. Assim você vai pagar para trabalhar!*

Vale ressaltar, que nem sempre esses modos de operacionalizar a clínica odontológica são perceptíveis pelo profissional; pois, se por um lado o próprio dentista reproduz as solicitações do modelo de negócio do plano de saúde; por outro lado, os pacientes imprimem no encontro clínico a lógica de outras relações médico centradas. Alguns entrevistados, porém, relatam que conseguiram se proteger até a década de 1990 do modelo de vinculações pelos planos de saúde, mas que, por intermédio da crise financeira da mesma década, assim como o excesso de profissionais especialistas, a realidade de relativa autonomia acaba se diluindo ante ao contexto econômico e social.

A minha geração está protegida do assalariamento. Só na década de 1990 e 2000, houve o assalariamento do trabalho; muitas empresas odontológicas privadas e monopolizadas. Elas regulavam o trabalho. (Dra. Maria)

Dr. Heraldo, também sentiu uma grande diferença no começo da década de 1990⁹³ no seu consultório: *A odontologia começou a pegar uma crise; até então era 80% de pacientes particulares e 20% de convênio. Começou a ter uma crise em que passou a ser o contrário, quase terceirizada [...]*. Segundo a própria Dra. Maria, isso se deu por consequência da rede de relacionamentos (ou da ausência dela) do próprio dentista:

[...] eu começava a ver que quem tinha muitos convênios eram os colegas que não conseguiram construir essa rede de clientes, porque ia depender muito da extensão dessa rede de relacionamento pessoal e familiar. (Dra. Maria)

Isso quer dizer que, pelo contexto econômico da época, não haveria cenário para reprodução do modo de trabalho dos dentistas egressos da faculdade nas décadas de 1960/1970, isto é, abrir um consultório assim que sair da faculdade estaria fadado ao fracasso durante a década de 1990, não pela ausência de pacientes, mas pelo valor de montagem da estrutura física do espaço, ao ponto que existiria um imprevisibilidade econômica, o que deixaria instável o cumprimento de compromissos formais do profissional com fornecedores, por exemplo.

O consultório em si, estaria entrando em um modelo de decadência, pois, ele não “se pagaria” por completo, vide a clientela de único profissional. Caberia então aos profissionais formados em outra geração (1950-1970), encontrar um diferencial para se manter no mercado; a saída mais rápida seria oferecer dentro do consultório

⁹³ Tal crise seria consequência da própria colonização da clínica odontológica pelos planos de saúde, incentivando uma tabela fixa de preço, considerada mínima e ínfima. Segundo Ferreira; Ferreira e Freire (2013, pág. 305): “[...] com o passar do tempo e o aumento de profissionais no mercado, além da conjuntura político-econômica-social vigente, o valor máximo passou a ser algo impossível de ser praticado. Foi quando se iniciou uma corrente de profissionais que lançaram mão de mecanismos de diferenciação profissional com estratégias concorrenciais negativas, praticando valores mínimos dos serviços prestados, tecnificando cada vez mais a prática odontológica (fazendo valer a máxima ‘time is money’), aceitando os valores ínfimos pagos por boa parte dos convênios odontológicos, e se colocando sujeitos a toda sorte, dentro de um mercado caótico.”

(em um primeiro momento) toda a gama de especialidades possíveis (e não necessariamente compartilhar espaço com outros profissionais); mas, fazer uso de cursos de aperfeiçoamentos, já percorridos anteriormente.

Já a saída dos profissionais mais jovens, egressos durante a década de 1980/1990 seria adentrar em um modelo de aluguéis de turnos, em consultórios já consagrados; afinal, se os dentistas de primeira geração se especializaram e realizaram aperfeiçoamentos, necessitar-se-ia, portanto de profissionais que dessem conta dos procedimentos mais básicos. Não seria um modelo de odontologia de Grupo, aos moldes de Paixão (1979), mas de odontologia de equipe, em que clientela unificada e o grupo trabalha em um mesmo local sob determinadas condições, com uma integração maior que antes, sem o estabelecimento de uma concorrência direta, mas de complementaridade do tratamento odontológico.

Outra saída comum para as duas gerações seria se integrar no recém criado Sistema Único de Saúde; que mesmo sem uma política nacional organizada de saúde bucal, promovia ao dentista uma previsibilidade financeira mensal.

Durante o Governo Collor, seu plano quinquenal constava de ações voltadas à prevenção de câncer bucal, além de cárie e doença periodontal. Nessa mesma época, se preconizava as ações de promoção e saúde bucal através de procedimentos coletivos. Tais procedimentos davam aos municípios um repasse financeiro, o que incentivava a contratação desses profissionais⁹⁴ (Aranha-Rossi, 2018).

Dr. José, por exemplo, foi um dos profissionais que realizava essa dupla jornada, entre o consultório próprio e o serviço público no Sistema Único de Saúde.

O SUS era uma instituição que prestava bons serviços para o povo brasileiro. E aí em paralelo eu tinha meu consultório, desde sempre, eu nunca descuidei. O SUS me ocupava um determinado período, uma faixa de quatro horas, cinco horas, seis horas, e o resto do dia eu complementava a minha renda com o consultório particular. De manhã era o serviço público. E à tarde, eu ficava [aqui], vinha para o consultório. (Dr. José)

⁹⁴ Segundo Aranha-Rossi (2018, pág. 58-59), as ações seriam voltadas para: 1. O conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados (tais como: exames epidemiológicos; educação em saúde; bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada); 2. Exame clínico odontológico e terapia intensiva com flúor; 3. Constava de todos os procedimentos listados no ponto 1 e 2, acrescidos de tratamento periodontal, além de selamento dentário e remoção de raízes residuais.

Assim, esse modelo reforçava o regime combinado de vínculos de trabalho, mas com uma característica muito peculiar, os turnos atribuídos a cada tipo de serviço. Esse padrão de manhã-SUS e tarde-Consultório se reproduziu em vários outros entrevistados. Assim, o período da tarde seria considerado um período nobre, mais amplo para que o profissional pudesse inclusive se estender para o período da noite; as manhãs seriam dedicadas à um trabalho quase que filantrópico, quando, em verdade, seria o “ganha-pão fixo” do dentista, como diria Dr. Pablo: *De lá para cá o que tem sustentado o dentista no trabalho para ganhar dinheiro é no SUS*. Esse modelo não é exclusivo dos dentistas, mas comum a outras profissões da saúde, tal como a medicina (Schraiber, 2019).

O chamado “tempo da manhã” seria considerado um “tempo do emprego⁹⁵” (Schraiber, 2019), em que os dentistas se assalariariam junto às instituições públicas, em modalidades de empregos de até 20 horas semanais. Diz Dra. Judith: *Eu entrei no serviço público em 1991, já na prefeitura de Recife, [...], não era integral, eram só 4h no posto de saúde*.

Outra modalidade de atendimento seria o domiciliar, incomum – no geral – para os dentistas, mas que, seria uma saída para ocupar um espaço importante dentro do mercado odontológico. Segundo Schraiber (2019), na medicina esse tempo seria classificado como o “tempo do chamado⁹⁶”, sendo atendimento na casa do doente, no caso dos dentistas, os atendimentos seriam para uma continuidade do cuidado ou mesmo de higienização e profilaxia em domicílio.

[...] já atendi acho que uns 10 acamados. De pacientes com muita dor me chamarem para ir até a casa deles até hoje acontece. Mas o atendimento mesmo do consultório para ir até lá foi através de pacientes que sabiam que

⁹⁵ Essa modalidade de emprego, com o passar do tempo, se tornaria, no caso dos dentistas, um tempo integral vinculados ao SUS, principalmente após a institucionalização da política nacional de saúde bucal – Brasil Sorridente. Essa transição é bem explicada nos estudos de Aranha-Rossi (2018) e Soares (2019).

⁹⁶ Segundo Schraiber (2019, pág. 110 [tradução minha]), o atendimento domiciliar era uma característica importante do trabalho médico, “e que viabilizou a identificação desse trabalho à imagem do sacerdócio, de um servir desinteressado e de dedicação total. A essa imagem, outra viria acoplar-se, a de transcendência relativamente à técnica, fundada nos feitos heróicos [...]. É tão relevante a medicina do domicílio, que é eleita para simbolizar a ‘alma essencial’ dessa profissão, segundo os entrevistados da autora. Escolher essa referência ao ‘chamado’ evidencia uma homenagem a esse ‘servir ao outro’ e, ao mesmo tempo, a exortação ao valor concebido para esse trabalho [...] Por isso mesmo o ‘chamado’, tão estreitamente vinculado à pessoa do médico, não apenas personaliza a medicina, senão que também, ao mesmo tempo, a faz transcender o mero trabalho e até mesmo o ‘humano’, situando-a na ordem do ‘divino’, da ‘salvação’.”

eu tinha essa disponibilidade. Duas que eram clientes minhas depois adoeceram e eu fiquei dando assistência até elas partirem. Uma tinha ELA⁹⁷ e a outra teve Alzheimer. As duas que eu lembro bem, e os outros eram com tumor na cabeça, jovem também, então eram pacientes que eu já tinha acesso. Já tinha eles como pacientes e alguns que já me conheciam. E até hoje tenho pacientes com hidrocefalia que eu vou lá.

Ou seja, no caso da odontologia, parece que as consultas domiciliares ocorriam pela impossibilidade do próprio paciente se locomover; isto é, esse tipo de consulta estaria dentro da lógica da prevenção de outros agravos, e não do tratamento técnico-restaurador ou cirúrgico, por exemplo; afinal, isso fazia necessitar do aparato do próprio consultório.

Esses tempos distintos, oferecem ao dentista uma autonomia atípica (Donnangelo, 2011), modalidade típica do mercado dos anos 1990. Parte dessa autonomia atípica é garantida pelos vínculos de assalariamento com o setor público, sendo que, nesta situação, é o contrato de trabalho que define a organização do tempo dedicado ao consultório e do tempo dedicado ao setor público. Ainda assim, o “tempo da tarde” ou tempo de consultório figura para o dentista como um espaço de construção da própria identidade profissional, que, pelos acontecimentos macroestruturais da década de 1990, coloca-os em risco. Pois, é no consultório que o dentista se entende como profissional, mesmo dentre as distinções no interior da própria categoria, por meio de diferenciações entre aqueles que exerciam suas práticas em consultórios de centro ou de periferia.

Retomando as saídas encontradas pelos profissionais a partir das suas gerações e das práticas que exerciam, pode-se afirmar, que essa tendência percorre toda a década de 1990; assim, atingindo indistintamente os profissionais odontológicos. Ainda assim, não foram poucas as estratégias de preservação do ideário liberal dentro da prática odontológica de consultório, principalmente às que ocorreram nos anos 2000 em diante, a partir de uma lógica de criação de necessidades, e, por consequência, de procedimentos técnicos que não eram cobertos pelos planos odontológicos, vinculados sobretudo com à estética e cosmética odontológica.

⁹⁷ Esclerose lateral amiotrófica.

6 ADMIRÁVEL MUNDO NOVO: TÓPICOS PROVISÓRIOS DA ODONTOLOGIA DO SÉCULO XXI

Em *Admirável Mundo Novo*, Aldous Huxley (2001) trata de uma questão central nas sociedades de capitalismo avançado: o controle dos povos por meio de mecanismos que criem uma certa sensação de felicidade. Numa realidade distópica, o governo trata de deixar toda população “feliz”, evitando conflitos entre os povos.

Ante o exposto, cabe ressaltar que a odontologia no século XXI se fortalece enquanto uma prática pulverizada, mas, não realizada por vários agentes de práticas, como visto ao longo da construção narrativa histórica desta tese, mas sim, em relação às práticas no interior do processo de trabalho da própria odontologia. Há um deslocamento de uma prática puramente voltada para reabilitação *funcional-estética* para uma prática de caráter *puramente estético*. A ideia do sorriso ganha outras camadas de complexidades, em consonância, é verdade, ao mercado enquanto regulador da profissão, ao mesmo tempo, criando uma certa tendência de padronização dos sorrisos e das expressões faciais.

Ora, estaria a odontologia diante da superação da delimitação tradicional do seu campo de prática voltada apenas ao dente? Acredita-se que sim, sendo que essa superação parece ter se dado não pela autonomia dos corpos para o acesso ampliado aos cuidados e/ou tratamentos dentários, mas sim, pela padronização dos rostos; influenciando, quem sabe, o modo de vida que valoriza a reprodução de tendências no próprio corpo, obedecendo a uma certa “ordem social de beleza-padrão”, que funcionaria como pressuposto fundamental de sentimentos e sensações de “felicidade”, tal como descrito na sociedade distópica de Huxley.

Essa problemática surge na pesquisa, por meio dos próprios personagens e suas histórias de vida de trabalho, em que, ao mesmo tempo que contam o passado, realizam uma análise crítica do presente; fazendo, pois, inevitavelmente uma comparação intergeracional entre a prática que exerciam e a prática exercida atualmente. Por este motivo, a seguir serão tratados alguns tópicos para o entendimento sócio-histórico desse fenômeno, sem constituir uma análise aprofundada dessa importante mudança histórica em curso e com vista a aprofundá-la em produções futuras.

6.1 BOCA, SORRISOS E ROSTO

Segundo Carlos Botazzo⁹⁸ (2000, p. 41), a boca seria considerada como um “depositário de algo oculto sobre o qual convém manter alguma discrição”. Trata-se de um objeto que inspira de imediato questões da cultura e faz parte do desenvolvimento humano, tal como ele é: é através da boca que se desenvolve a fala, e por isto, um certo modo de *existir-falado*, por emissão de sons e articulações fonéticas.

É por meio da *Existência* através da boca, que Botazzo (2000) faz considerações sobre o *estar no mundo* e de produzi-lo simultaneamente: *percebendo-o*.

[...] pois houve um momento em que as mucosas bucais se tornaram sensíveis ao gosto das coisas, sua estrutura anatomicamente moderna já não podendo suportar o contato com a natureza bruta dos itens – não sabemos bem – o homem escolherá como fonte de alimentação (Botazzo, 2000, p. 44).

Botazzo (2000) alerta aos que se aventuram em observar a boca, a não caírem na redução do *consumo que a boca realiza*, isto é, “marcos delimitados de uma fisiologia forçadamente posta como atividade da parte superior dos intestinos, que a odontologia não cansa de confirmar” (Botazzo, 2000, p. 44-45). Assim, é pela boca,

[...] por trás da manducação originária, princípio do prazer, que há o desfrute do outro, como desfrute natural, e mais posteriormente ainda, e outra vez, o desfrute (agora sentido) do corpo alheio, que se realiza a inclinação singular de sermos *Mammalia* (Botazzo, 2000, p. 44-45).

⁹⁸ O autor vislumbrou a elucidação de um certo “nascimento social da boca humana”, por meio da representação e da percepção dela pela sociedade e sua construção histórica. Embora não elabore sobre essa emergência bucal fazendo a utilização de tempo-espço, a subjetivação de tal acontecimento rompe, de certa maneira, com a visão da boca enquanto depositário de doenças (cárie, sobretudo), ou mesmo de objeto de prática de uma profissão, tal qual a odontologia; ao mesmo tempo, inaugura um novo pensamento, de base Foucaultiana, sobre a boca. Porém, tal discussão é distanciada da ideia de prática odontológica, uma vez que não dialoga com o objeto principal da odontologia: o dente. Embora, dialogue com a concepção de “saúde bucal”, pois, traz a dimensão da saúde para o espaço do “bucal”, incorporando uma determinação “não-odontológica”, assim como o sujeito e seu adoecimento. (Bortoli; Kovaleski; Moreti-Pires, 2019). Para quem interessar o aprofundamento dessa discussão: Carlos Botazzo (2000). Da arte dentária. Editora HUCITEC: São Paulo

David Le Breton (2012), em sua obra *Antropologia do corpo e modernidade*, descreveu uma certa “descoberta” do rosto⁹⁹ pela sociedade. O rosto tem sua emergência a partir da própria ressignificação da boca, como apontado por Botazzo (2000); “ela se torna agora tributária de significação psicológica” (Le Breton, 2012, p. 63), assim, ela passa a se comportar como expressão “espelho” das outras partes do rosto¹⁰⁰.

A boca também ocupa o lugar de *representação* dos corpos, uma vez que o entendimento dela como uma *genitália*, infere atos e ações de trocas entre os próprios agentes.

[...] o desejo do Outro é a manducação incompleta, a voracidade da boca, extenuado-se pela sucção, obtendo por este ato apenas parte do corpo do outro, apenas os líquidos que podem sair dele (Botazzo, 2000, p. 45).

Além disso, a boca aprende a falar, de modo que a linguagem aparece como dispositivo visceral, afinal, é dessa maneira que a anatomia classifica os órgãos bucais: vísceras (Botazzo, 2000).

É no rosto, que sedia a boca, que se encontra a parte mais *individualizante* do corpo; dito de outra maneira, é nele que os outros sujeitos imprimem a individualização de cada ser, e que, na modernidade esse mesmo ser começa lentamente a se afirmar.

A promoção histórica do indivíduo assinala paralelamente aquela do corpo e, sobretudo, aquela do rosto. O indivíduo não é mais o membro inseparável da comunidade, do grande corpo social; ele se torna um corpo exclusivamente seu. A nova preocupação com a importância do indivíduo leva ao desenvolvimento de uma arte centrada diretamente na pessoa, e suscita um afinamento da representação dos traços, uma preocupação com a singularidade do sujeito [...]. O individualismo assinala a aparição do homem encerrado em seu corpo, marca de sua diferença, e isso, sobretudo, na epifania do rosto (Le Breton, 2012, p. 66).

⁹⁹ É na modernidade que os olhos, outro componente importante do rosto, tornam-se um órgão essencial; seria a época da crescente influência da cultura erudita, e assim sendo, os olhos são essenciais para ler, ver e consumir tal cultura (Le Breton, 2012).

¹⁰⁰ “A preocupação com o retrato, e, portanto, essencialmente com o rosto, tomará uma importância crescente ao longo dos séculos (a fotografia substituindo a pintura: assim a quantidade de documentos de identidade, cada qual adornado por uma foto, dos quais dispomos hoje. A individualização pelo corpo se afinando aqui pela individualização pelo rosto” (Le Breton, 2012, pág. 66).

É dentro desse contexto, de uma certa união do rosto com o sorriso, que as noções de *proporção* e *harmonia*¹⁰¹ da face emergem, isto é, os sorrisos passam a ser reproduzidos como “simétricos ângulos dos lábios, erguidos, no típico sorriso vago” (Eco, 2004, p. 74).

Nasce a ideia de um equilíbrio entre duas entidades opostas que se neutralizam uma à outra, de uma polaridade entre dois aspectos que seriam contraditórios entre si e que se tornam harmônicos precisamente porque se contrapõem e dão origem, se transportadas para o plano das relações visuais, em simetria (Eco, 2004, p. 72).

É na modernidade, com a gênese de um campo de práticas mais estruturado da saúde, que as primeiras noções de higiene bucal aparecem, “divulgando preceitos para corrigir, ordenar e modelar práticas e hábitos, conscientizando sobre prevenção de males” (Matos, 2018, p. 236).

A expansão dos preceitos higiênicos-sanitaristas esteve vinculada à normatização dos sujeitos históricos, nos mais variados aspectos, incluindo as práticas de higiene e cuidados com o corpo, a boca e os dentes. Nesse sentido, discursos odontológicos difundiram padrões de higiene bucal, veiculados por meios de manuais, revistas, jornais, almanaques, publicidades, romances, programas de rádio e ações educativas. [...] Gerando necessidades de novas perspectivas e estratégias (Matos, 2018, p. 237).

Nesse bojo, a ideia de sorriso¹⁰² se impõe, como elemento fundamental de diferenciação de expressões, comunicações e emoções. Assim, captar e registrar “[...] os seus movimentos tornaram-se um desafio para os artistas, já que o sorriso não apresenta facilidades para ser representado. [...] Devido a sua fugacidade, efemeridade, diversidade e sutileza [...]” (Matos, 2018, p. 237).

¹⁰¹ É no Século XIII, que a ideia de *mutilação* aparece, sendo que para existir “beleza”, se fazia necessário não apenas uma proporção, mas sim, a integridade dos corpos, isto é, um sorriso sem os dentes seria considerado uma desarmonia: um defeito (Eco, 2004).

¹⁰² Cabe abrir um pequeno parêntese sobre a *história do riso*, produto comum da mistura do sorriso com a fonética, que expressa, assim como a voz, sentimentos e sensações. Georges Minois em *História do Riso e do Escárnio* (2003), contextualiza essa ação ao longo do tempo, desde um certo “nascimento do riso” com os deuses gregos, tal como Dionísio, até a proposição de morte do riso no Século XX. Segundo o autor, pela midiaticização, há uma padronização e uma difusão banal no modo de rir. Afinal, não há como se medicalizar - do ponto de vista da estética - o riso, apenas e tão somente pode-se assim fazer com o sorriso e as estruturas faciais.

No séc. XIX, os sorrisos se tornam mais presentes nas representações das artes, porém, sem uma nítida descrição dos dentes, vide o retrato de D. Pedro II, que “teve sua postura perpetuada de forma solene, com semblante severo e sem sorrisos.” (Matos, 2018, p. 238). Cabe ressaltar que a maioria dos retratos (foto e depois pintura) eram confeccionados para representação de momentos solenes, isto é, todos precisariam manter uma certa aparência de seriedade. Além disso, há a dificuldade da própria técnica do retrato, uma vez que quanto mais sorrisos, maiores seriam a complexidade em retratar quem estava posando para foto; no mesmo sentido, havia uma certa etiqueta de civilidade, em que se vinculavam valores como “dignidade e respeitabilidade à seriedade na postura e nas expressões faciais (sem sorrisos)” (Matos, 2018, p. 238-239).

Só na Era Vargas, que o sorriso ocupa outro lugar, influenciado pelo próprio presidente, que se deixou fotografar sorrindo. Segundo a historiadora Maria Izilda de Matos (2018, p. 239), esse aspecto¹⁰³ de Getúlio foi essencial para demarcar um lugar de líder popular e aproximado com a população mais pobre, “usando o sorriso como estratégia de dissimulação, para camuflar sua habilidade de articulação política”.

Dessa maneira, com o retorno de Vargas ao poder em 1951, assim como, a expansão da formação e do mercado odontológico (mesmo que a profissão moderna não tenha se estabelecido como tal), é ímpar mencionar o avanço de um certo mercado para consumo de produtos dentais, que prometiam transformar os sorrisos em belos, brancos e alinhados; sobretudo os femininos. Surgindo, pois, um novo padrão de beleza, que “incluíram um sorriso perfeito e sedutor, com dentes brancos, limpos e alinhados” (Matos, 2018, p. 240).

A prática odontológica até então estaria voltada unicamente para questões em torno do dente e de seus tecidos de sustentação, como já visto anteriormente. Ou seja, os dentes, que em seu coletivo se transformam em sorrisos, estariam contemplados dentro daquela lógica: odontocentrada. Ora, mesmo com a ideia de

¹⁰³ Durante o Estado Novo, entre os símbolos mais explorados na propaganda política, se sobressaíram as representações de Vargas, em sua maioria sorrindo, o que levou a receber o epíteto de “Presidente Sorriso”. Essas imagens do Presidente sorrindo reforçaram os predicados de simpatia, acessibilidade e generosidade para construção de credibilidade, popularidade e identificação com diferentes setores sociais. Essas ações eram articuladas diretamente pelo Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), que se tornou órgão central de comunicação, produção e veiculação da propaganda política do governo no sentido de mobilização popular. Com amplos poderes, esse órgão assumiu o papel-chave de construir as representações do regime e do chefe do governo; assim como reprimiu atos e ideias de oposição (Matos, 2018).

refazer o sorriso por meio de artefatos protéticos (tal como a prótese dentária de George Washington), a finalidade dessa reabilitação não seria puramente estética, mas sim, funcional e estética. Primeiro, por devolver – em alguma medida – a ação da mastigação; segundo, por aliar a isto uma harmonização facial, pelo volume que a presença de dentes ofertava a quem usasse a prótese.

Ainda assim, do ponto de vista de tecnologias plásticas, a odontologia não estaria contida por materiais restauradores a partir de adesivos, mas sim, por aqueles que se mantinham nos dentes e/ou na boca pela retenção mecânica; fato que culmina na utilização de restauradores “não estéticos”, isto é, que não imitavam o próprio dente. Essa ideia de reproduzir o dente com matéria prima similar ao dente é muito recente, quando se considera os tempos históricos, pois é de 1980.

Segundo Umberto Eco (2004), durante o século XX há uma construção de duas *ideias de beleza*: a da provocação e a do consumo. De modo que, a primeira, bebe diretamente da ideia de proporção qualitativa, isto é, não se quer:

“[...] fornecer uma imagem da Beleza natural, nem quer proporcionar o pacificado prazer da contemplação de formas harmônicas. Ao contrário, deseja ensinar a interpretar o mundo com olhos diversos, a usufruir do retorno dos modelos arcaicos ou exóticos, ao universo do sonho ou das fantasias dos doentes mentais, às visões sugeridas pela droga, à descoberta da matéria, à proposição desvairada de objetos de uso em contextos improváveis, às pulsões do inconsciente” (Eco, 2004, p. 415-417).

Já a beleza¹⁰⁴ do consumo, emerge com a grande contradição do século XX: os que realizam a arte da beleza, consomem, ao mesmo tempo, a beleza do consumo. Dito de outra maneira, apesar de uma parcela da população lutar contra a

¹⁰⁴ Segundo Umberto Eco (2004), historicamente a beleza sempre foi associada à proporção e à harmonia. Seria um funcionamento matemático, em que “[...] o princípio de todas as coisas é o número” (Eco, 2004, pág. 61). Essa ideia nasceu a partir dos estudos de Pitágoras, no Sec. VI a.C. É dele que surge a visão estético-matemática do universo, isto é, “todas as coisas existem porque refletem uma ordem e são ordenadas porque nelas se realizam leis matemáticas que são ao mesmo tempo condição de existência e de beleza” (Eco, 2004, pág. 61). Assim, o corpo humano seria considerado harmônico, uma vez que sua multiplicidade impulsiona tal percepção, seja pela oposição entre homem e mulher, seja pela diferença entre quadrado e retângulo, seja a curva e reta, seja pelo par e o ímpar. Ora, é nessa divergência que a harmonia se fortalece, embora um desses fatores dicotômicos surja em detrimento do outro, ou seja, harmônico entre o par e o ímpar é o próprio ímpar, mostrando uma certa superioridade entre os polos dicotômicos, entre as coisas e suas relações. Porém, divergindo com essa ideia, Heráclito, daria uma solução voltada para o reconhecimento dos opostos em razão do equilíbrio entre eles e não a anulação de um deles diante do outro.

popularização da harmonia ou da proporção – pelo menos na arte -, é essa mesma parcela que faz a popularização do consumo da arte “bela”; vide os que usam *jeans* ou *roupas assinadas*. (Eco, 2004). Assim, a beleza do consumo, define-se pelos ideais de beleza calcados no interesse econômico (Poli-Neto, 2006, p. 6).

Esse tipo de beleza é influenciado diretamente pelo *mass media*, isto é, pelas artes maiores, tal como o cinema e a televisão. Assim,

[...] o cinema propõe [...] o modelo da mulher fatal personalizada por Greta Garbo e por Rita Hayworth [...]. Oferece como herói do Oeste o maciço e virilíssimo John Wayne [...]. A moda oferece roupas femininas suntuosas [...], ao mesmo tempo os modelos andróginos de Coco Chanel. Os *mass media* são totalmente democráticos, oferecem um modelo de Beleza para quem é dotado de graça aristocrática e outro para a proletária de formas opulentas [...] (Eco, 2004, p. 426).

Ao mesmo tempo, cria-se a ideia de diferenciação desses tipos de “beleza”, uma vez que a disseminação dessas informações e modelos pela grande mídia viabiliza um modo “culto” de ser belo, em detrimento de uma “beleza popular”, quase que comum. É nesse último que Getúlio Vargas seria classificado: era nas bases populares que o seu próprio governo – grosso modo – se manteve no poder.

Matos (2018), ressalta a criação de um novo mercado da beleza, muito influenciado, é verdade, pelo *mass media*, a que Umberto Eco (2004) faz referência na sua obra. Estipulava-se, assim, um novo *padrão de beleza*, vinculado a uma ilusão vendida através dos sorrisos; reafirmando uma obsessão pela felicidade. Ao mesmo tempo, a técnica odontológica foi se adaptando a essa nova lógica de compra e venda de suas práticas, vide o desenvolvimento da especialidade ortodôntica, o que garantia sorrisos funcionais e alinhados (*a priori*).

Em outros termos, influenciada pelo mercado da beleza, a odontologia tem mudanças significativas no interior de sua prática; isto é, não se trataria apenas de uma odontologia funcional, com finalidade de reabilitação da boca para o cotidiano e para a expressão da subjetividade, tal como dito por Botazzo (2000); pelo contrário

aprofunda-se a relação de mercantilização da beleza, já bem avançada na profissão em medicina – basta observar a história da dermatologia (estética)¹⁰⁵.

6.2 A MEDICALIZAÇÃO DA BOCA, DOS SORRISOS E DO ROSTO

Há, nas sociedades contemporâneas, uma ideia de “corpos perfeitos”, que são evidenciados a partir da mídia, o que acarreta a expectativa das populações por um certo “padrão” (Poli-Neto, 2006). Segundo Sandra Caponi e Paulo Poli-Neto (2007), esta é a área da saúde com maior perspectiva de crescimento; embora, desde a primeira década dos anos 2000, a toxina botulínica (BOTOX), vem sendo o procedimento estético mais realizado nesta área, isto é, abrindo espaço para ações não necessariamente cirúrgicas.

Historicamente, as questões estéticas, no espaço da odontologia, sempre obtiveram um estatuto *complementar* à devolução de funcionalidades; seja nas ações diárias de alimentação, entendendo a boca como a primeira víscera do corpo; seja pelas reabilitações dos corpos para o trabalho, tal como as cirurgias dentárias em trabalhadores, com finalidade de eliminação da dor e rápido retorno ao posto de trabalho.

No caso da ortodontia, por exemplo, espera-se que ao final do tratamento dentário, que o paciente consiga ter de volta a perfeita articulação dentária (chave de oclusão), de modo que, por consequência, o alinhamento dos dentes já aconteceria; ou mesmo no caso de restaurações dentárias anteriores, em que, como exemplo, há uma fratura e uma deficiência na mastigação associada, e, nesse contexto a restauração acarreta a devolução ao ato de alimentação, fala e por consequência, estética.

Porém, na referência de Umberto Eco, os ideais de beleza são determinados pelo interesse econômico (Eco, 2004), afinal, as indústrias de dieta e de cosmética são as que mais crescem no mundo (Poli-Neto, 2006), especialmente as relacionadas com o público feminino. Além disso, o discurso médico da estética passa por validação

¹⁰⁵ Sobre a história da dermatologia ver artigo. História da Dermatologia: estudo das doenças da pele ao longo dos séculos. Anais Brasileiros de dermatologia 2021.

social, isto é, “a imagem do corpo saudável e a do corpo bonito se confundem na mídia [...]. Há cada vez mais uma maior associação entre manter a forma estética e manter a saúde” (Poli-Neto, 2006, p. 8). Tal entendimento de que manter a beleza seria equivalente a manter a saúde, coloniza a prática em medicina e também coloniza a prática odontológica: o ideário de dentes saudáveis (sobretudo na mídia), são as representações sociais e históricas dos dentes branqueados e alinhados (Matos, 2018).

Além disso, há uma extrapolação do objeto da odontologia ante o corpo, influenciada por outro processo de especialização da profissão, muito particular no caso da Cirurgia Buco-maxilo-faciais. É por essa especialidade que a odontologia rompe – parcialmente – com duas lógicas importantes: a do consultório e a da centralidade da boca.

É pela cirurgia buco-maxilo-faciais, que parte da odontologia se desloca do consultório para o centro cirúrgico, sendo esse o contexto em que esses profissionais atuam (Silva, 2018). Esse deslocamento¹⁰⁶ não é hegemônico na categoria odontológica moderna, e se concentra apenas e unicamente na prestação de serviços realizada pelos profissionais de tal especialidade odontológica.

Com isso o objeto de trabalho desses especialistas não mais se reduz ao dente, e sim, se expande para toda a face, desde que não haja comprometimento neurológico. Por exemplo, se um motociclista é acometido por um acidente e tem fraturas múltiplas apenas de ossos da face, esse paciente será atendido, em princípio, por um cirurgião buco-maxilo-facial (Pary, Pitta, Silves, Lurentt, 2016).

É por procedimentos cirúrgicos que a odontologia deixa de ser hegemonicamente odontocentrada e passa a ocupar outros espaços, o que abriria caminhos e prerrogativas para que os dentistas clínicos também expandissem seus domínios.

O Conselho Federal de Odontologia determinou, em 2016, que “[...] a área anatômica de atuação clínico-cirúrgica do cirurgião-dentista é superiormente ao osso hioide, até o limite do ponto násio (ossos próprios de nariz) e anteriormente ao *tragus*,

¹⁰⁶ Cabe estudos sobre o desenvolvimento dessa especialização, uma vez que, parece que a cirurgia buco-maxilo-facial ocupa um lugar mais próximo da prática médica; gerando uma zona cinzenta na “separação” entre o domínio dos médicos e o dos dentistas em termos cirúrgicos.

abrangendo estruturas anexas e afins” (Cfo, 2016, p. 2). Assim, há uma certa normatização institucional de que todo profissional dentista pode atuar, mesmo sem especialidade, nas regiões supracitadas; mas, sob um pressuposto essencial: o exercício dessa prática nessas regiões estaria ancorado na devolução de funcionalidade e/ou reabilitação estética.

Dessa maneira, ante a ampliação do objeto da odontologia, há uma modificação também no modo de observar suas afecções e agir prático em Odontologia passa a estar, tal como a prática da medicina (Caponi; Poli-Neto, 2007), ancorada na lógica medicalizadora da beleza, passando a definir também a necessidade da intervenção estética na patologização de formas do corpo, além da padronização pela beleza culturalmente formulada e validada como referência sociocultural e histórica. Assim, também para a beleza é preciso que exista uma “anomalia”, signo da patologia, mesmo que arbitrariamente, para que a ciência e a prática em saúde se apropriem do fenômeno como seu objeto de intervenção (Canguilhem, 1989).

Dito de outro modo, se se pensar no envelhecimento enquanto uma patologia, a anomalia deste na face seria, sem dúvidas, o desenvolvimento dos tecidos moles, ou das alterações solares na pele, sendo a aplicação do botox a responsável pelo “tratamento” dessa “patologia” na face, ou os preenchedores faciais, para repor o tecido perdido e devolver formas faciais, numa certa lógica de proporção e harmonização referidas à forma facial da juventude.

Assim, as **lesões** faciais causadas pelo envelhecimento seriam as próprias rugas/marcas de expressão. E as variações do corpo em decorrência do processo de envelhecimento passam a ser vistas como uma doença. Por exemplo, a “falta de contorno facial” pode ilustrar bem o que seriam tais variações do corpo como decorrência do envelhecimento e tida como uma irregularidade que requer a intervenção reparadora.

Que essa intervenção seja de domínio dos dentistas, em clara ampliação do objeto da Odontologia como saber e prática, tal como se disse antes, é uma questão que provoca outras vertentes de considerações: qual a relação que terão os dentistas com a medicina, nessa ampliação? Permanecerá a Odontologia ou ao menos esse ramo estético da cirurgia buco-maxilo-facial enquanto especialidade da Odontologia

ou será reabsorvida para o interior da prática médica em sua especialidade de cirurgia plástica? E, de outro lado, caso se mantenha no interior da Odontologia, o que isso pode representar em termos de mudanças na identidade da profissão odontológica, bem como em sua disposição no mercado de trabalho em saúde?

Cabe lembrar que na Medicina, a introdução do ramo estético não foi muito simples, uma vez que a cirurgia estética foi de início considerada um aviltamento mercantil à prática médica, conexas à mercantilização de uma medicina que, por essa via, ampliava seus “negócios” no mercado de trabalho, sem equivalente detecção de uma necessidade de saúde em razão de uma patologia a ser corrigida. A própria corporação até a década de 1950 considerou esse redirecionamento da prática médica quase uma imoralidade, uma afronta à prática em Medicina, à época considerada como profissão nobre exatamente por ser um “não negócio” (Schraiber, 2019). Mas adquiriu depois, um reconhecimento, ante a validação do próprio mercado de consumo que assim se abria à profissão (Caponi; Poli-Neto, 2007), no interior do contexto da beleza vinculada à dinâmica de produção-consumo de cunho mercantil já apontado (Eco, 2004).

6.3 SOBRE A HARMONIZAÇÃO OROFACIAL: CONTINUIDADES JUNTO À MEDICINA?

Segundo o antropólogo Álvaro Jarrin (2011), a cirurgia plástica estética foi fundada em uma lógica eugenista, uma vez que Renato Kehl¹⁰⁷, Hermani de Irajá¹⁰⁸ e José Rebello Neto¹⁰⁹ relacionavam aos “consertos” dos pequenos defeitos das mulheres por meio de cirurgia plástica, em prol de um ideal de higiene, eugenia e beleza.

Ao longo da segunda década dos anos 2000, a odontologia se apropriou do espaço da estética, criando uma lógica própria de tratamento de beleza, a chamada Harmonização Orofacial (HOF). O CFO a reconheceu como especialidade

¹⁰⁷ Um dos fundadores da Sociedade Eugênica no Brasil.

¹⁰⁸ Sexólogo e Eugenista. Escritor do livro *Morfologia da Mulher: Plástica feminina no Brasil*.

¹⁰⁹ “Considerado o ‘pai’ da cirurgia plástica brasileira, por ter fundado a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, publicou em 1933 um tratado médico-legal defendendo sua disciplina. [...] Neste trabalho ele cita Renato Kehl (Jarrin, 2011, pág. 67).

odontológica no ano de 2019, por meio da resolução CFO-198/2019. O artigo segundo da resolução confere:

Art. 2º. Definir a Harmonização Orofacial como sendo um conjunto de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face (Cfo, 2019. p. 1).

Cabe ao dentista especialista em HOF:

[...] b) fazer uso da toxina botulínica, preenchedores faciais e agregados leuco plaquetários autólogos na região orofacial e em estruturas anexas e afins; c) ter domínio em anatomia aplicada e histofisiologia das áreas de atuação do cirurgião dentista, bem como da farmacologia e farmacocinética dos materiais relacionados aos procedimentos realizados na Harmonização Orofacial; d) fazer a intradermoterapia e o uso de biomateriais indutores percutâneos de colágeno com o objetivo de harmonizar os terços superior, médio e inferior da face, na região orofacial e estruturas relacionadas anexas e afins; e) realizar procedimentos biofotônicos e/ou laserterapia, na sua área de atuação e em estruturas anexas e afins; e, f) realizar tratamento de lipoplastia facial, através de técnicas químicas, físicas ou mecânicas na região orofacial, técnica cirúrgica de remoção do corpo adiposo de Bichat (técnica de Bichectomia) e técnicas cirúrgicas para a correção dos lábios (liplifting) na sua área de atuação e em estruturas relacionadas anexas e afins (Cfo, 2019. p. 2).

Na mesma resolução, o CRO faz uma ressalva para os dentistas especialistas em cirurgia buco-maxilo-faciais:

Art. 9º. Também terá direito ao registro como especialista em Harmonização Orofacial o cirurgião-dentista que: [...] b) possuindo especialidade registrada em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, comprove, em até 180 (cento e oitenta) dias, atuação efetiva em harmonização orofacial nos últimos 5(cinco) anos (Cfo, 2019. p. 2-3).

Assim, a odontologia se firmava como prática reconhecida pela chancela do próprio órgão de regulação como uma *profissão estética*¹¹⁰. Cabe ressaltar, que

¹¹⁰ Talvez a odontologia tenha se tornado uma profissão estética mais do que o próprio egresso dos cursos de Estética e Cosmética; uma vez que há na odontologia um subespaço de publicações sobre o assunto, assim como validação social e chancela ética, vide a resolução do CFO. Assim sendo, nos moldes do que define Oracy Nogueira (1965) como o que é uma profissão, a odontologia se torna uma profissão estética, também.

durante todo o percurso da odontologia enquanto profissão no século XX, ela estaria ligada a procedimentos funcionais ou funcionais-estéticos, mas nunca à estética de modo exclusivo, como ressalta a resolução.

Pelo rol de procedimentos apresentados na citação do CFO, o profissional especialista seria responsável por uma verdadeira transformação na face do seu paciente, desde o preenchimento facial até a aspiração de tecido adiposo em regiões indesejadas, assim como a modificação do formato do nariz, tamanho da boca, contorno do rosto, maçãs do rosto, além de retardar o processo de envelhecimento da pele (pelo menos na face).

Essas ações conferem um amplo leque de intervenções e nele, conforme Jarrin (2011), pode-se reconhecer uma construção de estética tipicamente brasileira, incorrendo no uso da cirurgia para responder a determinada cultura estética que no caso brasileiro, conforme esse autor, expressa a busca por certo “*equilíbrio interracial*”, uma certa intervenção de *miscigenação*, isto é, na aplicação de tais técnicas há uma procura por algumas características estéticas esperadas pelo senso comum: há a procura pelo preenchimento labial, característica predominantemente de pessoas pretas ou de origem africana; há uma procura pelo nariz eurocêntrico, isto é, fino, com bordas pequenas etc. Assim, harmonizar a face seria encontrar uma proporção estética que retrate uma ideia de *brasilidade*.

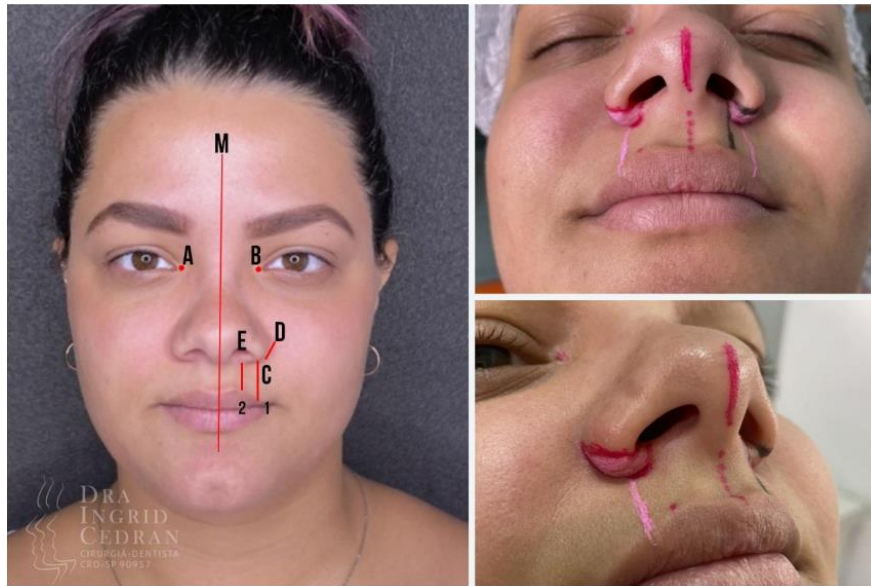
Jarrin (2011, p. 69), descreveu essa ideia de *estética da brasilidade* no caso da cirurgia plástica.

As mulheres brancas são imaginadas se aproximando do arquétipo da mulata ao procurar cirurgias que sexualizam seus corpos, enquanto os nordestinos se branqueiam através de cirurgias de nariz que diminuem sua visibilidade como migrantes. Conseqüentemente, o ponto médio ideal da miscigenação brasileira para os cirurgiões é uma feminilidade branca levemente erotizada pela sensualidade negra, ou uma morenidade que procura de fato se branquear e diminuir sua diferença racial.

Segundo Ingrid Cedran e outros autores (2020, p. 29) os pacientes que mais procuram os procedimentos estéticos odontológicos em HOF são aqueles com características anatômicas de nariz **negroide**, que querem como resultado “um nariz com base alar reduzida e ponta mais afilada.” Para resolução dessa “insatisfação”,

pode-se lançar mão de cirurgias de pequeno porte, sem necessidade de anestesia geral, que pode ser realizada em consultório odontológico. O caso descrito abaixo retrata bem tal situação:

Figura 57 - Marcação pela Técnica Alecgrama de redução de Base Alar em Harmonização Orofacial



Fonte: Cedran et al. 2020.

Na imagem acima, é possível notar uma definição de pontos, por meio da antropometria, de modo que há um planejamento pelo padrão de beleza que deve ser guia para a realização da terapêutica estética. O objetivo é a catalogação de pontos, para a criação de uma norma biológica.

Figura 58 - Remoção de tecido para Harmonização Orofacial



Fonte: Cedran et al. 2020.

Figura 59 - Foto de antes, pós-cirúrgico imediato e 3 meses após a cirurgia



Fonte: Cedran et al. 2020.

Assim, parece que as características consideradas como não ocidentais, tal como o “nariz negroide” precisam ser medicalizadas e corrigidas; afinal essa condição precisa se sujeitar à uma correção para harmonizar os traços da paciente.

Ao invés de ser um aspecto da beleza híbrida brasileira, o nariz negroide torna-se uma exceção ao ideal da morenidade, e uma condição que perigosamente escurece o corpo como um todo. A paciente só será uma

verdadeira 'morena' após a cirurgia, atingindo o ideal da 'raça brasileira' (Jarrin, 2011, p. 70).

Segundo Jarrin (2011): [...] a miscigenação é sempre representada no discurso médico como um fato natural que pode ser observado na sociedade brasileira, não como uma construção social que data da época do movimento eugênico e que justificou políticas de branqueamento (Jarrin, 2011, p. 70-71).

No caso da odontologia, parece que há uma produção muito sutil de uma certa *raciologia*, isto é, “a produção de discursos que produzem a diferença racial como uma verdade biológica” (Jarrin, 2011, p. 73-74). Dessa maneira, a prática odontológica estética, por meio da HOF, aparece como uma prática racista, porém, mais velada; mas, validada por uma lógica científica, em que as variações do corpo baseadas em diferenças fenotípicas, são consideradas anomalias ou patologias que são passíveis de intervenção terapêutica estética.

Há ainda a ideia de *HOF preventiva*, criando novas necessidades de saúde, rompendo com o próprio argumento da anomalia anatômica, ou seja, não é mais necessário identificar nenhum tipo de lesão, patologia etc., o essencial é aplicar os preenchedores e paralisadores musculares para prevenir o aparecimento das rugas/linhas de expressão. Segundo Moraes e Santos (2022, p. 4): “O botox preventivo virou um *trend* no mundo da beleza: O conceito da aplicação antecipada da toxina botulínica é o de tratar os músculos faciais que você usa com mais frequência, a fim de evitar a formação de rugas.”

Mas não apenas desse ponto de vista o surgimento da odonto-estética provoca mudanças na profissão. Esse novo ramo representou também para os dentistas a possibilidade de reconstituir a autonomia profissional abalada pelas mudanças no mercado de trabalho, fruto do assalariamento dos profissionais em Odontologia.

6.4 A PRESERVAÇÃO (DE PARTE) DA LIBERDADE

Em 2009, Aduino Emmerich e Luis David Castiel, publicaram um artigo na Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, partindo do seguinte pressuposto:

Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas? O texto é encerrado com alguns questionamentos: “[...] o que virá depois da odontologia dos desejos e das vaidades? [...] seremos capazes de evitar que a odontologia seja universalmente uma profissão descontextualizada, sem objetivos coletivos, desumana e particularizada?” (Emmerich; Castiel, 2009, p. 105)

Ora, parece que, após mais de uma década, a odontologia não só mudou sua identificação de prática e profissão relativamente a seu objeto primeiro, como encontrou na HOF uma possibilidade de retorno ao consultório dentário (reformulado, é verdade), como espaço de estética e cosmética, mas preservando um ideário essencial: a autonomia na técnica, na captação de pacientes e na organização de sua jornada de trabalho como um todo.

O estudo de Silva et. al, 2021, dá algumas pistas sobre o interesse crescente dos profissionais dentistas por essa especialidade, uma vez que:

Segundo o Google Trends, ferramenta que monitora as tendências do buscador, as pesquisas com o termo “harmonização facial” cresceram 540% em 2020, apontando para um amplo e crescente interesse, tanto por parte dos pacientes, que esperam se beneficiar, como por parte dos profissionais, que querem se qualificar para atender a essa demanda (Silva et al., 2021, p. 2).

As questões voltadas às práticas estéticas na odontologia, aparecem ainda como uma demanda “bem-vinda”, uma vez que abre caminho para um mercado lucrativo em um contexto de competição acirrada entre os profissionais de consultório. Afinal, o mercado se apresenta cada dia mais competitivo em relação aos dentistas (Bortoli; Kovaleski; Moretti-Pires, 2019). Assim, o entendimento e a prática em HOF é vista como um diferencial potente.

6.4.1 O QUE FALAM OS DENTISTAS DO SÉCULO XX SOBRE A ODONTOLOGIA ESTÉTICA? ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA

Dra. Isaura, por exemplo, se espanta com os novos procedimentos odontológicos, causando um certo estranhamento: *a pessoa já sair por aí afora*

aplicando botox em tudo quanto é lugar. Eu até fico espantada porque eu tenho colegas que são excelentes fazendo isso, mas tudo bem...

Parece que o “novo” na odontologia é visto como algo extremamente promíscuo, que desloca o entendimento da “velha guarda” odontológica sobre a nova geração de dentistas para o lugar de profissionais menos quistos; ou “menos dentistas”.

Dra. Juliana salienta:

*É uma **possibilidade de sobrevivência** da odontologia em uma sociedade globalizada, mercantilista, que eu digo, é neoliberalista, capitalista. Porque você faz sem necessidade de tratamentos estéticos. Você faz porque quer “grana”.*

Dra. Juliana reflete sobre as questões de precarização do trabalho do profissional dentista, uma vez que vê a migração da odontologia para o espaço estético como uma estratégia de *sobrevivência* do próprio profissional. Há sem dúvidas, uma estratégia de preservação de autonomia profissional ante as técnicas estabelecidas no interior da prática odontológica estética. Afinal, de fato, o dentista, pela natureza da sua formação, é o profissional que tem grande conhecimento científico e prático sobre os músculos e funcionamento da face.

É pela HOF que o ato odontológico se consolida como prática cirúrgica e intervencionista, de modo que o profissional e apenas ele possa intervir em determinadas questões, sob o pressuposto de entendimento geral de tal área. Esse *pressuposto do saber*, mesmo que muito reduzido, fornece ao profissional uma preservação da prática com uma ferramenta de trabalho fundamental: a autonomia.

A autonomia em termos da captação de pacientes também toma outro sentido, afinal, os procedimentos envoltos na HOF não são oferecidos pelos planos de saúde/odontológicos, dessa forma recriam a *possibilidade* da relação do consultório como espaço de prática autônoma liberal. Sendo a estratégia de captação do paciente por meio de propagandas em redes sociais¹¹¹, ou até mesmo, na exposição do seu

¹¹¹ O fato do uso das redes sociais como forma de captação de novos pacientes, leva a *supor* a entrada desses profissionais em uma nova categoria elaborada por Ricardo Antunes e Ruy Braga (2009): os infoproletariados. Afinal, há uma nova jornada de trabalho do dentista fora do próprio consultório, isto

objeto de trabalho terminado: a própria face do usuário. Como dito anteriormente, a prática cirúrgica dentária é quase sempre solitária e sem testemunhas, isto é, até mesmo o paciente pouco sabe o que aconteceu no seu tratamento, conseqüentemente, a estratégia de propaganda pelo próprio objeto de trabalho terminado não seria possível; afinal, não há como expor uma restauração em resina de dente posterior, mas uma “harmonização facial” é facilmente identificada por outrem.

No mesmo sentido, a autonomia técnica é preservada, mas, não com um pressuposto patológico, isto é, de resolução das afecções clássicas, tal como a cárie dentária ou doença periodontal (aliás, a incidência e prevalência desses acometimentos estão caindo cada vez mais [Tesser; Pezzato; Silva, 2015]), mas nas descrições anatômicas de variabilidade temporal ou étnica, ou seja: rugas, linhas de envelhecimento, bochechas protrusas, nariz negroide etc.

Porém, essa autonomia tem um certo custo, e não é um processo sem contradições e embates, inclusive com a própria corporação médica. Em 21/02/2019, o Conselho Federal de Medicina realiza uma Ação Civil Pública, com o objetivo de impugnar a resolução CFO - 198/19, sob a justificativa de que há “excessos e dos riscos inerentes, na ação, [e, por isso] é pedida à Justiça Federal a concessão de liminar com a suspensão imediata da norma do CFO” (Cfm, 2019, p. 1).

Dra. Juliana tem uma preocupação com os procedimentos estéticos que convergem com o entendimento do CFM. Uma vez que, de fato, pode haver prejuízos aos usuários que se submetem a procedimentos estéticos, inclusive acometimentos clínicos gerais e psiquiátricos¹¹².

é, leva-se tempo para alimentação das redes sociais, assim como pronta resposta dos usuários cibernéticos que procuram os perfis para a retirada de dúvidas ou mesmo marcação de novas consultas. Relativamente a esse aspecto, no entanto, cabem estudos específicos que tratem desse novo processo de trabalho no espaço da odontologia.

¹¹² Cabe salientar as questões de cunho psiquiátrico que podem ser aprofundadas em decorrência da execução de procedimentos estéticos na face, e usualmente acometendo a perpetuação e/ou mascaramento dos sintomas de transtornos, tal como no Trastorno dismórfico corporal (TDC). O TDC é relativamente comum em pacientes adultos que buscam tratamento ortodôntico (cerca de 8%), assim como aqueles que realizaram cirurgia reparadora ortognática (11,2%), como também cirurgias maxilofaciais (10%). Já em dermatologia estética e cosmética a prevalência é de 9,2% (Brito, Tavares, Cordás, 2021). Apesar de não haver estudos epidemiológicos que tratem sobre a prevalência direta de TDC em pessoas que procuram o dentista com demandas de HOF, pode-se supor o quão é necessário um cuidado compartilhado multiprofissional/interprofissional em harmonização orofacial, com vistas à diminuição de sintomas de TDC, assim como o melhor diagnóstico de tal transtorno.

Às vezes os tratamentos estéticos trazem mais prejuízos à saúde, como, por exemplo, você pegar pessoas que tem prognatismo maxilar, sem necessidade, sem possibilidade, sozinha, a ortodontia da conta de fazer uma norma de oclusão, e você vê, pelo meio do mundo, as pessoas hoje como um símbolo de estética, identidade, cuidado, colocando aparelhos ortodônticos que a gente, olhando, já sabe que não vai chegar a lugar nenhum. (Dra. Juliana)

Por fim, Dra. Juliana especifica algumas questões da clínica odontológica (odontocentrada) como também influenciada pela “onda” da estética. Relata, pois, sobre a aplicação de materiais restauradores para reconstrução de dentes que foram desgastados mesmo que saudáveis. Em outras palavras, pelo desejo de se manter o alinhamento dentário ou mesmo a cor dentária semelhante ao branco opaco, os profissionais têm desgastado¹¹³ tecido dentário sadio e preenchido com material restaurador com as características mais “atrativas” (ou desejadas) para o paciente. Tal prática se popularizou, após a utilização em massa de figuras da mídia.

Ou então mandando todos os “globais”¹¹⁴, os que podem pagar, desgastar os dentes todos para botar lentes de contato. Quando a gente vê problemas periodontais muito graves, quem é que pode cuidar do seu problema periodontal? Pobre. E classe média e hipossuficiente, vai cuidar disso como? Não é uma necessidade da especialidade, é uma necessidade do mercado, na minha opinião, que fez com que ela se adaptasse. (Dra. Juliana)

Ainda assim, esse capítulo da história da prática odontológica estética adentra a terceira década dos anos 2000 sem definições e sem acordos entre as instituições de fiscalização profissional médica e odontológica. Pelo contrário, outras profissões começam a realizar as práticas da HOF, tal como em enfermagem (Silva, 2022), fisioterapia (Brito-Jr, 2022) e biomedicina (Martins-Silva, 2022).

Eu acho um horror a prática odontológica com esses procedimentos estéticos, porque como eu sou das antigas, eu sou da clínica, né? Da clínica

¹¹³ Esse desgaste dentário, faz com que o profissional tenha que lançar mão de tratamentos endodônticos (de canal), uma vez que há o íntimo contato exterior com a polpa dentária. Assim, por uma necessidade estética, tem-se a obrigatoriedade de realização de um procedimento clínico que não pode ser revertido.

¹¹⁴ Dra. Juliana se refere a atores/artistas vinculados a uma emissora de televisão brasileira considerados celebridades ou famosos.

*geral! De outra geração menos influenciada por esse capitalismo avançado, esse momento que a gente está vivendo, né? Eu tenho nojo disso, tenho nojo! Porque a odontologia **vai virar clínica de estética**, né? E o meu paradigma de saúde é outro, completamente: é um paradigma de cuidado do corpo com outras subjetividades, outros interesses, outros projetos de vida e não esse corpo utilizado para os interesses do consumo e de um modelo de estética que é dominado justamente pelo complexo médico industrial. Eu tenho aversão, e sei que isso vai, já está, isso já está completamente incorporado nas clínicas odontológicas mais elitizadas, média, clínicas odontológicas médias, porque esses desejos vão sendo difundidos em todas as classes sócias para terem acesso a esse model **(Dra. Maria)**.*

Dra. Maria, representa um certo movimento de resistência, em decorrência do modelo contemporâneo odontológico. Participa de um grupo de profissionais que conseguem manter sua identidade profissional (liberal); afinal, por mais que os processos de assalariamento e/ou inclusão de planos de saúde nos processos de trabalho, o caso da dentista ainda é uma exceção dentro do contexto geral da profissão. Ainda assim, a sua formação na área de saúde coletiva, confere outra referência para a prática odontológica, não voltada apenas para as questões estéticas, mas sim, para o processo de devolução de funcionalidade e melhora da qualidade de vida dos usuários.

Por fim, cabe realizar uma ressalva, de modo que este tópico não seja entendido como uma crítica universal e irrestrita à criação e uso de tecnologias e as mudanças nas intervenções médicas ou odontológicas no sentido de ampliar as incorporações de novos procedimentos técnicos às práticas em saúde. O alerta vai antes na direção de uma maior reflexão acerca dessas criações e incorporações bem como da importância e necessidade de acompanhamento ao longo do tempo dos resultados benéficos e dos efeitos indesejáveis produzidos com as inovações. Afinal, o BOTOX e a cirurgia de bichectomia¹¹⁵ são amplamente utilizadas com bons resultados funcionais. Assim, a toxina botulínica tem seu uso consagrado na área da disfunção temporomandibular; assim como a bichectomia, que é indicada para minimizar o trauma decorrido pela mastigação em indivíduos obesos que possuem a região da mucosa jugal¹¹⁶ protrusa. Portanto, não se está condenando de antemão os procedimentos inovadores, mas realizando julgamento de valor sobre a necessidade

¹¹⁵ Cirurgia realizada para retirar tecido adiposo da região de bochecha, de modo que dá contornos mais finos para a face.

¹¹⁶ Região interna das bochechas.

e relevância do juízo crítico acerca desse uso, que desprovido desse juízo apenas reforça o mercado da beleza de consumo, tal como descrito por Umberto Eco (2004).

Nesse sentido, bem como enquanto reorientação do próprio espaço social da Odontologia em tempos atuais, há a necessidade de novos estudos que aprofundem os impactos trazidos para a profissão e a prática em Odontologia pelo seu ramo voltado à estética.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela diversidade e volume de questões com que o objeto deste estudo foi se constituindo ao longo do processo de pesquisa, sobretudo pelas contribuições das narrativas produzidas nas entrevistas, compreendeu-se que o sistematizar da tese seria uma tarefa complexa. Afinal, emergiram durante todo o processo de produção de dados e escrita questões tão distintas como as origens múltiplas de agentes na construção da Odontologia moderna, a que chamamos de ‘pulverização’ de práticas com repercussões na formação odontológica, de um lado, demandando o reconhecimento da base artesanal na técnica moderna, de outro lado, as questões da estética, de base ultra tecnológica, tensionando o instituído em termos da identidade e delimitação de domínios da Odontologia atual. Esse processo, produziu o enriquecimento dos achados, ao mesmo tempo, poderia levar a uma abordagem por demais panorâmica e preliminar, apenas indicando a necessidade de aprofundamento sobre os diversos temas, e podendo exigir, muitas vezes, estudos de objetos distintos.

Tentou-se, nesse sentido, evitar esse risco de total segmentação, adotando-se como trilha do desenvolvimento do estudo o recorte que, considerando a diversidade de questões como ampliadora do potencial de contribuições para a produção do conhecimento acerca do trabalho em saúde, valorizou a base que despontava enquanto lhes sendo comum: a prática odontológica. Pode-se, então, valorizar também o ineditismo das questões trazidas pela pesquisa documental e pelas histórias de vida.

Diante disso, por meio do exame da prática em Odontologia, buscou-se costurar vários “retalhos”, formando uma colcha colorida e diversa, em um bordado que se buscou alinhar o método, o arcabouço teórico, a práxis, assim como as ausências e os silêncios históricos. Sobre os retalhos da colcha, bordam-se as fontes documentais que vão se integrando a esse processo de trabalho artesanal para formar uma unidade de diferentes modos de produção do conhecimento. Produz-se, desse modo, uma compreensão mais aprofundada sobre a história da prática de lidar com os dentes.

Adotou-se a relação entre o individual e o social, uma vez que a produção de dados empíricos se deu principalmente pela produção de Histórias de Vida de

Trabalho de profissionais longevos. Ou seja, histórias individuais que puderam produzir e reproduzir a historicidade do social e as configurações estruturais da socialidade nas práticas dentárias. Muniu-se a tese de ferramentas teórico-metodológicas das histórias de vida: o fazer da história; o contar as histórias; e o processo de decisão de como contar - deixando claro o referencial teórico escolhido, sobretudo colocando de lado um pressuposto “neutro” acadêmico, além da problemática da memória e suas interfaces com a história.

Traçou-se distinções entre as artes de ofício nas práticas de cura, tal como estruturada a prática de manipulação direta dos corpos humanos da pré-modernidade e o exercício de uma profissão ou de uma ocupação, já enquanto configurações modernas de intervenção clínica e cirúrgica nos corpos humanos. Isso em razão da própria convivência dessas diferentes configurações da prática de lidar com os dentes nos períodos iniciais de sua reorientação, que, com a modernidade, passa a ser uma técnica atrelada e decorrente de conhecimentos científicos biomédicos particulares à região bucal do corpo humano. Introduziu-se, ainda a prática de lidar com os dentes no Recife, especialmente no século XIX e primeira metade do século XX, sendo utilizado o material produzido pelos documentos, em especial, pelo Diário de Pernambuco.

Havia uma certa pulverização nas práticas de lidar com os dentes, inclusive em Recife, sem um agente de práticas definidos, ora enfocando os cirurgiões formados em Bolonha, que passaram a exercer suas atividades no Brasil, ora os práticos (de saber popular, provavelmente passado pela oralidade ou nas experiências de formação dos artesões de ofícios, e de habilidades operacionais adquiridas ao longo da vida de praticantes). Isso quer dizer que existiam duas categorias de pessoas que lidavam com os dentes: os doutos e os práticos de cura, voltando-se os primeiros para a elite socioeconômica e estes últimos para as camadas populares. Suas ações estavam ligadas igualmente a populações necessariamente e igualmente parecidas (de origem e no poder econômico). Emergiu-se, então, a questão do itinerário desses praticantes, isto é, aqueles que estavam na Europa e chegaram ao Brasil, e outros que já estavam no Brasil e exerciam uma prática mais popular (vista principalmente nos anúncios de jornal de época).

Numa perspectiva sócio-histórica, aponta-se tal convivência entre práticos de cura e cirurgiões-dentistas no Brasil, bem como o movimento histórico da formação

em Odontologia em suas conexões com a formação em Medicina, entrelaçando essas duas práticas. Esse movimento, cabe ressaltar, mostrou para a formação e prática em Odontologia uma primeira relação de pertencimento e, posteriormente, de independência, por referência à prática médica.

Sobre a formação odontológica, houve a emergência de um modelo de “Hospital Escola”, muito próprio de Recife, uma vez que não há registros da época que remetam igualdade nos fenômenos. O Hospital Magitot, parece ter sido uma instituição importante, tanto para a formação odontológica em Recife, quando para perpetuar algumas modalidades de práticas de cunho cirúrgico mutilador; por outro lado, mostrou-se ainda um certo descaso do aparato estatal para com a instituição; fato que merece produções futuras para melhor entendimento.

As questões do mercado de trabalho da prática de lidar com os dentes foram abordadas inicialmente de forma transversal, mas focalizadas nas discussões sobre autonomia, entendendo a odontologia moderna como uma prática de autonomia atípica aos moldes de Donnangelo; mas, pela natureza da sua profissionalização (mais tardia, se comparado à Medicina), tem no seu bojo um estatuto típico nas questões atípicas referente a medicina. Daí intitular-se a situação pelo atípico que se tornou o predominante, o típico.

Apresentou-se a Odontologia do século XX através de Histórias de vida de trabalho buscando dialogar com as teorias de Trabalho e Trabalho em Saúde, e com esse pano de fundo, discutiu-se sobre a autonomia da profissão. Foi possível notar a busca desses agentes de práticas pela autonomia do trabalho, por meio da institucionalização da profissão; as tensões desses profissionais com os praticos do lidar com os dentes; e a complexa relação com a categoria médica, que se estende ao novo milênio.

Ao mesmo tempo, as metamorfoses da prática odontológica no século XX, oferecem ao dentista, em especial os entrevistados de Recife, uma dinâmica peculiar, no que se refere à localização dos consultórios. Verificou-se que as decisões para abertura do “comercio” estaria provavelmente ligada à rota financeira da cidade; tendo o consultório odontológico migrado ao longo do século XX pelos mais diversos bairros da cidade, em busca da ideia de centralidade e melhores pagamentos.

Por fim, observou-se a inserção de saberes e práticas relacionadas com o mercado da beleza do consumo, visto que a historicidade remeteu mudanças do sorriso nos referentes atuais da beleza dos corpos e não nas raízes conexas com as práticas de cura relacionadas a patologias e a funcionalidade dos corpos. Não se pode dizer que nisto a Odontologia distinguiu-se da Medicina, uma vez que também esta última, como prática social, reorientou-se nesse sentido da técnica-cosmética. No entanto, a história da beleza não é exatamente a mesma que a história do sorriso, dando destaque, assim, a uma história mais específica à prática odontológica que precisa ser mais bem investigada em produções futuras.

Cabe ressaltar que as questões estéticas surgiram como resposta ao movimento da odontologia se assalariar, dando novos contornos para uma prática em decadência dentro do consultório “liberal”; mas que havia ganhado um certo espaço dentro das políticas públicas de saúde. Porém, o mercado odontológico, assim como a natureza da formação de dentistas voltadas para o perfil liberal de consultório, fez emergir a área da estética como resposta ao processo de assalariamento, como uma forma de preservação do essencial: a técnica autônoma dentro de um consultório.

À guisa de concluir, não se buscou encerrar as discussões sobre o tema, nem se deslumbrou criar uma história definitiva sobre a odontologia. Há a necessidade de linhas de estudos que aprofundem os tópicos trazidos nesse estudo, de modo que essa colcha de retalhos seja reforçada, alinhavada e bordada com outras linhas e tipos de bordados; e quem sabe, outras bordadeiras...

REFERÊNCIAS

- Alberti V. *Ouvir contar: textos em história oral*. São Paulo: Editora FGV; 2019.
- Andrade CD. *Nova Reunião*. São Paulo: Cia das Letras; 2018.
- Annara MP. *O processo de reorganização espacial da hotelaria do Recife: concentração em Boa viagem e marginalização da área central*. Dissertação (Mestrado em Geografia). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.
- Antunes R, Braga R. Organizadores. *Infoproletários: degradação real do trabalho virtual*. Boitempo: São Paulo; 2009.
- Araújo MG, Marcicano JPP, Held MSB. *A obra de Jean-Baptiste Debret como fonte histórica para os estudos dos trajes usados no Brasil no início do século XIX*. Revista do Instituto de Estudos Brasileiros 2019; 74: 270-301.
- Ayres JRCM. *Uma concepção hermenêutica de saúde*. Physis 2007;17: 46-62.
- Barbosa V. *Hospital Magitot. Pesquisa Escolar Online, Fundação Joaquim Nabuco, Recife*. [homepage on the internet]. 2022. Acesso em 10 nov 2022. Disponível em: <http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar>.
- Beatrice LCS et al. *Quanto custa cursar odontologia?* International Journal of Dentistry 2007; 6(3):75-79.
- Benjamin W. *Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política*. 3. Ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1985.
- Benjamin W. *Sobre o conceito de história*. In: Magia e técnica, arte e política – Obras escolhidas, v. 1. São Paulo: Brasiliense; 1987.
- Bluteau R. *Vocabulario portuguez & latino: aulico, anatomico, architectonico*. Coimbra: Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1712 - 1728. 8 v. [Acesso em 29/06/2020]. Disponível em: <http://dicionarios.bbm.usp.br/pt-br/dicionario/1/barbeiro>
- Bom-Meihy JCS. *Manual de história oral*. São Paulo: Edições Loyola; 1996.
- Bortoli FR, Kovalski DF, Moretti-Pires RO. *Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica*. Cad. Saúde Colet., 2019, 27 (1): 67-72.
- Bosi E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: T.A QUEIROZ; 1979.
- Botazzo C. *1968: trinta anos depois (ou para não dizer que não falei das flores)*. Boletim Inst. de Saúde 1998;18.
- Botazzo C. *A emergência da clínica odontológica (Parte I)*. Odonto e Socie 1999;1: 5-13.
- Botazzo C. *Arqueologia de uma formação embriológica*. Odonto e Socie 2000;2: 93-102.
- Botazzo C. *Bucalidade*. Pro-odonto: prevenção. 2013;6: 9-55.

Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: HUCITEC, FAPESP; 2000.

Botazzo C. *Notas sobre a produção do conhecimento científico em saúde [bucal] coletiva: tendências contemporâneas*. Interface 2007;11.

Botazzo C. *O conhecimento pelas mãos*. Rev Abeno. 2017;17: 9-55.

Botazzo C. *O que você andou lendo no último inverno?* Boletim da Saúde 2010;24: 125-129.

Botazzo C. *Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuições ao debate*. Ciência e Saúde Colet 2006; 11:7-17

Bourdieu P. *Razões Práticas. Sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus 2009.

Brasil. *Collecção da legislação antiga e moderna do Reino de Portugal*; [acesso em 10 mar 2020]. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/185579>

Brito MJ, Tavares H, Athanássios C. *Transtorno Dimórficos Corporal*. In: Clínica Psiquiátrica: As Grandes Síndromes Psiquiátricas. 2ª. ed. Ampliada e Atualizada. Barueri: Ed. Manoele; 2021.

Burke P. *A revolução francesa da historiografia: a escola dos annales (1929-1989)*. São Paulo: Editora UNESP; 1991.

Cabral-de-Mello E. *Rubro Veio: o imaginário da restauração pernambucana*. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1986.

Caldas A. *A noção de cápsula narrativa: a entrevista, o texto e o outro na hermenêutica do presente*. 2001. Acessado em 20 de junho de 2020. Disponível em: www.unir.br

Camargo A. *Histórias de vida na américa latina*, Bibi 1983;16: 5-24

Camargo A. *O uso da história oral e da história de vida: trabalhando com elites políticas, dados*. Rev de Ciênc Soc 1984;27: 5-28

Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. 2ed. Rio De Janeiro: Forense Universitária; 1982.

Caponi S, Poli-Neto P. *A Medicalização da Beleza*. Interface - Comunicação, Saúde E Educação 2007; 11(23):569-584.

Carvalho CL. *Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira*. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Cedran I, et al. *Alecgrama®: Técnica segura para Alectomia – relato de caso*. AHOF 2020; 1(1):27-36.

Chauí MS. Apresentação. In: Bosi E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: T.A QUEIROZ; 1979.

Conselho Federal de Medicina. *Entidades médicas entram na Justiça contra resolução do Conselho Federal de Odontologia*. [homepage on the internet]. 2019. Acesso em 20 fev. 2023. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Entidades->

[medicas-entram-na-Justica-contra-resolucao-do-Conselho-Federal-de-Odontologia-11-50809.shtml](https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2016/176).

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-176, de 06 de setembro de 2016. [homepage on the internet]. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2016/176>.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-198, de 29 de janeiro de 2019. [homepage on the internet]. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2019/198>.

Cordeiro H. A indústria de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

Costa MF, Araújo MCB. Vertical Growth of the Urban Occupation at Boa Viagem Beach (Brazilian Northeast) and its Environmental Consequences. *Revista de Gestão Costeira Integrada* 2008;8(2):233-245.

Costa VG. *Trajetórias negras: os libertos da Costa d'África no Recife, 1846-1890*. Tese [Doutorado em História]. Universidade Federal da Bahia, 2013.

Cunha EMSC. *História da Odontologia no Brasil (1500 - 1900)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Científica; 1952.

Cunha ES. *História da odontologia no Brasil (1500 – 1900)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1952.

Diniz M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan; 2001.

Dobb F. *A Evolução do Capitalismo*. 6a.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1987.

Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec; 2011.

Eco U. *História Da Beleza*. Aguiar E, tradutora. Rio De Janeiro: Record; 2004.

Emmerich A, Castiel LD. *Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas? odontologia dos desejos e das vaidades*. *Adauto Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2009;16(1):95-107.

Farias SM. *O entorno dos Shopping Centers: do lugar ao espaço de deslocamentos: o caso do Complexo Comercial formado pelo Hiper Casa Forte e Plaza Shopping Casa Forte*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

Ferreira AC, Grossi YA. *A narrativa na trama da subjetividade*. *Rev Assoc Nac de Hist Oral* 2004;7: 41-59.

Ferreira NP, Ferreira AP, Freire MCM. *Job market in dentistry: historical context and perspectives*. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(4): 304-309.

Filgueiras L. *Reestruturação Produtiva, Globalização e Neoliberalismo: capitalismo e exclusão social neste final de século*. In: seminário interdisciplinar “O

Mal-Estar no Fim do Século XX”. Organizado pelo Depto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Estadual de Feira de Santana e Escola Brasileira de Psicanálise – Bahia, 1997.

Foucault M. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.

Foucault M. *Microfísica do Poder*. 26a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2014

Freidson E. *Profession of Medicine*. A study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead and Company Inc; 1970a.

Freidson E. *Professional Dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press Inc; 1970b.

Freidson E. *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994.

Freitas SFT. *Uma História Social da Cárie Dentária*. Tese. [Doutorado em Odontologia Social]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1995.

Freyre G. *Sobrados e mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento urbano*. São Paulo: José Olympio, 1951.

GADAMER HG. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes; 1997

Gadelha CAG. *The health industrial complex and the need of a dynamic approach on health economics*. Ciências e Saúde Coletiva 2003, 8(3):521-535.

Gomes RM. *Humanização e Desumanização no trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.

Guimarães-neto RB. Espaços e tempos entrecruzados na história: práticas de pesquisa e escrita. In: Montenegro AT et. al. *História: cultura e sentimento: outras histórias do Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE; Cuiabá: Ed. da UFMT; 2008.

Halley BM. Dos Moinhos De Açúcar Aos Sítios De Arrabaldes: A Formação Dos Bairros Continentais Na Cidade Do Recife. Revista de Geografia (UFPE) 2013; 3 (3), s/n.

Heller A. *Teoria das necessidades em Marx*. Barcelona: Península; 1986.

Herson B. *Cristões-novos e seus descendentes na medicina brasileira*. São Paulo: EDUSP, 1996.

Hobsbawm EJ. *Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

Huxley A. *Admirável Mundo Novo* 21. São Paulo: Editora Globo; 2001.

Iamamoto MV. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional!* 3ª. ed. São Paulo: Cortez; 2000.

Janotti ML. Fontes históricas como fonte. In: Pinsky CN, organizadora. *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto; 2019.

Janotti MLM. *A incorporação do testemunho oral na escrita historiográfica: empecilhos e debates*. Hist Oral 2010; 13: 9-22.

Jarrin, AE. Os Novos Arquitetos Da Miscigenação: O Legado Eugênico Da Cirurgia Plástica Brasileira. *Revista Magistro* 2011; 1(1), s/n.

Junior JPB. *A Utilização da Toxina Botulínica Tipo A no Rejuvenescimento Facial em Adultos Jovens entre 25 a 45 Anos*. Trabalho De Conclusão de Curso. [Graduação em Fisioterapia]. Salvador: Centro Universitário Regional da Bahia, 2022.

Junior SM, Trigueiro E, Canuto R. *O muro e o medo: forma urbana, visibilidade e insegurança em Boa Viagem, Recife*. *Revista de Morfologia Urbana* 2022;10(1):e00201.

Lagrou E. *Arte ou artefato? Agência e significado nas artes indígenas*. *Proa – Revista de Antropologia e Arte* [on-line] 2010; 1(2): 1-26.

Lana B. *O dentista e seu trabalho: entre a autonomia e o assalariamento precário*. 1º. Ed. São Paulo: Appris Editora; 2016.

Le Breton D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Lopes FSC, tradutor. 2º edição. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

Lefebvre H. *The production of space*. Oxford: Blackwell; 1991.

Lejeune P. *Je est un autre: Autobiographie*. Paris: Editora Seuil; 1971.

Luca TR. Fontes Impressas dos, nos e por meio de periódicos. In: Pinsky CN, organizadora. *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto; 2019.

Lukács G. *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo; 2012.

Lustosa I. D. *Pedro I: Um herói sem nenhum caráter*. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.

Manfredini MA, Botazzo C. *Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1):169-177.

Manfredini MA, Botazzo C. *Trends of the dentistry equipment industry in Brazil between 1990 and 2002: previous notes*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1):169-177.

Marcondes RL, Motta JF. *Duas fontes documentais para o estudo dos preços dos escravos no Vale do Paraíba paulista*. *Rev. bras. Hist.* [online]. 2001; 21(42):495-514.

Martins-Silva VC. *O rejuvenescimento facial na Biomedicina Estética*. Trabalho de Conclusão de Curso. [Graduação em Biomedicina]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2022.

Mastrantonio BO. *O Contraponto da República: Raimundo Nina Rodrigues e a loucura epidêmica de Canudos (1897)*. Dissertação [Mestrado em História]. Universidade Federal de São Paulo, 2019.

Matos MI. *Por uma possível história do sorriso: institucionalização, ações e representações*. São Paulo: HUCITEC; 2018.

Matuck IC. *História de Vida em Odontologia: uma experiência pedagógica*. Niterói: Intertexto; 2001.

Mello, JAG. *Tempo dos flamengos*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Ed. Massangana, 1987.

Melo JR. *História da Odontologia Brasileira*. Recife: Editora bagaço; 1984.

Mendes MB, Rubio VM. *Entre águas: desenvolvimento socioeconômico em Brasília Teimosa*. In: "Seminário Internacional de Investigação em Urbanismo, São Paulo-Lisboa, 2020". São Paulo: Faculdade de Arquitetura da Universidade de Lisboa, 2020.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres JRCM, Santos L, organizadores. *Saúde, Sociedade e História*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 2017.

Miarnau RA. *História Anecdótica de la Odontología. A través del Arte y De la Literatura*. 1 Ed. Barcelona: Salvat Editores; 1945.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.

Minois G. *História do riso e do escárnio*. Assumpção ME, tradutora. São Paulo: editora UNESP; 2003.

Miranda CAC. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. 3. Ed. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2017.

Monteleone PPR. *Os médicos e a indústria farmacêutica*. Arq. Bras. Oftal. 1998;61(6), s/n.

Morais CMFS, Santos LLA. *A Implicações Da Toxina Botulínica: Alterações Faciais Como Fenômeno Estético Entre Jovens Menores De 25 Anos De Idade*. Recima - Revista Científica Multidisciplinar 2022; 3(4):e341330.

Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Editora Dental Press; 2010.

Mota A, Pimenta TS. *Organizadores. Artes de Curar e Práticas de Saúde: circularidades, institucionalidades e repressão*. São Paulo: Hucitec, 2022.

Mota A, Pimenta TS. *Organizadores. Artes de Curar e Práticas de Saúde: circularidades, institucionalidades e repressão*. São Paulo: Hucitec; 2022.

Mota A, Pimenta TS. *Organizadores. Artes de Curar e Práticas de Saúde: circularidades, institucionalidades e repressão*. Editora Hucitec, São Paulo; 2022.

Mota A, Schraiber LB. *Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas*. Ciênc Saúde Colet 2014; 19: 1085-1094.

Mota A. Pós-fácio. In: Schraiber LB, *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: HUCITEC; 2008.

Narvai PC. *Odontologia e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994

Narvai PC. *Prática Odontológica no Brasil: Propostas e Ações no Período 1952-1992*. Mestrado [Dissertação em Saúde Pública]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.

Oliveira FE. *Para uma Re(li)gião. Sudene, Nordeste. Planejamento e conflitos de classe*. 5a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Oracy N. *Contribuição ao estudo das profissões de nível universitário no estado de São Paulo*. Tese [Livre-docência] - Faculdade Municipal de Ciências Econômicas e Administrativas de Osasco; 1967.

Paixão HH. *A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do Cirurgião-Dentista*. Mestrado. [Dissertação em Educação]. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da UFMG, 1979.

Pary A, et al. *A Cirurgia Estética da Face deve ser área de atuação do cirurgião bucomaxilofacial?* J Braz Coll Oral Maxillofac Surg. 2016;2(3):39-46.

Passos-Nogueira R. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Editora Unesp; 2007.

Paz RCMC, et al. *Avaliação da qualidade dos Critérios Organizacionais*. In: Figueiredo N, Goes P. (Org.). Portal CEO [recurso eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas. UFPE 2020; 1(1): 62-72.

Pekes, et al. *Desigualdades no uso de serviços odontológicos*. Rev Saúde Pública 2012;46(2):250-8.

Pelbart PP. *A vertigem por um fio*. São Paulo: Iluminuras; 2000.

Pereira AA. *Memória, democracia e educação: reflexões sobre diversidade étnica e história oral*. Hist Oral 2013 jun;16: 64-84.

Pereira-Neto AF, Machado BA, Montenegro AT. *História Oral no Brasil: uma análise da produção recente*. Hist Oral 2007;10: 113-126.

Peres KG, et al. *Desigualdades no uso de serviços odontológicos*. Rev Saúde Pública 2012;46(2):250-8.

Perruci G. *Um projeto Oligárquico-Liberal de Universidade (Notas para uma História da UFPE)*. GitL Est. Soc 1986; 2(2):505-520.

Pimenta TS. *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*. Dissertação. [Mestrado em História]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Pimenta TS. *Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808- 1828)*. Manguinhos - história, ciências, saúde 1998; 5: 1-8.

Pinto VG. *Características do subsistema público federal de prestação dos serviços em odontologia*. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade de São Paulo; 1997.

Poli-Neto P. *A Medicalização Da Beleza*. Dissertação. [Mestrado em Saúde Pública]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

Pollak M. *Memória e identidade social*. Est Hist 1992;5: 200-215.

Queiroz MIP. *Relatos orais: do "indizível" ao "dizível"*. Ciên e Cult 1987;39: 272-86.

Queiroz MIP. *Variações sobre técnica de gravador no registro da informação viva*. Ceru 1983;4.

Rêgo PGVH. *Do Inconsciente político e coronelismo: ciclo da cana-de-açúcar, de José Lins do Rego*. Mestrado. [Dissertação em História]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

Reis COO. *O Estado e os Planos de Saúde no Brasil*. Revista do Serviço Público 2000; 51(1), s/n.

Revista FAPESP. *Marcolin N. A derrota da dor*. [homepage on the internet]. Edição 103, 2004. Acessado em: 13 fev 2023. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/a-derrota-da-dor/>.

Ricoeur P. *Le temps et les philosophies*. Paris: Payot; Unesp; 1978.

Ring ME. *Dentistry. An Illustrated History*. Abradale Press;1992.

Rocha LA. *História da Odontologia em Pernambuco*. Imprensa Oficial: Recife; 1963.

Roncalli AG. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal*. Tese [Doutorado em Odontologia Preventiva e Social] - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.

Rossi TRA. *Produção social das políticas de saúde bucal no brasil*. Salvador: EDUFBA; 2018.

Russell-Wood AJR. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia - 1550-1755*. Brasília: UnB, 1981

Santos LG. *Memórias para servir à história do Reino do Brasil*. Rio de Janeiro: Zélio Valverde, 1943.

Santos LX, et al. *Percepção dos participantes da pesquisa sobre avaliação de serviços e programas de saúde e Expectativas em relação ao uso do Portal CEO*. In: Figueiredo N, Goes P (Org.). Portal CEO [recurso eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológica. UFPE 2020; 1(1): 62-72.

Santos-Filho LC. *História Geral da Medicina Brasileira. Vol I*. São Paulo: Hucitec/Edusp; 1991.

Schraiber LB. *El médico y la medicina: Autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*. Remedios de Escalada: De la UNLa; 2019 [acesso em 4 out 2020]. Disponível em: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/3/10/24-2>

Schwarcz LM. *Espetáculo da Miscigenação*. Estudos Avançados v. 8 (20), 1994.

Schwarcz LM. Gomes FS. *Dicionário da escravidão e liberdade*. São Paulo: Cia das Letras, 2019.

Schwarcz LM. *Paisagem e identidade: a construção de um modelo de nacionalidade herdado do período joanino*. *Acervo - Revista do Arquivo Nacional* 2023; 22(1):19-52.

Schwarcz LM. *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo: Cia das Letras; 2019.

Schwarcz LM. *Teorias Raciais* In: Schwarcz LM, Gomes FS. *Dicionário da escravidão e liberdade*. São Paulo: Cia das Letras, 2019.

Silva AMG. *Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Pacientes Submetidos a Exodontias no Ambulatório do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais Da Ufpb/Hulw*. Monografia. [Graduação em Odontologia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.

Silva GMC, et al. *Caracterização dos cursos de harmonização orofacial ofertados em um município do estado do Paraná*. *Research, Society and Development* 2021;10(17):e242101724660.

Silva JL, Trindade RLP. *Autonomia profissional e trabalho assalariado*. *Juv, Clas e Polit* 2020 Abr;12:174-185

Silva JS. *Enfermagem contemporânea: avanços da enfermagem esteta no Brasil*. Trabalho de Conclusão de Curso. [Graduação em Enfermagem]. Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, 2022.

Silva KVP. *'Nas Solidões Vastas e Assustadoras'- Os pobres do açúcar e a conquista do sertão de Pernambuco nos séculos XVII e XVIII*. Tese [Doutorado em História]. Universidade Federal de Pernambuco, 2003.

Silva LP. *História das Faculdades de Direito e de Odontologia de Caruaru*. O Estado de São Paulo: São Paulo; 1979.

Siqueira AJ. As representações do corpo na Idade Média. In: Montenegro AT et. al. *História: cultura e sentimento: outras histórias do Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE; Cuiabá: Ed. da UFMT; 2008.

Soares CM. *A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil*. Salvador: EDUFBA; 2019.

Souza-Silva J, Almeida DRS, Figueiredo N. *Avaliação externa dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco*. In: Figueiredo N, Goes P. (Org.). Portal CEO [recurso eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas. UFPE 2020; 1(1): 180-203.

Souza-Silva J, Ceissler Cas, Figueiredo N. Gestão do trabalho nos centros de especialidades odontológicas do Brasil. In: Castro JL, Vilar RLA, Costa TPT (Org.). *Trabalho e educação na saúde: análises e vivências*. Una; 2020, p. 359-385.

Souza-Silva J, et al. Avaliação da qualidade da estrutura dos Centros de Especialidades Odontológicas. In: Figueiredo N, Goes P. (Org.). Portal CEO [recurso eletrônico]: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas. UFPE 2020; 1(1): 122-135.

Starling HMM, Figueiredo BG, Furtado JF, Germano BP. *Odontologia: História Restaurada*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

Tarelow GQ. *Psiquiatria e Política: o jaleco, a farda e o paletó de Antônio Carlos Pacheco e Silva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.

Tesser CD, Pezzato LM, Silva EM. *Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações*. *Saúde Soc.* São Paulo 2015; 24(4):1349-1361.

Thompson EP. *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Cia das Letras; 2010.

Torres RF. *O curador-ferido e a individualização*. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica* 2018; 36(1):49-58.

Universidade Federal de Pernambuco. *UFPE 75 anos*. [homepage on the internet]. 2021. Acesso em 10 nov 2022. Disponível em: <https://sites.ufpe.br/75anos/>.

Verena A. *Histórias dentro da História*. In: Pinsky CN, organizadora. *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto; 2019.

Vianna MIP. *Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74*. Dissertação. [Mestrado em Saúde Comunitária]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1988.

Vieira CIP. *Análise do uso e ocupação do solo no bairro de Boa Viagem na cidade de Recife-Pernambuco (1974-2013)*. Dissertação (Mestrado em Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2020.

Warmling CM. *Da autonomia da boca: um estudo sobre a constituição do ensino da odontologia no Brasil*. Tese [Doutorado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Warmling CM. *Dos Práticos à Institucionalização da Odontologia (Um Estudo Histórico da Saúde Bucal em Blumenau/SC)*. Tese [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2002

Zanetti HGZ, Oliveira JAB, Mendonça MGH. *Divisão Do Trabalho Odontológico Em Perspectiva: Desafio De Interpretar As Competências Dos Técnicos*. *Trab. Educ. Saúde* 2012; 10(2):195-222.

APÊNDICES

Entrevista dos participantes do estudo.

Dr. Adilson

Eu sou de origem da cidade de Pedras de Fogo na Paraíba, Mata Norte. Lá em casa são quatro paraibanos e quatro pernambucanos porque meu pai mudou-se de Itambé para outra cidade, que era dividida por apenas uma rua, chamava-se Pedras de Fogo. Eu morava na rua da Baixinha, aquela rua que é saída para pegar aquela estrada lá.... É uma rua que fica... Era uma casa, só tem os restos. Ela fica na rua da prefeitura de Itambé. Eu sou o caçula e minha mãe resolveu alugar juntamente com meu pai, alugar uma casa aqui em Recife para que meus irmãos, eu era garoto ainda, meus irmãos pudessem morar em casa e não em pensão, só que aí a nossa casa se transformou também em uma pensão, porque alguns parentes viviam lá em casa. Como era casa, aí pediram a mamãe “ai deixa fulano ficar?”, aí pelo menos tinha sempre 2 ou 3 parentes com a gente morando lá. Nossa casa sempre foi muito aberta, acolhedora, meus pais. Então pronto, e com isso eles foram crescendo, os irmãos, né? Casando e eu quando cheguei fui estudar no colégio, na época era ginásio São Luiz. Eu fui morar ali por trás do museu do estado e estudei no São Luiz, primário e ginásial que era na época... E o científico que hoje é o segundo grau foi no Colégio Salesiano, então eu tinha um colega de turma e ele dizia assim, que a gente tinha pensado em estudar medicina, aí ele dizia assim “ah não, medicina está muito concorrido vamos fazer odontologia que está mais fácil de passar”. Pronto, aí nós fizemos vestibular de odontologia lá na faculdade de odontologia de Pernambuco, na época era na rua do hospício em frente ao instituto estadual de Pernambuco. Ainda hoje existe esse lugar... então era a segunda turma, era o segundo vestibular dessa faculdade. Isso foi em janeiro de 1959, janeiro/fevereiro de 1959, aí passei nesse vestibular. O meu colega fez para federal, eu não fiz, só fiz lá e ele passou na federal e eu passei na FOP, na época era FOP, uma faculdade isolada. Ainda com as instalações muito deficitárias, muito incipientes. As vezes um laboratório se prestava para cinco disciplinas. Funcionava lá: dentística, materiais, ortodontia, então era uma sala de multidisciplinares por conta de espaço, então tinha que organizar, tinha aula

de manhã, tinha aula de tarde, as vezes tinha aula de noite e eu fiz.... Terminei em 1962.

Em janeiro de 1963 eu fui para São Paulo fazer um estágio na USP e na Santa Casa de Misericórdia que era onde o pessoal falava muito que tinha deficiência em dentista, que tinha deficiência em cirurgia e extrações. Então eu trabalhava na Santa Casa de Misericórdia, era de manhã e um dia... Outro dia eu ia para a USP lá na rua Três Rios, e de tarde um primo legítimo, que era dentista, e foi ele que me acolheu na residência dele. Ele trabalhava numa fábrica de saco de papel e foi outra experiência muito positiva porque lá ele era clínico e apesar de ser uma fábrica o consultório era muito bom e tudo o que ele solicitava a empresa fornecia, então eu aprendi muito porque a gente fazia o seguinte, eu estou dizendo a gente porque eu aprendi muito com ele, ativamente. Chamavam um grupo de operários e a gente fazia um exame geral, e naqueles dentes com cavidades mais avançadas se fazia um curativo intermediário, na época não existia o IRM, só o oxido de zinco e eugenol... ele dizia assim: "primo a gente faz isso porque ele volta, esse dente fica estável, não vai doer", terminava aquele grupo 10/15, aí ele chamando um por um, aí fazia um tratamento, depois chamava outro fazia o tratamento. O importante era sanar a dor naquele momento, tinha raio-x e se fazia endodontia em dentes anteriores exclusivamente.

Pronto, aí eu voltei em maio de 1963, porém eu tive uma intercorrência na minha vida profissional porque faleceu um irmão meu, deixou sete filhos e ele trabalhava na área de transporte de cargas, e eu fui transferido da parte de odontologia para trabalhar nesse comércio de transporte de carga. Isso ocorreu quando eu ainda estava no primeiro ano de odontologia, no final de 1959 e fiz o curso paralelo trabalhando e estudando, estudando e trabalhando, pensando eu que quando voltasse de São Paulo, início de 1963 comprei um consultório e me instalei para trabalhar, mas a minha solicitação da minha pessoa junto da empresa, que era meus sobrinhos, netos tudo menino com dois meses, de dois meses a um ano... meu irmão, um acidente de caminhão. Então eu fiquei trabalhando com eles até dezembro de 1965. E então, no final de dezembro eu saí da empresa e comprei um consultório lá no centro da cidade, o primeiro consultório no Edifício Basilar, no centro. Primeiro consultório, aliás o segundo porque o primeiro eu não usei, eu vendi. E lá no centro se concentravam muitos dentistas, médicos, tudo! Eu tinha estacionamento na praça,

na frente do consultório, eu e os pacientes. O tempo foi passando, aí foi afastando... “o estacionamento não pode ser mais aqui, tem que ser na praça”.

Era como se fosse um bairro nobre de comércio! Não existia shopping. Todo o comércio se concentrava ali, Rua Nova, Avenida Guararapes, Imperatriz. Os prédios ali eram de consultórios médicos famosos, né? Médicos, dentistas e outros profissionais, e com escritórios também de advocacia, no meu andar mesmo tinha escritório de imóveis, escritório de advocacia. E tinha consultório, vários consultórios. Então assim, quando foi em dezembro de 1965, foi em 1965, em janeiro de 1966, eu estava... me encontrei com um colega de turma, amigo, aquela pessoa que você tem uma ligação... repare, isso eu me formei em 1962, nisso eu comecei a trabalhar praticamente em 1966, aí ele me chamou e disse: “Adauto, estais fazendo o que? ”, aí eu disse: “olha, estou começando agora o consultório” e ele já sabia da minha situação do trabalho, disse: “você deixou a empresa? ” Eu disse: “deixei porque tem outra pessoa lá. Assumi uma pessoa que vai dar continuidade e eu vou cuidar da minha vida”, e aí eu assumi o consultório, e ele disse: “faça o seguinte, eu estou na faculdade, na disciplina de dentística, apareça lá para a gente conversar”, e eu prontamente fui, conversei com ele, conversei com o titular que tinha sido meu professor também, já me conhecia e tinha dois assistentes. Aí ele: “você por aqui e não sei o quê e tal”. Esse meu colega disse para o professor que era o titular, eu quero que você oficialize um estágio para Adauto aqui, aí ele solicitou a direção da faculdade que era dirigida pelo professor Edrizio Pinto e aí o estágio foi aprovado. Então, esse foi o meu primeiro passo na área didática. O magistério. E a minha função: preparar aula prática, preparar manequim, auxiliar na aula prática, nas aulas práticas... E a coisa estava assim, eu estava satisfeito porque eu trabalhava no consultório e dava duas noites na faculdade, nessa época funcionava a noite. Inês a minha esposa preparava uma marmitinha térmica, eu levava para o consultório. Quando saía do consultório, chegava na faculdade, aí eu comia, fazia meu jantarzinho para poder participar das aulas... E aí quando foi em maio/junho ouve uma reunião na disciplina dizendo que a direção da faculdade tinha oferecido um curso de pós-graduação na USP para a nossa disciplina, aí o titular disse: “olha Adauto, eu não vou poder ir porque eu estou com a minha família estruturada”, o primeiro assistente também disse que não podia.

Então, aí o titular disse: “eu vou consultar o diretor para ver se você, como estagiário...”, porque os outros já eram assistentes contratados e efetivos, aí ele consultou o diretor. O diretor disse: “não, ele pode ir! Ele não está como estagiário?”, eu disse: “agora eu vou depender de casa, da minha esposa, porque eu estou com uma filha de seis meses”. Aí quando eu ceguei em casa, comentando com a minha esposa eu disse: “olha, há uma chance de a gente ir para São Paulo”, em 1967, porque em 1966 era para preparar a documentação. Aí: “vamos conversar”, eu disse: “não, não precisa conversar não! Se depender de mim a mala já está pronta!”, uma decisão dessas, aí, no dia seguinte, eu dei o sinal verde só, aí vamos cuidar da papelada, aí prepara declaração do professor, informação vai para lá, vem para cá. Em outubro foi confirmada a pós-graduação e lá fomos nós família, lá para São Paulo. Aí lá eu fiz na USP, peguei uma parte ainda na Três Rios e o segundo semestre lá na cidade universitária. Peguei essa parte de mudança, de transição. Lá em São Paulo eu posso lhe dizer que eu fiz quatro anos em um, porque era pós-graduação *Latu Sensu* você fazia tudo, eu fiz anatomia, histologia, dentística, materiais, principalmente materiais, clínica laboratorial e clínica, radiologia, próteses fixas e próteses fixas nas clínicas também.

Pronto, no final do ano teve o TCC, o trabalho de conclusão de curso, fui aprovado no trabalho e voltei já contratado lá na FOP como professor assistente em dentística, então foi a minha primeira experiência de magistério, foi em 1968. A partir de 1968 a primeira experiência de magistério. Fiquei na FOP e em 1971 houve um concurso para a Universidade Federal de Pernambuco. Eu fiz esse concurso e passei lá na universidade federal, e fui contratado em 1973. Deixei a FOP e fiquei só com a universidade e o consultório. Nessa época eu ainda trabalhava no centro da cidade, e aí começou realmente uma mudança de vida, porque eu passei a ter uma visão científica da odontologia nesse período que eu estive em São Paulo, porque quando eu me formei, a odontologia estava passando de uma profissão, de uma conduta empírica para uma conduta científica, onde se olhava exclusivamente o dente. O cliente chegava e dizia: “eu quero tratar esse dente. Se estiver furado eu quero extrair!”. Não existia ainda a cultura do tratamento endodôntico. Um colega meu que fez paralelamente comigo, ele fez endodontia e ele se tornou o primeiro especialista em endodontia aqui em Recife, o Prof. Gustavo Leal de Carvalho, fez curso lá na USP,

então esse aí, ele quebrou com a tradição porque só se fazia canal em dentes anteriores, e ele passou a fazer também em dentes posteriores.

Abriu-se para se fazer tratamento de dente, porque requeria mais conhecimento, requeria mais conhecimento da radiologia. Poucos profissionais tinham equipamento de raio-x no consultório. Eu já comecei com raio-x no consultório. Eu já comecei com a cadeira elétrica, eu peguei umas cadeiras..., mas a minha cadeira já era elétrica, tinha quatro pedais: para subir, para descer, para reclinar. Então eu comecei a me entusiasmar pela profissão, pela estética e com a formação de São Paulo, formação obtida na USP, eu consegui abrir um campo de trabalho científico de restaurações. Paralelamente a isso havia uma mudança na tecnologia, por exemplo, resina composta não existia. Eu comecei a trabalhar com resina acrílica... restaurar dente com resina acrílica era o mesmo que dizer assim: “daqui a dois meses vai para um endodontista”, classe quatro, ângulo, fazia técnica do pincel com resina, depois começaram a chegar, em 1970, começaram a chegar as resinas compostas, a mais conhecida era a “adaptic” da Johnson e Johnson. O marketing que a Johnson e Johnson fez foi de tal grandiosidade que o cliente já chegava no consultório solicitando: “O senhor tem adaptic? O senhor trabalha com adaptic?”. Então sim, adaptic, mas era pasta a pasta, não tinha condicionamento. Antes não tinha nada disso. Já foi um resultado satisfatório, você tinha que fazer contenção e etc...

Eu comecei a trabalhar com cimento de silicato e resina acrílica. Cimento de silicato eu tinha uma escala de cores que era uma coisa belíssima, uma coisa importada ... sim, aí da adaptic foi quando surgiu o aparelho de ultravioleta, e eu fui o segundo profissional em Recife a adquirir esse equipamento de raio ultravioleta que era para polimerização a luz mediante ao uso de um adesivo, e o outro adaptic não tinha, era só... ia colocando camada sobre camada e ia fotopolimerizando, depois, como a ultravioleta, a capacidade dela era muito pequena, um milímetro/um milímetro e meio a gente tinha que colocar várias camadas na vestibular, várias camadas na lingual, mas isso aí já foi um passo muito grande que permitiu se usar escala de cores que não existia, escala de cores para resina composta, depois chegaram os aparelhos fotopolimerizáveis com a luz led, é, prismafil, foi o primeiro equipamento de luz led. Isso em 1972/1973. Foi com esse prismafil, era um produto importado. O ultravioleta eu consegui porque, é... uma pessoa que veio dos Estados Unidos, eu tinha solicitado, aliás não foi nem de solicitado... foi na Venezuela-Caracas, a pessoa estava lá

participando de um seminário, eu dei as indicações e ele conseguiu trazer. Não havia impedimento assim da alfandega, então esse aparelho de prisma, depois do prisma esse prisma... a grande revolução dele foi porque ele permitia a fotopolimerização de camada de três a quatro milímetro, então isso já avançou muito em ganho de tempo e qualidade, e... depois do prisma, então, começaram a aparecer outros equipamentos mais sofisticados, hoje a gente tem aí... fica difícil de dizer porque tem uma gama enorme de equipamento de fotopolimerização, bom, eu na universidade, aqui também como sócio da BO, ministrei vários cursos, fui convidado para participar de congressos em São Paulo, participei de um congresso em Buenos Aires exatamente para apresentar trabalhos com resina fotopolimerizável. Ministrei aula em curso de pós-graduação e quando foi em 1994, foi mais ou menos, eu estava participando de um congresso no CEOSP quando um colega meu lá da USP me chamou, me convidou para assistir uma conferência de laser. Eu fiquei: “porque laser?”, aí ele disse: “não Adauto, é muito importante!”. Eu mantive assim uma ligação durante muitos anos com o pessoal da USP, o pessoal da velha guarda. Hoje quase não tem mais ninguém... e ele disse: “não, é uma coisa muito importante que está despontando”. Aí isso foi em 1988/1989, foi! Aí eu assisti a palestra de laser e fiquei encantado com o que o laser, na época estava fazendo, como anti-inflamatório, analgésico, bioestimulante... que eram as funções principais do laser, laser de baixa intensidade. E aí quando foi 1990 eu fui participar juntamente com umas três/quatro colegas, nós fomos para um congresso em Washington e o que estava disparando lá era exatamente tecnologia com laser, o uso do laser, para sensibilidade, aplicação para sensibilidade, hipersensibilidade dentinária, aftas, inflamações, lesões, traumas, e eu cheguei a participar de algumas demonstrações. Aí disseram: “isso ainda vai demorar a chegar em São Paulo ou no Japão”, e eu achei interessante porque tinha um profissional assistindo essa palestra, ele tinha oitenta anos e chamou a atenção de todo mundo, aí hoje eu penso eu com oitenta e um, estou na atividade, entendeu? Sim, aí voltando para Recife, esse colega de São Paulo, Carlos de Paula Eduardo, ele começou a fazer intercâmbio com professores dos Estados Unidos, na Alemanha, na Inglaterra, e aí ia ter um curso de laser lá em São Paulo, aí ele ligava para mim: “Adauto vai ter um curso de laser assim, assim...”, aí as vezes minha filha ia, Maria Regina, ia comigo. Eu sei que nós fomos crescendo nesse conhecimento, adquiri um aparelho de laser de baixa intensidade portátil. Ainda hoje eu tenho esse aparelho em casa e funciona, um japonês. E depois fizemos um curso para

credenciamento para uso do laser, as perguntas eram traduzidas e vinham da universidade lá dos Estados Unidos, não sei se era da Pensilvânia, não me recordo. E aí fizemos esse credenciamento para poder justificar, junto ao conselho federal de odontologia, que nós estávamos capacitados ao uso do laser.

E aí quando foi em 1995 eu estava em um congresso em São Paulo... Em Salvador! Eu estava no stand da KAVO e eu só tive consultório KAVO, e eu me dava muito bem, me relacionava muito bem com o presidente da KAVO do Brasil. Aí eu estava lá no stand conversando com ele quando esse colega de São Paulo me convidou disse: “Adauto, a palestra de laser vai começar agora!”, aí eu, o presidente da KAVO disse: “palestra de quê?”, eu disse: “De laser, o senhor quer assistir?” Ele disse: “me interessa! Me interessa!”. Certo, aí fomos lá para a palestra... depois eu voltei para conversar “esse chegou na hora”, eu disse, porque eu recebi da KAVO um material sobre o uso do laser para tecido duro, porque até então só se usava laser em tecido mole e eu disse: “ótimo!”, isso era outubro, “pois agora em novembro vai ter um curso muito bom lá na USP e o senhor pode levar, o senhor me entrega esse material, que eu levo para o professor Paula Duarte”, aí ele disse: “tá certo!”. Dois ou três dias depois ele ligou para mim e disse: “não, eu não vou entregar a ele não, eu vou mandar para o senhor! O meu contato é o senhor! O senhor é que vai fazer a apresentação desse trabalho lá, vai abrir um espaço! Eu digo: “mas eu não sei se o pessoal vai permitir...”. Bom, ele me enviou o material e eu levei para o curso. Conversei com o coordenador, apresentei e disse: “se o senhor quiser apresentar, apresente”, “não, mas... faça o seguinte, já que você trouxe o material você apresenta”. Eu já tinha lido, já tinha visto e fiz uma apresentação como se fosse uma apresentação comercial, e despertou um interesse muito grande. Queriam o equipamento para fazer tecido duro, fazer cirurgia óssea, fazer preparo cavitário. Pronto, aí começaram as ligações para a KAVO sobre esse aparelho. E em 1995, final de 1995 esse presidente da KAVO veio, estava em fortaleza, me ligou e disse: “o seu Adauto, eu vou passar aí em Recife dois dias. Eu preciso dar uma arrumada aí na filial e quero ter um contato com o Senhor”, “está bom!”, aí aproveitei a oportunidade e mantivemos um encontro, e nesse encontro foi um jantar na nossa casa, estava lá a minha esposa... aí ele disse: “é o seguinte eu tenho... a KAVO pediu que eu mandasse uma pessoa pra lá, para conhecer o produto e fazer uma experiência e a minha proposta é a seguinte, o senhor paga a passagem e eu lhe dou todo o apoio de

logística... hospedagem, tradução... eu disse: “mas eu não sei alemão, como é que eu vou fazer?”, “não, mas o senhor vai na fábrica, conhecer na fábrica”, aí acertamos os detalhes e eu fui com a minha esposa. Fomos para Frankfurt, lá nos fomos para a cidade da sede da KAVO, esqueci o nome. E foi uma emoção quando eu cheguei na fábrica e fui entrando, o hasteamento da bandeira, estava lá a bandeira da Alemanha, a bandeira da cidade e a bandeira do Brasil, mas ele disse o seguinte, que era uma praxe que a KAVO dava de boas-vindas a quem estivesse visitando a fábrica, então a comunidade ficava sabendo que aquela bandeira significa que ali tem alguém daquele país visitando a fábrica, achei interessante, e eu fiquei fazendo lá três dias treinando com o pesquisador que criou o equipamento de laser, e fiquei, e me interessei. Aí ele disse quando terminou, aí ele me levou para Frankfurt, no consultório de um dentista que já usava o equipamento e esse dentista disponibilizou, fez uma agenda para que eu pudesse participar dessa agenda direcionada para o laser, tudo o que ele fazia com o laser, instalação de classe 4 , por exemplo., eu achei interessante.

Aí voltei para o Brasil e aqui ele só eu... “o pessoal da fábrica tem uma proposta para o senhor”. Sim a essa altura o professor da USP, também estava interessado no laser. Aí ele disse: “eu tenho uma proposta”, aí ele fez uma proposta para mim financiada e um negócio assim, espetacular, e eu tinha um cliente economista e conversei com ele e disse a ele: “olhe eu estou para comprar esse equipamento e não sei de faço esse investimento , mas eu não gostaria de ter esse aparelho e dizer para o paciente esse tratamento é x, sem o laser é...”. Eu acho isso muito indiscreto, então ele disse: “não, vamos fazer o seguinte, a gente estipula um valor e esse valor está embutido o custo do laser, certo? Que é esse equipamento aqui. Bom, e aí o equipamento chegou, foi o primeiro do Brasil, no mês seguinte chegou o da USP e a USP se indagou porque primeiro veio para o nordeste e não... enfim. Mas a nossa ligação, e a partir daí, eu passei a treinar profissionais que estavam interessados em comprar a pedido da KAVO, aí do jeito que fizeram comigo, vinha o profissional aqui, eu preparava os pacientes, marcava, agendava e treinava, e usei esse aparelho até quatro ou cinco anos atrás, foi quando a KAVO foi vendida a um grupo de investidores Americanos e não está mais fabricando a fibra ótica que é o principal equipamento da KAVO. E eu estou aí com esse “elefante branco”. É... quer dizer, mas eu usei em 1996, eu usei até 2006 e até vinte anos, até 2016 ainda eu usei, certo? Agora, tenho

outros lasers, tenho laser alta potência, de baixa potência, para vários tratamentos, não para tecido duro especificamente, mas para fazer cirurgia periodontal, cirurgia endodôntica, tratamento endodôntico, entendeu? Auxiliar no tratamento endodôntico, com descontaminação, uma gama de.... pronto.

E aí, é... eu fui sempre buscando mais alguma coisa, sempre buscando. E para completar esse ano de 2019 eu iniciei uma outra etapa, o uso da tecnologia 3D com escaneamento. O escaneamento é um processo que elimina a moldagem tradicional, né? Com silicona, vazamento em gesso, moldagem para registro e oclusão. Ele escaneia, aparece no vídeo, vem um técnico e em tempo real o laboratório está acompanhando o que está acontecendo, o escaneamento. Terminado o escaneamento, registro de oclusão, aí tem o laboratório, eles solicitam um tempo, 10 minutos/5 minutos, para fazer a avaliação do escaneamento daquele dente ou dos dentes, aí vai... depois ele diz assim: “precisa melhorar o afastamento na região vestibular”. Aí o paciente vem, pega o afastador gengival, você coloca, aí ela faz um novo escaneamento e aí de lá responde “100%”. Dispensa o paciente. Oito dias depois o paciente volta, você instala a coroa. O registro de oclusão é quase perfeito, é 98% de perfeição do registro de oclusão. Quando você assenta as proximais, 100% de adaptação nas proximais, isso para mim com 56 anos, 56 fiz agora, foi... em 2018, 1962 para 2018, né? 56, então para mim, isso para mim é uma satisfação... foi uma emoção muito grande poder estar entrando nessa era a tecnologia digital 3D.

Eu, então, eu digo o seguinte, que eu acompanhei a odontologia de uma fase empírica para científica, agora essa visão eu tenho, e tive a partir da pós-graduação porque aqui o curso limitava, vamos dizer assim, a visão que se dava no tratamento não era um tratamento de saúde, era um tratamento do dente. O paciente sentia a dor naquele dente, caiu uma obturação, não era restauração, então era uma visão unitária/unilateral, não era uma visão holística. Quando eu digo holística é para você ver a boca como um todo, o dente inserido no corpo, o que a ausência de um dente pode provocar, o que é que um foco dentário pode provocar, isso a gente não... “não, não está precisando de canal”, não vai fazer o canal, “ah não presta!”, “arranca!”, “extraí!”. Essa era a visão da época, mas eu nunca gostei dessa parte cruenta, mutiladora. Trabalhei muito pouco na parte mutiladora, para mim era assim uma tristeza, uma violência eu ter que remover um dente ou ter que extrair um. E via colegas, presenciava colegas, hoje no SUS, em postos de saúde, anestesiarem dez

pacientes, anestesia um, dois, três, quatro, cinco, seis... dez pacientes e quando terminava o décimo, chamava o primeiro: “venha! ”. Aí o efeito da anestesia já estava passando, e disputando muitas vezes com colegas quem extraía mais rápido um dente. Isso era chocante, mas infelizmente acontecia, entendeu? E fico feliz porque quando eu estava, eu tinha me formado e precisei da ajuda de dois ex-professores, de orientação, e esses professores são um fato marcante. Eu preciso registrar isso porque se negaram a dar informação e me disseram assim: “não, ele está com medo de ensinar a cobra e ser mordido depois”, ou seja, de tomar o paciente... passou-se.

Quando eu ingressei no magistério eu tive dois pensamentos, o primeiro não negar jamais uma informação que me seja solicitado. Se eu não soubesse dar a informação na hora eu pensava depois e dava... preparava e dava, e a outra sempre ser estimulador para aqueles que estavam estudando odontologia. Para os meus alunos eu sempre era uma pessoa que dava uma força, estude! Aprenda! Se esforce! Entendeu? E porque eu tive um professor que era muito negativista, ele dizia que quando eu ia para o consultório, ia para um altar de sacrifício. Detestava atender cliente, detestava ver cliente na frente dele e ele vivia de cliente, aí quando ele chegava, passava um e dizia “galeguinho saia dessa profissão! ”. Isso também me marcou, então eu sempre servi, me levando disso, de estímulo para os colegas.

Pronto, chegamos aqui em 2019, espero completar 57 anos de formado.

O motivo da minha escolha para odonto é que, na época, estudando vestibular com um colega... dois colegas! A gente queria a área da saúde, aí e um deles conversando comigo disse: “não, vamos para a odontologia que está numa época boa”. Então eu não fiz medicina, só fiz odontologia. Fazia as duas! Era muito comum fazer as duas, fazer os dois vestibulares.

No tempo da faculdade eu não cheguei a fazer algum currículo, algum estágio paralelo que não era o estágio do curso em si. O único estágio que eu fiz fora foi para cumprir um período de tempo no CPOE, no exército. Aí no hospital do exército eu fiz esse estágio. Para complementar minha carreira, vamos dizer, não é carreira, o tempo militar, fiz CPOE, e como fiz a área de saúde a gente ficava devendo um estágio para poder receber o certificado lá.

Durante o curso, tinha a compra de matérias, todo o material era comprado por nós! E não ajudou para que eu abrisse o consultório posteriormente, quase eu não

tive porque eu vendi o consultório que eu comprei. O primeiro consultório eu vendi tudo, agora, o consultório que eu comprei pertenceu a um casal de dentistas que estava se transferindo para São Paulo e deixou tudo no consultório... instrumental, deixou tudo! Entendeu? Aí eu fui só complementando de acordo com a minha necessidade. Na época, a faculdade, ela... para você ter uma ideia, a faculdade tinha adquirido um aparelho de alta rotação e a gente fazia um rodizio, “agora sou eu!”, “agora...”.

Os pacientes chegavam até mim por informação! Alguém levava, eu conhecia uma pessoa que estava precisando, o colega precisava, a faculdade colocava uma coisa... não sei, eu sei que sempre tinham pacientes para atender. Eu iniciei o convênio com o Banco Central. Fui convidado pelo Banco Central para montar o convênio e montei juntamente com outro colega, e trabalhei durante muitos anos como conveniado do Banco Central, e como conveniado da Caixa Econômica e do INSS, que chamava Patronal, certo? Que foi substituído por GEAP. Com a revolução de 1964, houve uma mudança grande na parte de convênios, e eles passaram a pagar um preço aviltante, e eu... quando o paciente do convênio... eu estava atendendo um paciente aqui do Banco Central, né? Quando sentava na cadeira eu estava atendendo “um paciente”, eu não fazia distinção entre o paciente conveniado ou do particular, só que quando eu percebi... eu percebi que quando chegava no fim do dia... Quando eu fazia a diferença eu ia ver a relação dos ganhos. O consultório começou a diminuir a renda. Aí, gradualmente eu estava com uma clientela que já estava me dando uma certa estabilidade, aí gradualmente eu fui deixando um, deixando outro, atendendo, passei a ser perito do convênio do Banco Central, e a Patronal tirou vários profissionais para poder instalar esse novo GEAP, não sei se era terceirizado...aí eu não voltei mais a ser, deixei! Fiquei só com a clientela particular. Os trabalhos nos convênios era: o paciente fazia o trabalho com o colega, ele mandava a ficha do trabalho realizado e eu aqui avaliava se o trabalho tinha sido realizado de acordo como estava no cronograma. Mandava também radiografias! Esse trabalho de perito é meio que um fiscalizador dos próprios colegas e por isso cheguei a ter alguns desconfortos com alguns deles, mas liguei! Liguei para o colega primeiro, expliquei para ele, ele chamou o paciente, corrigiu e foi resolvido de forma satisfatório sem necessidade de intervenção do profissional.

Fora o curso na USP, eu fiz uma especialização em dentística. Endodontia eu não faço, não faço cirurgia. Aí faço dentística e faço estética com laser, coroas. Já a relação de encaminhamento para outros profissionais, essa rede de parceiros é que alguns eu faço. Eu tenho aqui no consultório. Eu tenho quem faça aqui endodontia... aqui mesmo eu montei um esquema, tem periodontista, tem o implantodontista... tinha implantodontista! Ele se transferiu para Portugal, mas eu tenho outros... ou ele vem aqui ou eu levo a paciente lá para fazer. Então esse consultório é meu, e eu loco as salas para os outros profissionais. Já tive pagamentos por porcentagem, mas hoje eu só faço locação. O profissional é independente! Já tive muito percentual.

Já sobre os tratamentos de urgência, eu já fui solicitado algumas vezes a ir na casa de alguns pacientes, desde o laser. As pessoas sofriam uma pancada e precisava fazer uma aplicação de laser... idoso. Também tive uma atuação muito grande na... quer dizer, uma atuação tanto na parte da ABO, como fui vice presidente, sempre participei da direção da diretoria da ABO, e o CRO também participei, mas não era muito meu perfil o CRO. O meu perfil era mais associativo, parte científico da ABO, era na comissão científica, vice-diretor. E trabalho também lá na ABO como colaborador no curso de Prótese sob-implante, porque lá eu mantenho assim, uma convivência com o pessoal jovem...

Eu vi uma diferença muito forte no perfil de acontecimentos clínicos no começo da minha carreira para agora. É aquilo que eu lhe falei no início, era aquela odontologia empírica, hoje para uma odontologia científica, baseada em fatos científicos concretos. Eu acho que a maioria dos dentistas não tiveram a mesma oportunidade que eu, de ter esse contato com essa odontologia que o senhor chama de odontologia científica, por assim dizer, mas hoje mudou! Mas eu tive colegas de turma que se aposentou... minha convivência era muito boa, muito boa, mas eu sabendo da defasagem dele eu sabia como conversar com eles. Eles viveram aquilo ali porque não tiveram a visão, a oportunidade que eu tive de procurar fora, e eu não dizia pra eles "não, é porque eu estou fazendo isso, estou fazendo aquilo..." não! Se eles estavam satisfeitos com o que estavam fazendo, e eu queria uma convivência salutar, de colega de turma, rever outras coisas, então isso aí... mas teve gente que terminou e se aposentou da forma que se formou. Hoje não, hoje o estudante já está com a cabeça pensando em fazer, terminar para fazer uma especialização, fazer uma pós-graduação de qualquer forma.

Voltando sobre a minha graduação, na FOP, em nenhum momento ela foi vinculada a faculdade de medicina UPFE, a maioria dos professores sempre foram dentistas, mas no ciclo básico, teve o Dr. Ivan Alecrim, que era médico, professor de microbiologia da Federal. Tinha Dr. Bertoldo Cruzzi, que era da de parte preventiva e social. Eu tive Dr. Armando Sâmico também. Acho que uns três professores que eram da área médica.

Quanto a antigamente e hoje, fazendo um paralelo sobre a questão da estética facial que está sendo incorporada na odontologia, que até então, era restrita aos médicos essa questão de botox, por exemplo é que o dentista dentista era visto somente para extração, depois começou a ter mais amplitude na parte de bucomaxila, né? Cirurgias mais pesadas, né? Cirurgias de mandíbula... Quando o dentista começou a surgir nessa área, também despertou na área médica, eles dizendo que o dentista estava entrando na área bucomaxilo, na área deles, certo? Deu até certa ceulema e os médicos entraram e começaram a fazer cirurgia bucomaxila, só que eles não tinham noção de oclusão, entendeu? E deixavam o paciente depois numa coisa séria, porque hoje quem faz ortognática, ele faz com o apoio de um ortodontista de outro... pra poder deixar na oclusão correta. Hoje eu não sei como está, mas eu sei que hoje o bucomaxilio já tem o seu espaço, o seu status, né? Não vejo assim! Eu acho que essa parte está caminhando... a parte de botox também está muito desenvolvida. Se existe alguma coisa lá, mais a cima, não chega ao meu conhecimento.

Eu disse que a endo era restrita aos dentes anteriores, né? Até certo ponto... e para os dentes posteriores restavam os outros tratamentos... a exodontia. Com o passar o tempo, mesmo a endo sendo feita para dentes posteriores. Hoje com o avanço a gente já tem como fazer isso, e hoje eu vejo esse habito sendo continuado, principalmente para as pessoas mais pobres. Hoje eu atendi uma pessoa aqui de um nível mais baixo, mas uma pessoa que quer alguma coisa. Revoltada porque ela perdeu os dentes muito cedo, porque o esposo começou na polícia e ainda era o tempo de remoção. Procurou meu nome na internet e veio, mas era uma pessoa assim, que faz tudo o que for possível para aproveitar o dente dela, ela disse: "olha, meus filhos, hoje, tem todos os dentes. Todos! Eu faço religiosamente revisão de seis em seis meses nos meus filhos. Hoje eles são adultos e eles continuam fazendo!", quer dizer, uma pessoa que vem de baixo, mas já chega porque há divulgação, a

saúde, o tratamento da saúde bucal, saúde bucal nas escolas, práticas integradas de saúde pública. Isso está trazendo um benefício enorme nessa área.

Eu só não fiz participar, mas fui um grande incentivador do hospital Magitot e lamento, porque para a época foi um pioneirismo, funcionava com o sistema de atendimento ao público e plantão. Inclusive tinha plantão noturno. Eu tinha uma colega mesmo que no dia do plantão dele ele passava a noite lá. Tinha acomodação, tinha tudo..., mas eu não tenho mais detalhes, quem podia ter mais detalhes era o professor Ranilson. Ele é mais velho do que eu, ele hoje está com Parkinson, mas está com a cabeça muito boa. Muito boa! Eu não sei se ele chegou a trabalhar lá, mas foi um grande batalhador para ressurgir o hospital Magitot. Eu tive três mil e trezentos alunos. Eu fiz uma média das turmas porque eu sempre era convidado, né? Homenageado, paraninfo... paraninfo eu fui duas vezes, mas homenagem ao aluno, homenagem não sei o que, aula da saudade, sempre tinha... e como é que se diz, eu amei o magistério, entendeu? Amei! Sai por uma contingência de idade e também por falta de apoio governamental, pela aposentadoria que a gente tinha que...

No meu tempo não tinha mestrado. Quando os mestrados começaram a chegar aqui em Pernambuco eu já estava com a família criada e não tinha mais condição de sair para fazer mestrado fora, e eu estimulei muitos colegas meus, muitos! Estimulei! Faça! Vá! E me formei como professor adjunto! E daqui pra frente eu vejo a odontologia despontando como profissão assim... de ponta, com sempre muita inovação. Eu tenho acompanhado toda essa parte de... implante, para mim já foi novidade. Eu fiz curso de implante quando me aposentei na universidade, aí fui fazer curso de implante, só que os ministradores do curso, todos tinham sido meus alunos.

Tem um livro chamado “Declaração Cascata”, que foi uma declaração feita por cinco grandes pesquisadores no mundo sobre o ensino odontológico, que fala sobre o recentramento da odontologia como especialidade médica, mas a essa altura eu acho isso muito difícil, mas tudo depende de uma canetada do presidente maluco.

Portanto, a minha parte é dizer que eu me sinto gratificado nessa profissão, continuo trabalhando porque gosto. Adoro! Minhas mãos estão boas ainda com 82 anos, eu acho que vou trabalhar mais um ou dois.

Dra. Eliane

Eu sou Eliane, certo? Nasci em 1935, tenho atualmente oitenta e três anos às vésperas de completar oitenta e quatro. Minha família toda recifense, certo? Faço parte de uma família de quatro irmãs, todas as minhas irmãs fizeram parte da área de saúde. São duas médicas e duas dentistas comigo, e eu sou a caçula dos quatro. Me formei pela faculdade de odontologia que na época era “Universidade do Recife”, depois é que passou a ser “Universidade Federal de Pernambuco”. Me formei em 1956. Papai era arquiteto, minha mãe era doméstica, certo? Meu pai era um homem muito avançado para a época dele, certo? Tanto é que na época, que minha irmã fez medicina, mulher não estudava medicina e ele dizia que a profissão para mulher era medicina. Ele detestava alguém pensar que uma filha dele fosse, por exemplo, ser professora. Que na época a profissão da mulher era ser professora primária, né? E ele sempre torceu muito para que todas fizessem medicina, mas duas fizeram odontologia, né? Eu e a segunda. Mas ele era uma pessoa, assim, muito avançada para a época, sempre foi muito. Viu dez anos na frente dele, quinze anos na frente dele. Uma pessoa muito boa, certo? Um pai muito ativo, muito presente, muito amado. Minha mãe também era uma pessoa muito sábia. Eu considero minha mãe uma pessoa muito sábia, certo? Minha mãe tinha somente as primeiras letras de um curso primário, sabia ler e escrever direitinho, mas não tinha nenhuma formação intelectual, mas era uma pessoa muito sábia, soube educar muito bem as filhas dela, e educou praticamente... não digo praticamente, mas educou muito sozinha, porque papai viajava muito. Papai trabalhava muito fora de casa e viajava muito, as vezes passava quinze, vinte dias fora de casa, e era ela quem administrava as quatro filhas da família. As quatro filhas! E foi sempre uma pessoa muito boa. Minha mãe era uma pessoa muito boa, tanto que até hoje, os netos que ela conheceu... chegou a conhecer. Alguns ela não conheceu, mas eu acho, os que ela chegou a conhecer, até hoje choram a perda dela, né? A perda dela... mas é uma família normal, unida, sem grandes problema, nunca tivemos grandes problemas, grandes preocupações... Eu sou solteira! As outras três filhas... as outras três irmãs casaram. Todas casaram com médicos. São três médicas e uma dentista, e todas se casaram com médicos. Então eu sou de uma família da área da saúde. Atualmente eu tenho um, dois, três, quatro, cinco, seis... É! Sete netos! Sete sobrinhos... oito sobrinhos-netos com todos Médicos

e uma dentista. Somos oito sobrinhos-netos médicos e uma dentista, quer dizer, a família toda foi para a área de saúde.

Quando eu fui fazer odontologia minha irmã já fazia, né? A segunda já fazia! As outras duas faziam medicina, né? Eu fiz... no ano em que eu fiz odontologia a terceira se formou em medicina, em 1956. Mas então não sei nem lhe dizer porque é que eu decidi por odontologia, mas decidi fazer e não me arrependo. Muito bem com a minha profissão! É, foi ela! Então, a família esteve nessa área, apesar de meu pai ter um leque completamente diferente, mas a família sempre foi dentro da medicina e da odontologia.

No meu tempo o curso eram três anos! Na minha época ainda eram três anos, né? Quer dizer, hoje em dia a gente vê umas matérias totalmente diferentes, as cadeiras completamente diferentes daquela época, né? Por exemplo, hoje em dia “dentística”, na nossa época era “clínica odontológica”, né? Quer dizer... eram bem diferentes! Mas, então, a clínica odontológica... era misturada! É! É uma visão geral da...

Naquela época na verdade era a dentística... era o que seria hoje a dentística, né? Sempre ligado a dentística, né? Aí... a odontopediatria já existia, já existia ortodontia, já existia prótese, patologia, né? Nós fizemos patologia de microbiologia... Na nossa época tinha o curso de... eu não me lembro como era... era “higiene”, que era o curso de “higiene bucal”. No nosso primeiro ano nós tínhamos aulas muito ligadas ao curso de medicina, né? Por exemplo: microbiologia, era o mesmo professor de medicina. A gente fazia junto com a turma de medicina - anatomia era muito ligada, porque a gente fez anatomia completa, né? A gente estudou anatomia completa, não foi só crâneo-facial. Anatomia completa, né? Fisiologia eram os mesmos professores de medicina, nosso professor de fisiologia. Então o curso era dentro da faculdade de medicina! Funcionou... no último ano a odontologia se separou de medicina, porque era assim, “Faculdade de Medicina e Cursos anexos de Odontologia e Farmácia”, certo? Aí no último ano, quando eu cursava o último ano a odontologia se separou. Aí, saiu de dentro da faculdade de medicina e veio aqui para a Fernando de Vieira. Foi uma sede própria para a odontologia, já no terceiro ano.

A partir do segundo ano começavam as cadeiras clínicas? Digamos assim... Que eu bem me lembre já começa clínicas, assim, no segundo ano. Não tinha assim como

estágio! A gente atendia, tinha aula e o professor orientava e se fazia naquele momento da aula, certo? Não tinha, vamos dizer assim, estágio mesmo, não! Algumas pessoas fizeram estágio no hospital Magitot. Existia o hospital Magitot naquela época, certo? Alguns alunos fizeram estágio no hospital Magitot, eu fiz estágio na clínica odontológica da Polícia Estadual, né? **Mas por** minha conta! A faculdade não tinha nenhuma influência sobre isso, não! E também não havia certificado, né? Era realmente um estágio prático, não havia nenhum certificado.

O hospital Magitot, era aquele que ficava ali na Madalena, depois ele passou aqui para a Casa Forte. Era administrado pelo prof. Nelson Melo, certo? Era um hospital odontológico mesmo, se fazia cirurgia, tanto que o curso meu de cirurgia dentro da faculdade foi ministrado lá pelo professor Arnaldo Campos. Era lá que se fazia cirurgia, não era na faculdade. Era lá que se fazia cirurgia! Então eles faziam a cirurgia, tinham leitos para internação, não muitos, mas tinham né? E tinham os estudantes que eram residentes lá do hospital Magitot. Eu tinha um colega que foi residente muito tempo do hospital Magitot, e era assim que funcionava. Agora não me pergunte isso, como era a remuneração, se era o hospital que cobrava eu não sei, e se era subsidiado, não tenho ideia, não! Fechou por falta de administração e de interesse da classe odontológica, né? Os mestres que levaram adiante faleceram, os outros não quiseram assumir, a classe foi perdendo o interesse, e ele foi sendo abandonado, e findou fechando, né? Total abandono! Era na Várzea, é! E foi inclusive desapropriado para ele, né? Houve um tempo atrás que a gente ainda tentou resgatar aquilo ali, foi até o Dr. Brenout Buquerque que tentou fazer isso, botou advogado e tudo para a gente tentar resgatar, mas não virou dando em nada, né? Ele e Dr. Tadeu também, e não deu em nada, né? Entendeu?

No meu tempo já existia compra de material odontológico! A gente comprava na Casa Barros! Era a casa que vendia, a Casa Barros! A gente os comprava! Mas não, não me lembro que tenha sido muito caro, não! Acho que era acessível, acho que dava para se comprar.

A escolha da minha especialidade foi o meu professor, certo? O professor Ageu Sales me chamou para fazer estágio com ele...Foi ele quem chamou para fazer estágio com ele na Polícia Militar. Ele era oficial da Polícia Militar, oficial dentista da polícia militar, e aí eu comecei estudando, fazendo estágio com ele e quando foi... fazia parte de radiologia dentro da faculdade, entrou como professor, prof. Gilberto foi

quem me entusiasmou para fazer mais radiologia, certo? Eles dois! E quando eu me formei, ainda fiz dois anos de clínica, mas com foco em radiologia. Aí Dr. Gilberto me chamou para trabalhar com ele na clínica dele. Aí eu fui trabalhar com ele e depois pedi... fiquei independente, pronto! Aí fui seguindo... deixei a clínica e fui fazer só radiologia.

Nos dois primeiros anos trabalhei como clínica geral, na minha própria clínica! Tinha um consultório que foi da minha irmã, certo? Que ela, quando casou foi embora daqui e eu fiquei com o consultório dela, no centro da cidade. Alguns clientes ficaram comigo, outros não. Não tinha uma cartela de clientes grande, não! Não tinha uma cartela grande, não! E aí eu me interessei mais por radiologia, aí eu fui trabalhar na clínica de Dr. Gilberto e aí fui me afastando da clínica geral... a captação era boca-a-boca! Boca-a-boca! A placa... no consultório sem... não é difícil. Só quem passa pelo corredor é quem vê, né? Mas o normal era o boca-a-boca mesmo!

No consultório, eu trabalhava... quando eu comecei eu trabalhava de manhã e de tarde, mas aí eu entrei no instituto dos bancários como radiologista, certo? Aí passei a trabalhar só de tarde no consultório, porque eu tinha... em 1958, eu me formei em 1956. Em 1958 eu entrei no Serviço Público Federal. Eu entrei primeiro no instituto dos bancários, aí os institutos se uniram, né? Foi se unindo, depois foi se desmembrando, findou em Ministério da Saúde, né? Passou por várias transições, né? E aí eu entrei no Instituto dos Bancários. Com os dois anos fui efetiva, eu entrei como contratada, né? Com os dois anos, dois anos e pouco eu fui efetivada. Eu entrei para substituir um colega que estava de licença prêmio, né? Quando ele voltou eu fiquei, ficamos os dois. Depois ele se aposentou. Eu já estava efetivada quando ele se aposentou. Eu fiquei no Ministério da Saúde até hoje.

Serviço público era só para radiografia periapical, né? Era só o que a gente fazia, né? Era a radiografia periapical. Radiografia periapical e dar o diagnóstico, né? Dar o laudo. Eu fazia o laudo! Interpretação! Agora... depois eu fiz um curso aqui de dois meses com um professor de São Paulo, veio dar um curso de radiologia aqui e quando ele saiu, me levou. Aí eu fiz a minha especialização em São Paulo, aí quando eu voltei montei meu serviço especializado em radiografia odontológica, certo? E foi o primeiro do Norte e Nordeste, foi o meu! Depois do meu foi de um Dr. do Ceará, que nós compramos o aparelho juntos... Mas, não... chegaram juntos, mas o dele enganchou na Alfandega do Ceará. Passou mais de seis meses enganchado lá na

Alfandega. Foi comprado no Japão! O meu foi comprado no Japão! Aí fazia... eu montei um serviço aí na rua da Boa Vista e trabalhava de manhã no Instituto dos Bancários, e depois que fui INAMPS... foi tanto "i" que eu nem me lembro mais... e de tarde no consultório. Era só atravessar a ponte que eu tinha o consultório na rua da Boa Vista.

Eu realmente tinha uma boa clientela de dentistas. Ainda bem! Eu agradeço muito que até hoje eu ainda sou conhecida como radiologista, porque os colegas sempre acreditaram no meu trabalho, certo? Eu tinha uma boa clientela. Inclusive só quem fazia a parte de cefalometria aqui, era eu. Ninguém fazia essa parte de cefalometria, ninguém fazia cefalogramas. Os dentistas que faziam a parte de ortodontia tinham preguiça de fazer cefalogramas, "então tu faz! ". Aí eu fazia para mandar para eles, né? E parte de radiografia panorâmica que não tinha aqui, só tinha o meu, e a parte também... continuei com a parte de periapical, né? Aí o nome foi sendo conhecido, né?

No consultório tinham duas pessoas trabalhando comigo, uma pessoa trabalhava na câmara escura e uma recepcionista, né? Meu filho, eu trabalhei quarenta anos na profissão, ou mais. Eu fechei o meu consultório faz uns vinte anos, eu estou com oitenta e três. Foi muito tempo... já faz vinte anos, acho, que eu fechei o consultório. Não me pergunte data, não! Que eu sou péssima para essas coisas, essa coisa de data comigo é muito ruim...

Eu tive alguns convênios, mas o resto eram particular mesmo. Eu tive poucos convênios! Eu tive convênio com a caixa econômica, tive convênio conhece... "não sei o que Rural", como é? Não, era alguma coisa dessa "Rural", né? E caixa econômica, CELPE, mas tive poucos... mais escolhidos, assim... e o resto era mesmo particular.

Fiz uma especialidade que, digamos assim, na graduação a gente adquire pouco... que a gente não tem como comprar um aparelho panorâmico para usar aqui. Foi meu professor de São Paulo! Insight tudo dado por ele, meu professor de São Paulo! Ele veio inaugurar minha clínica, me acompanhou até a morte dele. Até a morte dele ele me acompanhou! Até ele morrer ele me acompanhou!

Quando não dava conta encaminhava para o Dr. Fernandes. Eu encaminhava... é que a gente teve um grande cirurgião aqui, chamado prof. José Fernandes, era um "senhor cirurgião". Eu mandava muito cliente para ele! Tinha também o Dr. Jorge

Pinho que ainda é hoje em dia um grande cirurgião de cabeça e pescoço com quem eu trabalhei um tempo, porque eu fazia as radiografias dele. Sempre quando aparecia causa mais... fugia um pouco da minha seara, lógico que eu encaminhava. Tinham outros, mas a maioria eram médicos, mas o seu José Fernando, não! Ele fazia odontologia de cabeça e pescoço... ele era dentista. José Fernando era dentista! Jorge Pinho, não! Jorge Pinho é médico. Mas eu não sei se hoje em dia... hoje em dia em odontologia se faz muita coisa, né? Hoje em dia já se abriu um leque muito grande para a odontologia, né? Então acredito que hoje em dia... em alguns serviços públicos também já se faz alguma coisa séria de odontologia, serviços mais especializados dentro da odontologia, ainda faz... Já faz!

Devido a minha especialidade, ninguém chegava na minha porta batendo palma. Não! De jeito nenhum! Sempre foi tudo metódico, agendado, tudo direitinho. Nunca teve nada de urgência, não! Eu tinha uma colega que foi colega minha de turma. Ela fazia ortodontia e em determinado momento nós nos associamos, e aí trabalhávamos juntas. Que ela hoje em dia mora no Ceará. Ela hoje em dia mora em Jijoca de Jericoacoara. Ela tem uma pousada lá. Deixou a odontologia e tem uma pousada lá em Jijoca. Então trabalhamos juntas, mas honestamente, era com quem... a única pessoa com quem eu faria uma sociedade realmente, porque sociedade é uma coisa muito difícil, muito séria e muito complicada, então aquela era a pessoa exata para fazer a sociedade, "eu comigo e ela comigo", "eu com ela e ela comigo". Trabalhamos juntas até eu me aposentar, aí ela foi-se embora... casou e foi embora para o Ceará. O marido foi para o Ceará e ela foi junto. Foi a época também que eu estava me afastando da clínica.

Eu sempre fui muito ativa com congressos, cursos... eu sempre fui muito ativa! Fui fazer parte da Associação Brasileira de Radiologia Odontológica da ABRO. Sempre frequentei a ABRO, o ano todo. Tudo o que a ABRO fizesse eu estava viajando para ir junto. Sempre participei! Eu sempre gostei de me atualizar! Mas nunca dei aulas, apesar de meu professor até morrer ter reclamado disso, de que eu nunca entrei na faculdade, mas existe uma política muito grande na minha época, como eu acredito que ainda existe hoje, havia uns grupinhos muito fechados e eu nunca tive coragem de penetrar nesses grupos e nem oportunidade de entrar nesses grupos. Era tudo muito fechadinho, aí nunca fiz docência, não!

No seu trabalho público fiquei até me aposentar! Não, me aposentei do serviço público e continuei no consultório. Continuei com o consultório! Eu me aposentei no serviço público e... isso foi em 1988, trinta anos de serviço público, certo? Tenho batidinho, trinta anos de serviço público. Foi em 1988. Em 1958 eu entrei... aí continuei no consultório! Por aí a gente vê mais ou menos a data... eu continuei mais dez anos, quer dizer, então foi em 1998 que eu fechei o consultório.

Fui a primeira e única presente da ABO. A primeira e a única! Tentando tudo para fazer esse ano entrar agora para ser candidata e ela está relutando, mas foi a primeira e a única até agora. A ABO chegou para mim desde estudante, né? Desde de estudante! Terminado o curso eu continuei na ABO, eu sempre estava lá por dentro. Eu costumo dizer que eu fui na ABO de gandula a Pelé, porque eu comecei apanhando bola. Comecei como diretora social, certo? Essas coisas assim... esses cargos mais paralelos. Depois eu fui tesoureira, fui vice-tesoureira, fu tesoureira... fui secretária, fu vice-presidente, fui presidente... quer dizer, fui de Pelé a gandula... de gandula a Pelé! Sempre tive muita atividade na sociedade, muito mesmo! Tanto que sai e continuo nela até hoje. Continuo nela até hoje! Sempre tive muito apoio dos colegas, muito mesmo! E olha que eu concorri a presidência da ABO **Edrizio** Barbosa Pinto, era bastante... muito poderoso! Era um nome poderoso na odontologia de Pernambuco e eu concorri com ele, né? Então, no primeiro mandato eu concorri com o Caubi, e no segundo mandato ele aí entrou para poder... que ele já tinha sido presidente da sociedade “centos” anos, né? Desde que a sociedade foi fundada, praticamente, ele assumiu a sociedade. Ele foi, acho, que presidente da sociedade mais de vinte anos.

Hoje em dia a gente vê que a odontologia está precisando da medicina na formação, por exemplo, no meu tempo houve um período de separação, né? Até dez anos atrás mais ou menos, e agora a gente percebe uma reaproximação... Uma reaproximação! Pelo menos na técnica, talvez não no ensino, mas talvez na técnica. Hoje não é muito claro quem deve fazer o que, né? Principalmente nessa parte estética...do botox, né? Eu acho que um bom profissional de odontologia, desde que ele esteja capacitado para aquilo, ele pode exercer. Não vejo essa divisão, não! Porquê dessa divisão... não! Né? Ele está na cabeça! Não está... se a gente fosse intervir no estomago, no coração, né? Aí está certo! Mas se tratando de cabeça e

pescoço acho que um dentista capacitado pode trabalhar nisso sem nenhum problema. Não acho que precise haver essa divisão, os dois podem trabalhar juntos.

Eu abri o meu serviço mais tarde. Em 1958 eu entrei no meu serviço público. Eu abri o serviço acho que em 1964. Não, mais um pouquinho! Eu abri o serviço em 1956. Eu trabalhava, mesmo fazendo radiologia no consultório, e depois eu fechei o consultório, e fiquei fazendo só a radiologia, mas aí periapical só, certo? Aí depois foi quando eu abri o meu serviço, em 1956.

As radiografias, elas sempre foram muito restritas, né? A um número de pacientes... nem todo mundo podia fazer radiografia. Não, claro! Claro! A radiografia ajuda muito o diagnóstico, muito mesmo! E aí no diagnóstico você vai para o que você pode fazer efetivamente. Eu acho que a radiografia é básico, é fundamental. Hoje tem grandes serviços de radiologia. Hoje em dia tem muitos! Muitos serviços de radiologia e depois com a tecnologia avançou muito, tem muita precisão e aparelhos. Avançou muito a tecnologia! Avançou mesmo! Eu fazia cefalometria, mas a estática, não tinha tomografia. Nunca tive problemas com o meu aparelho. Eu não tive nenhum problema com ele, não... até me desfazer dele. Eu vendi para uma pessoa do Rio Grande do Sul, certo? Agora o periapical eu troquei duas vezes e eu troquei duas vezes o periapical. Agora o panorâmico, não!

Eu tenho um caso muito interessante... existe nessa Recife uma professora de Ballet que foi minha cliente durante a adolescência todinha dela. Ela nasceu com uma deformidade muito grande na face. Muito grande! E alguém... ela, já menina, começou a... médicos a tentar orientar e não havia... E nessa época alguém da família, ou conhecido conseguiu indicar Ivo Pitanguy para ela... mandaram para ela uma radiografia... eu que fazia radiografia dela! Não me lembro qual era o colega que era o dentista dela. E então essa família foi e mandou as radiografias dela para Ivo Pitanguy. Ele aí mandou a passagem para ela ir com a mãe dela para ele examinar, certo? E ele acompanhou essa criatura. Até ele morrer, ele acompanhou! Hoje ela é uma moça linda! Uma moça linda! Se me dá um orgulho maior do mundo... quando eu olho para ela me dá o orgulho maior do mundo! E foi que acompanhei toda a vida dela... clínica dela. Era eu quem fazia todas as radiografias. Ela tinha uma deformação congênita, né? Talvez de formação... ela tinha o rosto puxado para o lado, tinha... uma deformação mesmo.

Engraçado que a percepção que o paciente tem sobre a saúde, é... os pacientes, eles tendem a dar mais atenção à saúde sistêmica do que a saúde bucal. Atenção à saúde bucal ainda deixa a desejar, né? Ainda hoje em dia, assim, o dentista é o último a ser lembrado, né? Quando o dente dói, quando a coisa é muito aparente, quando o sujeito perde o emprego por conta da aparência... Mas ainda se dá muito mais atenção a medicina sistêmica do que a odontologia. Infelizmente ainda é assim! Já mudou muito, né? Porque já há muito informação, né? Por conta da informação, por conta da tecnologia, já mudou muito, mas ainda existe isso.

Mas também não sei se essa história de juntar odonto com medicina não! Confesso a você que eu não sei se será possível isso... está bem, possível é! Eu não sei se haverá condições de se fazer isso, se as classes aceitarão isso, né? Porque, essa luta de classe é um negócio muito sério, não é verdade? E a gente não sabe... médico não gosta de abrir mão para dentista, não! De jeito nenhum! Dentista é mais acessível com a medicina do que a medicina com a odontologia. Muito mais! Eu costumo dizer, como eu sou de uma área médica, tem muito médico dentro de casa, certo? Eu costumo dizer que dentista entende mais de medicina do que médico de odontologia, pode ter certeza disso, que dentista entende muito mais de medicina do que médico de odontologia. Médico as vezes não entende nada de odontologia. Nada de odontologia!

Das especialidades, eu acho que a que fazia mais interface com a medicina era cirurgia buco e a radiologia... Cirurgião de cabeça e pescoço tinha, cirurgião plástico nem tanto, mas cirurgião de cabeça e pescoço tinha, porque aí você... toda aquela parte de tumores e tudo mais, né? Mas de cirurgia plástica nem tanto, não.

Vou fazer sessenta e três anos de formada, né? Sessenta e três, vai fazer em dezembro. A gente vive em um mundo tão conturbado, tão cheio de problemas que é difícil você prever o que vai acontecer daqui um ano, quanto mais daqui sessenta. É verdade! Eu só espero que realmente evolua a um ponto que todo mundo tenha direito a assistência odontológica, que todo mundo tenha uma boa dentadura, que não viva fazendo exodontia a "torto e a direita", que se preserve o máximo possível, que a prevenção seja feita realmente. Isso eu espero que seja feito! Agora eu não sei se vai ser feito.

A odontologia foi restrita a ricos durante muito tempo...É uma clínica cara, né? É uma profissão cara, a odontologia, e não pode deixar de ser cara, porque tudo é caro na odontologia, né? Não pode deixar de ser caro. Agora, hoje em dia já tem muito mais facilidade, você consegue fazer um tratamento financiado, inclusive né? Hoje em dia tem os planos de saúde que lhe dão direito a odontologia, que no começo não tinha, eles não davam! Agora que estão dando direito a odontologia, que não tinha, né? Porque achavam que era muito caro, né? Hoje em dia está bem mais fácil, mas que sempre foi uma profissão cara, sempre foi.

Mas a odontologia foi a minha vida, não é? Foi de que eu vivi! De que vivo até hoje! Não tenho do que me arrepender da minha profissão, procurei exercê-la da melhor maneira possível, certo? Com toda a honestidade e com toda a sinceridade, certo? Tento me capacitar ao máximo possível para ela, e não tenho o que dizer da minha profissão. Gosto muito da minha profissão, me dei bem com ela, não fiquei rica porque eu não tenho pretensão de ficar rica de jeito nenhum, entendeu? Não exercito a minha profissão pensando em ficar rica, mas eu vivo dela até hoje, né? Foi quem me deu condição de me sustentar até hoje, foi a minha profissão. E não me arrependo de ter feito radiologia não. De jeito nenhum! Eu depois de algum tempo eu comecei a ver que eu... clínica não me atraía muito. Clínica não me atraía muito! Não, eu me dei muito bem, eu gosto muito de radiologia, gosto muito!

No momento melhorou foi muito! Não tenho nenhuma dúvida, né? É outra odontologia, de que no meu tempo de formada. É outra odontologia! Uma profissão que evolui a cada dia, né? Cada dia ela está evoluindo. O material que é hoje pode não ser o mesmo de amanhã, então, muita modificação é muito boa. A evolução da profissão foi muito grande, muito grande mesmo!

As resinas nem sempre foram de fácil identificação na boca! Nem sempre foram! As resinas nem sempre foram de fácil identificação. Hoje em dia como eu estou afastada da profissão eu não sei lhe dizer como elas estão se comportando dentro do raio-x, né? Mas nem sempre foram de fácil identificação, não! Né? Esse material muito mais antigo nem sempre foi de fácil identificação.

E como trabalhava diretamente com radiação, fazia exame de seis em seis meses, certo? Quando o serviço público, eu tinha de seis em seis meses, tinha que ser afastada durante vinte dias, fazer todos os exames e me afastar durante vinte dias.

No consultório eu tinha um biombo de proteção, tinha o avental de proteção para o paciente, né? Eu tinha um biombo de proteção, e o serviço de física nuclear, de tempos em tempos, eu não me lembro se de quatro em quatro meses, de três em três meses, eles vinham e faziam uma monitoração do ambiente todinho para ver se não estava havendo escape de reação, né? Mas era tudo bem seguradinho.

Moro só eu e duas empregas, uma de dia e outra de noite. A de noite, é que ninguém me deixa mais dormir só. Os sobrinhos não permitem mais que eu durma só, de jeito nenhum! E para não ir morar em casa de sobrinho... eu durmo no meu canto. Mas estou bem de saúde, eu só tenho muita artrose nas coxas, joelhos e tornozelos. Já tive um enfarte, mas vai controlando e vai levando. Oitenta e quatro anos é muita vida. É muita história! Fiz parte do conselho durante muito tempo, em duas gestões eu fui presidente da comissão de ética e depois ainda fiquei na comissão de licitação. Mas vez ou outra sempre me chamam e eu estou por lá.

Eu saí da odontologia, saí da clínica, mas não saí da odontologia!

Dr. Gilberto

Meu nome é Gilberto Alves dos Santos. Nascido em cinco de maio de mil novecentos e quarenta e três, portanto prestes a fazer setenta e seis anos. Me formei pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, conhecida como FOP, em mil novecentos e setenta. A minha família. Eu venho de um pai pedreiro e uma mãe dona de casa. Sou quase que arrimo dos dezesseis filhos que minha mãe teve. Eu sou o segundo na hierarquia. E desde muito cedo eu comecei a trabalhar para poder ajudar a família. Aos nove anos de idade eu comecei a trabalhar. E ao mesmo tempo estudava, com muita dificuldade, para fazer o ensino fundamental, fazer o ensino médio e com muito sacrifício chegar até a universidade e fazer o meu curso de Odontologia. Eu sou de família humilde, nascido num córrego muito conhecido aqui em Recife, que é o Córrego do Deodato no bairro de Água Fria. Trabalhei para poder manter e ajudar a família e meus estudos. Trabalhei em tudo o que você possa imaginar. Carreguei frete na feira, trabalhei em balcão de mercearia, ajudei meu pai nas obras que ele fazia. Até, com certeza absoluta, com dificuldades, mas com dignidade, que foi uma coisa que meus pais passaram para mim. Mas eu venho de família humilde, com muita honra. Eu tenho dois filhos formados em Odontologia mas

antes de mim, ninguém. Aliás, na minha família eu fui o único a fazer o curso superior. Eu fui o único. Agora meus filhos, dos sete que eu tenho, porque eu tenho dois casamentos e do primeiro casamento eu tive cinco filhos, e dos cinco dois são dentistas. Um faz Ortodontia e o outro faz a minha especialidade, que é Endodontia. É professora em Campina Grande e o Ortodontista trabalha no meu consultório. Embora eu tenha deixado de clinicar, deixei o consultório para que ele pratique a Ortodontia dele. Saí daqui um dia, peguei o meu veículo, botei um cegonheiro pra levar lá para São Paulo. Ele deixou lá em Santo André. Eu fui pegarem Santo André. E peguei minha bagagem, fui de avião. Desci no aeroporto. Aí foi para Tietê. Aliás, ia para o Tietê pra pegar o ônibus para ir para Bauru. Aí deu uma dessas chuvas que sempre dá em São Paulo, que não foi igual a dessa agora. E não estava passando ônibus para... não estava saindo ônibus do Tietê. Aí o que eu vou fazer? Contratei um táxi. Contratei um táxi lá em São Paulo no aeroporto e fui direto para Bauru. : Cheguei de madrugada. Fui bater na porta da proprietária da casa que eu tinha alugado. Porque eu fui antes, aluguei casa, matriculei os meninos. Aí fui bater na casa dela para ela vir abrir a porta. Aí ela veio abrir a porta, mas antes me levou para casa dela com os meninos, com tudo, fez um café. Pessoal receptivo o pessoal de Bauru. É um dos lugares que eu tenho mais saudade. Todo corpo docente, todo corpo administrativo e todo corpo de servidores da Faculdade de Odontologia de Bauru. Honra àquela cidade. Então deixe Bauru com muita saudade, mas sempre volto lá. Até porque a minha tese foi na época que surgiu resina composta para dentes posteriores. Aí como eu trabalhava no departamento que eram juntos, Dentística e Endodontia, eu fiz o curso juntos, e lá em Bauru era Dentística e Endodontia. Embora o atendimento clínico fosse diferente, mas eram juntos. Era o mesmo departamento. Aí o professor Mandeli me botou pra fazer a minha tese junto com professor Galan Júnior, que hoje está no Rio de Janeiro, para me orientar. E ele era um estudioso da época das resinas compostas dos dentes superiores. Aí eu fiz uma pesquisa clínica com duzentos e oito pacientes restaurando dentes posteriores e acompanhando a cada seis meses fazendo acompanhamento. Isso com resina composta, acompanhando infiltração marginal. Foi muita luta. Porque até então o protocolo era usar amalgama, e meu estudo no fial concluiu que poderia usar a resina composta com restrições, o velho amálgama e ainda continua sendo um grande material restaurador. Só não é estético, mas para funcionalidade não existe igual. Você diz: não. Mas eu posso fazer em ouro. Aí faz o preparo, moldagem, tudo isso sofre

interferência para dar uma boa adaptação da restauração depois. Não tem igual o amálgama. A grande eficiência do material que é expansão e contração faz com que seja benéfico na cavidade oral. Não é isso? Porque quando ele se contrai há infiltração, aí formam-se elementos que fazem com que aumente um pouco esse material. Mas aí eles fazem... o líquido ao sair, houve a infiltração, o líquido ao sair há expansão do material. Ao expandir se adere melhor às paredes do elemento dentário. Então, o que existe do defeito do amálgama, de repente se torna benefício que é contração e expansão do material.

Quando eu fui pra São Paulo era o primeiro casamento, eu já tinha simplesmente cinco filhos. Então fui eu, a minha esposa, os meus cinco filhos, a irmã dela que morava com a gente e ajudava na criação dos filhos, porque minha mulher nunca trabalhou. Era dona de casa mesmo. Isso fez com que os meus filhos tivessem a orientação que têm hoje porque tinha alguém perto deles. Enquanto eu estava na rua ganhando dinheiro, ela estava orientando. Embora separados hoje, mas eu não deixo de valorizar isso. E levei ainda o filho de um colega da Odontopediatria, que era colega irmão. O professor Geraldo Silva, que na época infelizmente, adquiriu um câncer de intestino, e o filho mais velho, o Gabriel, era um dos que dá muito problema para ele. E eu me dispus a levá-lo comigo. Aí matriculei os meus filhos, matriculei ele lá em Bauru. E ficou comigo até eu terminar o curso. Até eu terminar meu doutorado lá em Bauru. Então eu fui de mala e cuia.

A minha principal motivação pra ter escolhido Odontologia é que no local que eu morava na época existia um cirurgião dentista que residia e trabalhava com o seu consultório montado na frente da sua casa. E eu passava e ficava admirando, vendo o trabalhar. E daí para frente o meu pensamento era só fazer Odontologia. Pela dificuldade financeira meus pais não queriam. Na época queriam que eu fosse fazer um curso de Contabilidade, que era para ter um emprego de imediato. Mas eu insisti em prestar o vestibular para fazer Odontologia. Estudava de noite me preparando para isso e trabalhava durante o dia. Até que veio a época de eu fazer o vestibular. Eu prestei o vestibular, passei e ingressei na universidade, ou seja, na Faculdade de Odontologia de Pernambuco em mil novecentos e sessenta e sete, me formando em mil novecentos e setenta.

O curso era de quatro anos, 67, 68, 69 e 70. O currículo eram matérias, disciplinas individualizadas. Não havia integração ainda. Não era o currículo integral. Era um currículo onde cada disciplina tinha a sua autonomia. E essas disciplinas tinha relação com a especialidade, porque nós tínhamos as disciplinas básicas como Anatomia, Histologia, Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia. Todas as disciplinas básicas nós pagávamos para depois entrarmos nas disciplinas pré-clínicas e clínicas. Então nós fizemos um curso com certeza absoluta. Hoje é difícil um estudante de Odontologia ter um currículo tão completo como os tínhamos naquela época. Hoje com a integração e com a visão mais social da Odontologia ou dos cursos da área de saúde, o aluno fica mais voltado para essa distribuição do conhecimento para a sociedade e não com a visualização do aprendizado para consultório particular. Então hoje com o ensino integral, perdeu-se aquela individualidade que o profissional podia adquirir para estabelecer-se assim que se formasse. Como foi o meu caso. Durante a minha graduação eu não fiz nada em paralelo, nada que estivesse fora do currículo. Fizemos estágio na emergência do Hospital da Restauração, que na época era chamado Hospital do Pronto Socorro, que hoje é sede da Secretaria da Saúde. Fizemos estágio também no Hospital na Mirueira, que é um leprosário, onde por intermédio do professor que trabalhava lá, nos levava para estagiar. Então nos levava para estagiar. Então nós fizemos estágios paralelos assim. Emergência do Hospital de Pronto Socorro e no Hospital da Mirueira. Era Urgência Odontológica e os casos que chegavam lá eram dores, edemas e casos de acidente. Nos casos de acidentes eram encaminhados para Cirurgia Bucomaxilofacial. Mas os casos de dores, edemas, tudo isso era atendido na própria clínica da urgência, e isso em 70. A Cirurgia Bucomaxilofacial já era bem estruturada, nós tínhamos uma disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial muito boa dentro da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Com um bloco cirúrgico espetacular. E a equipe de cirurgia era uma equipe sensacional, que marcou época na Odontologia Brasileira. E era com dentistas, não híbridos.

Todo o instrumental nós tínhamos que comprar. A faculdade não me dava nada em termos de instrumental. Nos dava o material Odontológico. Todo material era dado pela faculdade. Mas o instrumental nós tínhamos que comprar então quando eu passei no curso de Odontologia eu já era casado. Eu trabalhava. Eu trabalhava como estofador na confecção de móveis estofados, colocação de papéis de parede, forros,

que nós chamávamos de alcatifada na época, tapetes. Esse era o meu ganha-pão na época. Trabalhava para uma empresa e trabalhava individualmente, pegando alguns serviços para fazer em casa. Confecção de cortinas. Então eu trabalhava já e já era casado quando eu entrei na universidade. E no primeiro ano tive a primeira filha. E nunca deixei de comprar o meu instrumental. Comprava, pagamentos parcelados. Tive uma facilidade porque na época o curso era pago. O curso de Odontologia na FOP era pago. Mas eu tive uma ajuda. O diretor da faculdade, professor Elísio Pinto, na época, me concedeu através de empresários, ele tinha essa visão, mandava uma carta para os empresários, os empresários contribuía com o ensino pernambucano dando bolsa para os alunos. Agora nós éramos bastante acompanhados para que fizéssemos jus essa bolsa. Então eu tive essa chance durante os quatro anos. O professor Elísio, diretor da faculdade, me conceder essa bolsa para que eu fizesse todo meu curso. A compra do material definiu a especialidade que eu me propus a fazer depois, creio eu. Eu sou endodontista. Mas inicialmente, eu era clínico geral. Quando eu me formei eu tinha todos instrumentais necessários para fazer uma clínica geral. Tinha de tudo. Para Dentística, para a Endodontia, para a Cirurgia. As cirurgias mais simples. Naquela época eram comuns as exodontias. Então eu tinha todo o material, todo o equipamento, graças a essa exigência da faculdade de nós comprarmos o instrumental. Então quando eu instalei o consultório eu comprei um consultório, eu comprei em consultório de segunda mão. Eu morava em casa amarela. A parte da frente eu me inspirei no dentista que eu conhecia e coloquei o meu consultório. Não precisei comprar instrumental nenhum porque já tinha tudo. Foi instalar cadeira, refletor e motor de baixa rotação na época. E comecei a trabalhar. No dia que eu abrir a porta do consultório, ganhei o meu primeiro dinheiro como cirurgião dentista. E graças a Deus, tudo que consegui até hoje foi através da profissão, que eu honro muito, que eu gosto. Parei de trabalhar porque não estava podendo conciliar essa missão que me deram na Universidade de dirigir o Instituto de apoio a Universidade de Pernambuco, que exige muito de quem é gestor. E uma coisa que eu sempre primei, foi honrar com o horário do meu paciente. Então eu não gostava de deixar o meu paciente, nunca deixei meu paciente ficar me esperando. Eu sempre esperava por ele. Então a partir do momento que eu comecei a ser gestor no instituto, eu comecei a não ter horário correto, negligenciar, desmarcava. Então, eu achei por bem, para me manter coerente com aquilo que eu conquistei na Odontologia Brasileira, encerrar as minhas atividades em dois mil e dezessete. E a parte de dois

mil e dezessete comecei a cuidar só da gestão. Mas é como você diz. Estou na gestão porque consegui fazer o curso superior, que graças a Deus escolhido foi Odontologia. E só depois que eu terminei meu curso de especialização que eu fui compondo meu consultório, acrescentando ao consultor o material tecnológico, isso em 1973, que foi quando fiz um curso de especialização, que eram juntos Dentística e Endodontia. Em 1940 já se fazia Endodontia, através do Grossman e tudo mais, era restrito mas já se fazia, era Endodontia não automatizada como hoje. Era manual. Sobre isso durante a graduação a gente aprendia. Não deixavam a gente atender dentes multirradiculares. Só unirradiculares. Na minha época era permitido você fazer um unirradicular. Um unirradicular. Então na especialização foi que eu procurei. Por isso eu procurei fazer Endodontia. Porque a Dentística você atendia fácil dentro da faculdade. A Cirurgia, no que diz respeito à Exodontias, se fazia fácil. Tínhamos assistência boa. A Endodontia não. Endodontia era restrito, até mesmo o público que procurava também era. Só procurava um cirurgião dentista naquela época mais pra fazer Exodontia. Ninguém tinha a formação que tem hoje o nosso público, a nossa sociedade que procura preservar os seus dentes. Que eu acho que tem a ver com o aumento da pesquisa científica nessa área, com o aumento da procura dos pacientes para a Endodontia.

Devido à Ciência. Devido aos trabalhos científicos. Devido aos congressos com a participação, principalmente de acadêmicos. Devido às pesquisas realizadas nas faculdades. E fazendo com que o resultado dessas pesquisas chegasse até o público, até a sociedade. E, para mim, o grande avanço da Odontologia não está nem relacionada com a minha especialidade, com a Endodontia. Para mim o grande avanço da Odontologia, através das pesquisas científicas, foi justamente a prevenção. Hoje, eu como cirurgião dentista e gestor de um Instituto de Apoio à Universidade, participo de alguns concursos onde a gente tem a oportunidade de fazer os exames dos candidatos na área de Saúde. E ao examinar esses pacientes, nós constatamos que os cuidados com a saúde bucal hoje são muitas vezes maiores do que na época que nós começamos a fazer Odontologia. A conhecer a Odontologia. Hoje, graças a Deus, os jovens são conscientes de que devem preservar a sua saúde bucal, preservando os seus dentes. Antigamente se preocupava mais com o aspecto estético através da correção, através da Ortodontia. Mas hoje não. Hoje a gente, quando vai examinar esses pacientes, a gente vê que os cuidados dele são generalizados no que diz respeito à saúde bucal, tanto os cuidados com a gengiva, os cuidados com os

dentes, usam fio dental, escovação. Então esse foi o grande avanço da Odontologia. E quem sair hoje da faculdade tem que procurar caminhar para essa direção. Não ser mais curativista e ser sim preventivista, porque é através da prevenção que nós alcançamos o grau de excelência que nós temos hoje. Que eu digo que é excelência porque é, porque eu tenho a oportunidade de examinar até quinhentas pessoas no final de semana nos concursos públicos e observar a qualidade da saúde bucal da sociedade hoje. Então isso se deve aos cuidados, ao interesse, às pesquisas dos nossos colegas que estão hoje dentro das faculdades.

A cirurgia em mim mesmo eu nunca fiz, a não ser Exodontias. Quando o elemento dental não tinha mais nenhuma condição de ser preservado na cavidade oral ou na cavidade bucal. Eliminação de raízes. Aí eu partia para fazer a cirurgia. Mas se o dente tivesse estrutura a minha decisão era fazer Endodontia para encaminhar para o protesista fazer a prótese. Se não tivesse coroa no caso, a opção principal seria fazer a Endodontia que era a minha especialidade. Fazia a Endodontia, já os outros que perdiam eu encaminhava para a prótese.

Aí depois que eu fiz o curso de especialização em Dentística e Endodontia, aí eu comecei a implementar. Inclusive mudei do local. Saí do local que eu tinha consultório. Não saí do bairro. Continuei em Casa Amarela. Saí do Euclides, aonde era o meu consultório, Estrada do Bartolomeu, e vim para Estrada do Arraial, em frente ao Hospital Agamenon Magalhães. Hospital esse que eu já trabalhava como cirurgião dentista através de concurso público. Eu conciliava o trabalho público com o meu consultório e aos poucos fui deixando a minha primeira profissão. O concurso público trabalhava em regime de plantão, trabalhava nas terças-feiras à noite e no domingo durante o dia, isso atendendo emergência, urgência. A Endo nessa época, como especialidade, pelo menos a minha eu acho que foi muito exigida porque a direção da faculdade levou para coordenar a Endodontia um professor chileno chamado Juan Reis, que era um expert como pesquisador, principalmente na área de Histologia relacionada com Endo. Era um excelente endodontista também. E para coordenar a Dentística o professor Guilherme Simões Gomes da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Então o meu curso foi coordenado por esses dois professores. E terminado o curso de especialização já ingressei no mestrado, na mesma faculdade onde eu me formei, onde eu fiz especialização, fiz mestrado. E depois saí daqui para ir fazer o doutorado em São Paulo na foto

Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Meu doutorado foi lá. E setenta e quatro... setenta e três eu fiz especialização e em setenta e quatro já fui convidado para ficar como professor da disciplina de Endodontia no Universidade de Pernambuco. E até então já existia a disciplina, aliás quando eu entrei na faculdade já existia a disciplina, assim como Dentística, Endodontia, Cirurgia, Prótese Total, Prótese Bucomaxilofacial, Prótese Fixa. Quais as outras? Não existia ainda era Implante. Ortodontia já existia. E era muito bem desenvolvida a Ortodontia na nossa esta tensão. Aliás, a Faculdade de Odontologia de Pernambuco, eu posso dizer para você, pelas demais faculdades que eu conheci, depois com a condição do professor cheguei a visitar várias faculdades. Lá em Bauru eu também passei a conhecer aquelas faculdades ali do setor como São Carlos, como Araraquara, nos meus trabalhos de microscopia. Microscopia eletrônica de varredura. Bauru não tinha na época ainda. Então a gente ia para Araraquara. Foi de Araraquara também que eu tive a oportunidade de aprender muito de Endodontia com o professor Mário Roberto Leonardo, que ficou com a gente durante muito tempo na Faculdade de Odontologia de Pernambuco, inclusive residindo mesmo dentro da faculdade. Todos esses professores que eu acabei de falar, que fizeram parte do nosso curso, todos eles residiam dentro da faculdade. Morávamos dentro da faculdade, que já era onde é a sede hoje, eu me formei-me em mil novecentos e setenta. Ainda era na Rua do Hospício. O período que eu fiquei fora foi o período de transferência para Camarajibe, justamente quando o professor Guilherme Simões Gomes veio para aqui para poder já ajudar os professores da faculdade e a direção na estruturação das clínicas lá em Camarajibe. Aí em setenta e três eu já fui fazer a minha especialização lá em Camarajibe.

Eu nunca atendi um convênio e não digo com arrogância não, é que a minha formação foi uma formação para ser gestor do consultório, para gerir a minha renda dentro do meu consultório. Essa foi a minha formação. E eu tinha muitos exemplos nos meus professores dentro da faculdade. Professores que você vai ter a oportunidade de entrevistar hoje, quando eu vi Ângela falando ali. Todos eles eram gestores dos seus consultórios. Poucos tinham empregos. A maioria deles viviam só dos seus consultórios. Muitos ainda clinicam até hoje. Eu poderia ainda estar clinicando. Mas foi uma opção minha parar. Mas a capacidade de gestão de consultório a gente aprendeu dentro da faculdade. Por isso que eu disse a você logo

no início que hoje eu acho difícil. Não estou convivendo atualmente. Eu aposentei em 2013, mas fiquei ainda coordenando o curso de Especialização de Endodontia por mais quatro anos. Não. Dois anos. Em dois mil e quinze foi que eu parei de ir para a faculdade lecionar. Mas até dois mil e quinze, eu dei aula dentro da faculdade e dei aula também em cursos particulares. Então sei, com certeza absoluta, que a época que a gente fez Odontologia, a gente saía com capacitação de gerir o seu consultório particular. E a partir daí ter a sua renda. E boa renda. Muitos colegas da nossa época fizeram uma fonte de renda espetacular com bens materiais, que nem toda profissão é capaz de dar logo que você se forma e começa a trabalhar fazendo a gestão do seu próprio consultório. Hoje está mais difícil para a Odontologia. Eu tenho certeza.

A Endodontia era uma especialidade muito restrita, o nível socioeconômico da pessoa que me procurava era um fator determinante, e eu acho que ainda hoje continua. Quem não tem condição hoje para se submeter a um tratamento Odontológico num consultório particular, procura fazer ou um tratamento paliativo ou então procurar as escolas de formação de especialistas. Porque é muito comum. A partir do momento que começaram a valorizar o aspecto da prevenção na Odontologia. E o grande boom para mim foi na década de noventa. Do ano noventa para cá as condições de saúde oral do paciente, da sociedade em si, começou a melhorar. As escolas hoje não têm agenda para marcar pacientes para a Endodontia. Porque a Endodontia ainda permanece como sendo uma especialidade de alto custo para a sociedade. A não ser para aqueles que tenham uma boa condição financeira. Assim como isso se alastra para todas, por isso que eu valorizo tanto o que diz respeito à prevenção. Porque quando você faz a prevenção, quando você divulga a prevenção, quando você ensina a prevenção, você está atingindo a maior camada da população brasileira. Eu atribuo isso a preocupação do currículo odontológico em procurar atingir essas áreas de prevenção. Além dos currículos, as nossas lideranças também, fazendo com que as pesquisas fossem relacionadas com a indústria, trazendo para a Odontologia alguns benefícios da indústria na área de materiais de uso odontológico, na área de materiais para prevenção. A preocupação do uso constante do flúor. Em suma, a preocupação com a prevenção. Então, eu acho que o caminho da Odontologia não pode se dissociar mais da prevenção. Mesmo que com isso traga prejuízo, entre aspas, para aqueles que tiveram a formação como eu tive de ser técnico, de ser gestor de seu consultório. Eu acho que a prevenção deve ser

valorizada por todos que fazem Odontologia hoje. E mesmo valorizando a prevenção, você vê que surgiram depois tantas maneiras, tantas técnicas, tanta tecnologia para o profissional da Odontologia caminhar. A Endodontia era mais de uma sessão. Passamos a fazer tratamento endodôntico em sessão única a partir da década... eu acho que a partir da década de dois mil mesmo. Já agora passamos a fazer em única sessão. E era muito contestado. Quando nós começamos a fazer Endodontia em sessão única. Era muito contestado. Hoje com a Endodontia automatizada creio que poucos endodontistas não usam essa condição de fazer o tratamento Endodôntico em ser são única. Na questão de alta o endodontista tem que ficar acompanhando a sua condição de ausência de foco, ausência de reação inflamatória periapical. Se não existia ou a cura daquela lesão periapical. Então é obrigação do endodontista ficar acompanhando, então para mexer uma vez não tem alta, mesmo porque é um órgão morto num corpo humano vivo. E é por isso que a Implantodontia está crescendo tanto. Hoje já existe até quem defenda o não tratamento Endodôntico. Eu comecei fazendo gestão do meu consultório. Então eu tinha os meus pacientes. Eu tinha os meus pacientes. Então esses pacientes que eu comecei a atender fazendo Clínica Geral, esses pacientes continuaram comigo. Eu tenho paciente que até hoje ainda liga para mim para eu indicar algum colega, já que eu não estou mais exercendo. Entendeu? Agora, pacientes que eu recebia dos colegas, eu só fazia Endodontia e eu recebia muitos pacientes por indicação. Então se você faz o tratamento endodôntico e vai fazer o tratamento restaurador você pede o QI. Pede quem indica. Exato? E o endodontista necessita muito das indicações. Então isso tem que ser respeitado. Você faz um tratamento endodôntico e devolve para quem lhe enviou. Agora eu tinha muitos pacientes que eram pacientes de longas datas comigo, onde eu fazia tratamento restaurador. E quanto o avanço do material restaurador e do endodôntico, para o restaurador o avanço foi grande. Para o endodôntico eu não acho que tenha sido tão grande não. Agora paro o restaurador... Não posso... como eu estou afastado de consultório por uns três ou quatro anos já, eu não posso afirmar com muita certeza. Mas o avanço em termos de materiais para a Endodontia, não acredito que tenha sido muito alto não. Ainda se permanece com os cones para preenchimento. Ainda se permanece com os cimentos. Ah. Houve modificações nos cimentos. Não existe, não se trabalha mais com cimento à base de óxido de. Não se trabalha, mas continua-se usando cimento. Cimento a base de hidróxido de cálcio, cimentos à base de ionômero, seja lá o que for. Mas ainda não existe essas modificações tão grandes, da época que

eu comecei a fazer obturação de canais para hoje não. Agora, no que diz respeito às soluções para ajudar na mecânica da limpeza do canal radicular houve um certo avanço. Não tivemos progresso com o uso de substâncias quelantes para ajudar na biomecânica dos canais radiculares. Nós tivemos avanço nas substâncias irrigadoras auxiliadas com o processo de irrigação aspiração. Então tudo isso veio contribuir para melhoria da Endodontia e ao mesmo tempo fazer com que a Endodontia, junto com a automatização, passasse a ser uma Endodontia que pudesse ser feita numa única consulta. Agora no que diz respeito à Dentística Operatória, o material restaurador teve um avanço enorme. A gente vê hoje pelas estéticas. Eu recebia paciente para fazer endo, depois mandava de volta e os que eu encaminhava, voltavam por mim. Era uma rede que funcionava que eu estabeleci com vários colegas, tinham periodontistas, tinham protesistas, que nós trabalhávamos de comum acordo.

Quanto á urgência, eu trabalhei no hospital, mas me tornei conhecido por atender urgências, e já tiveram momentos no qual eu tive que abrir o consultório em um horário fora do meu expediente ou até mesmo ir a casa do paciente. Permaneci indo, porque era um paciente que teve AVC hemorrágico, de uma queda que levou no banheiro. Morava no Rio de Janeiro e a irmã o trouxe para cá. Para Recife. Então ele precisava daqueles cuidados essenciais profiláticos. Então ela sempre me chamava e eu sempre ia na casa dela fazer esse atendimento profilático. Mas quanto a Endo, era necessário ir ao consultório.

Eu nunca costumei valorizar aquilo que eu fazia não viu em termos de querer que aparecesse como sendo algo extraordinário. Porque eu acho que todo atendimento que a gente faz, tudo que a gente faz com prazer, com satisfação, procurando contribuir para a saúde do nosso paciente, eu acho que é nosso dever. Então não considero que um caso diferente do outro não. Eu acho que todos os meus casos foram casos excepcionais. Mesmo que o tratamento endodôntico, no que diz respeito à estética. Entendeu? A estética do tratamento endodôntico você só vê através das radiografias. Mesmo que esse tratamento esteticamente não esteja bom, mas ele deve ter contribuído para solucionar o problema do paciente. Então para mim todos os casos que eu atendi foram casos que eu valorizei e valorizo ainda até hoje porque contribuimos para a saúde do nosso paciente.

Quanto a minha escolha da disciplina, eu escolhi porque a gente tinha pouca prática, aí eu procurei fazer Endodontia. E quando eu entrei na faculdade, procura disseminar esse atendimento prático. A princípio, inclusive meus colegas não concordavam muito que nós abrissemos o atendimento para multirradiculares, mas eu passei a ser regente da disciplina e comecei a abrir o atendimento para multirradiculares, porque muitos pacientes chegavam e voltavam sem serem atendidos na nossa disciplina. E com certeza, esse paciente não iria para um dentista particular, para um endodontista particular, para um consultório particular. Não iria porque eram pacientes de baixa renda. Então a gente tinha... eu abria para o aluno. Porque a gente tem a condição. Começa a Endodontia teórica, laboratorial e depois vamos para clínica. Temos duas clínicas. A gente condiciona um acompanhamento do aluno, vê aquele que tem uma melhor habilidade, um melhor conhecimento científico de fazer uma Endodontia do dente multirradicular. Basta que você esteja dentro da clínica. Agora, se você deixar o paciente nas mãos do aluno e sair da clínica, desaparecer ir tomar cafezinho... Mas se seu horário dentro da clínica é das oito ao meio-dia, respeite o seu horário dentro da clínica de oito ao meio-dia com seus alunos. Então se tem um professor junto do aluno, eu costumava dizer ao meu aluno: tem conhecimento, tem capacidade técnica, sabe como fazer, então vamos fazer. Errar é humano. E agora o erro seu não vai ser seu não. O erro seu vai ser do professor. Quem está responsável por esse paciente é aquele que tem CRO, que é o seu professor. Só não seja afoito. Não prossiga quando achar que não vai dar certo. Então chame o professor para o professor continuar. Mas tem a capacidade o professor está aqui junto para orientar. Essa é obrigação do professor. E passei durante vários anos lecionando Endodontia dentro da faculdade com esse pensamento.

Durante a minha formação eu tive professores médicos, na parte básica, na parte clínica não, o meu conhecimento com médicos ocorreu dentro do hospital. Eu tive muitas orientações na área da Medicina dentro do hospital. Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Geral de Areias e o último que eu trabalhei, antes de me aposentar, que foi Maternidade Barros Lima, que ali antes de ser maternidade também atendia, tinha também um ambulatório de urgências, tanto médica como Odontológica. Então muitas coisas que eu aprendi na área de Medicina foram com esses colegas nossos. Inclusive na área profilática para pacientes cardiopatas, nós fazíamos muito no Hospital Agamenon Magalhães. Tinha área de cirurgia

bucomaxilofacial. Mas isso aí era com outros profissionais e era eletivo, não era urgência.

A minha faculdade, é minha faculdade. Eu amo. Tenho verdadeira adoração. Não deixo de ajudá-la, de maneira alguma. Sempre que as direções precisam de alguma coisa, eu estou pronto para ajudar. A minha faculdade aqui em Pernambuco, Odontologia, antes era curso de Odontologia, e Farmácia, parece. Era Odontologia e Farmácia. Depois foi que separou-se. Era dentro da estrutura da Faculdade de Medicina. Medicina, Farmácia e Odontologia eram juntas e depois separou-se.

APCD. Frequentei muito ali na época do presidente... que o tempo vai passando a gente vai esquecendo. Mas era uma grande liderança dentro de São Paulo. O presidente da APCD durante vários anos. Eu frequentei muito aquilo ali. Participava de todos os congressos. Cheguei a ser presidente aqui da ABO e fui presidente dos congressos. Então fazia a divulgação lá. Os nossos profissionais da área de Odontologia procuraram se compatibilizar com o ser humano e não só com o dente. Procuraram estudar, pesquisar, levando em consideração o que é estar diante dele, é um ser único, um ser biológico único. Certo? E não um dente, como era formação anterior. Então hoje os conhecimentos dos nossos colegas cirurgiões dentistas fazem com que eles sigam através de estudos, porque não é só se aventurar a fazer. Tem que se preparar. Então através de preparos científicos, através de preparos clínicos cirúrgicos, se equiparar ao médico em alguns atendimentos. Eu acho normal. Enfim, é uma área de saúde. É uma profissão da área de saúde. Recentemente foi lançada uma declaração que é chamada declaração de cascata, que reuniu alguns pesquisadores. Até um pesquisador da Endo que tem aqui, o clássico que a gente estuda na faculdade. O Hélio Cohen.

Eu não compartilho com essa ideia do recentramento do curso odontológico com o curso médico. Eu acho que nós somos cirurgiões dentistas. Nós fazemos parte da área da Saúde. Nós devemos continuar do jeito que estamos. Quando alguns especialistas da área médica afirmam que o cirurgião dentista está querendo avançar em alguns procedimentos que são únicos da classe médica estão enganados. Porque como eu estava dizendo anteriormente, levamos em consideração o ser biológico. Se nós estudamos, e estudamos muito bem cabeça e pescoço, eu acho que nós temos condições de, quando bem preparados, intervirmos em qualquer área da cabeça e do

pescoço, seja no aspecto estético, seja no aspecto cirúrgico. Então eu discordo dessa unificação. E eu acredito que não acontecerá porque nossa liderança está muito viva hoje. As nossas lideranças odontológicas hoje são lideranças que não são lideranças com aspecto só sindicalistas. São lideranças com aspecto de conhecimentos científicos odontológicos e gerais na área da Saúde.

Quanto menos invasivo técnico-odontológica, maior a qualidade saúde bucal da população, quanto menos invasiva for atuação da odontologia, melhor será a condição de saúde bucal. Mesmo com os avanços tecnológicos a melhora na qualidade bucal do paciente não estava relacionada com isso, mas sim com as ações da saúde bucal. O paciente hoje está preocupado em fazer escovação porque isso foi levado constantemente, está sendo levado ainda constantemente ao conhecimento deles através da mídia, através dos eventos. Porque o evento antigamente, quando a gente falava em evento odontológico, estava relacionado só com a praça. Hoje a Odontologia está abrindo-se para sociedade. Então hoje o estudante sai da faculdade para fazer só palestras preventivas, só atuar na prevenção. Acabou-se aquele negócio do estudante ficar ávido de ir para minha urgência para aprender a fazer exodontias. Então hoje a formação dele é uma formação preventivista. Então isso está ajudando. E o paciente sabe que eu tratamento odontológico... já colocou isso na sua mente, que o tratamento odontológico é caro. E quanto mais ele cuidar dos seus dentes, melhor para ele. Evita gastos e tem uma saúde bucal melhor. Então hoje você examina um jovem entre dezoito, vinte e cinco, vinte e seis anos, a saúde bucal desses jovens hoje é algo considerável. Então eu só posso dar como consequência disso o que a minha profissão conseguiu fazer em termos de divulgação preventivista, em termos de motivação de escovação, em termos de divulgação do uso do fio dental. Então isso a sociedade brasileira deve a nossa profissão. Os dentes que hoje nós... a saúde bucal, aliás, não são os dentes, eu valorizo tanto o ser biológico, mas ainda tenho cravado em mente os dentes. Mas a saúde bucal hoje do brasileiro, e eu acredito que na maioria dos países civilizados, se deve a esta interação da nossa profissão com a sociedade, procurando divulgar melhor o que deve ser usado pelo paciente, o que deve ser feito em termos de mecânica da escovação, em termos de uso de soluções que venham beneficiar a saúde do paciente, em termos a divulgação de sempre estar procurando ser avaliado por um profissional da área odontológica. Então isso, a profissão para mim, desde que ingressei em mil novecentos e sessenta e sete na

faculdade, até hoje, eu acho que a nossa profissão vem cumprindo a sua missão. Está esquecendo um pouco aquilo que se diz de repassar técnicas e repassar conhecimentos científicos preventivistas.

Eu acredito que a odontologia ainda vá continuar com essa interação com as demais profissões da área de Saúde. Mas não nos envolveremos como coadjuvante. Nós permaneceremos em sintonia com as demais profissões da área de Saúde, mas seremos sempre atores principais como profissão da área de saúde, a Odontologia.

Mesmo sem condição financeira, me formando em mil novecentos e setenta, em mil novecentos e setenta e um já instalei o consultório, comprado em segunda mão. E a partir do momento que eu instalei, já comecei a trabalhar pelos conhecimentos adquiridos única e exclusivamente dentro da faculdade. E hoje é muito difícil aluno sair de uma faculdade e ingressar diretamente no seu consultório, dentro de quatro paredes, sozinho.

Eu, com todo o sacrifício, fiz especialização, fiz mestrado. Como eu estava lecionando, e uma das condições para você ser orientador é ser doutor, eu procurei fazer o doutorado porque eu gosto daquilo que eu faço que é lecionar.

Dr. Herald

Meu nome é Herald Guerra Filho, todo mundo me conhece como Herald Guerra, eu sou cirurgião dentista formado na Universidade Federal de Pernambuco em 1979 e sou especialista em dentística restauradora com aperfeiçoamento em prótese dentária. A minha trajetória profissional, ela começou em 1980, quando eu fui convocado pelo Exército e, na época, fui prestar o serviço militar já formado no território federal, na época, de Fernando de Noronha. Em Fernando de Noronha eu, recém-formado, muito novo, com apenas 22 anos, hoje eu tenho 61, eu consegui desenvolver meu trabalho no então antigo Instituto Federal de Fernando de Noronha como dentista militar aspirante do Exército, promovido em seguida a segundo tenente. Eu fui, eu tive a oportunidade de prestar serviço aos militares, à população civil, aos funcionários do INANPS e do Fundo Rural, naquela época no território federal. Então foi um aprendizado muito grande, aonde eu também desenvolvi outras atividades além de cirurgião dentista, atividades de prevenção, atividades como professor em primeiro

grau à noite, além de ter desenvolvido uma atividade de ser secretário de turismo do então território federal, uma experiência muito boa. Quando eu retornei de Fernando de Noronha em 1991, eu fui convidado pelo professor Ryan na época para trabalhar na clínica dele fazendo endodontia. Logo que fazendo endodontia, que era uma especialidade que não me agradava muito, eu não me sentia muito capaz ou tinha essa habilidade toda que ele pensava que eu tinha. Me deu essa confiança e eu comecei a trabalhar lá por necessidade, estava desempregado, tinha acabado de deixar o Exército. Aí eu fui, fiquei durante pouco tempo, que eu sempre achei que deveria começar no meu negócio, no meu consultório para então me desenvolver profissionalmente. Tive muita sorte, reconheço que a dificuldade hoje na odontologia é muito maior, na época éramos poucos cirurgiões dentistas, há 40 anos atrás, praticamente. Eu comecei, com três meses ou quatro meses de trabalho na clínica do professor Ryan eu montei o meu próprio consultório, agradei a ele na época a força que ele me deu e, nesse meio tempo, eu fui contratado para ser odontopediatra, veja só, no Sindicato da Indústria dos Trabalhadores da Construção Civil, lá na rua da Concórdia, no centro da cidade. Aceitei esse cargo como necessidade, necessidade financeira, então foi um pontapé inicial.

Sobre a minha decisão de ter escolhido odontologia, temos que ser bem sinceros, eu pensava em fazer medicina. Eu pensava em fazer medicina desde criança, eu achava que eu tinha que fazer área da saúde. Eu tive um insucesso no vestibular de medicina e, no segundo vestibular a gente colocou uma segunda opção, era permitido isso na época. Então eu fui, não fui aprovado mais uma vez no vestibular de medicina e fui um dos primeiros selecionados para o vestibular de odontologia porque eram poucas faculdades, só tinha a federal e a UPE e a FOP e a concorrência para medicina era absurda, até para valores de número da época. Então eu entrei para odontologia como segunda opção, essa foi a realidade. E comecei o curso e comecei a me vislumbrar que aquilo ali era uma profissão até aquele ponto, digna de segunda categoria, a realidade é essa quando eu fui fazer odontologia, você vai fazer o que? Odontologia. Era como se fosse uma profissão de segunda categoria. A profissão de odontologia veio a ser muito valorizada pela população, diga-se, de 1990 para cá, porque botou-se na cabeça da população, seja lá de quem foi isso, que odontologia dava dinheiro. Então a população começou a valorizar odontologia, a procura grande por vestibular de odontologia. Chegou anos, não sei mensurar assim

anos, que era assim, odontologia chegou a ser a segunda profissão mais concorrida no país. Porque era um curso que dava dinheiro. Eu me vislumbrei logo no primeiro ano de odontologia, eu achei a profissão com uma dignidade tão grande e com a possibilidade de servir a população, além de me dar uma dignidade profissional, uma segurança para eu constituir uma família. E, a partir do momento que chegou no segundo, terceiro ano de odontologia eu disse não, isso aqui é o que eu quero mesmo e vai ser para o restante da minha vida. Mas não foi assim por vocação, não. Eu cheguei lá por um acaso desde o início.

Minha família é aqui de Recife, nasci aqui, pernambucano. Hoje em dia eu conheço uma boa parte do Brasil aí por oportunidades que a profissão me deu, sempre vou a um congresso anual, não deixo de participar de congressos. Esse ano já foi o CIOSP, esse ano parece que vai ter o COPEL aqui em Pernambuco, eu estarei aqui e vou à Fortaleza, a gente aproveita o útil ao agradável, participo um pouco do congresso, dou uma passeadazinha para relaxar. Mas porque você vê que pensa que sabe alguma coisa, não sabe nada. E odontologia, como toda profissão de saúde, tem uma coisa que é importante frisar. Não existe verdade absoluta em ciência, o que é hoje, amanhã não é. O material que você usa hoje, ele amanhã ele está ultrapassado. Não possuo nenhum parente dentista, quando a gente se forma, feito eu me formei e logo quando voltei do Exército montei um consultório com três, quatro meses, a gente acha que o consultório, ele vai ficar recheado de familiares e de amigos. Minha família é imensa, eu tenho mais de 90 primos por parte de pai, você multiplica por filhos, por netos, aí é muita gente. É um engano, santo de casa não faz milagre. 40 anos de formado eu tenho muito poucos parentes como cliente meu, pouquíssimos. Você começa a conquistar espaço fora de casa, você começa a conquistar espaço com esforço seu, com determinação em acreditar. Aquilo que eu falei a você no início da nossa conversa, quando eu fiz a prova para a Sadia eu me lembro palavra de colegas meus, rapaz o quê que a gente está fazendo aqui, tem tanto cabra bom aqui, que conhece muito mais de odontologia aqui, por que fui eu o selecionado? Porque eu me igualei a todos e topei a parada, estudei e fiquei. Você às vezes vê concursos hoje em dia para professor e você diz, não, Fulano vai ser o primeiro lugar e às vezes não é. Determinado, determinação. Eu acho que tudo na vida é determinação.

Agora, como eu me dividia entre consultório e sindicato é o seguinte, trabalhava todos os dias, de segunda à sexta pela manhã no sindicato lá na rua da Concórdia e

à tarde eu ficava no consultório, na época já era, eu já era noivo de Márcia, então ela dividia o consultório comigo. Nós começamos o consultório com muita dificuldade. Naquela época o telefone era o preço de um carro e a gente começou o consultório sem telefone, onde as marcações eram feitas na minha residência e na residência dela. Então, apesar de ter sido uma época mais fácil, eu reconheço, do que a de hoje, tinha as suas dificuldades inerentes à época. O telefone na época era muito caro. Aí depois de oito anos de sindicato, eu soube que iria ter um concurso para cirurgião dentista do grupo Sadia, indústria alimentícia. E tinha apenas uma vaga, tinha muita gente inscrita, mas eu sempre achei que tudo que a gente se determina a fazer, a gente tem chance de conseguir. Eu fiz então aquela prova com o professor Agnaldo de Freitas, era professor de radiologia da USP, ele prestava serviço, era o cirurgião dentista responsável pelo grupo Sadia. Eu prestei a prova, prestei entrevista e, para minha surpresa, eu fui selecionado em primeiro lugar. Com toda a humildade, para minha surpresa, porque tinha muita gente capaz, boa, mais velho, com mais tempo de formado, eu fui selecionado. Então eu trabalhei na indústria do grupo Sadia, 1982 a 1993, trabalhei 11 anos como dentista do grupo Sadia. Paralelamente a isso tudo, eu já tinha meu consultório e eu ingressei na prefeitura da cidade de Recife por indicação e não por concurso, porque na época não tinha concurso, então eu fui convidado por um paciente do meu consultório, que ele tinha um cargo de secretário na prefeitura e ele gostava muito de mim, do meu trabalho, da minha sinceridade, da minha honestidade e tal, e ele me indicou e eu fui contratado como cirurgião dentista da prefeitura. Então, de repente, eu passei a ter um emprego público, um emprego privado e o consultório. Isso em 1983 eu me casei, comecei a constituir a minha família e em 83 já bem assim, assim, com os pés bem firmes na odontologia com apenas três anos, menos de quatro anos de formado. Eu já era funcionário público municipal, eu já era cirurgião dentista de uma empresa privada, onde pagava muito bem na época e eu tinha meu consultório. E à medida que você começa a trabalhar em consultório privado, foram aparecendo as oportunidades, as oportunidades, credenciamento com a CELPE, credenciamento com o INCRA, a clientela particular, ela aumentando e um belo dia um colega me convida, o professor Adalto Menezes, ele estava montando nessa época uma clínica na rua das Graças e estava deixando a clínica que ele tinha até então na rua Montevideo, ali no parque Harmonia. E aí eu fui assumir exatamente o consultório que era do professor Adalto Menezes, ele tem um consultório na rua das Graças, foi professor da Federal.

Eu terminei odontologia em três anos e meio. Eu fui segunda entrada de 76 e terminei na segunda entrada de 79. Era permitido, na época, a odontologia era quatro anos só, terminar em três anos e meio porque o último semestre era de estágio e clínica integrada. Então a Universidade Federal de Pernambuco tinha só uma clínica integrada, com a carga horária que eu não me lembro, x, e o número de estágio eu já tinha porque eu já fazia estágio desde o começo do terceiro ano eu já tinha o estágio oficial na prefeitura de Olinda, no Pronto Socorro de Olinda. Então eu, o último semestre eu fiz, assim, de letra. A clínica integrada a gente fez nas férias e tinha o certificado do estágio, tudo legal, dei entrada na minha turma, que eram 80, eu acredito que dois terços da turma se formaram com três anos e meio. Quem não se formou com três anos e meio foi porque não quis ou não teve oportunidade ou não procurou estágio.

Além desses estágios oficiais, tive outro paralelo, era muito atirado, era muito convidado para trabalhar com doutor Fulano de Tal, ia lá para Paulista de sábado e aí a gente o observava a trabalhar, ajudava, tirava um dentinho aqui, outro ali, entendeu? Eu era muito atirado, muito atirado e muito atirado para aprender e para praticar odontologia. E esse currículo paralelo teve mais peso na escolha da especialidade, pois na época também tinha uma coisa que foi muito importante na vida acadêmica, que era o Projeto Randon. Eu fiz várias etapas de Projeto Randon, colegas meus de turma fizeram, aqui em Recife. Até a gente ganhava um dinheirinho, o Ministério do Interior pagava um estágio remunerado, assim. Trabalhei muito tempo no IBURA, Centro Social Urbano. Então tinha o dentista, o dentista deixava a gente trabalhar lá. A gente exercia de tudo, então eu tirava terceiro molar semi-incluso, incluso no terceiro ano de odontologia, porque a demanda era muito grande, a necessidade era muito grande, o cirurgião-dentista, ele permitia. E depois eu fiz regional no interior do Ceará, depois eu fiz nacional no interior do Amazonas. Então era você e acabou-se. Então você ia, você era o doutor. Chegava lá no Alto Solimões, que eu tive a oportunidade de passar 30 dias lá, numa cidade chamada Patajás, esses estágios, eles me deram a oportunidade de eu desenvolver. E, na época o nível de extração era muito alto, muito alto, o nível de desdentado era muito alto e eu me sentia, assim, muito constrangido e depois? Essa pessoa não vai botar dente? Não tem que reabilitar? Então eu pensava muito na prótese. E comecei já no último semestre de faculdade, com a cadeira de prótese IV, com o professor, já falecido, Pedro Paulo Martins, a

aprender prótese. Eu faço coroas provisórias hoje com a técnica que eu vi o professor Pedro Paulo fazer na faculdade no último semestre de faculdade eu aprendi com ele e coloco em prática até hoje. Então eu achava que a necessidade da população em termos de colocar, repor dentes, era muito grande. Isso foi uma das causas principais que me fez a fazer prótese. A quantidade de raízes que foram extraídas, inclusive por mim como acadêmico, onde aquela raiz poderia ter sido feito uma endodontia, poderia ter sido feito uma coroa, ter feito um aumento de coroa clínica, mas a gente era muito novo e, quando a gente começou a aprender a reabilitar, a obrigação nossa era reabilitar, tentar, pelo menos.

Os estudos na área de reabilitação na própria endodontia à época ainda eram muito insipientes. Eram muito caros, especialistas em prótese eram muito poucos, e era um grupo muito fechado, essa é a grande realidade. Quem fazia prótese só fazia particular, era fechado, não ensinava muito, entendeu? A gente veio aprender a fazer prótese, fazer coroa e tal fazendo os cursos paralelos, trazendo professor de fora, entendeu? Trazendo professor de fora porque, eu não tenho vergonha nenhuma em falar isso, a maioria dos professores de prótese eles não queriam ensinar, não. Parecia que era concorrente, você era concorrente dele. Então a minha entrada na ABO, ela foi muito decisiva para a minha carreira, por quê? A gente começava a trazer professores de fora, de São Paulo, entendeu? Dos grandes centros, dos centros mais avançados, na época do que aqui porque na época tinha pouca gente aqui que fazia isso, tinha pouca gente que queria ensinar, entendeu? A gente conheceu o básico na faculdade e eu lhe digo, a faculdade da gente foi muito boa. De tudo a gente fez na faculdade, só não fez quem não quis. Da extração, eu fui paciente cirúrgico tirar dente incluso, eu fui paciente cirúrgico para fazer tracionamento de dente com fio ortodôntico como estudante de odontologia. Eu fiz a dentadura, eu fiz o núcleo, eu fiz a coroa provisória, a coroa em posterior na faculdade. Mas por quê? Porque eu tinha interesse, eu queria aprender. Tinha colegas meus que nunca fizeram, não sabiam fazer uma extração, por quê? Porque não tinha interesse, trabalhar, talvez não precisasse tanto quanto eu, que eu precisava. Eu precisava me desenvolver profissionalmente para me sustentar.

Comecei no consultório do professor Rian, com a clientela dele, porém quando eu me transferi para o meu consultório, os clientes dele não migraram comigo pois era específica para endodontia, e eu fui começando só como clínico geral. Fui captando

os pacientes através de amizades e um indicando o outro e foi chegando e consegui o cadastramento na época no INCRA, o credenciamento com o INCRA, ele me trouxe bastantes pacientes e, a partir daí, eu fui credenciado com a CELPE e a coisa foi acontecendo naturalmente. Para você ter uma ideia, eu vim comprar o telefone que eu precisava no consultório com um ano de consultório. A dificuldade era inerente à época, porque um telefone era muito caro. E aí com um ano e pouco de consultório só eu para essa clínica que era do professor Adalto e com outros colegas lá, cada um fazendo a sua parte, a gente foi crescendo profissionalmente. Um belo dia eu fui convidado por um grupo de cirurgiões dentistas para a gente montar uma clínica própria, privada em Boa Viagem. Na época era o professor Geraldo Bosco, de odontopediatria, o professor Tadeu Pinheiro, de endodontia, minha esposa, Márcia Vasconcelos, um ortodontista, éramos seis profissionais, onde eu entrei como sócio. Então passamos um ano construindo e reformando uma casa velha e fizemos uma clínica e inauguramos essa clínica em 1986. A partir daí eu já estava muito bem fincado profissionalmente com os meus dois empregos, com o meu consultório, onde eu dividia com Márcia os horários, ela fazendo a especialidade dela, que é odontopediatria e eu comecei a me derivar para prótese. Desses 40 anos de formado eu talvez tenha feito endodontia no máximo uns cinco anos. Eu comecei a me dedicar a clínico e prótese. Nessa época eu fazia cirurgia de dente incluso, eu era muito atirado. Na época da faculdade eu fui monitor de cirurgia e era convidado pelos professores para auxiliar cirurgia, tanto com o professor Ryan, quanto outros professores de cirurgia na época. Então eu aprendi muito observando e, como era muito atirado eu, o cliente chegava eu dava a solução. Eu fazia psetomia, eu fazia aumento de coroa clínica e eu fazia tudo aquilo que me dava condição de sobreviver dignamente com muita ética. Quando chegava no limite que eu não sabia eu passava a indicar. Em 1990, nos anos 90, não. No ano de 1988 eu fiz um curso de aperfeiçoamento e prótese e foram 18 meses. Até a professora Márcia Dantas fez esse curso conosco, fizemos o curso juntos. Naquela época eu já tinha aprendido muito em cursos menores, em cursos pequenos tanto aqui como em São Paulo, eu ia muito fazer cursos pequenos. E esse curso, ele foi muito importante na minha vida profissional porque eu aprendi muito. Aí eu disse não, eu vou fazer prótese. Eu vou fazer prótese, a partir daí eu comecei a fazer prótese, a partir daí eu não fazia mais periodontia, não fazia mais cirurgia, não como especialista, como especialidade. Mas hoje ainda faço uma extraçãozinha besta que aparece no consultório, mas cirurgia de

dente incluso naquela época eu já parei de fazer. Em 1993 eu já deixei o grupo Sadia. Grupo Sadia demitiu todos os funcionários a nível de Brasil e terceirizou naquela época com a Unimed. A odontologia começou a pegar uma crise, que até então aí era 80% de pacientes particular e 20% de convênio. Começou a ter uma crise onde ela passou a ser terceirizada realmente como a medicina em termos de convênio. Então perdi meu emprego, que era um emprego muito bom, senti um pouco o chão faltar porque era, era um salário muito digno, nessa época eu já tinha uma filha, mas já tinha começado a fazer o meu pé de meia. Já tinha a minha casa própria, já tinha minha casa de praia. A odontologia me deu condições de começar a fazer um patrimônio. E trabalhando, trabalhando, a Sadia fez falta inicialmente porque era aquele dinheiro certo. Mas eu desenvolvi o trabalho tão bem que o horário que eu trabalhava na Sadia passou a ser do consultório e não faltou cliente, e não faltava cliente. E chegava mais cliente, e chegava mais cliente. E a gente foi trabalhando durante esses anos todos com a média de 15, 20 pacientes por dia. Quando chegou nos anos 2000 a coisa começou a ficar feia. Começou a ficar feio porque a quantidade de cirurgiões dentistas e de especialistas começou a crescer. Então aquilo que você contava no dedo quantos ortodontistas, tantos odontopediatras, tantos periodontistas, a coisa disseminou muito grande. Entidades de classe, como ABO, sindicato, eu sou totalmente contra sindicato fazer curso de especialização porque foge da sua finalidade primordial. Mas começaram a fazer curso de especialização. Aqui em Recife entidades privadas começaram a fazer curso. Na época, a Odontocap, ela começou a fazer cursos. Então criou um ramo de especialistas muito grande aonde a gente não sabia mais quem, quantos ortodontistas, quantos especialistas em próteses. O quê é que aconteceu? Aquilo que você fazia, muita gente passou a fazer igual ou até melhor que você. Odontologia começou a entrar em crise em 2000. A minha caminhada na ABO começou em 1986, eu exerci vários cargos na ABO como vice tesoureiro, tesoureiro, vice-presidente e fui presidente da ABO de 2000 a 2004. Depois eu tive uma experiência muito positiva na ABO nacional, depois fui indicado para ser conselheiro nacional de saúde, comecei a estudar um pouco de SUS, de saúde coletiva, passei sete anos em Brasília como conselheiro nacional de saúde e a minha vida profissional aqui em Recife, ela continuava. Eu em cima de um avião para Brasília para defender a população através do sistema de saúde e continuava com a minha vida profissional aqui em Recife, mas a crise na odontologia, ela se instalou. Eu então, como conselheiro nacional de saúde, eu faço questão de frisar isso muito bem, eu fiz

algumas denúncias graves de aberturas irregulares de faculdade de odontologia. Eu lutei muito naquele Brasil, aquele mundo lá em Brasília contra a abertura de novas faculdades porque quem conhece odontologia como eu conheço, fui presidente de órgão de classe, fui diretor de conselho de classe, eu via a quantidade de cirurgiões dentistas aumentando e não tem mercado para esse pessoal todo. Isso inclusive afetou, os cirurgiões dentistas com cinco anos de formado começaram a fechar consultório. Eu não tenho o que falar, eu tenho 40 anos de odontologia e meu consultório é cheio, agora, o que é que aconteceu? Os planos de saúde vieram para precarizar. Os dentistas.

E assumi exatamente a clínica que era do professor Adalto, ele foi para uma clínica nova e eu assumi nessa época o consultório do professor Adalto. Muito bem localizado na avenida dos Pinheiros e a clientela crescendo. Eu consegui, naquela época, trabalhar até oito, dez horas da noite com bastante afinco.

Eu sou credenciado de convênio há mais de 20 anos, eu sou credenciado, eu faço um convênio prótese, só prótese, que é a GAP, faço há 35 anos, não tenho como deixar pela clientela que eu tenho. Aquela história, você ganha pouco de muitos, mas ganha. E eu tenho, eu trabalho para o grupo Odontoprev com a clientela diferenciada. Eu fui o primeiro cirurgião dentista de Pernambuco a ser credenciado pela Odontoprev. Eu não trabalho com a tabela de, claramente, todo mundo sabe disso, não sou melhor do que ninguém, pelo contrário, tenho muito o que aprender ainda, mas eu tenho uma tabela diferenciada. Porque eu fui o primeiro, eu fiz adesão voluntária por alguns segmentos diferenciados. Então eu trabalho para o grupo Odontoprev desde 1993, com a extinção do Bandep que no caso é o Banco do Estado de Pernambuco. Então eu trabalhava para o Banco do Estado de Pernambuco como credenciado e tinha uma clientela muito grande. Fui convidado a trabalhar após o fechamento do banco pela Odontoprev, que montou uma clínica aqui em Recife, privada, chamada Dentalclinic. Eu disse não, eu não quero, não, não quero mais ser empregado de ninguém. Eu prefiro trabalhar no meu consultório. E naquela época eles me credenciaram com a tabela muito boa, melhor do que a do Bandep. No começo era pouca gente, no começo era muito pouca gente porque o pessoal começou a pagar coparticipação. Aí dificultou muito o acesso àquelas clientelas antigas. E depois começou um vem traz outro, o grupo Odontoprev também cresceu muito, hoje em dia talvez seja o maior plano de saúde de odontologia do Brasil. E a

gente continuou atendendo aquela clientelazinha diferenciada, então são 40 anos de odontologia que eu faço esse ano com mais altos do que baixos. E eu digo a você com toda a sinceridade, mais altos do que baixos. Passamos dificuldades na odontologia? Sinceramente não. Odontologia me deu tudo o que eu tenho. Hoje eu sou pai de dois filhos, sou casado há 37 anos, tenho uma neta. Então assim, me sinto muito feliz com a odontologia, odontologia foi uma profissão que me deu tudo o que eu tenho. A dignidade, o aprendizado. Eu me aposentei do serviço público o ano passado, já sou aposentado do INSS do vínculo que eu tinha com a prefeitura. Hoje se eu parasse de trabalhar não daria para pagar as contas, não, mas, vamos dizer assim, morrer de fome a gente não morre mais, não. Odontologia é uma profissão belíssima e eu cresci muito através da oportunidade que eu tive de ser presidente da ABO, de ser diretor da ABO, de ser diretor da ABO nacional, de ser conselheiro nacional de saúde, de ver as dificuldades no Brasil. Brasil é um país imenso, de ver as dificuldades dos quilombolas, dos indígenas. Então eu tive a oportunidade de trabalhar com todas as etnias e tive oportunidade de trabalhar com políticas diferentes, com saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da população negra, saúde da população indígena, saúde da população de rua. Então eu, dentro da odontologia, eu conheço um pouco de cada política, conheço o início do Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente foi um programa que começou como programa de governo e hoje eu classifico ele como programa de estado, deveria ser um programa de estado, que é um projeto de lei que está tramitando lá no Congresso Nacional, de autoria do senador Humberto Costa e a gente espera que esse programa, ele continue, porque tem suas falhas, como todo mundo tem. Mas assim, como cirurgião dentista de clínica privada que fui a vida toda, eu digo a você que a odontologia é uma profissão fantástica. Eu digo sempre às pessoas eu fico às vezes triste assim, filhos de colegas que se formaram há dez anos deixaram a odontologia, fizeram concurso público para agente da Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal, conheço vários cirurgiões dentistas que deram baixa no CRO por conta da dificuldade. Hoje em dia eu reconheço a você, abertura indiscriminada de faculdade de odontologia prejudicou muito a profissão. Tem muito cirurgião dentista para pouca população. Aqui em Pernambuco então, é um absurdo a quantidade, e faculdades que abriram irregularmente. Eu lembro que alguns anos atrás eu fui ser um conferencista no EPETES que é um encontro de coordenadores de saúde bucal do estado de Pernambuco, lá em Itamaracá, lembro que naquela época eu denunciei a abertura irregular de duas faculdades aqui em

Pernambuco. Foi para o Ministério Público, assinou, a ABO nacional, sindicato, FINO, Federação Nacional de Odontologistas, Conselho Federal de Odontologia, Ministério Público Federal, Ministério Público de Pernambuco onde a gente deu entrada em tudo, com assinatura desses órgãos todos e as faculdades abriram. Então hoje eu estou convencido que quando o governo quer e a classe política quer, a coisa acontece de qualquer maneira. Trabalhei muito para que, não tenho nenhum tipo de revolta, nenhum tipo, mas eu, não vou dizer que fui um dos baluartes, não, mas trabalhamos com um grupo de pessoas comprometidos com as aberturas indiscriminadas de faculdade de odontologia, psicologia e medicina no país e nem sempre a gente teve êxito, porque o poder público, ele é muito corruptível. Os interesses falam mais alto do que a razão. A emoção supera a razão.

Fechamos algumas faculdades irregulares, não no estado de Pernambuco, no estado do Paraná, estado do Espírito Santo, estado de São Paulo, isso na atuação como conselheiro nacional de saúde, a gente era, para você ter uma ideia, quando chegava o processo de abertura de faculdade, para você ver que a política, como ela roda, ia prefeito da cidade, vereadores, deputado federal, senadores, para o plenário e aí saía todo mundo decepcionado porque não era aprovado. Mas, como eu falei, a classe política, ela impera. Tem sempre, não diria laranja, mas tem sempre um cara forte por trás daquilo ali. Eu me lembro que no último governo Lula eu lutando com outros colegas pela não abertura da FACIP e da Maurício de Nasal, o ministro da educação era Fernando Haddad, que tinha prometido, jurado de pé junto que não haveria uma faculdade de odontologia, assim como não assinaria curso de pós-graduação *latu sensu* mais em odontologia, a não ser universidades públicas federais ou públicas estaduais. Doutora Maria Paula Dalari assinou o reconhecimento das faculdades, é uma decepção muito grande, porque a gente tinha o compromisso, nós tínhamos a luta e de repente uma canetada de uma pessoa que estava comprometida somente com a classe política, abria. Mas eu não esmoreci, não. Eu continuo na luta, hoje eu estou afastado da parte de ABO, de conselho, mas sempre acompanho, recebo e-mail todo dia dos grupos me convidando para esse, para aquele, só que eu acho que a minha fase passou. Eu acho que a fila anda, eu sou contra a perpetuação de cargos, eu acho que conselheiros, seja ele estadual ou municipal ou nacional, não é profissão, você está ali a serviço da população. Eu acho que a fila tem que andar, a fila tem que rodar. Aí a ABO hoje em dia não está com cargo nem nas comissões,

nem no Conselho Nacional de Saúde, mas eu acho que não é por causa disso que a gente fica calado, não. De vez em quando eu, como pessoa física, que tenho meu CPF, que tenho minha voz, que ninguém vai calar nunca, eu faço denúncia. A demanda chega e, quem sabe, eu não vou dizer que amanhã eu não volte para tentar colaborar. Embora a gente tenha sucesso com umas coisas, decepções com outras, os governos que a gente idolatrou tanto nos decepcionou com outras coisas, veio novos governos, novos dirigentes, novas cabeças, mas eu acredito muito no Brasil, eu acredito que o Brasil, ele é o país que tem condições de superar todas essas crises existenciais por ditadura. Todas as crises que a gente já passou, eu acho que veio a fortalecer o nosso pensamento, o nosso posicionamento e a nossa luta. Hoje continuo com a odontologia, com o meu consultóriozinho aqui privado, acabou as clínicas, tudo foi muito bom e eu vou morrer trabalhando aqui, nesse consultório aqui, que é meu, que me dá satisfação, que eu faço aquilo que eu gosto. Sempre tenho oportunidade fazendo um cursinho aqui, outro cursinho lá. Esqueci de dizer que em 2006, já com uma bagagem de consultório muito grande eu fiz uma especialização em dentística restauradora com aperfeiçoamento em prótese, em 2006. Já um bocado de tempo formado, era o aluno mais velho da turma, só de umas jorginha lá, as boizinha lá e o velho no meio. E fiz, tinha inicialmente também, esqueci de falar, que eu fiz curso de radiologia quando eu trabalhava no grupo Sadia. Então de tudo um pouquinho eu fiz para, como estudo hoje. Eu, quando eu voltei de Brasília, eu fiz curso de farmacologia, um ano de farmacologia, por quê? Porque eu ia trabalhar em um serviço de urgência no hospital, então estava desatualizado e precisava em reciclar. Mas eu diria aos jovens que estão começando hoje, não esmoreçam, não esmoreçam porque a profissão é belíssima, a profissão, ela dá a você dignidade, dá para você segurança e não precisa você pensar em começar lá de cima, não. Como todo mundo a gente galgou as coisas com muita dificuldade, embora, eu reconheço, que a época era um pouco mais fácil que hoje em dia. Pela quantidade de profissionais e pela quantidade de especialista, que era muito pouca. Hoje em dia o negócio tomou um vulto que você não sabe mais dizer, aqui em Pernambuco eu não sei mais quantas faculdades de odontologia tem, mas deve estar perto de dez e agora já deve estar abrindo mais, eu estou sabendo que vai abrir mais.

Com o passar do tempo eu vi o aumento de faculdade e cirurgiões dentistas, agora sobre a mudança no perfil epidemiológico em relação a saúde bucal, eu tenho

um relato a fazer, belo dia eu estava em Brasília e me fizeram essa pergunta. E uma colega que era presidente de um órgão de classe poderoso aí, ela escolheu publicamente o Brasil Sorridente, porque ninguém conhecia as atividades, lá no Espírito Santo aonde começou um trabalho muito grande sobre epidemiologia que hoje ainda é referência na odontopediatria e na odontologia preventiva, com aplicações de flúor. Eu trabalhei nos últimos sete anos, assim, dentro de um hospital onde eu via, eu atendia urgência, eu vejo que a epidemiologia, ela melhorou muito, apesar de estar muito longe da perfeição. Os centros de especialidades odontológicas, eles ainda são poucos pela demanda. Então, eu conversando com o gestor há algum tempo atrás, dois anos, três anos, não me lembro, dizia assim, se vocês abrissem clínica de cirurgia em cada bairro, colocassem dez cirurgiões dentistas naquela clínica só para fazer extração tinha demanda todo dia. Agora, eu acho que a atividade de prevenção, se a gente for fazer, eu participei do SB 2000, entendeu? E eu vou dizer com sinceridade, a prevenção tem que começar na sala de aula, tem que começar em casa. E a população, ela não está preparada para isso. Não adianta você dar pasta de dente e escova para as crianças se a merenda em casa, a sobremesa em casa é doce todo dia. Então tem que haver uma educação escolar, uma educação familiar para que esses índices epidemiológicos, eles caiam. Eu acredito que ele tenha melhorado, eu, assim, cientificamente eu não sei, não é a minha área. Mas pela minha experiência no serviço público, eu acho que melhorou a conscientização de procurar o cirurgião dentista. Então procura-se o cirurgião dentista.

Me aposentei pela prefeitura, foram 37 anos, trabalhei na atenção básica durante 30 anos. Me afastei um pouco quando eu fui para o Conselho Nacional de Saúde, que eu fiquei à disposição do conselho. Eu passei afastado pelo menos uns cinco anos sem atividade de odontologia, atividade na saúde pública, saúde coletiva através do Conselho Nacional de Saúde. Quando eu voltei, que deixei o conselho em 2012, eu fiquei de 2012 a 2018, aliás, é, 2018 eu fiquei em urgência. E na urgência você vê de tudo, da odontopediatria à cirurgia buco. Então de tudo. Então a epidemiologia, eu não sei assim, dizer a você, porque como eu deixei a atenção básica, eu não tenho, assim, referências. Mas a quantidade de exodontias necessárias que eu vi nesses últimos sete anos é absurda, é absurda. A população, ela não está conscientizada ainda de uma palavra chamada prevenção, tanto o adulto como as crianças. Eu acho que tem uma polêmica muito grande atrás aqui, quem

trabalha com saúde coletiva deve lembrar, aqui em Pernambuco sobre a merenda, sobre uma rapadura que era colocada na merenda. Então, esse tipo de coisa acho que não pode voltar a acontecer. O valor nutricional é importante, agora, prevenção também.

Noto que houve uma mudança muito grande em relação aos materiais usados, o que me levou a fazer uma especialização de dentística derivando para área de prótese em 2006 foi exatamente isso. Todo ano existe o lançamento de novas resinas, nanotecnologias, entendeu? Porque é, eu vou fazer para estudar materiais dentários para eu entender por que isso acontece. E hoje em dia eu estou convencido que a indústria, ela é uma máquina de venda, nem sempre é a verdade. Cabe a você como profissional trabalhar com aquilo que dá bem a você. Porque às vezes o melhor material que é dito por vários professores PhD aí, você não se adapta a ele. Se você tem sucesso com aquele tipo de material, passamos a falar de prótese agora, silicone, materiais poliéster, etc, então, se você tem domínio daquela técnica com aquele material e você tem sucesso, cabe a você discernimento se você está fazendo correto, continua. Eu acho que a evolução, ela é em tudo. Se a gente fizer comparação, um carro de 40 anos atrás não é um carro de hoje em dia, assim como as cerâmicas, as porcelanas. Hoje em dia está muito em moda as famosas lentes de contato, será que daqui a vinte anos vai estar? O clareamento, hein? E o clareamento que tanto bestão feito eu, compramos equipamento de laser e que está comprovado cientificamente hoje em dia que o laser não clareia nada, o que clareia é o produto. Então estudar, ver os formadores de opinião importantes, quem são os formadores daquela época para você fazer o diferencial e não cair nas besteiras que eu já fiz de comprar muita coisa e ficar guardado na gaveta. Os lasers da vida, eu falo sempre do laser porque o laser medicamentoso são outras coisas, mas quem comprou laser na época como a gente comprou, foi para clarear dente. E fomos enganados pela indústria e o laser não vale nada. Não é que não vale nada, mas para clareamento, não. Então a gente caiu em ciladas. Eu comecei a trabalhar com cimento de silicato quando me conveio. Depois veio as resinas compostas pasta a pasta, e aí veio o Navafio, veio as resinas fortes que todo ano muda. Todo ano muda as resinas fortes. Então o paciente de 40 anos de formado como eu, eu ainda afirmo que ainda gosto muito do amálgama como material restaurador para dente posterior, por quê? As resinas, com toda a evolução que têm, está comprovado cientificamente que as

resinas, elas têm fratura, ela muda de cor com o tempo, não é verdade que ela vai ficar com aquela cor com o tempo, ela pega pigmentação. Então os materiais, eles precisam evoluir muito, como estão evoluindo todo ano você vai no CIOSP, por exemplo, lançamento da resina TPH, lançamento da resina tal, todo ano muda material odontológico. Seja restaurador, seja materiais de moldagem. Agora, materiais centenários, como a resina acrílica para dentadura contínua do mesmo jeito, não muda. Muda pigmentação, muda tonalidade de cor, mas a base é a mesma.

Como trabalhei com prótese, fiquei responsável além da assistência da SB, como técnico, e essa relação sobre quem faz o que no trabalho, eu posso dizer que sei fazer tudo em odontologia na área de prótese. Eu sei fazer o delineamento de uma prótese em alumínio, eu sei fazer o enceramento, eu sei fazer o polimento. Logicamente que, uma vez eu apostei uma grade de cerveja, isso há muitos anos com um técnico, que ele disse a mim que em uma hora eu não polia uma grade removível. Eu disse, está fechado. Perdi a aposta, mas poli melhor do que ele. A realidade, você precisa ter conhecimento para não ser ludibriado pelo técnico. Aquela história de fazer a moldagem, mandar para o laboratório, esperar a estrutura metálica para você fazer a prova, isso não existe mais há muito tempo, não é? Então prótese tem que fazer preparo de boca, você tem que saber onde é que os apoios são colocados, ou quando é maior, se ele é dupla barra ou se não é. Então, essa relação é uma relação de confiança. Eu trabalho com vários técnicos, trabalho com um ceramista e trabalho com outro que faz só a parte metálica. Eu trabalho com um que faz só a parte de resina e um que faz só a estrutura metálica das próteses removíveis. É uma relação de confiança, você se senta com o homem, e “ó, eu quero assim”. Tem que dar a coordenada que você aprendeu para ele. A partir daí é show de bola, é confiança, sinceridade, que às vezes com tudo isso ainda repete trabalho. Só tem sucesso, lógico que não, tive alguns insucessos. Agora, lhe garanto que fazendo 40 anos de formado agora eu nunca recebi um processo, nem de paciente, nem de conselho de classe, por quê? Por que eu sou melhor do que os outros? Não, porque eu tenho cuidado, eu procuro me esmerar, eu repito o trabalho quando o trabalho não está me agradando, se o paciente não gostar eu nem discuto, eu faço de novo. Porque quem está, eu não discuto cientificamente com o paciente, você é dentista? O cabra não, não sou. Então respeite o que eu estou falando para você, agora, que a gente tem que ouvir muito o paciente, tem porque a exigência do mercado hoje é muito grande, entendeu? E a

parte antiética de outras pessoas é muito grande também. Meu consultório nunca chegou a ser em casa. Mas já aconteceram situações em que pacientes obtiveram meu número e eu atendi de finais de semana, fora do horário, apesar de ser uma coisa pessoal. Então, como a gente trabalha com prótese, coloca, por exemplo, ficou duas provisórias, cimentadas provisoriamente, acontece ocasionalmente, uma vez ou outra, a coroa cai. Se for na bateria anterior então, o paciente fica louco, que ele não vai ficar sem dente. Se me ligar eu venho sábado, domingo, à noite, feriado, não tenho problema nenhum. Eu coloco isso muito à vontade para o paciente e tenho muito cuidado quando tem esses feriados prolongados tipo carnaval, entendeu? Se cair uma peça provisória, tenho por obrigação atender o paciente. Eu não acho isso nada de mais, na minha casa, graças a Deus, é lugar de minha família, é um lugar totalmente reservado. Mas se me procurar fim de semana, à noite por conta de uma urgência, eu venho, sem problema nenhum. Hoje em dia eu ainda faço bastante coisa de clínica ainda, ainda faço bastante coisa de clínica, mas o volume maior é de prótese.

Essa rede com outros dentistas para referências e contra referenciar, varia muito, mas veja só eu trabalho com alguns endodontistas. Então paciente meu chega aqui, tem endodontia eu indico para Fulano de Tal, Fulano, Fulano, Fulano. Dois ou três endodontistas. A parte de periodontia a mesma coisa. Vai e volta, assim como eu também recebo indicações de colega endodontista, de periodontista, de cirurgiões buco. Então eu mando e vem. Então, uma relação muito salutar, de muita confiança, de muita amizade, de muita ética. Eu não, hoje mesmo eu fiz uma prótese provisória, paciente ficou com duas raízes residuais, já indiquei para o colega cirurgião buco tirar aquela raiz. Então vai para lá, vem para cá, e vai vivendo bem eu, vai vivendo bem ele, então relação de muita amizade, de muita confiança.

Veja só, eu já tive nesses anos todos de consultório, eu acho que esse é o quarto consultório. Então, vamos dizer uma média de 10 anos cada um. Então quando eu estava no exército eu adquiri meu primeiro consultório pagando parcelas. Quando eu cheguei em Recife eu já tinha um consultório para montar. Mas não podia montar, então trabalhei uma época com o Rian. Mas teve muita coisa que ficou naquela gaveta descartável. Várias coisas foram adquiridas e depois foram descartadas, o próprio [inint] [00:06:03] eu comprei um [inint] [00:06:05] usado, porque eu não tinha dinheiro para comprar um equipamento de lâmpada na loja, seja lá qual for na época - o ultravioleta na época era ultravioleta – de última geração porque era muito caro. Eu

comprei um usado. Depois a gente viu que aquele ali estava ultrapassado, passamos para outro. Os lasers foram uns tais de abridores de boca que existiam, que você colocava dentro da boca com um separador de rolinho de algodão. A gente viu que aquilo também não funcionava. E muitas outras coisas que a gente viu, a gente trabalhou com próteses, muitas moldeiras perfuradas que a gente viu que aquilo ali largava do material, então não se usa mais. Muito material, muito equipamento, o próprio ultrassom para remoção de tártaros, já tive vários que acoplavam no - um tal de remontar (-hipótese) que eu ainda lembro do nome – que acoplava no contra ângulo.

A gente foi vendo que aquilo ali eram coisas de adaptação, quem não podia o melhor, comprava aquilo ali. E eu passei por essas fases, de comprar às vezes até o que não era o melhor por questão financeira, não tinha condição e a gente ia trabalhando e depois ia descartando aquilo que a gente comprava. Os próprios, você vê em cirurgia, tem fórceps que não se usam mais hoje. E vai ficando naquela gaveta e depois você descartando, dando para o museu, dando para outra pessoa.

Não existia a compra de matérias durante o curso, era o seguinte, todo o material de consumo era dado pela faculdade. Tudo. Tudo. Inclusive você não era obrigado a ter a caneta de autorrotação. O instrumental a faculdade tinha, por exemplo, de fazer uma extração. A faculdade tinha tudo. Você comprava se tivesse condição de ter e de comprar, mas por exemplo, a faculdade na época tinha tudo. Tudo. Do instrumental ao material de consumo. Tudo. Universidade Federal de Pernambuco tinha tudo. Teve alguns desvios de condutas, de alguns alunos e tal. Eu acho que aqueles financeiros dos governos e desvios de condutas também, fez com que se colocasse o ponto “A partir de hoje o aluno tem que ter o seu instrumental”. Você está entendendo o que é desvio de conduta né? A pessoa pegar o que não é seu. Então isso também aconteceu na minha época, como acontece. No serviço público tem gente que leva clips, do trabalho caneta para casa. Então esses desvios de condutas, quando eu vejo a pessoa, eu trabalhei na iniciativa privada durante quanto tempo? Eu via gente que levava clips, uma porrada de clips e colocava no bolso. Então eu acho que a quantidade de desvio de conduta na própria universidade, porque tinha tudo. Você ia fazer uma moldagem tinha material de consulta, tinha moldeira, tinha tudo. Você comprava? Comprava, você tinha a sua seringa tríplice, você tinha sua hollemback, mas o professor ele mostrava tudinho com o instrumental

dele, da faculdade. Eu acho que os tempos eram outros, os valores eram outros, não estou chamando, não estou falando de jeito nenhum, nem afirmando que a população de hoje seja menos honesta do que naquele tempo, mas os valores eram outros, com certeza. O respeito era outro.

Agora sobre a possível separação ou união da medicina com a odontologia, acredito que que vão ser duas, vai ser a vida toda. Veja só, a história que a gente sabe, que me relataram, que eu já ouvi falar, que a faculdade de odontologia, ela nasceu dentro da faculdade de medicina. A faculdade de odontologia, medicina e farmácia, me parece uma coisa assim. E as profissões foram crescendo e aí houve a separação, essa separação, ela foi, eu acho, muito boa para odontologia. Porque você passou a ser de auxiliar na medicina para ter uma própria história. Eu, às vezes me perguntam, não sei se foi Márcia, nossa orientadora que me perguntou eu disse a ela, eu tive uma dificuldade muito grande, eu faço parte da Academia Pernambucana de Odontologia, da Academia Pernambucana de Ciências e da Academia Brasileira de Dentistas Escritores. A gente às vezes fica procurando assim. Um belo dia, há pouco tempo, um ano atrás, dois anos atrás, o atual presidente da Academia Pernambucana de Ciências ele chegou para mim e disse assim, Geraldo, quem é seu patrono? Odontologia? Eu disse não, meu patrono é Nelson de Albuquerque Moura é aquele busto escuro que tem na faculdade de odontologia, na Universidade Federal. E quem foi Nelson de Albuquerque Moura? Entra no doutor Google, você vai encontrar muito pouca coisa. Então da história, vamos separar, dizem que história com h e estória com e são as mesmas coisas, mas não são. Eu estou convencido que não são. A história com h, ela conta o relato dos primórdios de tudo que aconteceu e a estória com e é uma narrativa, uma coisa que a gente ouviu falar. Eu tive uma dificuldade muito grande de encontrar a história com h do meu patrono. E graças à Márcia que está na universidade e é minha esposa e ao professor Tadeu, que é meu amigo, eu fiquei sabendo que existe um arquivo na Universidade Federal de Pernambuco sobre a história com h de seus professores, por exemplo. Então eu passei uns seis meses, telefonei lá assim, Nelson de Albuquerque Melo, aí procuraram a família Albuquerque Melo, aí ligaram para um cara que eu não tinha ouvido falar na vida dele, não é? Aí tudo bem, boa tarde, me identificava, eu sou Geraldo, eu sou dentista e tal, eu estou ligando para você porque você tem o sobrenome Albuquerque Melo, eu gostaria de saber se você pode me ajudar em uma pesquisa, no trabalho que eu estou fazendo

sobre o professor Nelson Albuquerque Melo. O cara assim, nunca ouvi falar, não conheço. Então as respostas foram se sucedendo até que eu descobri o arquivo. Aonde eu abri, eu lembro que o senhor Breno de Albuquerque Melo, não sei se você já ouviu falar nele, seu Breno foi da Universidade Federal de Pernambuco, ele não começou numa época a montar o museu da odontologia aqui em Pernambuco.

O professor Breno o professor Nelson não eram parentes, apesar do sobrenome, eu achava que tinha alguma coisa a ver, não é? E coincidentemente eu conheço o professor Breno há muitos anos, militamos juntos no CRO em ABO e tal e uma pessoa muito culta, muito capaz, e ele montou o museu da odontologia que tem alguma coisa nos sindicatos. No sindicato, está lá no sindicato. Eu inclusive doei muito equipamento meu, coisa que não se usa mais para o museu. E eu até disse, conversando com o Tadeu dia desses, duas coisas que a odontologia eu gostaria de morrer e a odontologia deixar de legado para o pessoal mais jovem, é o hospital Magitot. A gente lutou, que era um prédio municipal, aquela coisa, entendeu? E a gente lutou muito, quem sabe mais da luta do hospital Magitot hoje em dia é o professor Tadeu, que sabe mais, que lutou muito, tem algumas documentações e tudo e outra que formasse um museu da odontologia pernambucana, não somente com equipamentos velhos, mas principalmente com a história, com o primórdio da faculdade de odontologia. Porque, não sei se você sabe, aonde funciona aquele restaurante de espelhos moderno, a faculdade de odontologia de Pernambuco era ali. E a enchente de 1985 acabou com tudo, arrasou com tudo, a enchente que teve aqui em Recife. Então uma parte da história da odontologia aqui em Pernambuco foi embora com aquela enchente, entendeu? Então hoje em dia você procura nos arquivos, até no próprio Google, você não encontra muita coisa sobre a história da odontologia pernambucana, que eu acho que devia ser resgatada, tem alguns livros, o professor José Roberto de Melo, que faleceu, eu tenho alguns livros dele, algumas histórias muito engraçadas, algumas narrativas e histórias pitorescas da odontologia, alguma coisa assim o livro. O filho dele tem um arquivo muito grande do professor Zé Roberto, não é difícil, não. José Roberto foi um dos fundadores da Academia Pernambucana de Odontologia e ele tem muita coisa, o filho dele é escritor também, e mora aqui em Recife, o nome dele acho que é Roberto. Quem tem o contato dele é doutora Ângela Viera, Tadeu Pinheiro, Tadeu tem. Então talvez seja a pessoa, pai dele faleceu pouco tempo atrás, dois anos no máximo, ele tinha um arquivo muito

grande sobre a história da odontologia pernambucana, até porque ele escrevia muito relato. Então ele, como escritor, ele tinha essa história, assim, talvez seja a pessoa que assim, mais próxima. E quem mais escreveu sobre odontologia foi Zé Roberto.

Quando ao hospital Magitot, eu não cheguei a estagiar lá, quando formei já estava desativado. E, quando eu era presidente da ABO, Tadeu era presidente do CRO e a gente fez uma mobilização política na época, na época prefeito era João Paulo e tal, e a gente, para que a prefeitura não fizesse, queriam fazer uma praça, demolir aquele casarão, e tal. Tinha outro projeto de interesse social e tal, mas quem sabe a história do hospital Magitot muito bem contada, documentada, é o professor Tadeu Pinheiro. Professor Tadeu Pinheiro sabe de tudo do hospital Magitot. O professor Tadeu chegou a ter consultório e atender, inclusive a gente trabalhou junto, ele se formou antes, Tadeu se formou em 1977.

Eu não acredito em reaproximação da odontologia com a medicina, leio muito sobre, agora como prática, uma briga muito grande em relação aonde eu posso atuar e onde eu não posso atuar. Por exemplo, essa parte de harmonização facial, que hoje em dia tem cursos aí mil, não é? Aqui em Pernambuco, a professora Elisabeth, da ABO, da não sei aonde, e tal. Os cirurgiões plásticos, eles se sentiram muito incomodados, inclusive fizeram notas no Conselho Federal de Medicina, onde conseguiram liminares com juízes proibindo o cirurgião dentista de atuar. A mesma coisa sobre acupuntura, aonde o fisioterapeuta, o dentista e o médico, eles não se entendem até hoje. Então, eu tive oportunidade, quando foi presidente da ABO, de participar de algumas atividades, alguns, deixa eu ver se eu me lembro como era o nome, Anel não, Anel era, eu não lembro, eram uns fóruns que tentavam regulamentar algumas especialidades na odontologia. Por exemplo, eu fiz curso de analgesia, que é reconhecido pelo Conselho Federal como, mas não como especialidade, tem um nome diferente aí que eu esqueci. Então, essa parte de harmonização, esses procedimentos de que o cirurgião buco, de cabeça e pescoço, ele choca com a medicina, ele, até hoje, eu não vejo aproximação. Eu só vejo é muita briga, muita confusão, muitas notas desnecessárias como eu vi recentemente uma nota agora de um médico até professor, muito capaz e tal, aonde fez uma crítica sobre a atividade do cirurgião dentista numa área que ele acha, considera que deveria ser só dele. Eu não vejo aproximação, eu vejo, é porque, por baixo dos panos existe uma falsidade de uma boa convivência. Mas quando o bicho pega, entendeu? O Conselho Federal

de Medicina, ele é muito forte, eu trabalhei no conselho nacional com esses homens tudinho, ele tem um poder de fogo muito grande com o judiciário. Eles conseguem uma liminarzinha mais rápido. Quando a coisa passa muito, inclusive esses cursos de harmonização facial, toxina botulínica, eles chegaram uma época que foram paralisados, que foram suspensos.

Ali fui até o hospital Santa Joana. Cheguei lá no hospital Santa Joana, estava lá a filha dele lá internada, aonde o profissional médico que atendeu, parte de cabeça e pescoço, disse que a paciente estava com uma fratura de maxilar, de mandibular e tal, e tinha que ser operada.

Eu tomei a liberdade, me identifiquei, fui ao posto de enfermagem do andar que a menina estava internada e liguei para o médico.

-Doutor fulana, tudo bem? Quem está falando aqui é o Geraldo Vasconcelos, eu sou cirurgião dentista, tenho curso em radiologia, trabalho no serviço de urgência e se o senhor me permite discordar que eu não estou vendo fratura de mandíbula nenhuma. Não seria mais interessante o senhor encaminhar para um cirurgião boca não?

O cara ficou todo enrolado comigo, e eu disse ao colega “não deixa operar!”. O colega, o pai da paciente. “Não deixa operar! Procure fulano de tal para pedir uma segunda opinião”. Então, existe o que, um mercantilismo muito grande aonde o paciente ele é o menos interessado na história. Eu acho que o vil metal ele atrapalha muito a parte ética das profissões, tanto a nossa, quanto a medicina, quanto outras qualquer. Eu acho que o dinheiro ele tem que ser ganho honestamente e eticamente. Eu não concordo, não conheço, convivi muito tempo com várias profissões da área de saúde, trabalhamos em conjunto com as 14 profissões da área de saúde e não existe união.

Existe a medicina sempre em primeiro lugar querendo mandar em tudo, querendo superar tudo. Eles não se conformam que as outras profissionais de saúde, como por exemplo a fisioterapia (-hipótese) cresceu muito na parte de práticas integrativas.

As práticas integrativas hoje é uma realidade. As populações que vivem no campo sabem que aquilo funciona, não é mesinha, não é placebo não, sabe que

realmente funciona. E hoje em dia tanto é que os concelhos federais, na maioria das profissões, eles reconhecem aquilo ali como prática integrativa mesmo. E a medicina não reconhece, ela quer reconhecer só como especialidade dela. Essa é a realidade.

Eu briguei muito no conselho nacional de saúde, em Brasília. Briguei dentro do limite, não nada agressivo, eu briguei muito pela verdade das coisas, porque meu pai dizia “meu filho, a verdade por pior que seja, ela tem que ser dita”. E é importante você dizer, não como aquilo afirmativo que a sua verdade seja absoluta. Não. Mas você estuda, você olha, você vê, por que você vai aceitar aquilo de goela abaixo?

Eu acho que a medicina quer ser sempre superior a tudo e a todos, e só ela pode isso, ou aquilo. Uma profissão que cresceu muito dentro das profissões da área de saúde, além da odontologia, é a enfermagem e a fisioterapia. Hoje em dia, seguindo as 4 profissões de hoje em dia que briga cada um por seu espaço, e não abrem mão. Eu fico muito feliz de ter participado durante algum tempo, dessa briga boa, aonde a valorização de cada profissão ela é inerente, é cada um na sua, mas não baixando a cabeça, porque passou muitos anos, a história conta que muitos anos se baixou.

Os dirigentes da própria odontologia baixavam a cabeça para a medicina. Hoje a realidade e outra, mas aproximação eu não vejo muito não, eu vejo uma falsidade, uma tentativa de uma convivência harmoniosa, mas não é não.

Eu uma vez fui questionado num fórum desses, de saúde coletiva, sobre aberturas de novas faculdades “Ah mas o senhor foi favorável a abertura do curso em Arcoverde”. Eu respondi assim, eu disse: -“Eu sempre fui favorável à abertura de faculdades públicas, seja lá em qual município”. Porque eu passei por experiências e por situações em que os colegas que vinham, por exemplo, todo dia do sertão para cá, para estudar. Vinham de ônibus, aquele ônibus que a prefeitura que traz e volta. Ficavam dormindo na sala de aula, uma vez o professor perguntou a um colega lá: - “Fulano porque você dorme tanto na sala de aula?”. Ele disse: -“Professor eu saio de casa 3:30hs da manhã de ônibus para vir para cá”. Então a interiorização da odontologia eu sempre achei uma coisa benéfica.

Então eu acho que o mercado vai regular, respondendo diretamente a sua pergunta, eu acho que a tendência natural das coisas é o fechamento de algumas faculdades,

seja por não atingir aquela nota do ministério da educação, seja por falta de público. Eu acredito que o mercado regula, o mercado vai regular. Eu tenho fé e tenho esperança que essa abertura que houve indiscriminada que colocou a odontologia nessa crise que passa hoje, e descredito dos jovens com 10 anos de formados, fechando consultório e deixando a profissão isso com o tempo vai se regular, o mercado vai regular. Eu acho que o mercado regula. Aqueles empréstimos de clínicas, o próprio governo do estado quer isso aqui, abriu a faculdade em Arcoverde aonde não tinha clínica, abriu o curso, começou o curso num grupo escolar e não tinha clínica. Chegou na época de clínica, e agora? E agora, quando se quer, dá-se solução às coisas. A iniciativa privada ela abre com tudo montado, com todos os convênios aprovados, porque o MEC ou conselho nacional de saúde, ou o conselho nacional de educação, o ministério da educação ele não abre. Vamos dizer assim, você pode até não ter uma clínica lá para começar uma faculdade nova, mas você ter um convenio firmado com a clínica W.O (-hipótese) por exemplo, ou convenio firmado com a clínica de tal lugar que é permitido a lei, eu vejo as perspectivas sombrias, mas sou muito esperançoso, porque eu sou fã da odontologia. Porque eu acho que se você se dedicar, você estudar, com o tempo a coisa chega. Você não pode no primeiro ano de odontologia ser Ph.D. Você ter um patrimônio com 1 ano de odontologia ou 5 anos de odontologia o que um profissional com 40, 50 anos conseguiu. Eu sou um cara muito simples, sempre fui muito pé no chão. Eu acho que as coisas chegam com o tempo.

Eu acho que eu falei um bocado de coisas. Eu acho que eu consegui dizer que uma pessoa que começou odontologia, que não tem uma bicicleta para andar, não era pobre, nunca me faltou nada, mas eu era uma pessoa muito simples. Então tudo o que eu conquistei na minha vida foi eu e minha esposa trabalhando junto na odontologia. Nada caiu do céu. Foi sempre com muito trabalho, com muita dedicação e muito esforço. E eu sou muito feliz de ter conseguido desenvolver minha profissão, e não tem inveja de ninguém que tem suas clínicas Ph.D. Eu não tenho inveja de ninguém que trabalha até 10hs da noite, porque isso foi uma fase, são fases da vida, eu já passei por isso. Hoje em dia eu tento trabalhar até 5hs da tarde, porque chegou, me satisfaz, o que eu ganho dá para eu viver, sobra. Então eu não quero, não preciso de ter um BMW, isso não é a coisa mais importante da minha vida. Tudo a gente conquistou com a época, tudo a cada seu tempo, um carrinho aqui, um carrinho ali, um carrinho automático ali, um não-sei-o-que aqui.

Então tudo veio com o tempo. Nunca fui um cara ambicioso. Desculpe, nunca fui um cara ganancioso, ambição acho que todo mundo tem. Agora tudo com o seu tempo, odontologia é uma profissão belíssima, faria de novo, os desafios sempre foram, nada chegou do céu. Agora, sempre topei todo tipo parada “Não, doutor fulano Ph.D. vai fazer aquela prova. Pois então eu vou fazer também, sei lá, de repente dá uma zebra lá e eu consigo”. E assim eu fui conseguindo as coisas, fui sendo convidado para isso. Eu digo assim: -“Será que as pessoas que me convidaram para fazer parte de clínicas, de sociedade, me convidaram porquê? Por amizade, só por amizade, ou porque acharam que eu era capaz?” Eu tenho certeza que era pelas duas coisas, confiança, capacidade e amizade. Porque se eu não tivesse nenhum valor eu acho que ninguém tinha me convidado para trabalhar consigo não, sem falsa modéstia nenhuma, eu sou uma pessoa muito simples, eu acho que não sei de nada, tenho muito que aprender. Mas, porque eu era jovem, metido interessado, e o interesse ele traz bons fluidos, com certeza.

Dra. Hilda

Bom, eu nasci em João Pessoa na Paraíba, vim aqui para Recife para fazer odontologia porque lá em João Pessoa não tinha ainda o curso de odontologia. Eu me formei em 1955, em 1955, minha idade é 84 anos. E falando sobre mim, eu sempre gostei, gostei muito da área de saúde, eu sempre me dediquei mais a área de saúde.

Sempre tive em mente fazer odontologia, eu não era muito voltada à medicina, mas eu gostava da odontologia, eu gostava do meu dentista, digamos assim, então não houve algo que me motivasse fazer odontologia, foi algo que dentro de mim me decidiu.

Acredito que tive uma certa influência na infância pela escolha da área de atuação, tendo em vista a admiração que tinha pelo trabalho realizado, e certamente, crianças são influenciadas por essas coisas.

Partindo pro campo familiar já de cara posso dizer sobre a minha família ser muito pequena, eu só tenho um irmão que hoje é falecido e meus pais; começando pela minha mãe, que era professora de nível primário, era professora e meu pai

inicialmente ele trabalhava no comércio e depois ele trabalhou durante todo o resto da vida dele, eu não sei exatamente quantos anos no DENOCS, que era o Departamento contra as secas, ele trabalhou e era funcionário público federal.

Meu pai era do Rio Grande do Norte e estava morando lá em João Pessoa e minha mãe é de lá mesmo, de João Pessoa. Minha família é de classe média, eu vivi tudo de bom que poderia uma criança naquela época ver na época da guerra, na época de 1940, foi a época de guerra, época da Segunda Guerra Mundial, muitos problemas, muitas dificuldades, mas sobrevivemos. Estudei em colégio particular, em colégio de freiras, depois estudei no colégio científico, que o colégio de freiras só tinha o que hoje é o fundamental. Nível médio eu estudei num colégio estadual e depois eu vim aqui para Recife para fazer o vestibular e ficar fazendo odontologia.

Já o meu irmão que é mais moço do que eu, e ele também veio aqui para Recife depois e era engenheiro mecânico, professor aqui da UFPE. Teve também o meu primo em segundo grau, que ele era primo primeiro de meu pai e ele era dentista, esse era dentista. E tinha também um sobrinho de meu pai que esse morava no Rio Grande do Norte, em Natal, que também era dentista.

Quando eu ingressei na faculdade, naquela época o vestibular era muito diferente do que é hoje, naquela época você fazia prova escrita, prova prática, você fazia física prova escrita, prova prática, clínica, prova escrita, prova prática, tudo era prova escrita e prova prática, entendeu? Então foi assim uma coisa muito corrida, muito que você precisava estudar muito, você precisava ter, perder fim de semana, tudo, você tinha que fazer, naquela época não existia computador, não existia nada disso, então era livro mesmo, era letra para você ver, ler, anotar, tudo isso. E aqui em Recife no mesmo período eu fiz um curso intensivo nessa área, para ter ideia assim de como era o vestibular aqui, porquê eu não tinha noção de fato. Todas as provas eram avaliadas por três professores, tinha uma banca, como se fosse hoje a banca de mestrado, você tinha uma banca ali teórica, onde você faria primeiro uma prova escrita e depois você tinha uma banca teórica. Então ali me perguntavam algumas coisas, poderia ou não fazer uma prova prática, por exemplo, na prova de química houve uma prova prática, eu não me lembro exatamente o que foi, mas uma prova prática de química; já prova de física não, foi somente uma prova escrita e uma prova oral, de biologia também, a mesma coisa. Havia provas de inglês e francês.

A graduação foi de apenas três anos, sendo que o primeiro era feito junto com a turma de medicina, então tínhamos aula de anatomia quase que completa do corpo humano e não só da cabeça e pescoço, sendo os professores todos médicos e não dentistas, e aulas como anatomia, histologia e microbiologia, metalurgia e química aplicada, hoje não existe mais essa cadeira. Já no segundo ano todos os professores eram dentistas mesmo para a parte cirúrgica, sendo que as vezes havia um médico e um dentista para determinadas intervenções, passávamos a ter aulas específicas da odontologia, materiais dentários, dentística, prótese, anestesiologia. Contava com matérias de fisiologia, técnica odontológica, prótese, patologia.

Havia a clínica um e a clínica dois, íamos avançando a complexidade dos casos. No final do segundo ano já fazíamos algumas extrações, pelo que eu lembre. Não me recordo como nos nominávamos o que hoje é periodontia, mas que nessa parte vimos próteses, restauração por completo, que por sua vez era realizada com amalgama, nem se ouvia falar em resina. A realização das cavidades não era tão aperfeiçoada quanto é hoje. Mas alguns termos como “endo” nem sequer lembro de ter ouvido falar. Quanto aos materiais, eles eram comprados numa casa aqui em Recife, que chamavam “Casa Vantuil”, um tipo de lugar padrão que vendia de tudo para todos.

Eramos uma turma com quarenta e oito pessoas e apenas catorze mulheres, posso listar tranquilamente todas, que foram: Ângela, Carmem, Lúcia, Selma, três, Lilian, Luísa, cinco, Maria da Graça, Maria da Penha, Maria José, Maria José (não me recordo o sobrenome dessa), Maria Laís, Risete, Risete (dessa também não) e Iara. E jamais senti discriminação por parte de ninguém da classe, devido a grande união que tínhamos enquanto alunos, sempre colaborando, auxiliando. Infelizmente com o passar do tempo, perdi contato com todos eles, então não sei como estão hoje em dia, se é que estão aqui. A maioria era de fora, Ceará, Piauí, Sergipe, Alagoas, entre outros. Pernambuco foi o polo, o centralizador para odontologia, pois não contavam com isso na Paraíba e nem no Rio Grande do Norte.

Na época se chamava Universidade do Recife, e após alguns se tornou a ser Universidade Federal, que era composto por um diretor e um reitor, que eram diretamente ligados pois havia um diretor para a parte de odontologia e outro para a farmácia. O diretor de odonto, era dentista.

Quando eu estava no segundo ano eu comecei a namorar, quando terminei o terceiro ano, logo em seguida eu me casei. Deixei a odontologia. No terceiro ano de odontologia eu clínica odontológica, farmacologia e prótese, odonto pediatria e radiologia como aulas, fiz um estágio num grupo escolar, que naquela época, odonto pediatria era o auge, digamos, da odontologia, a parte de odonto pediatria, eu fiz um estágio num grupo escolar que era na Rua Imperial, Joaquim Nabuco. Tudo feito nesse estágio era a prática, no caso, a maior parte dela em arrancar os dentes das crianças; havia um gabinete odontológico, mas para fazer uma restauração era uma coisa muito, muito pouca.

E no quarto ano voltava clínica odontológica, odonto pediatria, prótese, aí tinha odontologia legal e deontologia, foi quando começou a odontologia legal no mesmo período. Após o término da faculdade, não iniciei nenhuma pós ou especialização, fui ser esposa e mãe.

Normalmente as crianças tinham a dentição péssima, malcuidada e a maioria era mesmo para fazer a extração. Um dos maiores problemas enfrentados sempre foi a cárie, dentro outros como por exemplo, problemas periodontais, “problemas de gengiva” que era como se chamava na época.

Tenho guardado duas revistas que inclusive, uma delas fala que a Faculdade de Odontologia de Pernambuco começou, já começou com quatro anos, então em 55, ela já começou com quatro anos. Tanto é que minha turma foi a última de três.

Partindo pro campo pós-faculdade, fiquei casada até 1963, que devido a um acidente me tornei viúva, e foi a partir deste ponto em que eu comecei a voltar para odontologia, fiz um estágio na FOP, localizada na rua Treze de Maio, comecei a me engajar em trabalhos oferecidos por eles, como voluntariado junto a Cruzada de Ação Social.

Também trabalhei no hospital Magitot, sendo Nelson Melo o precursor, mas uma ótima pessoa para contar a história do hospital é José Tadeu Pinto, logo depois o hospital foi para a várzea. Era um hospital voltado para pessoas de baixa renda, uma espécie de clínica escola, haviam cinco ou seis equipamentos. Funcionava a todo momento, semana e finais de semana, sempre com urgências, e tudo isso aqui na Casa Forte, perto da Casa do Estudante.

Nelson Melo se eu não me engane, era quem era o diretor naquele tempo, e professor da universidade na parte da odontologia, sendo ele também dentista.

Por volta de 1963 eu comecei a retornar, e em 1968, Edrizio me para ficar na faculdade de odontologia, me convidou para ficar lá e foram criados os cursos de pós-graduação. Edrizio era dentista, foi fundador da Associação Pernambucana de Odontopediatria, foi fundador da Associação de Odontopediatria, fundador da FOP, diretor da FOP durante alguns anos na parte de odontopediatria, era formado na área de odontopediatria. O primeiro Congresso Pernambuco de Odontologia foi criado por Edrizio no ano de 55, no ano que eu me formei.

O Primeiro Congresso Pernambucano de Odontologia foi em Garanhuns, 17 de abril de 1955, foi quando eu me formei e o prefeito de Garanhuns era dentista, que era Celso Galvão, ele era dentista. O segundo Congresso Pernambucano de Odontologia foi no ano seguinte e aí já foi em Recife, naquela época se chamava Escola Industrial Agamenon Magalhães, hoje é Escola Técnica Professor Eterpan. E teve o primeiro Congresso Brasileiro também de odontopediatria que foi também Edrizio que fez aqui em 1955, esse foi uma coisa mirabolante com o apoio do governo do Estado, na época era o governador eu acho que era o Coronel.

Na minha turma, embora fosse muito unida, quando chegou na época da formatura, houve a divisão, porquê uns queriam Zezinho e outros queriam Mariazinha, então ficou aquela discussão para ser paraninfo, que por fim, chegamos num acordo, algo neutro por assim dizer, e assim foi o Bispo. Sendo em 1968 como havia dito, o ano em que eu entrei na FOP com o cargo de analista técnico de gestão. Esse cargo era o que vinha no meu contracheque embora eu tivesse outras atribuições. Tive como professores Reginaldo Regis de prótese, Jânio Brasileiro, Antônio Varella também era de prótese, o Oscar era de dentística, Edrizio era odontopediatria, Gildo era dentística, Maurício Viana não me recordo de onde era, Armando Samico era da odontologia legal, Mauricio Salista também era de prótese, Francisco Ferreira era clínica, Terezinha Menezes era odontopediatria, João Suassuna Sobrinho era de patologia, acho. Romildo Torres era patologia, Francisco Albuquerque Barbosa era dentística, foi inclusive presidente daqui.

Nesse meio tempo eu vim para a FOP para a pós-graduação, que começou com odontopediatria, foi o primeiro curso, já como mestrado, especialização e depois mestrado, que já possuía escola clínica

Fazendo um comparativo do estágio na escola Joaquim Nabuco para depois essa experiência como não clínica, mas como observadora da pós graduação nos atendimentos posso dizer que o que mudou foi o atendimento e na inserção da tecnologia. Já em relação a conduta tínhamos todas as outras condições de prevenção, como flúor por exemplo. Em 1968 já havia aparecido a disciplina de odontologia preventiva social que era ministrada por Lúcia Lira e Gesivaldo Aguiar que já faleceu. Permaneci na FOP de 1968 a 1993 onde tiveram as especializações, mestrados e o doutorado. De quando entrei até me aposentar percebi mudanças tecnológicas como o Raio-X, embora minha parte fosse mais administrativa, eu não era responsável por nada que envolvesse dinheiro ou compra de materiais pois normalmente existia o setor na FOP de compras e o que coordenador então necessitava ele repassava para o setor de compras que é quem era responsável por fazer as pesquisas e então levar para diretoria.

Quando estagiava, fui também monitora da disciplina de odontologia legal que era do terceiro ano, com o professor Armando Samico, e tínhamos aulas práticas, que inclusive foram até no IML, as primeiras aulas práticas na própria anfiteatro de anatomia, que naquela época a faculdade era onde hoje é a Academia de Medicina, no DEV. farmácia, medicina e odonto localizados no mesmo lugar, você tinha as clínicas de prótese, as clínicas de odontopediatria e tinha os laboratórios de materiais dentários, e prótese também. A farmácia eu não me lembro onde era, realmente eu não sei lhe dizer a onde era, mas não era no mesmo prédio, aquele prédio era somente odontologia, depois dali odontologia passou a ter uma clínica, até 55 a gente ficou exatamente assim, tinha uma parte que era aqui, onde hoje é o Memorial da Medicina, tinha aquela parte de trás que era os laboratórios e depois criaram essa clínica nesse casarão ali naquela rua Fernandes Lima, se eu não me engano. Então nós tínhamos três locais diferentes, agora depois que eu me formei, aí realmente eu não sei dizer qual foi a junção. Existia o Hospital Magitot, hospital mesmo da faculdade de medicina, já o Hospital Escola não existia. O Magitot era particular mas contava com alunos que iam fazer estágio, porém não era curricular, e sim feito por vontade própria, podendo fazer de final de semana, sem qualquer vínculo com nenhuma

faculdade ou universidade. Nunca estagiei no Magitot, digamos que foi uma passagem porque como era um hospital muito conceituado, então era uma maneira de você começar também a ser, com vantagem de ver algumas coisas que não se via na clínica da faculdade. De qualquer forma uma maneira de achar sua própria clientela, que não foi o caso, pois me casei e nunca tive um consultório próprio.

Tivemos um movimento de reincorporação, de algumas práticas que até então eram exclusivamente médicas, como por exemplo a orto órtese e bichectomia. Mesmo as vezes com minhas colegas íamos ter aula de anatomia e abríamos o abdômen e ficava todo mundo assustado devido aquela sujeira, "porque que a gente está vendo isso, a gente quer boca, quer dente, não quer ver tripa não", víamos essa aproximação e entendíamos que era um lado médico e não odontológico, pois de qualquer maneira dentro da atual legislação odontológica, digamos assim, das resoluções e das normas do conselho nós estamos dentro da área da nossa área, nossa área. Nós não estamos ocupando o lugar de ninguém, nós estamos no nosso local certo. Não vejo possibilidades de unificação das profissões porquê cada um quer ser dono do seu pedaço, digamos assim, quer ser dono do seu trabalho, quer se dono da sua pesquisa, quer ser dono da sua maneira de ser, mas pode ser que futuramente pesquisadores consigam, pois verificariam se há necessidade de relacionar com outras áreas, etc., mas termos atuais do dentista em si, do médico clínico, eu não acredito não. Creio que esta muito interligada com a pesquisa, hoje você tem uma série de anomalias e doenças que não existiam naquela época, são motivadas por N coisas de vírus, disso e daquilo outro, que naquela época realmente não existiam, ou não existia ou ninguém conhecia, e a medida de que as pesquisas vão avançando, que as coisas vão modernizando, a facilidade digamos assim de hoje que você tem de técnicas. Hoje em dia, cidades com do interior com um pouco mais de três mil habitantes hoje possui trezentos mil. Tudo ficou completamente diferente, hoje começaria logo que a criança ao se sentar na cadeira já dizia o que queria, naquela época muitas vezes as crianças não sabiam nem usar a escova, o próprio dentifrício não tinha flúor, nada disso. Então era, quer dizer, hoje você já tem, os pais também já estão conscientizados, tudo isso, você hoje tem vacina, etc, fora o perfil de doenças. Antigamente era um absurdo pois ninguém pensava em levar uma criança de seis meses ao dentista, uma criança de um ano ao dentista, para que? O dentinho lá bonitinho, limpo, não é? E quantas crianças tinham problemas de cárie.

Meu diploma é emitido pela Faculdade de Medicina, e em 1926 após a autorização do então Conselho Superior da Educação, a Escola de Farmácia, Odontologia do Recife e a Faculdade de Medicina do Recife uniram num só instituto onde eram mantidos os cursos médicos, odontologia e farmacêutico encapada pelo governo do Estado de Pernambuco, inclusive com a Faculdade de Medicina. Em 1958 o consultório de odontologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife transformou-se de unidade universitária denominada Faculdade de Odontologia da Universidade do Recife, sendo o Presidente da República Juscelino Kubistchek. A Faculdade de Odontologia foi fundada em 14 de janeiro de 1913, graças aos esforços do cirurgião dentista Nelson Albuquerque Melo, Antônio Fraga Rocha, Antônio Pinto de Campos e o bacharel em letras Epiáfio Pessoa, um grupo de médicos, foi a primeira escola de odontologia do Nordeste, do Norte.

E toda essa história, carreira, currículo, até o dia de hoje, até me aposentar.

Dra. Isaura

Meu nome é Isaura, nasci em 04/05/1943, tenho setenta e seis anos completos e cinquenta e um anos (completando agora dia vinte de dezembro) de formada. Sou de Uma família de pai, mãe e irmãos. Papai com formação de ensino até o Ensino Médio; Mamãe só a formação básica e quatro irmãos comigo. As mais novas: eu, me formei como professora e minha irmã mais nova; depois eu segui para a Odonto e ela para Nutrição, e depois ela seguiu a carreira para o magistério. Foi fazer pedagogia e ser professora mesmo. E os outros irmãos fizeram só até o ensino segundo grau (que era antigamente considerado segundo grau). E desde sessenta e oito (eu me formei no final de dezembro) e em janeiro de sessenta e nove eu já comecei a Odontologia e a trabalhar como dentista clínica. O pai queria que eu fosse professora. Tanto que ele nem teve essa “vibração” quando eu passei no... e foi difícil. Porque eu fiz magistério. E magistério para a gente passar no curso que era feito vestibular cada um em sua faculdade, não é esses vestibulares de hoje, era feito cada um em sua faculdade. Então a concorrência era muito grande e por isso para quem fez magistério

que não tinha aquela base de física, química e biologia, era muito diferente. Eu tive que fazer então um ano de cursinho para poder me preparar para o vestibular.

Eu que me mantive para fazer o cursinho. Porque quando eu terminei o magistério, na época, quem tirasse o primeiro lugar de todos os anos do magistério recebia uma carteira do estado e se tornava efetiva no estado como professora. E eu fui a laureada da turma e tive esse emprego. Então eu terminei em sessenta e três e em dezembro já estava assumindo a cadeira do estado. Então eu tinha o emprego, o salário, e como ele só queria que eu fosse professora e eu queria ser dentista, eu me mantive. E como eu passei na Universidade Federal eu não tive despesa com a Universidade. Eu tive despesa com o cursinho, o preparatório. Mas na Universidade despesas só de livros, que é muito diferente a faculdade que eu cursei para a que vocês frequentaram. Muito diferente.

Eu acho que eu me apaixonei desde a época de dentista que a minha mãe me levava, e eu vi que ele mexia aqui e mexia ali, e aquilo foi chamando a minha atenção. Mas nunca teve aquela influência direta de... conversando com uma colega ela chegou: “quando terminar o magistério o que é que vai fazer?” Uma dizia que ia ser professora, outra que iria continuar na pedagogia, aí eu perguntei para outra colega “tu vais fazer isso?” (Ela respondeu que tinha vontade de fazer história) eu não, eu quero fazer odonto. Aí ela chegou e falou: então vamos fazer o cursinho nós duas juntas. Aí nós fizemos o cursinho até na FOP, na época eu já conhecia o meu atual marido que éramos namorados, que vinha do Piauí para fazer Medicina, aí quando ele conversou comigo eu falei “vou fazer odontologia” aí ele disse “então eu acho que eu vou fazer odontologia também porque eu não preciso largar o meu emprego para me manter”. Aí ele foi para Universidade Federal fazer Odonto que tinha um cursinho que era mantido pela Universidade Federal para ajudar o diretório acadêmico. Então eu fiquei na FOP e ele ficou na Federal fazendo o cursinho. Mas aí no vestibular, graças a Deus eu consegui passar na Federal e eu escolhi a Universidade Federal. Fizemos Federal juntos.

Meu marido exerceu poucos anos porque ele trabalhava em banco e aí eles começaram a dar “cargos de confiança”. Aí começou a ser chefe, depois gerente e ele tinha que assumir a gerencia em outras cidades próximas daqui de Recife, então ele não tinha condições. Mas o primeiro consultório foi ele que comprou. Então eu digo

que ele me presenteou com um consultório que até hoje eu mantenho a profissão. Eu digo: “foi você que me jogou lá dentro então eu não saio”.

Então, eu acho que foi uma história de amor que se complementa com a profissão também. Eu acho não, eu tenho certeza! Deixa-me te contar um fato: o vestibular da Universidade Federal, a concorrência era muito grande, e só tinha oitenta vagas. Então o cursinho para ganhar dinheiro, primeira entrada passava quarenta (no primeiro vestibular). E desses quarenta eu sabia das minhas limitações e que era difícil eu conseguir naquela multidão de gente (que era cento e tanto quase duzentos candidatos na época) que era cada um em suas Universidades, eu consegui passar daquele povo que tinha feito científico e que tinha mais base (e eu não tinha) então na primeira eu não consegui. Aí eu disse “ah, não vou mais não” que eu nunca tinha sido reprovada na minha vida, e quando eu vi que meu nome não saiu aquilo me machucou demais e eu não queria mais. Aí ele chegou lá (era o último dia para fazer a inscrição do vestibular na época, que seria em fevereiro) e disse “você vai fazer” (ele e outro conterrâneo dele. Ele não é daqui, é do Piauí. E esse rapaz já tinha passado e estava fazendo o primeiro ano de odontologia) aí disse: “você vai fazer”. Aí terminei de trocar de roupa e fui com ele correndo e fiz minha inscrição. Mas foi ele realmente. Se não fosse eu iria fazer outra coisa.

Talvez Serviço Social... Ou dentro mesmo do magistério que eu já estava. Talvez fosse isso. Mas que não tinha na cabeça nada definido. Porque o que eu queria era odontologia. Só que eu estava decepcionada porque eu não tinha conseguido passar logo no primeiro.

Será que eu consigo me lembrar como era o curso? Não era como é hoje, assim. Que é unificado e que todo mundo têm as mesmas matérias, não. A gente tinha as aulas de anatomia que era só odontologia mesmo. Histologia, patologia, direcionada só para o curso. Não era todo mundo junto e depois cada um seguia para a sua faculdade... Está com muitos anos. Eu não sei se eu chego aonde você quer. Tudo era focado para Odontologia. Se ele dava uma aula que vinha do pé até... ele vinha e chegava à influência e tudo que tinha já para a Odontologia. Primeiro nós tínhamos aulas no anfiteatro que era da Faculdade de Medicina que era ali onde é no Derby. A Faculdade de Medicina era ali. Então ali atrás (acho que ainda hoje ainda tem ali o anfiteatro). Então eles cediam a Odontologia onde é hoje o Spettus. Nossa

faculdade era ali onde é o Spettus, ao lado da casa de estudante (eu acho que ainda tem a casa de estudante ali).

Mas saiu de lá. Já havia esse projeto de muitos anos de todo mundo se concentrar (todos os cursos) da federal na Cidade Universitária. Então já existia o Campus. O presidente já tinha determinado que todos os cursos teriam que ir para lá (era tudo separado na rua do hospício, ali próximo na faculdade de direito, a FOP era ali na treze de maio) então já tinha essas diretrizes que todos os cursos teriam que ficar localizados em um lugar só. E quando teve uma enchente (acho que em 1963) veio uma ordem para que todos passassem para lá porque muitas faculdades tinham sido atingidas e a nossa foi demais (ela era muito baixinha e ficava próxima aquele canal da Agamenon Magalhães). Mas veio verba e tudo, mas a nossa faculdade não foi. Foram todos os cursos, mas a nossa não foi. Então eu acho que uns dois anos eu já estava formada e foi quando ela passou para ficar atrás do Hospital das Clínicas, por ali. Mas já foi a minha filha que cursou lá.

Agente tinha na Faculdade de Medicina Anatomia, mas Histologia nós tínhamos as salas dentro da nossa faculdade mesmo. Tinha os laboratórios para tudo. E tudo bem equipado e bem montado. Nós íamos para parte de clínica e eu acho que o que eu comprei durante o curso era umas caixinhas de cera para fazer dente, gesso que eles forneciam também. Tudo era dado pela Universidade. Tudo era fornecido pela Universidade. Todos os instrumentais eram da Universidade. Todos. Da parte até de Odontopediatria aqueles alicates lindos pequenininhos, tudo era da Universidade.

Então o modo de funcionamento da faculdade era como se fosse hospital-escola. Tinha tudo. A gente chegava pela manhã e se a aula fosse na parte do laboratório a gente já fazia o pedido do que precisava de lâmina ou alguma coisa que a gente usava no laboratório, fazia e entregava numa sala que existia para isso, e eles entregavam todo o material para a gente. Não precisava comprar aquela lista quilométrica que eu comprei para a minha filha não.

Esse modo de oferecimento instrumentais na faculdade favorecia que não tivesse dinheiro de permanecer na Universidade. Isso daí ajudou demais! Porque na minha época tinha colegas que não tinha dinheiro nem para comprar comida quem dirá para comprar material para estudar. Muitos iam para lá e ficavam conversando com a gente “você vai almoçar no refeitório?” “Vou”. Quando sabia daquele que não

gostava da comida já passava para o outro. Então tinha muita ajuda de um para o outro. Era muita gente e com um nível econômico muito baixo.

Eu acho que a maior consequência da compra de materiais foi que afastou muita gente que queria fazer odontologia e não tinha condições. Por conta disso o curso se tornou muito caro. Tanto para os pais quanto para o próprio aluno ter condições para se manter. Eu lembro quando a minha filha chegava a cada semestre e tinha uma relação imensa de material para ser comprado enquanto que a gente não precisava. Até os livros a gente conseguia da biblioteca.

A profissão se elitizou de alguma forma. Eu tiro isso de ouvir muitas pessoas que chegam aqui e quando eu pergunto “o que você vai fazer?” Ou “o que você está cursando?” “Ah, o meu sonho era fazer odontologia, mas eu não tenho condições de fazer”. Mas por que você não tem condições?” “Ah porque é um curso muito caro, o material é muito caro”, “Mas você tentou ao menos fazer e entrar na faculdade?” “Não porque já me passaram isso” e as pessoas nem chegavam a fazer o vestibular. Os próprios pais diziam para os filhos que não tinham condições de os manterem num curso desse. Esse medo de ser muito caro porque quando a gente quer a gente vai e alcança.

Meu curso foi de 4 anos, peguei o começo da ditadura. Eu me formei em 1968, então eu peguei já dentro da universidade. Eu nunca fui ligada em política e principalmente quando era jovem porque meu pai era muito ligado na política por conta do trabalho dele (ele trabalhou muito em sindicato e essa coisa toda) e sempre foi chefe de divisão do INSS então ele dizia “não quero filha que se meta nesses negócios de diretório e que participe de nada” (apesar da minha irmã ter sido presidente do diretório contra a vontade dele) e então eu não me ligava porque eu não tinha nem tempo para isso. Mas o que eu notava era que na minha turma tinha muitos militares. Muitos. De todas as forças: do exército e da aeronáutica (eu acho que só não tinha da marinha) mas tinha muito mesmo.

Não sei se esses colegas passaram pelo mesmo processo seletivo que eu. Não sei te explicar isso não. Sei que teve colega militar que veio do Rio e ficou um tempo com a gente (até muito próximo de mim já que ele se aproximou muito do meu namorado meu atual marido) então como ele era de fora a gente levava para almoçar na minha casa, mas ele era muito reservado em falar. Às vezes comentava “não estou

aqui porque eu fui transferido, eu faço parte do exército então eles nos colocaram aqui, mas acho que não termino com vocês. Acho que vou voltar para terminar lá”. Mas tinha muita gente militar. Agora se eles estavam lá espionando nem me pergunte porque eu era tão alheia a essa parte que não me ligava a isso. Eu entrava ali em busca de conhecimento e nunca senti esse peso em cima de mim. Apesar de quando eu casei, quando eu fui morar no edifício que eu fui morar teve um problema desses de uma moça que era vizinha do meu apartamento que ela era médica e se passava por uma pessoa comum e a gente se falava e as vezes aniversário do meu filho a gente convidava e ela não comparecia e dava sempre uma desculpa e depois a gente viu que quando houve aquelas prisões deram uma busca e prenderam (saíram presos ela e o rapaz que morava com ela que era estudante de veterinário e ela já era formada) ela que era esposa de um médico de Alagoas que fazia parte desses negócios que chamavam de subversivos, não é? Mas era uma pessoa maravilhosa. Nunca falou nada de política com a gente e conversava coisas corriqueiras normal de dona de casa.

Estava só se escondendo. E eu sinto que nessa época (eu já tinha saído da Universidade e já tinha o meu consultório) eu senti que apareceram pessoas no meu consultório para ser atendido por mim que talvez já estivesse sondando a moça para saber se a gente tinha alguma ligação com ela. E morava um Polícia Federal em cima. Agora na faculdade realmente os militares que tinham lá a gente se dava bem e conversava, mas como eu entrava e saía para o meu trabalho...

Como eu trabalho na clínica muito de convênio, então minha clínica já fica muito diferenciada. Porque é diferente a gente trabalhar de convênio do que você manter uma clínica para aquelas pessoas que tem um padrão de vida mais alto. É diferente. Então quem trabalha com convênio a gente sabe que: aquelas pessoas procuram porque alguém já está pagando. Alguém está pagando o convênio e o convênio está mantendo aquilo. E quando a pessoa vem para pagar um tratamento, todo mundo reclama porque acha que (primeiro) dentista não devia cobrar nem a consulta. Achar um absurdo um dentista comprar uma consulta. E numa consulta o dentista vai usar de material, o tempo, e gastar muito mais do que um médico. Porque um médico ele só com uma caneta e um bloco e o estetoscópio dele (que ele vai usar a vida inteira até dar defeito) ele vai atender várias pessoas. Enquanto o dentista não. Aquele material é de uso individual. Porque ligam e já perguntam “cobra consulta? ”, aí eu

digo que vou examinar a boca da pessoa e vou fazer uma anamnese com aquela pessoa. Então eu vou ter além do meu tempo o material que eu vou usar. E o capital intelectual também. Que é muito importante. O médico não se criou ainda de saber que o dentista ele é uma pessoa capacitada a examinar e dar um diagnóstico da pessoa; então o pessoal acha que isso é só com o médico e o dentista é para tirar dor e aquele dente que está quebrado, “um tapa buraco”. Não é isso. Eu acho que a gente tem muito mais. Acho que temos conhecimento. Então (eu acho que você deve ter visto isso também) muita gente pensa que a gente não sabe nem ver um exame médico ou uma análise bioquímica. Acham que a gente não sabe nem ver aquilo. E nós tivemos aulas de farmacologia e nós estudamos isso.

Só “abrir a boca” não é só abrir a boca. Porque para isso também eu tive que investir muito em cursos de atualização (apesar de nunca ter me interessado em mestrado e doutorado) porque eu gosto dessa parte clínica, então eu procurei sempre me atualizar nessa parte direcionada ao que estão precisando mais nesse momento, o que estão usando, para aprimorar mais o tratamento o que é que está hoje se aplicando, entendeu?

Eu nunca fiz nenhuma especialização? Sempre foi na parte clínica mesmo. Primeiro o tempo era muito corrido. Quatro meninos; aí já tinha que dividir o tempo com o consultório e levar menino para o colégio, levar menino para o cursinho, menino para aulinha de arte, menino para isso e para aquilo; então o tempo realmente era muito curto. E também não existia especialização por aqui não viu? Especialização tinha que ir todo mundo para São Paulo na minha época. Não existia aqui. Depois que foi criando as especializações aqui (acho que pouco antes da minha filha começou aqui). Quem quisesse fazer tinha que ir para São Paulo. E aí eu nem tinha condições financeiras e nem poderia deixar os meus filhos.

Meu primeiro consultório foi no centro da cidade no Edifício Seguradora e que hoje está lá todo cercadinho (acho que o prédio foi vendido e está uma briga de família) e que por sinal eu tive muita sorte. O meu consultório estava localizado em um andar que tinham três professores (eles eram meus professores e tinham consultório lá) então eu me sentia muito segura porque se eu precisasse de alguma coisa estavam os professores na altura ali. Então eu fui para uma clínica segura. Porque tem pessoas que acham que se você vai abrir um consultório onde tem outros vai haver uma concorrência e você não vai ter clientes. E não, ao contrário, eu tive

muitos clientes, muitos. Até os próprios professores indicavam. Quando eles sabiam que aqueles pacientes não tinham um nível financeiro para eles, eles passavam para mim. Então isso me deu muito segurança de estar naquele ambiente e se eu precisasse de alguma coisa eles podiam me... (apesar que eu nunca precisei não) a não ser de conhecimento. Se eu queria saber mais de alguma coisa eu até procurava eles. Mas alguma “bronquinha” de laboratório eu sabia resolver.

Mas deixa eu te falar: eu comecei a trabalhar antes de me formar. Então eu tinha uma colega que ela iria entrar em licença de gestação e ela tinha um consultório perto de San Martin. Então ela veio e perguntou “Isaura tu não queres ficar no meu consultório?” Mas eu estou ainda para me formar e eu não posso ficar no teu consultório. Aí ela falou, “Mas você não vai aprender mais do que já aprendeu. Você já sabe tudo. Todas as clínicas que você tinha que passar você já passou. Você só está esperando agora o seu certificado” Aí eu disse “Olha, se não der nenhum problema” aí ela “não eu vou sempre estar ao lado”. O consultório era ao lado da casa dela. “Qualquer coisa você me chama”. Aí eu disse “então eu vou”. Porque eu não tive tempo de fazer estágio em clínica. Antigamente só existia a Restauração e o Magitot (que é lá no engenho do meio) e o horário não dava por conta do trabalho. Eu tinha aula de manhã, de tarde e de noite. Nós tínhamos aula em três expediente. A aula de manhã geralmente eram os professores que podiam dar (eram eles que faziam os horários deles) a tarde tinha a odontopediatria que a professora só dava aula a tarde. Então naquele dia eu tinha que me virar no trabalho e ver o que eu fazia (muitas vezes eu levava falta no trabalho para poder assistir esta aula) então era complicado. A noite eu ficava mais livre porque eu estudava no horário de 11h às 14h então eu saia correndo da faculdade direto para o trabalho. Eu fui mais para pegar experiência, para pegar mão. Não foi nem pensando no “dinheirinho a mais” porque o dinheiro era tão pouquinho que só dava para pagar o táxi. Porque eu ia de táxi e voltava porque eu tinha que correr muito

Até hoje eu tenho uma cliente dessa época. Teve uma que ela me acompanhou até... sério, ela não quer outro dentista. Apesar de ela ter tido a filha que fez odontologia. (a filha tentou medicina e não passou e fez fisioterapia. Tentou medicina e não passou e fez odontologia) e isso ela fez e cursou todos esses cursos. Aí no fim que ela estava terminando odontologia passou em medicina. Mas ela ainda exerceu um tempo odontologia, mas ela nunca foi para a filha sempre veio para mim desde

essa época. Então ela disse até assim “que foi minha cobaia” porque ela veio saber depois que eu não era formada naquela época e isso foi mais ou menos em setembro, outubro, novembro e dezembro eu recebi o diploma.

Porque cada pessoa se depara com uma coisa diferente numa clínica. Acho que não seja nessa parte de “seguir” aquele protocolo. Acho que não seja isso não. Porque cada caso é um caso. Então às vezes você tem que sair daquele passo que você tinha que seguir para você fazer outra coisa para você conseguir. Por exemplo, chega uma pessoa (você sabe que um dente fraturou e dá indicação de quê? De uma coroa). Ou o paciente não pode ter condições financeiras de fazer uma coroa ou então o paciente diz que não vai ter tempo, que vai viajar ou com o trabalho não dá tempo. Então você ali tem que fazer e trabalhar na sua cabeça para fazer uma construção de um dente naquele local que a indicação estava de uma coroa. Então muitas vezes a gente tem que ser criativo. Sair daquelas normas que tem que seguir. Você tem que usar aquelas “coroinhas” que são pré-fabricadas, não é? E muitas vezes você tem que usar sua criatividade porque nem ali você consegue colocar aquela “coroinha”.

Acho que tem um pouco de artesanato. Acho que o que a gente tem de arquitetura a gente tem de (como eu digo para os meus filhos) eu sou arquiteta, mas eu também sou engenheira porque eu também faço engenharia da boca. Então eu acho que a gente tem muito disso.

Olha, acho que logo nos primeiros anos de formada eu tinha minha irmã que trabalhava no INSS e no setor de convênios com empresas. Então ela falou com alguns médicos donos de algumas empresas “Olha eu tenho uma irmã que é dentista e ela está aqui em uma seguradora, se vocês estiverem precisando das empresas que tem convênios da parte de odontologia”. Então inclusive eu comecei com a Petrobras (talvez eu tenha sido a primeira dentista daqui de Recife da Petrobras) eu e outro colega. Porque a gente fazia o adicional de trabalho e o periódico deles. Então a gente ficava fazendo esses exames deles porque todo ano eles têm que fazer o exame periódico para saber se está tudo ok para eles continuarem a trabalhar. Então eu já fazia esses serviços e foi o meu primeiro contato de convenio. Porque o restante era particular que o pessoal procurava no centro. Tinha meu marido que era do banco e tinha os colegas que ele fazia propaganda “minha esposa é dentista se estiver precisando”. Logo no começo eu fazia odontopediatria e eu atendia muita criança.

A Petrobras que eu tinha. A Petrobras e a COPERBO porque como eram credenciadas acho que elas tinham alguma ligação dessa parte médica que eu fui indicada. Era Petrobras, COPERBO e a CHESF. Eles tinham uma tabela que era dada geralmente pelo conselho (o conselho sempre dava uma tabela com os valores) e eles seguiam mais ou menos aquela tabela. Pagavam direito. Esses trabalhos que eu vejo hoje com exploração dessas clínicas que estão fazendo com os profissionais (hoje em dia eu soube aqui que estava pagando por uma restauração dois reais e oitenta centavos). Eu digo: “dois reais e oitenta o dentista não vai pagar nem a passagem do ônibus que é mais cara”. E ainda sem direito a consulta. Então ele faz a consulta, mas a consulta é da clínica. Então isso nunca existiu. Mas eu trabalhei para outros, trabalhei para o BANORTE também que era um associao que eles pegavam os funcionários do BANORTE, trabalhei para os auditores da Receita Federal também, com a SEFAZ que eram os funcionários da fazenda então eram convênios muito bons e a GEAPE que devo ter uns quarenta anos de convênio com eles que começou com a PATRONAL e hoje é a GEAPE que pega todas as repartições públicas e que são todas conveniadas e atendidas pela GEAPE. Então são convênios mais públicos, de empresas públicas. Que é bem diferente do que é privado.

Então ainda vale a pena atender por convênio. Porque o que vale a pena do convênio não é você atender um paciente. É você atender um número de pacientes, porque é o volume que vai mudar. Então aquela tranquilidade é de você poder manter a qualidade do trabalho, entendeu? Acho que você não chegou a fazer clínica, mas você sabe que tudo que a gente compra não é baratinho não. Então para você manter aquele nível de trabalho, você tem que ter quem lhe pague e der para cobrir todas as despesas.

De convênio privado a senhora nunca participei. Mas o BANORTE atendia também os funcionários do Banco do Brasil através de uma tabela deles e eu atendi durante muito tempo o Banco do Brasil. Mas eu acho que eu atendia uma clínica mais selecionada. E eles chegam pra gente por um livrinho (hoje em dia é pelo computador, não é?), antigamente eles tinham um livrinho que tinha o nome de todos os dentistas, a clínica, endo, prótese, perio, bucomaxilo (no caso da exodontia), então eles tinham um livrinho que hoje eles acessam pelo celular e não precisa mais do livrinho. Aí eles escolhiam de acordo com o bairro e a localização onde eles moram. Aqui em Casa Amarela, vamos dizer, eles não colocavam aqui muitos profissionais “vamos

credenciar quatro no máximo” que era para ter todo mundo um volume de atendimento.

Eu acho que se eu trabalho bem e se naquele tratamento ele nota diferença até na maneira do exame (ontem mesmo eu vi isso aqui de uma paciente); ela chegou e disse que era diferente a maneira que a senhora está fazendo o exame do meu marido como eu fui examinada em uma clínica do convênio do meu trabalho que eu entrei e a dentista olhou só aquele dente e disse “só tem isso para fazer” e estou olhando que a senhora está dente por dente. Então tudo é a maneira que você atender, trabalhar e mostrar um serviço honesto. Eu acho que isso é importante. Não é porque o mais paciente particular está me pagando um pouquinho mais do que aquele convênio de empresa que eu vou usar uma resina diferenciada, não. Você pode olhar minhas resinas que estão todas do mesmo jeito que eu uso em um eu uso no outro. Então eu acho que isso faz a diferença em um profissional. É bom você usar o material de qualidade. Porque a empresa está levando o seu nome. Então é muito bom um cliente que volta depois de cinco ou seis anos e você ver que a sua restauração que você fez (lógico que vai estar estragadinha porque ele mastigou ou não fez uma higienização perfeita), mas o material está ali. Então isso é uma coisa muito importante. Que você use uma coisa de qualidade. Ontem eu estava com um paciente que ele tinha sete anos que tinha estado aqui. Ele estava afastado do convênio e voltou para o convênio e também não tinha ido para nenhum outro profissional.

Naquela época, o centro era muito dentista. Naquela época todos os dentistas eram localizados no centro. Era Edifício Seguradora, era o Edifício da Praça da Independência, era Palmares; não tinha dentista de bairro. A maioria todos eram no centro.

Com o tempo, falta de estacionamento, as pessoas começaram então a se queixar, e que a cidade vai crescendo e começam a proibir estacionamento, não é permitido ali... muitas pessoas iam de ônibus, mas os que iam de carro começavam a reclamar porque não tinham onde colocar e isso foi afastando. Então os que estavam mesmo no centro só eram convênio porque vinham das fábricas aquele pessoal, então..., mas cliente mesmo particular eles já não queriam mais. Queriam mais conforto. Coisa que na cidade a gente não tinha mais como oferecer. As salas já eram alugadas e a gente não podia está modificando aquilo, entendeu?

Tem relação também com o poder aquisitivo. Os ricos ou moravam no centro ou próximo, que era o Derby ou Espinheiro que é bem próximo do centro. Então os bairros mais chiques daqui eram Espinheiro, Derby. Depois passou a ser Casa Forte e Boa Viagem. Mas na época o bairro da elite era o bairro do Espinheiro então era muito próximo do centro. E no meu edifício tinha um dentista, o Doutor Luiz Carneiro, ele atendia toda essa elite: governador, prefeito, Miguel Arraes e muitas vezes na hora que eu ia subindo ele também iria subindo que tinha que todo mundo parar para o governador poder entrar (ele nem queria isso de ter o elevador só para ele) mas a comitiva todinha entrava então a gente já se resguardava mesmo porque a gente já sabia de todo o protocolo que tem. Mas ele era do meu prédio. O governador, o prefeito e esse pessoal da política mais “elevada” eram todos atendidos lá nessa clínica que era no sexto andar. Era uma clínica do Luiz Carneiro.

Eu passei trinta anos no centro. Desses trinta anos, dez anos eu montei no bairro e fiquei então cativando as pessoas e trazendo para o bairro. Depois que completou dez anos que eu já estava no bairro (que era num centro médico odontológico) Então eu disse “agora eu vou fechar o da cidade porque não tem mais condições de ficar para lá e para cá”. Ai nessa época a minha filha também já estava terminando e então eu já dividia, e deixava ela porque o marido já não tinha mais tempo de ir para o consultório. Ai depois eu vi que não dava e que eu tinha que ficar em um lugar só mesmo e não dava para ficar nesse deslocamento.

Quando eu terminei a faculdade a gente trabalhava com motor de baixa rotação. Então de baixa rotação a gente não tinha a turbina e tudo era e baixa rotação (eu não sei se você chegou a ver um consultório antigo como era). Ele não tinha nada automático. Tudo era no pedal. O encosto manual, a cadeira. Meu primeiro consultório foi desse jeito. E a restauração era feita através de baixa rotação que é aquele material que esquenta, que não tinha água e não existia a seringa de ar. A gente pegava a seringa (e eu até chamava de a buzina do chacrinha) ela tinha uma bundinha, assim, e servia para secar o dente. Então assim que nós terminamos teve um sorteio dentro da faculdade que meu marido foi presenteado com uma turbina e ela não vinha acoplada ao equipo. Ela era uma caixinha separada porque os equipos não eram fabricados. Mas eu acho que logo após (acho que depois de dois ou três anos) aí meu marido comprou um consultório supermoderno que até dizia assim “vem com duas canetas e uma delas é silenciosa” que até hoje eu não ouvi. Então eu tinha duas

canetas e essa ele pagou mais caro para poder ter essa caneta que não gritasse, esse gritinho da caneta é muito irritante. O paciente muitas vezes ele tem medo não é de sentir é só de ouvir esse barulhinho. Então a caneta não fazia esse barulho. Não fazia tanto quanto a outra. Mas fazia o barulho. Foi uma venda...

A de baixa só fazia aquele barulhinho para fazer a limpeza dos dentes. O barulho dela é diferente do barulho da caneta. Ela grita. Apesar que hoje ela está bem mais silenciosa. O paciente não nota não. Mas a gente que trabalha há muito tempo a gente sabe que não é mais aquele grito que era antes. Então houve essa evolução toda e houve também dos materiais porque a gente não tinha resinas de foto. A gente tinha resinas auto polimerizada que era com sais, adapitic e antes desses, na época da faculdade, não tinha isso com sais e adapitic para restaurações de estética. Agente usava porcelana com o pó e o líquido. Eu não sei se apresentaram isso para vocês durante o curso.

Os materiais eram pó e líquido que se misturavam. E tinha dos anteriores e os posteriores. Os posteriores geralmente eram chamados de astralite/petralite que era um material que já vinha também que era pó e líquido que misturava e fazia a homogeneização e colocava assim como também o amálgama que a gente não tinha o amálgama elétrico e hoje só é de cápsula não é mais nem o mercúrio separado da libália hoje já vem tudo na cápsula. Então a gente tinha que misturar e fazer a homogeneização e tirar o excesso. E que na minha época, quando eu comecei, não era obrigatório o uso da luva e eu conheci muitos dentistas que não usavam e que faziam a homogeneização na mão; colocava o mercúrio (e você sabe que o mercúrio ele é corrosivo) e fazia a homogeneização na mão e muitos tinham problemas de câncer de pele. Houve muito isso em dentistas. Deixavam cair também o mercúrio na sala do consultório e ninguém estava preocupado com isso. Hoje existe um material que a gente tem (é uma bombona para recolher todo esse material que possa vir prejudicar a rede de esgoto e ter contaminação através da água).

Laser eu ainda fiz um curso (quando acabou essa história de broca e de caneta gritando) que falavam que o laser iria preparar a cavidade e fazer restauração. Mas para mim foi uma decepção quando eu cheguei no curso, não era nada daquilo. Ele para ser aplicado no ponto tinha que ter muito cuidado porque o professor na aula ficava dizendo que se aquele ponto caísse em outro lugar ele iria destruir os tecidos. Então eu não me interessei a trabalhar com laser. Fiz para tomar conhecimento e para

saber como era; e exigiam também que a sala tinha que ter uma refrigeração muito alta para manter aquele equipamento e eu não me interessei pelo trabalho não. Eles até falaram assim “procurem trabalhar com outro colega para que vocês dividam o consultório e o local que iria colocar esse aparelho” porque além de ser muito caro tinha que ter essa manutenção. Hoje eu acredito que devem ter bem mais desse aparelho, mas até hoje eu não me interessei em trabalhar com eles não. Minha filha trabalhou muito com laser na Universidade e eu ainda assisti umas aulas onde eles tiravam dores musculares (se aparecesse algum paciente com esse problema eu mandava procurar a Universidade Federal que tem um centro e que fornecia isso). Mas laser não. Se bem que hoje tem muitas coisas mais modernas. Se você vai para o campo da anamnese existe aquela canetinha que vai marcando tudo, mas eu realmente nunca trabalhei com isso. Até fazer uma moldagem eu uso a moldagem ainda com a moldeira para fazer. Mas hoje você vai no computador com a canetinha você coloca ali na boca e já vai saindo tudo direto no laboratório. Tudo já está ligado com o laboratório e você já manda a boca do paciente para lá e já é preparada a prótese daquele jeito. Eu procuro buscar conhecimento e me atualizar, mas eu realmente não estou fazendo. Não é barato para ter esses aparelhos e o programa do convenio não dá para trabalhar com isso. O convênio não permite porque eu já trabalho com esse material. Assim você vai pagar para trabalhar.

O valor que eles pagam é o valor que dá para cobrir aquelas despesas do laboratório. Não é que você vai ter um lucro, porque você vai ter uma responsabilidade com aquele trabalho, se você for parar para pensar tem muitos colegas que não fazem por exemplo, prótese, porque eles sabem que se der um problema com aquela prótese o convênio não vai mais cobrir e quem vai ter que cobrir é você. E o valor que você vai tirar do laboratório e do material que você usou, do seu tempo e do seu conhecimento que você tem que estudar para fazer (você não vai pegar aquele trabalho simplesmente. Você tem que estudar a maneira e como fazer aquilo). Então isso tudo se você for para a ponta do lápis a gente faz mais porque aquele paciente é nosso e a gente não quer deixar que ele saia decepcionado com o profissional. “Só vou fazer se o convênio pagar” não, não aí eu acho que não existe. Se assumiu a gente tem que...

Eu acho que o CRO ajudou muita a gente a evolução do conselho nessa fiscalização, em torno de tudo. Até das pessoas que não são formadas e que ficam

praticando a odontologia de maneira ilegal. E quanto a isso, anúncios e coisas gritantes que a gente ver que não era para ser feito daquele jeito. Uma propagando (acho que até posso dizer enganosa) por que como é que você vai trabalhar com a restauração de uma resina foto e você vai dizer que está trabalhando com laser? Se você vai estar trabalhando com a luz alógena?! Você sabe muito bem que não é laser e você vai dizer que fez.

O melhor é quando a gente coloca “clareamento a laser”. Aí você está usando uma luz alógena? E está dizendo que está fazendo a laser? E você sabe muito bem que o clareamento não precisa. Não é a luz ou o laser que faz o clareamento, é o produto. Mas isso eu digo aos meus pacientes “olhe, se você quiser fazer comigo tudo bem. Você faz. Se você quiser fazer com outro que você está dizendo que é a laser, não é o laser que vai clarear seus dentes e também não é a luz alógena. O que vai clarear é o produto. É a concentração do produto que está ali. Se ele está a trinta e sete se ele está... é a concentração do produto que vai clarear”. São propagandas enganosas isso aí. Aí o conselho vai em cima. Eu peguei até a revista mais novo do conselho e estava vindo comentando com Tatiana: “Tati, tem tanta gente pagando multas por conta de coisas que estão colocando” e eu acredito que seja mais nas redes sociais. Se você abre o seu e-mail você vai ver aquele convite que está lhe chamando para fazer a sua propaganda. Você não pode confiar em um negócio daquele que você não sabe nem quem é e quer fazer a sua propaganda? Não é? Aí depois ele vai jogar uma coisa ali que a ética não permite. Não sei se você teve a oportunidade de ver no seu e-mail e muitas vezes aparecem “conte o seu trabalho, mostre o seu perfil”.

A Associação Brasileira de Odontologia. No comecinho eu já fiz muita parte da ABO. Era muito bom porque a gente era encaminhada de cursos e estava participando de cursos de especialização. Como conselho também, que dava muitos cursos. Principalmente por ser ligada com os convênios e fazendo uma defesa muito boa com relação aos convênios. Quando está explorando muito os dentistas a gente vai lá e faz essa defesa. Mas a ABO principalmente hoje ela abriu muito as portas para fazer esse tipo de atualização dos profissionais mantendo os cursos que antigamente não tinha (só tinha em São Paulo, mas aqui não). Porque quando a gente saí precisamos ainda de muitas coisas e de muitos conhecimentos que ali (universidade) a gente não consegue nos quatro, cinco ou até mesmo seis anos (que eu acho que deveria ser

seis anos) deveria ter aquele ano como um médico tem só daquela vivência odontológica na prática e isso eles vão pegar hoje na ABO com os profissionais formados.

Porque quando a gente sai a gente vai à luta, mas se sente inseguro. Não é isso? Talvez a minha filha não tenho sentido o que eu sentir por ela já ter um apoio. Uma mãe e um pai. Então talvez ela não tenha sentido isso. Mas quem não tem? E quem não tem nenhum consultório?

Logo no começo nós trabalhamos desse jeito, alugando os espaços. Aliás, Não alugávamos não, a gente cedia. Meu marido era muito paizão. Nós tínhamos colegas que não tinham condições de ter consultório, e nos horários que eu não estava lá e estava e tinha que trabalhar (depois de formada eu ainda ensinei uns seis anos) depois de dez anos de ensino eu me afastei e pedi realmente para sair. Mas naquela hora que eu não estava no consultório meu marido cedia, não alugava não. Aí foi que um pai de um professor chamou atenção e disse: “você não podem estar fazendo isso. Você pagam todas as despesas, água, luz, aluguel do consultório, o material de vocês que eles estão usando, então vocês têm que pegar esse pessoal e fazer eles participarem das despesas.” Então a gente tinha uma despesa grande no consultório e que o pessoal usava e nem oferecia vinte reais, cinquenta reais. Então são essas coisas que... tinha um parente que era cunhado do meu esposo que quando eu fui falar de aluguel ele nem gostou e teve um que saiu e deixou. Eu não sei nem onde esse rapaz anda, ele perdeu o contato totalmente. Meu marido chegou e disse: “olhe, você tem que contribuir porque é Isis que está assumindo todas as despesas aqui do consultório”. Ele não gostou, saiu e deixou até de falar com a gente. Aí depois veio esse concunhado eu cheguei e disse: “olha, vamos ter que dividir as despesas e ver realmente o que você tem de gastos aqui”. Aí eu comecei e fiz a lista todinha. Aí ele fez “não, eu só pago a metade do aluguel da sala”. Eu disse: “mas você usa telefone, você usa o meu material, não é o seu instrumental é o meu instrumental e quando der algum problema em alguma coisa eu vou precisar pagar o técnico para vir consertar. Então tudo isso tem que ser dividido.” Aí ele disse: “telefone eu não uso.” “Usa, quando o seu cliente liga para marcar você está usando. Usar não é você ligar. Você receber já está usando”. Aí chegar um tempo que você precisar colocar um cadeado no telefone? Aí eu terminei dizendo que quando ele saísse eu não queria mais ninguém. Até para professor o meu marido cedeu o consultório. Tinha professor

que não tinha consultório e precisava e vivia de consultório em consultório. Teve um que ainda passou um tempo lá, mas era contra a minha vontade, e eu não achava certo.

Na minha geração, muita gente trabalhando assim. Poucos foram os que montaram seus próprios consultórios. Uns foram ser sanitaristas, outros foram ser odontolegal, outros trabalhavam em banco. Eu acho que eu só tenho três colegas que continuam trabalhando.

Com o passar do tempo eu fiz um movimento contrário que a maioria dos dentistas fizeram, sai do centro e vim para o bairro (mas a maioria dos outros dentistas saíram do centro e foram para um bairro muito mais rico como Boa Viagem, Casa Forte, etc.). Era próximo da minha casa. Eu estou a dois quarteirões da minha casa. A sala (a gente tinha condições de comprar) então a sala é minha. Deixei de pagar o aluguel e passei a ser a proprietária da sala, então isso tudo foi o que estava dentro do padrão da gente.

O perfil dos meus pacientes é mais da classe média. Apesar de que tem alguns da classe mais alta. Tem uns professores da Universidade, gente que mora em bairro chique, mas a maioria é a classe média, a classe assalariada. Eu acho muito bom. Porque a gente atender a outras classes a gente mostra que a odontologia não é feita só para uma classe. Ela é feita para todos. Eu acho que isso importante na vida de um profissional. Não ele ver só a vida daquele paciente que tem condições. A gente tem que ver que todo mundo precisa. Porque a saúde começa pela boca.

A ortodontia na minha época era coisa para gente que podia. Tanto que a gente teve uma noção do que era ortodontia. A gente não teve aquela aula que talvez vocês hoje tenham que mostra uma boca, colocar um aparelho, mesmo que seja o mais simples. Nós não tínhamos isso. A gente só tinha uma noção. A ortodontia na época era só para quem podia. O que existia era Ulicéia que mantinha uma clínica muito grande no Espinheiro, aí tinha esse Martins também; tinham pouca gente. Acho que uns quatro nomes aqui em Recife. E só quem tinha poder aquisitivo para fazer o tratamento ortodôntico. Os dentistas nem falavam. Poderiam ver todos tronchos e deixavam.

Mas sempre foi de forma muito autônoma o meu trabalho. Muito. E hoje deveria ser uma integração de dentista, fisioterapeuta, uma fonoaudióloga; deviam haver um

conjunto para se conseguir um bom resultado; nunca trabalhar sozinho. Eu não digo nem a parte médica (a não ser que houvesse indicação nessa parte neurológica, dessas dores e essas coisas que as pessoas têm), mas eu acho que com a fisioterapeuta e uma fonoaudióloga poderia haver uma integração. Principalmente o Orto que tanto ele meche com a parte óssea quanto à parte muscular.

Não é muito recente não, que estamos no público. Na minha época já tinha uma disposição de já existir dentista aqui. Poucos, mas tinha. Já tinha a prefeitura, acho que o INSS, federal, já tinha dentista. Agora muito pouco e fechado para se conseguir. E que continua mesmo com PSF e essas coisas ainda existe uma exploração muito grande em cima do dentista, viu? Como é que um médico vai trabalhar a mesma quantidade que um dentista e o médico recebem dez mil e o dentista recebe dois? Dois e pouco e não chega nem a ser três mil reais. Por que isso? Eu acho que existe uma diferença muito grande de valorizar o trabalho do profissional dentista. O médico faz as consultas e vai embora e ele fica alí até terminar o expediente atendendo. Não sei se você já teve conhecimento desses PSF que é desse jeito. Eu digo por que a minha filha trabalhou em Paudalho e era desse jeito.

Como existe a diferença do PSF família que ele tem que se enquadrar. Ele visita o paciente, muitas vezes ele tem que ir à casa do doente entendeu? Já há uma mudança do que aquele do posto. O do posto ele muitas vezes nem olha para o paciente. Sentou e muitas vezes estão com a receita pronta. Nós nos aproximamos mais do paciente. Enxergam até o que você está precisando, que dor você está sentindo. O médico não sabe nem o motivo de você está pedindo um exame ou passando um remédio sem nem lhe examinar. Eles não tocam em você e nem sabe onde é que está doendo.

Os dentistas são minoria. Se fosse um número grande que desse para atender muita gente. Acho que não tem a valorização do profissional a partir dos órgãos que estão lá em cima. Eles deveriam valorizar mais e colocar mais gente e aí teria mais condições. Pagar bem e dar um bom trabalho a população. Se a população tiver uma boa saúde bucal ela não vai precisar tanto de um médico.

Eu fui sindicalizada até pouco tempo e não passei muito tempo não. Porque eu achava que não estavam trabalhando em nossa defesa. Se as pessoas se reunissem como o CREMEPE (você ver que qualquer coisa que tem o CREMEPE está em cima)

hoje talvez o conselho esteja diferente e olhe mais isso. A vigilância sanitária começou no período da minha licença. Eu fui ao conselho e procurar saber o porquê e eles me ajudaram nessa parte. O que aconteceu foi que o meu compressor estava localizado onde eles não queriam e achavam que eu não poderia ficar ali. Não estava havendo contaminação, não estava havendo algum problema. Não tinha e não existia nada disso.

Eu gosto tanto de consultório que eu nunca me interessei. Só me interessava se fosse Serviço Público Federal, mas da época que eu me formei até poucos anos foram poucos os concursos. Eu estava falando disso há poucos dias. Eu me lembro de um que a quantidade era tanta que era impossível passar. Acho que daquele concurso talvez uns cinco tenham sido aprovados e ficaram localizados. Acho que pouquíssima gente. E depois era mais através de política e conhecimento político. Então havia concurso interno que você já tinha que estar na área para fazer o concurso. Ai depois foi que veio essas prefeituras, mas eu nunca me interessei. Porque você trabalhava seis dias na semana para receber esse salário, e você ter condições de ter o seu consultório é melhor você ter o seu consultório. Serviço Público o pessoal visa mais por ter uma garantia de aposentadoria, não é? Mas aí o que você tem que fazer hoje é parar seu INSS e pagar uma privada.

A nossa aposentadoria especial é de vinte e cinco anos por causa da profissão. Mas ainda continua os vinte e cinco anos. É. Continua ainda. Mas você tem que ter a idade.

Eu acho que o interesse é mais pela estética. A procura mais pela profilaxia, pela limpeza; em algum momento eu pergunto: “qual é a queixa?” E aí falam que não tem nenhuma queixa e veio ali para fazer uma limpeza ou uma raspagem na gengiva. E eu acho que a estética, hoje, por conta da mídia chama muito mais a atenção. De verem os dentes dos artistas todos certinhos e branquinho, então isso chama muito a atenção. Além das propagandas que tem. Muitos cremes dentais também chamam a atenção. E talvez pela vaidade das pessoas. Elas procuram mais por isso.

Antigamente os seus pacientes tinham menos dentes na boca do que hoje em dia? Porque existia aquele perfil do profissional que o paciente chegava dizendo que tinha dor de dente e queria tirar o dente. Então eles não tinham aquilo de chegar e convencer da importância do dente. Então eu atendia muitas pessoas desdentadas

por conta disso. Nunca tiveram um conselho da valorização do que era o dente. Mas hoje a gente ver as pessoas muito mais preocupadas em concertar ou em fazer um implante por conta do prejuízo que era a fixa. A fixa você sabe que ela tem que ter os pilares (onde as vezes a pessoa vai perder ou prejudicar dois ou três elementos) e implante não. Não precisa disso.

Tudo aquilo que eu não faço e que não está dentro do meu perfil, eu envio tranquila para outro colega que faz. Nunca tive aquele negócio de prender o paciente com medo que ele não voltasse para mim. Se ele não volta é porque ele não é fiel a mim. Eu fiz ortodontia na época de faculdade. Então a minha comunicação é muito boa com os colegas. Com ortodontista, bucomaxilo que eu envio para fazer cirurgia; só aquele que fica “eu quero tirar com a senhora”, mas eu aconselho e mostro que “aquele” é especial e que vai fazer muito melhor. Nunca tive medo de mandar meus pacientes para outro colega. Sempre tive um bom contato com todos eles e mando tranquila.

Eu acho que vai ser uma odontologia muito melhor daqui pra frente. Uma odontologia muito mais especializada e mais consciente (até nas pessoas também) principalmente com essa era do implante. O implante é maravilhoso. Porque a autoestima é muito importante e vem com o sorriso. Quantas pessoas que não sorrir não gostam de seus dentes? Ou por conta de uma prótese mal adaptada? Então eu acho que a odontologia no futuro com todas as especialidades vai ser muito diferente.

Eu não quero que fale sobre isso não. Porque eu sou totalmente contra. Essa parte fica para os dermatologistas que tem especialização nisso. Eu acho que a Odontologia não deveria entrar nessa parte não. Já foi suspensa. Já teve essa briga toda. Mas os colegas me desculpem. Acho que isso não pertence a odontologia. Existem muitas coisas na boca para fazer sem precisar fazer preenchimento de lábio ou harmonização da face. Harmonização você faz nos dentes. Com um sorriso bonito você já harmonizou. A pessoa puxa a mandíbula, o queixo volta, tem muitas coisas para fazer dentro da Odontologia que dá harmonização da face. Minha filha fez, ficou linda. Não foi só o tratamento ortodôntico, ela precisou harmonizar. Sem precisar fazer preenchimento nenhum. Foi um bucomaxilo que fez junto com um ortodontista. A não ser que entre no currículo da Odontologia. Aí tudo bem. Não como pós. Mas que entrasse dentro do currículo, entendeu? Aumenta o tempo e dá dentro daquela carga

de horário, que a pessoa estude aquilo e se aprofunde naquilo. Não é uma coisa superficial. Eu não sou a favor não.

Pode se consolidar desde que ela entre no currículo dentro da faculdade. Que você estude isso. Não como uma pós, entendeu? Você tem que ter muito conhecimento disso para poder fazer. Lógico que se ele vai fazer (o dermatologista) dessa parte estética, ele tem que tem o curso de especialização disso. Que ele entre no curso. Não é um curso dado de horas. É um curso dentro do hospital e com uma carga horária maior, aí tudo bem. Desde que seja uma coisa desse jeito. Não é montar um curso e dar quarenta, cinquenta horas, e a pessoa já sair por aí fora aplicando botox em tudo quanto é lugar. Eu até fico espantada porque eu tenho colegas que são excelentes fazendo isso, mas tudo bem.

Espero que seja sempre uma Odontologia consciente e que os profissionais venham sempre mais preparados e que a gente tenha uma população de bocas mais saudáveis que é muito importante. A saúde bucal. É deslocar esse pessoal da capital para as cidadezinhas que precisam, para elas poderem ter mais acesso e dando mais condição profissional mesmo. Que não adiante você jogar o profissional lá para aqueles interiores brabos se ele não vai ter condições de trabalhar e se ele não vai ter o material para fazer. Ver só ele falando “você tem que escovar a boca cinco vezes durante o dia” se não tiver pasta de dente e escova? Como é que ele vai fazer? Como é que você vai dar uma aula de higienização bucal se é uma escova para a família? Não tem nem pasta e não tem dinheiro para comprar. Se for para a saúde bucal você vai lidar com isso.

Dr. José

Bem, meu nome é José Broni de Carvalho, eu tenho setenta e sete anos de idade, sou natural de Santa Cruz do Rio, estado de São Paulo. Fui um ex-jogador de futebol profissional que se vinculou ao Recife e desempenhou dentro da formação dele mesmo como jogador e como profissional de Odontologia vários cargos na direção, tanto na parte de clube como na parte de Odontologia propriamente dita, representada pelo OAB de Pernambuco. Me formei em 1970, dezembro de 1970. Meu

pai era gráfico e minha mãe era professora no estado de São Paulo, lá em Santa Cruz do Rio.

Eu abracei a carreira de futebol, jogador de futebol. E sem nunca ter deixado de cuidar da minha parte de cultura, de formação para pós-futebol. Sempre joguei no Palmeiras, depois vim para cá, joguei no Náutico e, paralelamente, eu fiz o vestibular para Odontologia, passei, me formei e hoje clínico desde mil novecentos e setenta e um, aqui no meu consultório particular, tendo desempenhado a função de cirurgião dentistas, tendo concursado no concurso nacional. E hoje estou aposentado por força do tempo de trabalho. E eu exerci tanto fora como dentro do. Hoje estou aposentado dessa atividade, embora eu ainda continue aqui no consultório particular.

Eu trabalhei no serviço público, de 1973 mais ou menos, até eu acho que 1994, por aí. Mais ou menos isso. Eu trabalhava na área de odontologia. Atendimento em postos de saúde. Naquele tempo, era uma rede que, com certeza, atendia bem a população. Atendia muito bem a população. O SUS era uma instituição que prestava bons serviços para o povo brasileiro. E aí em paralelo eu tinha meu consultório, desde sempre, eu nunca descuidei. O SUS me ocupava um determinado período, uma faixa de quatro horas, cinco horas, seis horas, e o resto do dia eu complementava a minha renda com o consultório particular. De manhã era o serviço público. E à tarde, eu ficava [aqui], vinha para o consultório. E desde sempre meu consultório foi aqui no centro, desde 1971 estou aqui, nesse mesmo endereço. Já me apareceu oportunidade para mudar o consultório, mas eu achei que aqui era uma propriedade minha e eu administrava do jeito que queria. E tinha gente saindo aqui do centro para ir para um bairro, a gente teria que fazer parte de uma clínica com vários profissionais. E eu não achei conveniente a gente fazer esse tipo de mudança.

Eu acho que não tem perfil de atendimento dos dentistas que atendiam no centro, que ficavam aqui no centro. Eu acho que Odontologia é uma só. Na verdade, você tem que fazer aquilo que tem que ser feito. Na verdade, não há necessidade, não tem mudança de comportamento profissional em face da população que você atende. A Odontologia é uma só, você tem que atender, receber, atender, instruir, orientar um paciente, fazer o seu trabalho, não é verdade? Sempre preservando o órgão dental até quando... se pode preservar, que não há nenhum problema. E eu acho que a mudança... não tem mudança. Existe, é lógico, você trabalha em como se

fosse um conglomerado, cujo rendimento deles, o caixa deles seja muito baixo, você tem que, vamos dizer, se acomodar dentro daquilo que lhe é oferecido. O perfil de atendimento que morava no centro e que vinha no meu consultório é o mesmo até hoje, não tem mudança, não. Não tenho reparado muita mudança, não. Entendeu? Existe uns que às vezes a gente fez trabalho aqui na idade até jovem e que, por força de localização de consultório, outros consultórios, talvez, até perto da residência, passaram a frequentar outros profissionais que dão segmento ao cuidado da boca daquele pessoal.

Quanto ao meu ingresso na faculdade, ele foi a partir do vestibular. Tinha prova, que a gente fez a prova e nós obtivemos nota suficiente para ingressar no primeiro ano de faculdade de Odontologia de Pernambuco. Foi na UPE. Eu tinha um currículo de clínicas na faculdade, porque a faculdade que a gente cursou era bem aqui no centro da cidade, aqui na Rua do Hospício. E ali era mais ou menos... funcionava uma clínica especial que atendia casos de urgência, o pessoal que tinha algum problema dentário na ocasião. Eles eram atendidos lá, através de uma clínica especial que tinha lá. Que era vinculada a faculdade, porque ela, a FOP, era da Fundação do Ensino Superior de Pernambuco, entendeu? Fundação do Ensino Superior de Pernambuco. O prédio da faculdade ficava na Rua do Hospício, esquina com a Rua Visconde de Suassuna. Era um prédio central que todo mundo que precisasse ser atendido ali era de fácil... tinha um fácil acesso. Quantidade de ônibus que geralmente serviam ao centro da cidade. E lá era relativamente perto do centro. Eu já não tenho noção de quando saiu do centro e foi pra lá, eu já tinha me formado. Eu me formei em setenta e a Faculdade de Odontologia eu não me lembro quando foi para lá. Eu estudei de sessenta e sete a setenta. Eram quatro anos. Sessenta e sete, sessenta e oito, sessenta e nove e setenta. Quatro. Hoje são cinco.

Na época que me formei, a faculdade era dirigida pelo diretor, pelo responsável, professor Edrizio Barbosa Pinto. Ele foi o diretor desde sempre, até ele ser afastado por problemas dele mesmo. Além do currículo, esse currículo institucional da faculdade, o campo de prática era nessa clínica. Eu não fazia estágios em paralelo em outros lugares, eu, particularmente, exercia a minha profissão de jogador profissional de futebol. Eu não dispunha de tempo muito elástico, assim, para mim poder, vamos dizer, ter outra atividade que não fossem aquelas duas que eu... até porque, às vezes, eu ficava até devendo algumas... fazia algumas em função dos

meus compromissos profissionais e o compromisso da faculdade da qual eu era aluno. E, como eu, tinham vários colegas meus de turma que trabalhavam em banco, em comércio. Todos se sacrificavam porque as aulas... tinha aula à noite, tinha aula de tarde e de manhã. E eles se encaixavam dentro do curso, às vezes não concluía em quatro anos, concluía em mais um ano.

Quanto a compra de material odontológico no meu tempo, já comprávamos o material. Mas a parte de instrumental, a gente era obrigado a ter cada um o seu. Não existia como hoje existem os diretórios acadêmicos, parece que fazem um kitzinho e cede para cada aluno que não tem condições de comprar aquele instrumental, para que no final do curso ele devolva para servir para outras pessoas. É uma coisa muito bonita, isso, porque você está ajudando, às vezes, até quem não pode. Na minha turma não tomei ninguém que precisou desistir por esse motivo, na minha turma não. Mas tinha gente muito sacrificada na minha turma que trabalhava de tarde de estufador, na Aeronáutica ou era Sargento de Aeronáutica. Então, as atividades, assim, eram... gente até da Polícia, de investigação, essas coisas. Todos querendo uma oportunidade. E acho que a compra de materiais não foi fator determinante para que eu abrisse o consultório particular.

Em termos de instrumentais você saía com ele quase pronto. Hoje os diretórios acadêmicos, eles fazem o kit, depois devolve. No fim do curso, você devolve. Então acho que isso aí não era uma coisa, porque deixa todo mundo em estado de igualdade, não é? Do ponto de vista didático, de aprender a manusear as coisas. Então, [isso é muito bom].

Assim que eu me formei, eu ainda fiquei uns seis meses na clínica especial, porque eu tive... vamos dizer, tive um bom senso de ver que, para mim exercer a clínica, o que eu estava devendo em termos práticos. Aí eu fiquei... dentro da faculdade mesmo existia uma clínica especial que atendia todos os casos de urgência do centrão. O pessoal que estava com dor de dente? Vai lá ali para a FOP, vai para não sei para onde. Então, eu fiquei ainda uns seis meses lá, uns seis meses a um ano lá dando expediente lá para deixar a parte prática melhor do que eu tinha feito durante o curso. Isso me serviu muito, foi muito bom, entendeu? Eu soube fazer uma análise do que eu representava, do que aquele curso de Odontologia representava para a minha vida profissional. Eu fui pesar o que estava ruim, diferenciar o que estava

faltando para mim em determinados campos e melhorar aquele campo sem desprezar o restante. E depois que eu passei esses seis meses, em paralelo, fui montando esse consultório aqui. Tenho esse consultório aqui desde mil novecentos e setenta e um.

Já em relação aos primeiros clientes, eu fui adquirindo através do conhecimento que eu tinha, família, essas coisas. Aos poucos, a gente foi... vamos dizer, adquirindo um certo conhecimento dentro da prática da Odontologia. E por aí foi fácil, uma pessoa puxa a outra, puxa família, irmão puxa pai, puxa mãe. E, nessa brincadeira, eu consegui formar os meus filhos, estão todos eles aí até hoje. De dentista eu só tive um filho. Ele faleceu. Ele teve um câncer de intestino, aí faleceu. Ele fez ortodontia, fez lá em Bauru com o professor importante. Depois ele veio para cá, fez Mestrado na UFPE e era professor de Caruaru, da Faculdade de Caruaru. E aí teve esse problema, faleceu. Bem jovem, 2001, muito jovem.

Eu trabalhei para dois planos de saúde. Dois planos não, duas entidades. Eu trabalhei para um plano de saúde dos funcionários do BANDEP. E trabalhei para Banco do Brasil. O primeiro, ele era responsável... os clientes que vinham de lá eram ótimos. Ele preparava profissionais para, vamos dizer, mais ou menos assim, curto prazo. Curso intensivo para você ser professor de matemática. Você fazia aquele curso e voltava para região, geralmente uma região mais distante. Amazonas. Então, era o polo desses que foi parar esse pessoal para exercer... quer dizer, rapidamente eles terem conhecimento para poderem ensinar, passar para alguém. Entendeu? Então, foi uma coisa muito valiosa. Eu achava muito bom esse projeto. Fazer um trabalho bem feito.

Eu não cheguei a fazer nenhuma especialidade, eu só fiz aperfeiçoamento. Eu só fiz a área de saúde, porque curso de aperfeiçoamento em prótese, em oclusão, tudo o que a minha clínica... eu nunca quis fazer uma especialidade só. Até porque se a gente tivesse que fazer, no tempo que eu tinha, assim, um espaço maior para poder, não tinha aqui cursos de especialização. Você tinha que se deslocar para São Paulo, para o Rio, para Belo Horizonte. Você não tinha aqui. A partir de um determinado ponto foi que começaram as especializações, começaram a migrar para vários estados. Aí com as faculdades fazendo, vamos dizer... os cursos delas tendo aprovação junto ao Conselho Federal, do Ministério da Saúde.

A área que eu não tinha conhecimento, eu nunca me alvorei a fazer, sempre encaminhei para outro, para ortodontia, entendeu? Eu sempre trabalhei como clínico, como clínico geral. Eu faço um pouco de Ortontia, um pouco de Prótese, um pouco de Dentística, um pouco de tudo, entendeu? Então, eu faço o dia a dia. O que foge ao que eu acho que eu não tenho capacidade, eu procuro a passar para colegas meus que desempenham essa função muito melhor do que eu desempenharia. Essa relação de encaminhar flui bem, não tem problema nenhum. Quanto aos instrumentos de trabalho que eu tenho utilizado, eu vejo uma evolução nesses instrumentos, de setenta até agora, mudou mesmo, tem muita coisa boa. Hoje em dia você já tem a máquina de profilaxia que ajuda você na parte de prevenção de doenças periodontais. Tem o outro segmento que é o campo luminoso que está melhor, a luz é fria. Te dá um campo de trabalho muito bom para você. O problema de ergonomia também. A gente está trabalhando mais, os equipos já estão facilitando mais a situação profissional, sem estar precisando trabalhar [em pé], entendeu? Então, melhorou muito. Os Raio-X também melhoraram. Os métodos de esterilização, não é? Antigamente não atendia totalmente os conceitos de esterilização. Depois vem a estufa que era seco, calor seco. O embulidor é o calor úmido. A estufa era o calor seco. E depois veio a autoclave que é um fechamento de tudo. Também tem todo o instrumental auto clavado, direitinho, sem problema nenhum, evitando, assim, um contágio, contaminação com o restante. Então, eu acho que melhoraram muito os materiais. Os materiais... você está falando de equipamento. Hoje tem, até na parte de informática, você... desde o início, se você puder, tiver condições de ter uma relação de cliente com todos os dados, com dados médicos, com dados pessoais. Tudo isso você tem no seu computador, no seu fichário, entendeu? E a hora que você quiser, você consulta. E tem toda a [vida] do cliente sem problema nenhum. Mas esse é o ponto de vista burocrático. Administrativo.

E a parte de material. Os materiais... eu sou do tempo do amálgama, agora tudo é mais estético. Depois veio a resina. E assim... e agora vem uma novidade maior que realmente é uma coisa que veio para ficar, foi o implante, que eu não faço, mas indico, quando é necessário. Sobre trabalhar em pé e depois sentado, eu não me lembro quando isso aconteceu. Eu sei que na faculdade a gente tinha tudo, mas a gente não tinha, assim, talvez... eu não estou lembrado. Eu trabalhava de pé, na faculdade, até por conta... os equipos não tinham um desenho ergonômico, não, não

era um desenho que facilitava o profissional. É difícil de a gente... eu não tenho assim na memória, mas eu lembro que a gente trabalhava muito em pé. Hoje não, hoje a gente trabalha sentado, trabalha em um certo conforto. Mudou muito tanto a parte de instrumentais, de equipamentos instrumentais e de materiais. No início eu não tive Raio-X. Eu gostava muito, fiz até vários cursos de aperfeiçoamento. Mas só a partir do momento que eu comprei o Raio-X que eu pude começar a fazer, porque ninguém pode fazer durante [às cegas]. Você tem que saber direitinho onde você está atuando. Eu faço mais cirurgia. Faço alguma cirurgia periodontal, quando há necessidade, de [um aumento] de coroa clínica, de alguma coisa assim. Mas a cirurgia... a parte de gengiva, posso fazer uma gengiva, alguma coisa de um segmento só. Mas eu não faço, não. Não faço incluso, não faço semi-incluso. Só erupcionados ... mas quando aparece. É muito difícil, hoje em dia a população está muito... tem cuidado muito dos dentes. E sorte que o pessoal que eu atendo aqui tem sempre vindo para cá com um índice de placa e cárie muito pequena. Quando muito, é endodontia que você tem que fazer. E, assim mesmo, a endodontia está se escasseando. Até há quem indica que vai ser uma especialidade que vai se extinguir, porque os cuidados com os dentes... você mesmo, acho que você tem uma denteção muito boa. Antes você tinha muita coisa, muito trabalho provisório. Até mesmo eu achava que não tinha, não existia muito cuidado do dentista em relação ao paciente, entendeu? Eu peguei muitos casos aqui de coisas assim. Não absurda, um pouco mais de atenção podia não ter levado o dente a uma endodontia, alguma coisa assim. Podia ter se resolvido antes. Mas aí nós temos... o problema todo é formação de pai, de mãe, o local que mora, os cuidados, a condição de procurar ou não procurar um profissional adequado. Mas a endodontia se faz há muitos anos. Vixe, Maria, eu tenho quantos? Tenho quase setenta anos de formado. Ortodontia já se fazia, é o mesmo que endodontia. Na faculdade já se fazia com tudo. Prótese de borracha, grampo, com... tem uns materiais de irrigação que foram indo e vindo. E eram as pastas para como hidróxicos de cálcio, outras pastas que você botava intercanal. Então, tudo isso foi aumentando e tudo. E a parte de cirurgia. Cirurgia de incluso, de semi-incluso. Então, foi muito... a Odontologia está muito evoluída. Eu acho que o Brasil, dentre os países, é um de maior destaque na saúde bucal. Um deles é o Brasil, entendeu? Evoluiu muito. Depois veio a parte de implante, que implante começou lá na Europa, fazia uns implantes laminados. Ele abria o tecido gengival e ali em cima ele batia como se fosse um machado, uma lâmina, ele cravava ali e fechava. E aí veio a história que teve a Suécia.

Eles começaram com uma experiência de colocar o titânio na perna do coelho. E eles viram e pensaram: “Então, por que não levar para a Odontologia?” E começou, então, a parte de implante. Eles estudaram muito tempo. Eles só deram conhecimento à comunidade científica muitos anos depois. Foi [testado] muita coisa, entendeu? Então, hoje em dia, o implante é uma realidade. Se deu errado, é mau planejamento, porque todo mundo sabe.

O implante chegou no Brasil eu não me lembro quando. Chegou via Bauru, via USP de Bauru. Eles fizeram lá no centrinho, acho que fizeram um centro de... de lá. Mas isso já depois de estar formado. E hoje em dia é uma realidade, né? Agora não pode, não tem jeito de popularizar, né? Porquê... e ainda é caro, né? Muito caro, né? Então você não tem... uma coisa popular. Então, o que fica para a população menos favorecida, né? A educação... a odontologia era só começo, né? Escovação... cuidados com alimentação, mas tudo isso depende de uma série de coisas, né? Hoje a população passa fome, não é verdade? Difícil. Desemprego muito grande. Aqui é uma região muito difícil. Muito difícil... é muito difícil. Eu mesmo nas quintas-feiras, o meu consultório eu não cobro nada de ninguém. Eu atendo o empregado dos meus clientes, o empregado dos meus clientes e tal. Para mim poder também devolver ao povo aquilo que o povo me ofereceu, porque se não fosse o povo arrecadar, o estado de Pernambuco não tinha feito faculdade de odontologia. Então é uma coisa, uma via indireta, mas eu acho que eu tenho a obrigação de fazer isso, entendeu? Eu atendo a mesma coisa, o material que eu uso com você que me paga, eu uso naquele que não tem, não tem nenhuma... nenhum problema. Está tendo por hora marcada, não tem nada, não muda nada nisso por aqui, entendeu? E eu vivo feliz, gosto da minha profissão, vivo com ela.

Eu trabalhei em quase todos os segmentos da carreira de ascensão de... era secretário, segundo secretário, terceiro secretário sei lá o que... entendeu? Na cadeia eu ia lá em Geral de Vasconcelos, Roberto Santos. Essa turma toda... é minha turma. Caubi é mais novo que a gente, ou... não sei... Caubi é um grande cirurgião. É um dos únicos que vai lá que os médicos... os neurologistas quando tem bronca grande, disjunção craniofacial, é ele que faz. O cara é muito bom, entendeu? E eu acho que ele... não tem ninguém no rastro dele, às vezes você não consegue passar em frente aqui. É uma pena, né? Que fica unicamente com uma pessoa né?

Quanto ao serviço de urgência, eu já cheguei a ir na casa do paciente, várias vezes eu atendi pessoas, né? Senils, pessoal com senilidade. A gente já atendeu, já fizemos extrações, fizemos prótese, moldagem, a gente vai, eu vou. Já fui em hospital também.

Eu ia muito em congresso, ia muito para São Paulo, congresso da PCD. Sempre em congressos, nunca em congresso de especialidades porque eu não era um especialista, ia em congressos generalistas e via o que me interessava e eu ia fazer. Quanto a essa evolução da odontologia, veja só, as bases da área de patologia, da área medicamentosa, houve uma evolução muito grande. Métodos mais recentes de definição de alguns casos que na época eram insolúveis. Então, a odontologia foi criando um status tal que, hoje em dia tem até uma especialidade que é diagnóstico oral, que eu acho que todo dentista deveria fazer, um curso de diagnóstico oral, por que pela boca você detecta doenças de quase todo o sistema, não é verdade? Então, eu acho que é muito pouco valorizado essa parte de diagnóstico. O diagnóstico por imagem já é uma realidade, hoje você tem tomografias, começou com a periapical, depois veio a panorâmica e depois vieram os outros elementos assim da radiologia e da imagem que colaboram e muito com o profissional para desvendar determinados casos que normalmente você não teria acesso. Eu acho que a odontologia está num caminho muito bom, agora precisava melhor ter uma base mais favorecida, até mesmo pela educação. Eu acho que depende muito de quem é pai e de quem é mãe. Às vezes o cara não tem o que comer e como ele vai comprar pasta e escova? A nossa realidade é uma realidade difícil, rapaz. Ainda mais com essa daí do nosso nobre presidente mandar os médicos embora que iam lá para a brenhas, cadê que ele está botando médico lá? Só quem sofre é o pobre, quem sofre é o lascado mesmo. Essa história dos cubanos, tudo envolvimento político que ele fez, que ele não queria ninguém do PT que estivesse fazendo algum trabalho que agradava à população. E realmente agradava, porque eles têm uma medicina voltada para a base, para alimentação, remédios até caseiros que resolvem e vão aonde ninguém chega. Nego vai cinco horas de barco na Amazônia para ir para uma comunidade, quem é que ia? Alguma almofadinha daqui? Não vai nada! Estudando medicina? Vai porra nenhuma. Vai ficar por aí dando plantão, fica por aqui e faz especialização. Então, a gente está muito mal, a odontologia está até bem mas, os procedimentos do ponto de vista de saúde total a gente está mal. Então a saúde começa pela boca, tudo bem mas, você

precisa também olhar para os outros lados e olhar outros segmentos, não é só um segmento da população.

Eu não tenho notícia sobre esse movimento dos dentistas brasileiros irem para os extremos, igual os cubanos que foram longe. Gostaria que tivesse notícias de gente que faz isso. Eu mesmo não posso sair daqui, tenho problemas de idade e tudo, mas, toda quinta-feira eu atendo, já disse a você, eu faço o meu trabalho. Atendo e faço a minha parte, sem nenhum problema. Vamos dizer, estou devolvendo o que o Estado fez por mim, eu acho.

Faz muito tempo que eu faço esse trabalho das quintas-feiras. Sobre casos marcantes na minha vida profissional é que a gente passa por tanta coisa que as vezes a gente acaba no esquecimento, mas, não, eu sempre tive uma conduta linear e nem tive casos assim, excepcionais, só casos que a gente promove e aplica aquilo que se aprendeu na escola e dá certo. Estou satisfeito. A gente faz muita adaptação. Às vezes você chega num caso que você precisa fazer alguma coisa que não é nem dentro daquele parâmetro que você tem que seguir. Agora mesmo, na ortodontia, eu não tinha condição de fazer isolamento absoluto porque o problema de gengiva dele é muito sério. Se eu fizesse o isolamento absoluto iria ter sangramento. Então, eu fiz o que? Isolamento relativo, bem feito, direitinho, botei um hidróxido de cálcio e na próxima sessão eu fecho, por que já tem uma fístula, eu vou verificar a fístula, e se o tratamento der um resultado bom para a fístula e a fístula desaparecer, a gente tem condições de dizer que clinicamente foi um sucesso. Uma semana você já tem modificação aqui no periodonto, nessa parte do vestibular. Á partir de hoje já começa o processo.

Dos anos setenta para cá, eu tive professores médicos na área de higiene, mas, patologia, tive grandes patologistas, dentistas. Na área de citologia também, muito bons, fisiologia, excelente. A maioria dos meus professores eram todos dentistas. Eu não vejo uma influência muito grande da medicina na odontologia, eu acho que não tinha nenhuma. Agora, o que sempre me fascinou, houve sempre uma certa diferença entre as duas classes porque o dentista nem sempre é valorizado como o médico. O dentista é um médico de boca, não é verdade? E o médico é um generalista, embora ele possa encarar vários segmentos, neurologia, ortopedia, uma série de coisas que ele pode encarar. Enquanto o dentista fica localizado só na

cavidade oral. Agora, pela cavidade oral a gente vê muita coisa. Você vê quando o paciente está com a mucosa muito esbranquiçada é uma anemia, a língua, você tem uma série de coisas. Você também tem uma série... estudando na parte de patologia você pode hoje, tem doenças que você vê na cavidade oral, não é verdade? mas, é isso, eu acho que a odontologia evoluiu muito, é uma profissão muito boa, tenho orgulho de trabalhar nela. Ajudei o que eu pude, tanto do ponto de vista da minha clínica quanto no segmento de política de classe. Fui presidente do Conselho. Mas não fui do CRO, eu acho que o CRO é para quem gosta mais da parte de organização, essas coisas. Eu estou voltado mais para a clínica, para a parte de organização, essas coisas.

Eu fui presidente da ABO por quatro anos. Na ABO eu fui desde secretário até presidente, na ABO daqui. Depois responsável pela ABO do segmento do nordeste. Mas, para mim foi muito valiosa a minha experiência de conhecer outros colegas, outras regiões, outras dificuldades. A gente conseguiu instalar uma escola de aperfeiçoamento profissional, entendeu? Não tinha isso aqui. Tudo isso a gente trabalhou junto, eu, Ângela, Roberto, esse povo todo, Márcia Silveira que é a minha esposa, Ivanilson Amorim, Gil Salas, tanta gente que ajudou! E a gente tem hoje uma ABO boa, sustentável, não sei como está andando, mas, a gente acha que está bem. Embora a odontologia tenha perdido muita coisa aqui. Por exemplo, existia um hospital lá na Várzea, eu não sei como anda o prédio, mas, aquilo era um local histórico por que foi o primeiro hospital odontológico de Recife. Então, aquilo lá, não sei se está guardado.

O campo de prática no Margitor também era um campo de prática, de prática odontológica. Era como se fosse uma ABO, mais ou menos. Não cheguei atender lá. Era privado, não era público. Não sei se por conta de IPTU e outras taxas aquilo virou um terreno municipal.

O professor Gaubi, por exemplo, ele faz um procedimento ousado, quando a gente tinha tocado no assunto da medicina com a odontologia, essas intercessões, na verdade. Ele integra um grupo de cirurgiões da área de cabeça e pescoço. É uma coisa muito boa, é o sinal do entrosamento entre as profissões. A saúde começa pela boca, se o cara não tem saúde, não tem dentes sadios, a alimentação ser triturada e mastigada e tudo e preparada para lidar com as condições de viver, de saúde. Então,

eu acho que saúde começa pela boca. E acho que a medicina evoluiu muito, assim como a odontologia e cada um tem seu campo de atuação, podendo atuar até junto. Uma pessoa hipertensa eu sempre mando para o cardiologista ou para o médico clínico para diagnosticar. Então, você tem que ter certos procedimentos e as profissões se juntam. É como arquitetura e engenharia. Arquitetura pensa e a engenharia executa, mesma coisa. Nós executamos e pensamos, não é verdade? Essa é a diferença. E a medicina também pensa e executa.

Esse movimento atual dessa odontologia estética, quer dizer, o Botox, que até então era uma coisa só para médicos, eu vejo isso da seguinte forma: A gente já mexe com a parte de aparência, que são os dentes, as próteses. E eu não sei até que ponto a gente precisa ser suficientemente preparado para aplicar Botox. Eu acho que ainda não vi programas de formação, acho que é até realidade. Eu, toda vida fui muito pé no chão, nunca embarquei em coisa muito nova, nunca quis embarcar nisso. Eu acho que isso se deu, pós dois mil. Eu acho uma temeridade a gente sair da nossa área, a gente tem a cavidade oral, temos trinta e dois dentes e uma língua e as paredes da boca para cuidar, é muita coisa. E tem também cabeça e pescoço, se a pessoa tem uma anomalia do ponto de vista ortodôntico, você tem anomalias do ponto de vista de dente. Então você tem uma série de anomalias que surgem na boca e a intervenção tem que ser do dentista, não pode ser de outro. E a gente é muito importante. O fato de a pessoa não ter os dentes, vamos dizer, bonitos, gera uma série de problemas, problemas psicológicos, problema de mastigação. Se você não mastiga direito, você tem má digestão e com isso não vai ter uma boa saúde. Então, é tudo integrado, não tem como dividir as coisas, todo mundo é importante nessa parte, cada um na sua esfera. Por isso que eu acho que é muito prematuro a gente fazer essa parte de injeção para mudar a face. Muito complicado isso, eu acho que deveria ser mais para o médico. Com essa movimentação, eu enxergo talvez uma certa uni/ao das profissões. Eu mesmo trabalho com alguns médicos. Digo em união de formação mesmo, como em alguns países da Europa, realmente existe. A odontologia hoje já não são mais quatro anos, são cinco anos. Então, aumento um ano e já ajuda muito. E os cursos de aperfeiçoamento, os cursos de especialização, é cada vez mais ou cada vez menos. Hoje em dia, o pessoal que estuda vai conhecer cada vez mais do cada vez menos, vai diminuindo para ele o desconhecido.

Eu vejo a odontologia daqui pra frente, como uma profissão boa de se trabalhar. Toda profissão é boa, desde que você tenha amor por ela. Fazer tudo aquilo que, na realidade, preceitua os conceitos mais modernos que também, vamos dizer, deram início à perfeição, e tem que manter isso. Os conceitos são os mesmos, tratar bem, honrar a sua profissão, não fazer muita coisa errada. É muito difícil na odontologia você não ter algum insucesso né? Às vezes a pessoa sai daqui e depois diz que caiu a obturação, mas, tem que cair, você mastiga todo dia, não é verdade? Mas, os materiais hoje estão melhores. Agora tem trabalhos suspeitando da era do amálgama de prata, pelo fato de você manipular com mercúrio, ele pode estar acelerando o processo de Alzheimer. Tem artigos ótimos, eu mesmo estava lendo um artigo a respeito disso, algo nesse sentido. Sobre o efeito tóxico do mercúrio ser muito grande e permanecer na boa por tempo indeterminado, embora você tivesse um amalgamador e fizesse doses normais. Hoje já tem porcelana, lentes, uma série de coisas do ponto de vista estético. E a parte de implante também! Implante é uma realidade.

Dr. Judas

Meu nome é Judas Pinheiro. Sou cirurgião-dentista, eu me formei no ano de mil novecentos e setenta e sete, na Faculdade de Odontologia de Pernambuco, outrora chamava Fundação do Ensino Superior de Pernambuco, FESP, hoje, Universidade de Pernambuco.

Eu escolhi fazer odontologia porque eu tinha um tio – eu estou dizendo tinha, porque ele faleceu já – que era dentista. E eu tinha uma vinculação muito forte com ele. Porque nós morávamos perto. E ele tinha um consultório odontológico privado. E ele também trabalhava numa instituição pública, naquela época era o Instituto de Previdência, hoje se chama INSS. Mas antigamente, cada categoria profissional tinha um Instituto de Previdência. E ele era atrelado a esse Instituto, que depois que depois se chamou, passou a se chamar INAMPS. E naquela época, ele tomava conta do almoxarifado do serviço odontológico dessa instituição, do INAMPS. E durante o período de férias ele levava-me para ficar ajudando-o. E aí foi que começou o meu gosto pela odontologia. E me entusiasmei pela odontologia. E todas as férias

praticamente, eu ficava com ele lá nesse setor. E muitas vezes também, quando ele me chamava, eu ia ajudar ele lá. E já naquela época, eu já praticamente conhecia todos os materiais, instrumentais, nome de procedimento da odontologia. Pelo fato de que, no almoxarifado era todo o material odontológico, era todo centralizado ali. E ali que era distribuído. Então daí surgiu o meu entusiasmo pela odontologia, que foi quando eu terminei o meu – que naquela época se chamava Científico – eu terminei o Científico e fui fazer o vestibular. E foi meu primeiro e único vestibular, porque eu de fato queria odontologia. Então minha primeira opção foi odontologia. E a opção da escolha da minha profissão foi motivada por esses fatos que eu acabei de relatar.

Naquela época que eu me formei, me graduei, não existia a figura de estágios curriculares, feito hoje em dia existe. Ou seja, a nossa formação todinha era dentro das quatro paredes da universidade. Aliás, naquela época era faculdade. A Universidade de Pernambuco era uma fundação, não era universidade. Então nossas atividades eram todas dentro da própria faculdade. As clínicas, todas as atividades. Todo estágio que nós tínhamos, nós fazíamos fora, mas por iniciativa própria. Ou seja, nós mesmos era que íamos atrás, à procura dos estágios. E estagiávamos em diversos lugares. Eu mesmo tive a oportunidade de estagiar em diversos lugares na área da odontologia. Federação Espírita era uma federação que tinha. E um espaço que tem ainda na prefeitura do Recife, chamado Bidu Krause, que é ali em Tejió, inclusive Bidu Krause, que é o pai do ex-governador, Gustavo Krause. No caso, avô da deputada estadual Maria... Marília... Não, é... o sobrenome dela é Krause. Que no caso era o avô, ele. Então esse espaço era ali em Tejió e tinha o nome dele. Eu estagiei muitos anos lá. Naquela época eu não sabia nem que ele era dentista. Eu vim saber depois de muito tempo. No Hospital da Restauração também. Passei muito tempo estagiando no Hospital da Restauração. No Hospital do Câncer, também, passei muito tempo estagiando lá no Hospital do Câncer.

No Hospital da Restauração nós ficávamos em plantões, acompanhando o cirurgião dentista que era responsável pelo plantão. E normalmente a gente... normalmente não, a sequência era essa: nós acompanhávamos o dentista de plantão. E ali a gente praticamente tinha a oportunidade de fazer diversos procedimentos de urgência, entrar em bloco cirúrgico, conviver no ambiente hospitalar. Então era dessa forma. Os procedimentos que chegavam lá eram urgências traumatológicas e urgências clínicas também. Odontalgia, hemorragia dentária. As mais diversas formas

de urgência chegavam lá no Hospital da Restauração. E no Hospital do Câncer nós acompanhávamos também tanto a parte de cirurgia de cabeça e pescoço, não é? Como também a parte da odontologia, que já naquela época tinha um ambulatório de odontologia dentro do Hospital do Câncer. Então a gente acompanhava esses procedimentos. E nesse tempo os cirurgiões bucos já tinham formação para atuarem. Não tínhamos residência, não existia a figura da residência não. Nós tínhamos... a única residência que nós tínhamos na área da odontologia – da qual eu me encantei para tentar fazer, mas infelizmente só tinha uma vaga e eu fiquei em segundo lugar – era em São Paulo no Hospital Alceu Camargo. Eles tinham. Que eu conheça, era a única residência formal que existia naquela época na área da odontologia, era no Hospital do Câncer Alceu Camargo. Não tive nunca conhecimento. O que nós tínhamos naquela época já aqui no Nordeste eram cursos de... aliás, um curso de especialização em Fortaleza, que era coordenado pelo professor... não estou lembrando o nome dele agora, daqui para diante eu consigo me lembrar. João Hildo Furtado. Era o nome do coordenador do curso, professor João Hildo. Era onde nós tínhamos um curso de especialização em cirurgia.

O curso era muito mais denso para que saíssem e irem para o hospital. Naquela época, o que eu sabia é que esse curso de especialização, ele funcionava. Não recordo assim, como era a metodologia, em termos de quantidade de anos. Mas nós tivemos aqui – que como eu estudei na UPE – nós tivemos professores que foram formados nesse curso de especialização, que foi o professor Emanuel Dias, o professor Cauby, o professor Carlos Lago. Todas essas pessoas foram formadas por esse curso de especialização. Era o que nós tínhamos aqui, bem próximo da nossa região. Aqui no Recife, aqui em Pernambuco não tinha. O nosso primeiro curso de especialização em cirurgia aqui foi feito pelo professor Emanuel Dias na UPE, esse professor ainda é vivo, o professor Emanuel Dias foi diretor da Faculdade de Odontologia de Pernambuco e foi também reitor da Universidade de Pernambuco. O que nós tínhamos naquela época passada, na década de setenta, oitenta já a cirurgia bucomaxilofacial, ela já era consagrada. Já tinha uma respeitabilidade grande. Mas nós não tínhamos assim, o volume que nós temos hoje. Por exemplo, ambulatórios específicos de cirurgia bucomaxilofacial. Aliás, o nome da palavra certa é bucomaxilofaciais. Nós tínhamos essas atividades. Mas não era uma coisa comum feito hoje, consagrada. Que se deu através, depois das residências. As residências

bucamaxilofaciais, ela surgiu mesmo, antes das residências que nós temos hoje. As residências que acontecem hoje. Elas já existiam. O Hospital da Restauração, ele já tinha residência bucomaxilofaciais.

Quando eu me formei eu, como eu tinha muita vontade de... primeiro eu tentei a residência do Alceu Camargo – como eu já disse – mas infelizmente... eu não sei se felizmente ou infelizmente, eu não consegui êxito. Porque só tinha uma vaga e eu fiquei em segundo lugar, não é? Aí tive que voltar. Como eu tinha vontade de ingressar no magistério, naquela época, eu também me encantava muito também pela endodontia. Eu ingressei logo – eu me formei em setenta e sete – em setenta e oito eu ingressei no programa de pós-graduação que nós temos – ainda temos até hoje – na UPE, que era um mestrado em dentística em endodontia. Eram duas especialidades odontológicas que eram formadas nesse mestrado. E aí eu comecei a fazer o mestrado na UPE. E aí eu fiz o meu mestrado, continuei lá. Logo depois que eu terminei o meu mestrado na UPE, eu fui chamado pelo professor Roberto Santos, que era o responsável pela disciplina de endodontia para ser professor lá. Naquela época não existia essa formalidade dos concursos públicos. Você, quando tinha um mestrado, você praticamente já tinha uma habilitação para entrar na faculdade. E era muito nessa perspectiva, o responsável pela disciplina convidava você. E, se por acaso, o diretor da faculdade lhe aprovasse, no convite, você era contratado. E foi dessa forma que eu comecei. Então o meu primeiro vínculo como docente não foi formalmente através de um concurso. Foi justamente pelo convite, para ensinar endodontia na Universidade de Pernambuco.

Eu cheguei a ter consultório. Durante muito tempo eu tive consultório, também trabalhava em outras instituições, paralelamente à minha atividade na UPE.

Naquela época você, como esse meu tio – eu já falei – era dentista, eu fui trabalhar no consultório dele. Então, praticamente a gente trabalhava por indicação de pessoas, até por essa aproximação que eu tinha com o meu tio. Ele chegava a indicar os pacientes para mim. E era mais ou menos dessa forma. Eu praticamente eu não me dediquei muito tempo assim, a consultório, em termos de tempo. Porque como eu trabalhava na UPE e eu também trabalhava no interior, aqui próximo, numa usina de açúcar, chamada Usina Central Olho D'Água, que fica no município de Camutanga. Então eu, durante a semana eu passava um dia e meio nessa usina. E isso me tomava

muito tempo. E eu trabalhava lá. Basicamente eu me dedicava à universidade, à FOPE e também ao trabalho da usina. Quanto à endo, nessa época, o mestrado e doutorado em endo, não tinha muito tempo de estabelecido. O mestrado da UPE, se eu não me engano, é da década, do ano de mil novecentos e setenta e quatro. Foi quando ele começou, porque era um mestrado que tínhamos na UPE, que era um mestrado em dentística em endodontia, que teve como seu primeiro coordenador foi o professor Guilherme Simões Gomes. E também tínhamos um mestrado em odontopediatra também, na UPE, que era a professora Delza que coordenava. Então praticamente esses dois mestrados surgiram juntos. E era o único mestrado que tinha na região. Era esse mestrado. Depois de um certo tempo que foi que nós tivemos, que é o mestrado ali na UFPE. Mas o primeiro mestrado na área de odontologia foi na UPE. Os Conselhos, se eu não me engano, foi na década de sessenta, foi que os Conselhos profissionais... aliás, o Conselho de Odontologia foi criado. Foi nessa época, antes disso existia um Código de Ética, que era vinculado, se eu não me engano, à ABO, a associação. Porque naquela época não se chamava ABO não. O que é equivalente hoje à ABO, Associação Brasileira de Odontologia. Então a APCD era como era aqui em Pernambuco, por exemplo. Em Pernambuco nós tínhamos a Sociedade dos Cirurgiões Dentistas. Tanto a APCD, como a Sociedade dos Cirurgiões Dentistas foram instituições que foram criadas mesmo antes da ABO, elas surgiram. E o que eu tenho conhecimento é que esse Código de Ética, se eu não me engano, era justamente... eu não me lembro bem se era da APCD mesmo. Eu sei que já existia um esboço de um Código de Ética para regular a profissão. Mas na realidade, o profissional, quando ele se formava, adquiria o título de cirurgião dentista, ele se registrava numa Secretaria, equivalente à Secretaria de Saúde de Estado, hoje em dia. Era mais ou menos assim, então antes mesmo do Conselho, as pessoas tinham semelhante ao que acontece hoje em dia com o jornalista. Ele, quando se forma, ele se registra no Ministério do Trabalho. Ele se registrava na Secretaria de Saúde. Eu acredito que não era esse nome, devia ser outro nome. Mas era onde ele fazia o registro dele como profissional. Aliás, eu acho que eram todos os profissionais da área de saúde, naquela época. Eu acho que era praticamente o médico, o dentista e o enfermeiro. Era o que nós tínhamos. De alguma forma a corporação médica teve poder sobre a classe odontológica nessa época, eu acredito que toda vida teve, porque na realidade, a odontologia praticamente surgiu, vamos supor assim, em continuidade com a medicina. Então toda vida houve uma vinculação muito forte da

carreira odontológica, tanto que em outros países a odontologia até bem pouco tempo na Europa, era uma... praticamente uma especialidade da medicina. Depois de um certo tempo para cá na Europa foi que houve a desvinculação. Mas toda vida eu acredito que existiu essa vinculação muito forte. Aqui no estado de Pernambuco não aconteceu isso porque a Faculdade de Odontologia surgiu mesmo antes da Escola de Medicina. Na realidade, a primeira escola que surgiu aqui foi a Escola de Farmácia, depois odonto, depois medicina. Quando eu digo que a odontologia foi uma continuidade da medicina, é que na realidade, até se você for no acervo histórico, você vai ver que tem um atrelamento até da própria história, se você for mais atrás, da vinculação não é, da odontologia, que de alguma forma, que no caso, a pessoa recebia a titulação pela uma banca que existia. Que essa banca era constituída, por exemplo, aqui mesmo na Universidade Federal de Pernambuco, teve essa história muito vinculada a professores da... não naquela época, que não existia Faculdade de Medicina, mas sim, de professores da medicina, de profissionais médicos. Por isso que eu acho que ela toda vida teve um vínculo muito estreito com a medicina. Nunca se tornou... aqui no Brasil não era uma especialidade na medicina. Mas era uma profissão que tinha um vínculo muito forte. Tanto que teve determinada época que a faculdade, que o Curso de Odontologia era vinculado à Faculdade de Medicina. Era farmácia e odontologia, que eram vinculados à medicina. Isso na UFPE e em alguns outros estados da federação também, era dessa forma. Era curso. Se eu não me engano era curso anexo ao Curso de Medicina. Era alguma coisa assim. Medicina e seus cursos anexos que era farmácia e odontologia. Que aconteceu aqui na Universidade de Pernambuco também, que chamava-se Universidade do Recife. A Escola. Então – só para fazer um resgate – a Faculdade de Farmácia veio primeiro, depois as outras escolas. E depois quando juntou na universidade é que a medicina tomou protagonismo e a odontologia ficou como curso anexo. É a mais antiga do estado de Pernambuco. Apesar de que, se a gente for na realidade, se a gente considerar como área de saúde, o primeiro curso da área de saúde daqui de Pernambuco não foi nem a farmácia, foi a medicina veterinária, que funciona no Mosteiro de São Bento. Foi o primeiro. Se a gente considerar como uma profissão da... se considerar não, que de fato é uma profissão da área da saúde, a medicina veterinária. Então, primeiro a gente teve a medicina veterinária, que funcionou no Mosteiro de São Bento. E depois a gente teve a farmácia, depois odontologia e a medicina. Mas esse resgate é como você historiou agora, nessa sequência. Apesar

de a gente ter adotado o modelo americano de odontologia como uma profissão aparte, a gente teve muita influência da odontologia francesa aqui no Brasil. Que só foi se tornar odonto separado depois da década de setenta. E inclusive a gente teve um hospital aqui que chamou Hospital Odontológico Magitot. Eu sei que ele existiu durante muitos anos aqui. Ele foi fundado pelo professor Néelson, que tem até aquele busto ali na entrada da faculdade. Ele foi o fundador desse hospital. Mas ele funcionou muitos anos e ele deu condição a muitas atividades se desenvolverem através do Hospital Magitot. Mas eu confesso que eu não tenho assim... eu tive já... porque em determinado momento, eu estava no Conselho, como membro do Conselho Regional de Odontologia e esse assunto chegou lá no nosso... lá no Conselho. Mas assim, eu não tenho... as pessoas que de fato, talvez, tivessem uma contribuição muito forte a dar sobre esse assunto, que era um professor que nós tínhamos aqui no estado de Pernambuco, que era professor da UPE, foi até meu professor da disciplina de citologia, professor José Roberto de Melo. Então o professor Zé Roberto era, é, um profundo conhecedor da história da odontologia brasileira.

Quanto ao hospital Magitot, ele era administrado pelo professor que mencionei, mas vamos supor, nos dias de hoje a gente consideraria – pelo que eu tenho conhecimento da história – seria um hospital filantrópico, não é? Ou seja, o professor Néelson, que tem esse busto que está aí na frente – como eu te disse – ele era um homem rico, pelo que... eu não tinha conhecimento, mas já ouvi falar. Era um homem rico. Ele... vamos supor assim, era o mantenedor do hospital. Tanto que eram coisas adquiridas com os próprios recursos dele. Porque ele era um homem de posses, um homem rico. Mas não tinha vinculação nenhuma, nem com o estado, nem com nada. Quando eu o conheci, o hospital, quando eu tive conhecimento do Hospital Magitot ele já estava em decadência. Praticamente não existia mais. Outra pessoa que tinha – profundo conhecedor – que foi que herdou essa história é uma senhora. Mas ela já morreu. Adelúcia que também era dentista. Adelúcia vamos supor assim, na escala hierárquica, foi Adelúcia quem tomou a frente do Hospital Magitot. Mas aí, quando eu o conheci, ele já estava em decadência, com problemas de invasão, de posse, tudo isso. Ele praticamente não existia, só era a história mesmo dele. Mas o que eu tenho conhecimento é que ele foi um hospital que teve uma importância muito grande na formação dos profissionais. Creio que a Adelúcia já deve estar falecida, eu acho que já tem mais de dez anos que ela morreu.

Quanto aos instrumentos, no meu tempo assim como até hoje, são comprados. Naquela época já, desde a década... quando eu cheguei na faculdade já existia esse fato de nós comprarmos todos os instrumentos. Todos os instrumentos eram comprados pelo aluno. Todos eles. Desde vamos supor, a broca até os fórceps. Tudo, tudo. Tudo tinha de adquirir.

Já sobre os motivos pelo qual havia desistência é porque naquela época que eu estudei as turmas não eram feitas duas entradas feito é hoje. A gente era uma entrada única. Você começava o curso. O curso naquela época, quando eu comecei a estudar, ele tinha um período de quatro anos. E o curso, você tinha o primeiro, o segundo, o terceiro e o quarto ano. Então primeiro você pagava uma disciplina. Terminava aquela disciplina e começava outra disciplina.

Aqui regular, você tinha disciplinas que corriam paralelas. Por exemplo, como a gente chamava, o básico: anatomia, citologia, bioquímica, fisiologia, micróbio, parasita. Então essas disciplinas, elas funcionavam numa espécie de, vamos supor assim, chamava-se naquela época se chamava unidades curriculares. Então a gente tinha um espelho, mais ou menos, do que se parece hoje, com essa vinculação que você tinha. Então esses modelos são muito cíclicos. Eles saem, depois eles voltam. Então naquela época nós já tínhamos, chamava-se unidades curriculares. Então... mas o problema do instrumental era da mesma forma. Eu não tenho conhecimento da minha turma, nem daquela época. Eu fui de movimento estudantil, fui de diretório acadêmico. Eu não tenho conhecimento de ninguém que deixou o curso por conta de questões financeiras de material. Primeiro, porque nessa época que eu estudei na UPE, ela era uma faculdade – apesar de ser uma fundação – ela era uma universidade que você pagava a mensalidade. Nós pagávamos a universidade. Não era tão cara feito uma universidade católica. Mas a gente pagava a faculdade.

Eu cheguei um determinado momento da minha vida, cheguei a trabalhar em sociedade. Fizemos uma sociedade em conjunto com um professor daqui da Universidade Federal de Pernambuco, que já é aposentado, o professor Geraldo Bôscoli e o professor – também com outro colega – Geraldo Vasconcelos e com Márcia Vasconcelos e com Maria José. Nós tínhamos uma sociedade composta por esses que eu te disse. E chegamos a ter, por um certo tempo fazíamos uma sociedade. Nós tínhamos uma empresa, não é? Mas aí foi a época – que eu me

lembro – que eu já tinha ingressado, porque eu fiz concurso aqui para a universidade. Eu entrei aqui na universidade em março de mil novecentos e oitenta e três. Eu já era da UPE e fiz concurso aqui. Tinha terminado o meu mestrado. Surgiu um concurso aqui. Eu fiz o concurso aqui, aí só tinha uma vaga mesmo. Eu passei. Eu comecei naquela época. Eu entrei aqui naquela época, chamava-se auxiliar de ensino. Porque a carreira naquela época... como ainda é até hoje. Se você começa como auxiliar de ensino, assistente, adjunto. Não tinha essa questão do associado. E depois titular. Então eu entrei como professor auxiliar de ensino. E naquela época, aí depois que eu estava aqui já dentro da faculdade, eu saí para fazer o meu doutorado, também na Universidade de Pernambuco, que na época eu já era casado, não tinha condições de sair do estado, aí fiz meu doutorado aqui na universidade. E aí nessa época que eu comecei o meu doutorado aí eu fui praticamente obrigado a deixar a sociedade, eu me desvinculei da sociedade desses colegas. Eles continuaram, eu me desvinculei.

No doutorado eu também eu fiz endo. Fiz uma endodontia. E aí eu continuei durante esse tempo todinho me dedicando às duas instituições. Também fui professor durante um pouco período de tempo na Faculdade de Odontologia de Caruaru, cheguei a ensinar durante um curto período. Eram colaborações esporádicas. Mas foi pouco tempo. E aí quando eu comecei o doutorado, eu terminei meu doutorado, tudo isso. E aí praticamente o consultório era uma coisa muito rara. Eu ia esporadicamente, uma vez por semana, muito pouco. Não tinha uma dedicação. Nunca tive uma dedicação ao consultório. E me desvinculei definitivamente quando eu fiz o segundo concurso para a universidade. Dessa vez, naquela época que existia. Não existia, feito hoje, a progressão para você ser titular. Você tinha que fazer um concurso. E aí eu fiz um concurso para professor titular. Foi o segundo concurso que eu fiz dentro da universidade. E aí praticamente depois que eu fiz o concurso para professor titular, eu me desvinculei por completo de consultório. E isso acho que deve ter uns vinte anos, mais ou menos, mas toda vida eu me dedicava. Toda vida eu me dediquei mais à endodontia.

Eu observei o avanço tecnológico na área de endo, já que eu fiquei mais centrado nessa área, e houve com certeza, na realidade, eu posso te dizer assim, na realidade, é como o professor Pécora costuma relatar. Na realidade, a endodontia, ela evoluiu muito do ponto de vista mecânico, biológico, tudo isso. Mas se você olhar direitinho, os princípios, se você for estudar endodontia a fundo, você vê que os

princípios são os mesmos. Ou seja, você abre o dente, faz um preparo biomecânico e obtura, não é? É um processo mecânico. Que na realidade, isso daí é inegável, o que avançou foi a qualidade dos instrumentos, a endodontia biológica, tudo isso. Porque nós tivemos muitos momentos históricos na endodontia. Mas do ponto de vista vamos supor assim, dos princípios, é a mesma coisa. Se você pegar um livro antigo você vai ver que a endodontia era o quê? Era você abrir o dente, limpar o canal e obturar o canal. E continua fazendo da mesma forma. Agora, é claro, você teve uma evolução dos instrumentos. Hoje em dia você tem instrumentos que são movidos a motor, que facilita muito a vida do profissional. Instrumentos que praticamente é um único instrumento. Então é incontestável a evolução nesse aspecto. Ou seja, no passado você fazia um tratamento e aquele tratamento demorava várias sessões e várias sessões. Hoje praticamente, você dependendo da habilidade do profissional, você consegue fazer uma endodontia numa sessão única, mesmo um molar. Então com relação a isso foi uma evolução muito grande. Com essa evolução eu acho que, hoje em dia, a acessibilidade ao tratamento. E essa evolução melhorou significativamente os CEOs, os Centros de Especialidades Odontológicas. Que se desmistificou muito mais. Na realidade, hoje é mais acessível. Nós temos a limitação, de uma maneira geral, na saúde, como em todas as outras áreas têm dificuldade ao acesso, existe, não é? O que é difícil assim; eu considero assim, a endodontia. Muitas vezes, você vem aqui na faculdade mesmo e faz uma endodontia de um molar. E depois você termina a endodontia e o paciente não tem condições, uma infraestrutura para botar uma coroa para cuidar disso, que ele não tem condições. Então nesse aspecto, a gente ainda se limita muito, com relação à resposta ao social, não é? Mas eu acredito que nós temos uma melhora significativamente.

Eu percebi que deixei de arrancar mais dentes no consultório, e preservar mais. Hoje as pessoas, elas têm um entendimento. A sociedade tem um entendimento, um esclarecimento muito diferente da época. A prova maior é que se você pegar um – eu acho que isso daí é incontestável – uma pessoa na faixa etária, por exemplo, da sua idade, ele praticamente não tem nenhuma cárie. Isso daí já está acontecendo há quantos anos? Sei lá, há mais de vinte anos que isso já acontece. Então, na realidade, você vê hoje em dia, as pessoas que necessitam de tratamento ortodôntico ou são pessoas que tem um índice de cárie, ou porque sofreu um trauma, alguma coisa assim. Mas do ponto de vista de evolução, eu acredito que diminuiu significativamente.

Se você pegar numa população, a quantidade de tratamentos endodônticos. A gente chegou já até a trabalhar sobre isso, evolutivamente, que você tinha, com estudantes de odontologia, na década de... deixa eu ver quando foi que a gente fez isso? Na década de oitenta para noventa, o índice era de um jeito. Hoje em dia, praticamente você não tem. Se você encontrar um estudante de odontologia que tenha um tratamento endodôntico é raríssimo, proporcionalmente ao que você tinha na década de oitenta e noventa. Não tem nem comparação. Então isso é a prova maior.

Eu acho que na realidade não foi a odontologia que tem mudado de alguma maneira a forma o pensamento, o tratamento odontológico. A resposta veio muito mais de outros meios, do que da própria odontologia. Ou seja, a conscientização da sociedade, da prevenção. A conscientização da importância da higienização, tudo isso. Eu acho que isso daí foi a maneira. A mulher, quando for fazer um pré natal, ela ser orientada a já começar a fazer uso do flúor. Tudo isso. Eu acho que isso daí fez uma mudança significativa mesmo na odontologia. As pessoas passaram a escovar mais os dentes. Tudo isso. Isso mudou. Bom, num determinado ponto da sociedade. Porque infelizmente, para o pobre, continua da mesma forma. É uma escova de dente para a família toda. Mas para a classe média, eu acho que houve uma melhora significativa, as faixas fluoretadas, tudo isso. O uso constante de fio dental. A importância disso tudo. Eu acho que foi uma diferença significativa mesmo. Essa classe que eu digo está muito abaixo da média, não tem acesso à odontologia. E a falta de popularização das tecnologias afeta uma decisão clínica, Por exemplo, ao invés de fazer uma endo, se opta por fazer uma cirurgia, por falta de um Raio X, por exemplo, mas eu acho que isso daí muitas vezes é, vamos supor, passa pelo perfil do que a gente tem aqui na faculdade mesmo. As pessoas... eles... primeiro a questão financeira. Porque eles não têm condições de vir várias vezes para um atendimento, fazer uma endodontia e tudo isso. Então, na cabeça dele é muito mais fácil ele perder o dente do que, como ele diz popularmente: perder tempo de fazer aqui. Sem condições. É o que eu costumo achar, quer dizer, a pessoa, muitas vezes, ele tem que fazer opções de manhã cedo. Ou ele vem, pega um ônibus. Ou ele deixa de comer para pegar um ônibus para vim tratar do dente. Ou então ele vem de pés. Como tem muitas pessoas que vem aqui andando, para chegar aqui na faculdade. Então na realidade, é esses aspectos que levam a essa... você vê a fila de espera aí para um atendimento, não é? São esses problemas todos.

Acho que os aparelhos radiográficos começaram a surgir a muito tempo atrás, em 1800. Já existia. Não sei te precisar a data. Então a odontologia enquanto profissão ela já nasceu com a radiografia, já usufruiu da radiografia. Não sei se a gente poderia dizer, folclóricas, que as pessoas faziam endodontia sem aparelhos de Raio X. Mas os tratados, toda vida, diziam que você tinha que ter a radiografia, que é o justamente o olho que você tem para ver o interior do dente, como a gente popularmente diz.

Eu já entrei logo no mestrado e não fiz nenhuma especialização, porque naquela época o mestrado e o doutorado, eles tinham um outro formato do que nós temos hoje. O nosso formato, naquela época que nós fazíamos o mestrado e o doutorado, principalmente o mestrado, você tinha uma formação prática muito forte. Ou seja, é diferente o modelo do mestrado que você tem hoje, que é muito voltado para a pesquisa, não é? Ou seja, a gente tinha essa formação. Então praticamente você quando termina um mestrado, na minha área, por exemplo, de endodontia, você estava habilitado a exercer endodontia. Tanto que você com aquele título de mestre, você podia registrar no Conselho aquela especialidade, sem questionamento nenhum.

Quando eu trabalhava com endo eu via muitos casos de dor. Tinha vezes que eu ia na casa de pacientes, ou pessoas que me procurava em casa, eu não vou dizer que era uma coisa comum. Mas tinha. Os próprios pacientes dessa clínica que eu tive. A gente tinha o que a gente, talvez, chamasse hoje em dia... como naquela época ainda existia a figura do vigia, não tinha segurança eletrônica, o vigia tinha os telefones da gente. E muitas vezes o cliente chegava lá, para a gente ir atender lá, endodontia. E aí eu ia pro consultório para atender, então eu fazia o que hoje é serviço de urgência. A gente tinha, vamos dizer assim, era uma espécie de um pronto atendimento.

Ficava ali, o vigia mais ou menos sabia as pessoas que estavam. E ele telefonava. Tinha um colega que morava mais perto, que esse daí era chamado mais de perto, que ele morava bem próximo da clínica. E esses tratamentos de urgência tinha que ser realizado no consultório porque dependiam do aparelho tecnológico.

Quanto ao fato da escolha da especialidade é porque eu tive naquela época que eu fiz a minha graduação, quando nós chegávamos no quarto ano, então no segundo semestre do quarto ano, a gente tinha... vamos supor, hoje em dia, como se chama? Uma disciplina eletiva. Nós escolhíamos uma disciplina que naquela época,

por exemplo, na nossa lá só tínhamos a endodontia, a dentística, a odontopediatria e a periodontia. Então a gente fazia. Dependendo da quantidade de pessoas, tinha uma quantidade de vagas. E, por exemplo, quando eu fiz, eu fiz a opção pela endodontia. Naquela época a nossa turma era de oitenta. Tinha uns oitenta colegas. E a gente tinha que fazer, sei lá, tinha uma disponibilidade sei lá, de vinte vagas. E tinha mais de vinte. Então entre nós a gente tinha que fazer uma seleção para fazer endodontia. E eu escolhi endodontia e fiquei em endodontia, na endodontia. Daí o motivo de ter escolhido a própria endodontia. Essa evolução da endo, são os mesmos, mas o que mudou foi a pesquisa. A pesquisa nós, praticamente no Brasil, nós tivemos assim, temos nomes marcantes, feito o professor Mário Leonardo, feito o professor Pécora, o professor Holen, que era um professor da endodontia conhecido nacionalmente, mundialmente, aliás, mundialmente. O professor Pegaso, que era um professor peruano que veio para cá para o Brasil e ficou aqui em Pernambuco durante muito tempo. Então essas pessoas, de fato, a endodontia teve uma evolução. Por exemplo, para você ter uma ideia: no ano que eu estudava nós não tínhamos praticamente nenhum livro de endodontia. Ou tínhamos livros em espanhol ou então – que era a maioria dos livros que nós estudávamos – tanto o livro de anatomia como fisiologia eram livros espanhóis. Ou então a endodontia, o único livro que nós tínhamos era um livro chamado Endodontia Clínica, de Grossman. Era o único livro. Se você for na biblioteca ainda deve ter por lá. Então era o único livro que nós tínhamos. Depois daí, na década de oitenta já começou a surgir. E de fato, com as pesquisas, as coisas mudaram totalmente na endodontia, principalmente aqui no Brasil. Houve uma evolução muito forte. Então existe uma ausência de aparato científico na odontologia. Eu acredito que essa mudança ocorreu de fato, pelo menos na endodontia, começou no fim da década de setenta e aí foi se aproximando e eu acho que o boom mesmo deve ter sido na época de oitenta para noventa. Ou seja, foi uma diferença assim, significativamente, como de uma maneira geral, dentro da odontologia, não é? Foi um momento que a odontologia foi reconhecida mundialmente. Tanto que houve uma época, quando a odontologia deixou praticamente de ser uma especialidade da medicina em Portugal. Os dentistas saíram daqui e muitos dentistas ficaram ricos, riquíssimos em Portugal. Porque de fato, a odontologia era muito carente em Portugal. E eles foram para lá e fizeram sucesso. E ainda até hoje fazem lá. Então, tanto que não sei como que está hoje, mas até bem pouco tempo, a odontologia era um dos países que... aliás, o Brasil era um dos países que tinha o maior número de trabalhos

publicados na área de odontologia, não é? Era a odontologia. Chegando a CAPES fazer destaque, por conta disso. Ela era, antes desse embasamento científico da odontologia, ela era baseada mais na observação desses mestres. Era repassada, basicamente todas. Acho até que continua da mesma forma, como um artesanato, e continua da mesma forma. Você repete o que você vê o outro fazer. Isso é de uma maneira geral. Você tem vários exemplos disso em todas as áreas. Você tem que ver alguém fazendo para... eu acho que isso não tem como você mudar nunca, não é? A prática não tem como você mudar nunca.

A odontologia era uma continuidade da medicina, e eu não percebo uma reaproximação da odontologia com a medicina, eu acho que a gente... eu acho que a odontologia – pela minha experiência – eu acho que a odontologia, o que eu vejo é cada vez uma separação maior. A gente sofre por uma coisa – que eu não sei se foi boa ou se foi ruim – se você olhar a odontologia e as outras áreas profissionais, a gente continua vivendo dentro de quatro paredes. E a sociedade não consegue ver a gente lá fora. Por quê? Porque a gente vive dentro dessas quatro paredes aqui. Nós – na minha concepção – o melhor modelo de formação dentro da área da saúde chama-se enfermagem. É o melhor que tem. Não conheço nenhum. Pelo fato de eu ter tido uma experiência com um diretor do Centro de Ciências da Saúde, eu tive a oportunidade de conviver com outras áreas profissionais. E eu acho que em termos de metodologia de ensino, a enfermagem dá de dez a zero nas outras profissões todinhas. Porque o professor da enfermagem sai do habitat dele para ir lá para o campo de prática para ensinar, não é? Diferente da gente. E se você vê todas as outras áreas profissionais, nenhuma existe o atendimento clínico dentro da faculdade. Em todas as áreas profissionais. Se você for para um engenheiro, o engenheiro não tem uma fábrica dentro da faculdade. O agrônomo não tem uma fazenda dentro da faculdade, não tem uma usina. O químico idem. Isso você vê. Então você vê que, de fato – na minha concepção – eu acho que a profissão mais distorcida de todas é a odontologia. A gente fica reproduzindo um modelo, que a gente acha que a pessoa só tem condições de aprender se for aqui dentro. Por que é que todas as outras profissões têm condições de aprender sem ser dentro da instituição? E só a gente continua nesse modelo. Como é que a gente pode romper isso? Eu não sei. Se você disser assim: mas você disse que é assim, como é que você vai romper? Talvez romper seria se dissesse assim: vou acabar com todos os consultórios que têm dentro

da faculdade. Feito que já aconteceu. Brasília, quando da sua fundação do Curso de Odontologia foi dessa maneira. Dentro da Faculdade de Odontologia da UnB não existiam consultórios. Os consultórios eram todos na rede. Os professores saíam de dentro da faculdade para ir para a rede dar as aulas, semelhante à enfermagem. Mas depois, infelizmente, houve uma involução e hoje em dia parece – parece não, tenho quase certeza – que a faculdade tem consultório dentro da UnB. Mas a UnB já foi desvinculada totalmente. Você não tinha consultório dentro da faculdade. Então eu acho que esse modelo da gente é um modelo que faz você se distanciar. A prova maior é que você tem o programa Saúde da Família, que teoricamente diz que é um médico, um dentista e um enfermeiro. Quando na realidade só quem se relaciona é o médico e o enfermeiro. O dentista tem o CEO, já é separado. O dentista tem a unidade, que ele fica separado. Aí você começa a criar auxiliar, a USB, que é desvinculada de tudo isso. Então vamos supor, é uma estrutura paralela ao programa de Saúde da Família. Você não tem uma estrutura integrada. Essa formação influenciou esse modelo de prática e ainda influência. Continua a influenciar do mesmo jeito. A gente continua o modelo. Apesar de a gente ter tido uma melhora com o surgimento do Pró-Saúde. Esse modelo melhorou um pouco. Eu não sei se foi bom ou se foi ruim. Particularmente na minha área de endodontia foi muito ruim. Porque hoje em dia você tem alunos saindo daqui de dentro da faculdade sem saber fazer uma endodontia. Eu acho que o problema todinho foi a dose do remédio. O remédio foi muito radical. Ou seja, essa ideia de você, por exemplo, aqui, a faculdade mesmo, que criou o modelo de Ciclos de Vida. Ou seja, você tem a clínica integral, vai evoluindo, evoluindo, evoluindo. E aí você ficou na esperança, na perspectiva – eu estou falando só da endodontia – na perspectiva de que o aluno ia ter a oportunidade de fazer essa endodontia numa evolução. Sendo que isso não acontece. Eu tenho exemplo de aluno aqui que chega no nono período e nunca fez uma endodontia. Ao passo que no modelo antigo que nós tínhamos você tinha o laboratório de endodontia, como você tem hoje. A gente chamava Endodontia 1, 2 e 3. Então você tinha uma evolução do nível de complexidade. Ou seja, você começava num laboratório e depois do laboratório você ia para Endodontia 1, você fazia incisivos e pré-molares. E depois você ia para a Endodontia 3, que você fazia até molares. Entendeu? Você tinha condições de fazer tudo isso. E hoje praticamente você não tem. Você tem uma dificuldade enorme. Os alunos, eu acho que eles têm um ressentimento muito grande disso. Você tem praticamente alunos saindo daqui de dentro, vamos supor... não vou

dizer ignorante. Mas muito limitado. Eu estou dizendo a experiência dentro da endodontia. Então eu acho que a gente tem que rever esse modelo. Esse modelo não foi legal. Eu acho que a gente tem que construir um modelo que tenha condições de fazer isso. Mas se você disser: existe um modelo que consiga fazer isso? Existe. Você pode ir em Londrina mesmo, na UEL, eles têm condições. A dose do remédio deles não foi exagerada feito a nossa. Eu acho que a ânsia da gente aqui foi de construir um modelo diferente, mas não foi legal, viu? Eu acho que a gente tem que rever, sob pena de cada vez nós estarmos afundando mais. Mais e mais, mais. Eu tenho muita pena dos alunos. Porque praticamente aqui, o que a gente tem no passado aqui, todo aluno sabia. Saía daqui fazendo pelo menos uma endodontia num dente radicular, ele sabia. Saía daqui... hoje em dia, eu tenho receio se isso está acontecendo. Porque eu não tenho mecanismo de controle para ver isso daí. Se eu tenho necessidade de endodôntica e se eu não trato aquele dente com canal, ele vai ser perdido. A nossa formação, ela pode contribuir para perpetuar o modelo mutilador odontológico, eu acho que pelo menos, o modelo que eu vejo aqui na faculdade, está certo? Eu acho que a gente está indo nesse caminho. Eu acho que a gente está. Pelo menos, na minha área de endodontia, a gente nota que a cada dia que passa, os alunos estão tendo uma... e eles mesmos dizem – não sou eu que digo não – eles mesmos dizem. Porque toda vida esses alunos conhecem alguém que estudou no modelo antigo. E aí o que é esse modelo antigo? Não, quando eu saí da faculdade, eu sabia fazer uma endodontia. Eu sabia fazer uma endodontia. E hoje em dia o que a gente vê, eu estou falando na endodontia. É tanto que, por exemplo, para quem for ficar aqui de noite, os alunos disputam para fazer uma endodontia, quando eles têm interesse. Também na altura do campeonato, existe algum interesse da corporação odontológica em privar o conhecimento de técnicas ultra especializadas, digamos assim, para que isso fosse adquirido num momento posterior à formação. Por exemplo, quando eu me formei a gente tinha praticamente aqui no Recife, era um curso de especialização que nós tínhamos na FOR, de endodontia. Aqui já tinha também, na Universidade Federal de Pernambuco. Mas eram coisas esporádicas. Na realidade, eu acho que naquele momento você tinha uma prática clínica muito maior. Por exemplo, eu como estudante de graduação, que naquele tempo eram quatro anos. Eu, quando saí da faculdade, eu cheguei a fazer uma endodontia de molar. Com todas as limitações.

Sobre esse boom dessa tecnologia mais comestica, por exemplo, botox, tratamentos estéticos faciais, que até então eram privados da categoria médica e hoje está se incorporando à odontologia, acho engraçado, pois fizeram um modelo paralelo, para a gente entender, não é? Eu consegui entender essas coisas. Eu fui durante oito anos vice-diretor do Centro de Ciências da Saúde e depois eu fui oito anos diretor do Centro de Ciências da Saúde. Então eu convivi com todas as áreas da saúde. Então, por exemplo, naquela época, na época que eu estava por lá, nós tínhamos assim – para você ter uma ideia – você falou em questão cosmética. Você tinha um concurso para residência médica, onde você tinha, por exemplo, a dermatologia. Você tinha sessenta candidatos para uma vaga. Era mais concorrido do que o vestibular. Isso é engraçado na medicina. Entendeu? Então, o que era? Cosmética. É o que você tem hoje na odontologia. Eu não sei se isso é advindo, porque como você tem... você não tem uma demanda muito forte, como você tinha no passado, em termos de procedimento clínico, isso daí, principalmente na classe média diminuiu muito, está certo? E isso daí praticamente obriga – é a minha dedução – obriga você procurar outros meios de sobrevivência. Que a sociedade também cobra de você. A sociedade cobra isso de você. Agora isso também tem uma vantagem. Eu acho que tem uma vantagem, que obriga o cirurgião dentista a estudar mais. Por exemplo, eu acho que a gente é carente, por exemplo, uma área que a gente podia evoluir muito bem, que era a odontogeriatrics. A odontogeriatrics vai obrigar muito o cirurgião dentista a estudar. Ele tem que saber interação medicamentosa. Ele tem que saber como é que ele vai lidar com o idoso, a questão dos exames básicos. Ele tem que saber interpretar, conviver com tudo isso. Então eu acho que isso daí vai ser um boom diferente para a odontologia.

Durante a minha formação, eu tive um aparato científico sistêmico amplo, porque naquela época a gente... quando eu fiz o meu curso, a gente trabalhava por sistemas. Por exemplo, quando você estudava o sistema cardiológico, você estudava anatomia, a bioquímica e a fisiologia. Então cada uma daquelas áreas – era muito parecido com o que se tenta fazer hoje – você conseguia congrega aquilo ali numa área só, entendeu? Então você de fato... eu não posso dizer que existe diferença numa fisiologia da época que eu estudei para a fisiologia de hoje. Entendeu? Então a gente tinha uma formação boa, básica. Mas eu acho que isso foi se perdendo, acho que a gente se perdeu. Por exemplo, quando eu estudei anatomia a gente de fato, a

gente estudava. Hoje em dia anatomia, eu noto que é muito limitada. Naquela época nós estudávamos anatomia do corpo inteiro. Todos os sistemas.

Por exemplo, FOP mesmo, onde eu estudei, tínhamos dois professores de anatomia, professor Jesus e professora Conchita. Todos os dois eram dentistas. Eu acho que essa questão da medicina ou odontologia, a gente não pode... eu não faço separação não. Eu acho que a gente teve bons profissionais de disciplinas básicas que tinham formação na odontologia. Por exemplo, nós tivemos uma professora aqui na universidade, doutora Licer Viana. Ela era ortodontista, doutora Licer. Eu acho que o nome dela está até naquela placa aqui, dos cinquenta anos. Não tenho certeza não, mas depois você dá uma olhadinha. Mas doutora Licer, a professora Licer era ortodontista, fez a formação dela inclusive na França. E ela era uma pessoa de destaque na fisiologia. Tanto, que quando o professor Néelson fundou o Curso de Nutrição, que foi uma dissidência da fisiologia, ela veio para a equipe do doutor Néelson. Com tanta competência que ela tinha. Ela era uma referência na fisiologia. Então eu acho que nesse aspecto, a gente não tem assim, muito, assim, não vejo muita limitação não, entendeu? Eu acho que a gente tem professores que dominavam as áreas. Por exemplo, eu não me lembro... lá na FOPE nós só tínhamos um professor – pelo menos na época que eu estudei lá – aliás, tive dois professores que eram médicos. Um era o professor de terapêutica, professor Janson. E o professor de parasitologia. Eram os únicos dois que eram médicos. O resto, toda equipe todinha era de dentistas. Tanto que quando a FOPE se incorporou à Universidade de Pernambuco, essas pessoas foram todas para o básico, sendo professores no básico. Lá na UFPE não existia essa vinculação de professores que foram para o ciclo básico, porque não foi dessa época. Mas isso foi lei. Não era uma coisa interna, boba, isso era nacionalmente. A UFPE não tinha esse modelo de medicina, de cursos anexos, porque eles não tiveram essa época. Isso foi aprofundado mais pra cá, já foi no outro modelo. Elas eram instituições isoladas. Porque você tinha a FOPE, você tinha a Faculdade de Ciências Médicas. Você tinha a Poli, a Escola Técnica. Você tinha a Escola Nossa Senhora das Graças, de enfermagem. Você tinha as escolas de educação física. Eram todas escolas separadas. Aí foi criada a Fundação do Ensino Superior de Pernambuco. Então foi aí. E ela só passou a ser universidade no governo do doutor Miguel Arraes. Que foi quando a FESP virou Universidade de Pernambuco.

Foi na década de noventa. Não vi diferença no corpo docente daqui para o da UFPE, no sentido de densidade teórica, no ciclo básico.

Eu me formei em 1977, e a perspectiva que eu vejo da odontologia daqui pra frente é a esperança. A minha esperança maior, primeiro: é que eu acho que, por exemplo, a gente tem que rever esse modelo de formação nossa. Eu acho que a gente tem que rever. Por exemplo, especificamente na endodontia, eu fico muito preocupado. Inclusive, tem mais de dois anos que eu fiz... eu não, a disciplina. Fizemos um documento para a coordenação pedindo uma reanálise dessa postura. Porque nós estamos preocupados. Porque o que nós vemos é os alunos saindo daqui de dentro sem saber fazer endodontia. Eu estou falando do modelo da endodontia. Eu não estou falando das outras áreas. Mas assim, como um todo, eu acho que a gente vai bem. Porque a gente precisa... o modelo Pró-Saúde foi muito bom, porque fez a gente se aproximar muito, conviver muito em conjunto. Mas teve esses problemas que estamos vivendo hoje em dia.

Quanto à evolução dos materiais odontológicos, endodônticos, prótese, modelagem é que você praticamente hoje em dia vai proceder. Eu acho que é uma coisa já superada, de você ter a moldagem. Isso aí é uma prova que você... é questão de pouco tempo, isso aí vai se tornar uma coisa barata. Você teve assim, um... vamos supor, um implante mesmo. O implante era uma utopia, hoje é uma realidade, não é? Eu não sei se a gente perde tempo, por exemplo, de estar aqui... eu... assim, eu não sei se eu... eu questiono a mim mesmo se há necessidade da faculdade estar investindo num modelo de tentar vamos supor, fazer uma formação em implante. Eu acho que a gente está ficando carente de outras coisas em endodontia e está querendo a busca de outras coisas que nem eu consigo chegar nessa coisa, não é? E eu estou deixando isso aqui, que seria o básico. por exemplo, aquele feijão com arroz do cirurgião dentista. Você sair sabendo fazer dentística, perio, endo e cirurgia. O básico, para você atender uma demanda exterior. Se a gente não está se perdendo nisso. Isso considerando Dentística, perio, cirurgia, endo, odontopediatria. Por exemplo, odontopediatria eu acho que foi uma coisa também que deixamos a perder. Não sou eu que digo não. A professora Sara, que trabalhou conosco, sentia muito isso. Sentiu muito isso.

O meu consultório eu trabalhava... eu trabalhei um tempo no Centro da cidade, na rua do Riachuelo. Depois eu trabalhei um tempo num consultório em Boa Viagem, que era essa sociedade que eu tinha. Como na realidade praticamente, eu dedicava ao consultório dois dias na semana. Então, um dos motivos também que eu deixei de trabalhar em consultório é que eu praticamente – como a gente diz na brincadeira – eu trocava seis por meia dúzia. O que eu recebia era o que eu pagava. Porque eu tinha uma despesa, da qual eu tinha que pagar. Então praticamente o que eu ganhava no consultório era o que eu pagava. Como eu me dedicava mais à universidade, não é, eu tinha que fazer uma opção. Então eu tive primeiro o consultório no Centro, depois foi para Boa Viagem, um bairro de classe média alta e na realidade, na década de setenta para oitenta, os dentistas, até pelo próprio modelo de formação, ele trabalhava muito só. Tinha um consultório sozinho. E uma determinada época, ele começou a se juntar em grupo para montar as clínicas. Eu acho até que pela questão de economia, entendeu? Que como você tinha um consultório só, uma despesa. Quando você podia ter um consultório só, dividido com dois ou três colegas. Entendeu? Então isso foi uma coisa forçada, que terminou acontecendo. Eu cheguei a ter plano de saúde, privado, Bradesco, esses planos que tinha assim. O boom dos planos de saúde foi na década... no fim da década de oitenta, para início para noventa. Primeiro na área médica e depois migrou para a odontologia, pelas uma força mesmo. E isso de alguma forma, surgiu para justamente suprir, porque você dividia os custos. Em vez de você ter um custo só, você tinha um custo dividido com outros colegas. E pagavam muito menos na época. O perfil que eu atendia no Centro e no consultório em Boa Viagem era diferente, e porque entre eu sair do Centro e ir para Boa Viagem eu passei esse hiato aqui sem ter atividade em consultório. Mas o perfil odontológico não era diferente, eu acho que não. Não me lembro assim, de ter diferença não.

Teve um acontecimento bem marcante, me recordo. Aí é que eu digo que a gente... que a nossa formação... a gente... a gente carece muito de ter uma... uma formação mais... eu acho que a gente negligencia muito atos. Eu acho que o que mais me marcou, por exemplo, foi no consultório. Eu estava atendendo um paciente. E esse paciente ia fazer uma endodontia de molar. Ia não, começou a fazer. E um determinado momento, era uma pessoa tranquila. E em um determinado momento ele fez sinal assim para mim. Aí eu entendi que ele estava com dor de cabeça. Aí eu disse: ainda vai demorar. O senhor não suporta? E aí eu parei. Eu não me lembro mais.

Devo ter botado uns cones de papel absorvente, parei a medicação, tirei o isolamento. Aí ele disse: Thadeu, eu estou aqui com a cabeça em tempo de estourar. Mas você estava assim? Não. Eu cheguei aqui e não estava sentindo nada. Mas estou passando... não estou bem. Aí eu disse: deixa eu tirar a sua pressão? Quando eu tirei a pressão dele, a pressão dele estava pipocando. Aí eu disse assim: olhe, a gente vai ter que sair daqui. Você quer que eu lhe ajude? Aí ele disse: não, eu estou com uma pessoa minha aqui, eu vou assim. Eu digo: bom, você me dê notícia. E aí ele saiu dali, foi embora. E quando foi depois – naquele tempo a gente não tinha telefone celular – aí ele me telefonou e disse que já estava no hospital, estava medicado, não é? Mas teve uma crise hipertensiva altíssima, não é? E teve, vamos supor, praticamente... se não fosse aquele ato, de ele ter ido embora, ele ia ter um AVC, não é? Aí foi que eu, praticamente, depois disso daí eu comecei. Todo paciente que eu ia atender, eu aferia a pressão dele. Para você ver que a gente não tem esse costume. Eu fiz até uma pesquisa com um aluno aqui, que a gente aferia a pressão arterial antes do tratamento e depois do tratamento odontológico. E tem uma diferença, não é? Então são coisas que a gente fica assim, por exemplo, vai fazer uma exodontia, aí se preocupa em pedir um bocado de exame, não é? Hemograma, isso, aquilo e aquilo outro. E ninguém se preocupa de aferir a pressão do paciente. Fazer uma anamnese bem feita. A gente tem um cirurgião perto daqui, aqui em Pernambuco, que é o maior cirurgião de fígado, doutor Paulo Lacerda. Que a tese dele de mestrado foi justamente isso. O abuso da quantidade de exames que é pedido. E ele mostra a você que com uma quantidade mínima de exames ou então com uma anamnese bem feita, você evitaria os exames. Mas você tem uma rotina aqui, que você todo dia tem que pedir uma série de exames. Então na realidade, a gente negligencia outras coisas. Você foi aluno, você sabe disso. A prática da anamnese deixa muito a desejar e isso evitaria muita coisa. Você praticamente não conversa. Porque quando a pessoa começa dizendo que o dente está doendo, a minha restauração caiu, eu queria fazer isso, eu queria fazer aquilo. Aí lhe foge de tudo, não é? Lhe foge de tudo. Você na realidade aqui, você não faz uma anamnese. Você faz uma série de perguntas, de respostas, que não precisava nem você... a pessoa lhe responder. Você podia botar no papel, ela respondia ali fora. Teve dor de cabeça? Não teve? Ele mesmo respondia. Você não entra no mérito.

Tudo indica que a gente vai entrar num momento muito difícil, econômico, no país. E eu tenho receio de a gente ter um retrocesso de tudo aquilo que foi

conquistado, dos Centros de Especialidades Odontológicas. Não é que eu seja contra especialidades. Mas eu tenho receio de uma política dessa, feito o CEO, que foi uma involução muito grande que nós tivemos na odontologia. De repente, a gente tenha limitações. Entendeu? Eu tenho muito receio. Como de uma maneira geral, essa prática toda, eu ando muito preocupado. Eu acho que a gente tem que rever nossas posições. É aquilo que eu disse a você: eu acho que a dose do remédio foi desequilibrada. A gente parte... não sei. Eu faço parte até de um processo. Que eu fiz parte da reforma do projeto pedagógico da faculdade. Muito tempo que eu vivi isso daí. Então algumas coisas eu acho que a gente hipervalorizou e hipovalorizou outras coisas. Então eu acho que a gente tem uma série de disciplinas que eu acho que a gente tem que reestudar, tem que repensar. Ou seja, a gente tem que rearrumar o processo. O processo não está legal. Eu acho que a gente teve uma melhora da formação do ponto de vista, vamos supor assim, mais humanístico. Tá? Mas em compensação, no passado, antes desse modelo, a gente tinha um profissional tecnicamente mais qualificado. Então eu acho que a gente pecou nisso aí. Eu acho que a gente hipervalorizou isso. Não estou dizendo que deva desistir. Mas eu acho que está hipervalorizado e outras coisas estão hipovalorizadas. Então com esse modelo não pode ser nem o céu, nem a terra. Essas dosagens é que a gente tem que reorganizar. Sem paixões, sem tendências. Porque se você disser assim: mas poxa, não, eu participei desse modelo. Eu concordei com esse modelo que está aí. Mas hoje eu tenho as minhas restrições. Eu acho que ele não foi legal. Então a população precisa de mais um profissional técnico, mas eu acho que a gente podia... eu acho que um exemplo, a cabeça. Eu acho que o problema não está... eu acho que está na cabeça. O grande problema é na cabeça dos professores. O problema é que enquanto... eu posso, numa aula que eu dou de endodontia, eu posso tornar o meu processo humano. Depende da minha vinculação. Está certo? Se o aluno me olha... não me olha desse jeito, por exemplo, quando eu chego numa cadeira daquela, para ver um paciente de endodontia. Eu não pergunto nem o nome, nem a idade dele. Não pergunto. Isso aí o aluno vai achar, que como eu tenho uma formação, esse é o modelo certo. Agora, se eu chego com outra postura, perguntando como ele está, o que ele sentiu? Com poucas intervenções você pode mudar esse perfil. Então eu acho que não há necessidade de você ter um perfil com uma carga horária e com muitas disciplinas. Você podia tentar esse perfil no misto. Eu acho que o nosso grande problema foi a dose desse remédio. Agora, que isso fica difícil para trabalhar? É,

difícilimo. E outra coisa, o que eu vejo é que os programas de pós-graduação – é outro pecado – os programas de pós-graduação no Brasil não estão formando mais professores, estão formando pesquisadores. Então você tem experiência de pessoas, como eu já tive, na banca de concurso, na minha área, um camarada super qualificado, super atualizado, tudo isso. Na hora de dizer assim: tome, faça aqui essa abertura na endodontia. O cara não saber fazer. E ele vai ser professor de endodontia. E aí? Como é que você vai responder isso à sociedade? Esse dinheiro todinho gasto com essa pessoa? E outra coisa, isso só não é na odontologia. Eu vi isso aqui no Centro de Ciências da Saúde. Concurso ser aberto, todos os candidatos serem reprovados. Não só na odontologia não. Isso é uma carência generalizada. Talvez na medicina seja menos, porque na medicina... você diz assim: por quê? Porque na medicina exige que a pessoa tenha residência. Então isso já quebra muito isso daí. Entendeu? Quebra muito. Carecemos de alguma espécie de residências odontológicas, com toda a certeza. Agora, não pode é assim: eu ter a residência para complementar o que eu não aprendi aqui dentro. Isso é que não... Como eu tenho, fiz curso de especialização, de aperfeiçoamento, eu complementar o que eu não aprendi aqui dentro. Isso é que não pode acontecer. Se você vem aqui e se você fizer um perfil, não é? Quantos professores a Universidade Federal de Pernambuco tem? “x”. Quantos deles estão vinculados a cursos de especialização? Isso eu não estou dizendo aqui, estou dizendo no Brasil como um todo. Se você fizer um perfil desses. Se a pessoa tivesse a curiosidade de fazer esse perfil. Você vai ver que é gritante. Eu acho que a gente tem que mudar alguma coisa. Agora, como eu não sei. A gente tem que evoluir para uma coisa melhor.

Dra. Judith

Meu nome é Judith, terminei o curso de odonto em 79 na FOP e logo em seguida fiz especialização em odontopediatria e 5 anos após fiz administração hospitalar. E em 2003 fiz especialização em saúde da família. Venho do interior de Amaraji, meus pais também. Família de 8 irmãos. Na fase da faculdade foi que voltei pra Recife, em 1975. Meu pai era alfaiate e minha mãe costureira. Todos os dois eram da arte e da moda. Da costura. Não tinha nenhum dentista na minha família, meus irmãos todos se formaram, inclusive, só eu fui pra área de saúde. Todos são da

engenharia. Engenharia e arquitetura. E o principal motivo para eu escolher a odontologia é que na cidade tinha dois dentistas que inclusive eram dentistas da família, incentivando a gente a fazer odontologia. Aí eu não queria a parte de exata, eu era melhor na exata, mas aí eu escolhi odonto e a segunda opção foi psicologia. Estudei em escola pública, municipal e estadual. Só o cursinho que eu fiz no particular. Foi aqui em Recife, foi no ESUDA.

O curso eu entrei em 1975, foram 4 anos. Foi na FOP, primeiro ano foi na medicina, foi o básico, depois o restante foi na FOP. Logo em seguida a especialização aí emendei. Minha sala era dividida em grupos de 10, nas aulas práticas, nas clínicas, era dividido. Eu não lembro bem o currículo. Não fiz estágio em paralelo com a graduação porque nas clínicas, na graduação, a própria faculdade levava a gente para o campo, que no caso o meu foi em Tiuma, que no caso é aqui no interior perto de São Lourenço, a gente ia de ônibus e ia fazer ambulatório lá, no campo. Mas não tinha estágio obrigatório fora. Quando eu estava na faculdade, todos os professores eram dentistas, não tínhamos professores médicos, apenas no ciclo básico sim, anatomia. A maioria lá era médico.

O motivo para eu ter escolhido a especialidade em odontopediatria é a identificação mesmo com criança. Eu mesmo lá na faculdade, desde o começo da clínica eu sempre. As crianças, e as meninas também já sabiam, os professores. Tanto é que eu fui convidada a fazer a especialização. Isso aqui na FOP, e logo depois fui convidada pelo professor pra fazer atendimento no consultório dele. Só criança. Eu fui fazer especialização porque o campo não tinha trabalho, mas quando eu tava no meio da especialização o professor me convidou pra fazer o atendimento dos clientes dele, crianças que ele não gostava de atender e eu fiquei com a clientela dele infantil e ele com a adulta. Na especialização, quando eu concluí, fui convidado por um amigo meu a atender na BANDEPREV. Assistência odontológica dos funcionários da Bandepe. Mas ele já era um dos gerentes de lá, e aí eu fui convidada também pra atender as crianças dos funcionários. E lá a gente, como eu já tinha também um consultório particular, os pacientes também podiam ser atendidos. Eu não podia atender adulto na BANDEPREV porque era conveniado. Aí tinha com Bandepe também. Aí a maioria da clientela era exatamente com convênio médico, os primeiros, né. BANDEPREV, Geap. Esses convênios eram tanto de empresas públicas quanto particulares, e valia muito a pena porque tinha volume, atendia de manhã e de tarde.

E às vezes até dia de sábado. E depois eu fui pra uma clínica privada que foi terrível e hoje tá pior ainda, e logo depois montei meu consultório. Era uma clínica popular, mas só os donos eram mestres, mas aí impedia da gente fazer algumas coisas, aí eu caí fora. O pagamento na privada era diretamente com paciente. O pagamento é direto, porém o professor não ficava com nada, ele falou que o que eu atendesse eu ficava pra mim e dava uma gratificação à auxiliar. A auxiliar, os dias que eu tava, eu pagava pra ela.

Já na segunda clínica segunda foi carteira assinada, foram 5 meses. Não atendia por meta ou por porcentagem, era fixo, salário fixo. E logo após eu montei meu consultório, localizado na Madalena, fiquei até 2017.

Eu entrei no serviço público em 1991 já na prefeitura de Recife, na atenção primária, só 4h, não era integral, era só 4h no posto de saúde. Março de 1991. Entre o consultório e o serviço público, eu me dividia da seguinte forma, tive que reduzir meu horário do consultório, mas não atrapalhava não porque o serviço público eram 2h de atendimento. Atendia 6 pacientes depois ia embora. Eu atendia de tarde, pegava de uma hora às três. Ia de manhã pro consultório, nesse intervalo ia atender no público e depois voltava pro consultório. Durante a graduação eu comprava material odontológico, instrumental e material. E isso de certa forma influenciou para que depois eu abrisse meu consultório, na verdade quem abriu o consultório pra mim foram meus irmãos. Porque eu já tinha todo o instrumental e a gente achava que dentro do consultório a gente ia ganhar dinheiro, mas demorou um pouco. Eu não era socia com meus irmãos, eles compraram pra mim. A maioria da clientela era de convênio, e as consultas eram normais. Iguais pra todo mundo. Foi muito boca a boca, muita recomendação. Mas era anamnese, plano de tratamento e execução. E convênio se recebia 30 dias depois e o particular 50% e 50% no final. E também acho que teve uma fase que eu trabalhei no interior, aí também mudou minha vida. Foi se adaptando. Teve um tempo que trabalhei no Cabo de Santo Agostinho, atenção básica também. Eu já do consultório de manhã, só fiquei à tarde. E também não era todos os dias. No Cabo era só duas vezes por semana. E atendia X pacientes e ia embora. Eu desde sempre atendi crianças.

Cheguei a fazer clínica geral depois de 15 anos. Relação com outros colegas era zero. Não tinha comunicação com outros profissionais, inclusive na clínica que eu

trabalhava só tinha médico e psicólogo. É muito isolado a profissão de odontologia. Ficava isolada em relação a outras especialidades. Não tinha essa relação de indicar outros profissionais para mim, a indicação era entre eles, tinha a parte particular mesmo, mas eles mesmo que indicavam. De profissionais eram poucos, pouquíssimos. Já cheguei também a fazer assistência em área de urgência, e ir a casa de pacientes, aí já foi na fase que eu tava com a clínica, já atendi acho que uns 10 acamados. De pacientes com muita dor me chamarem para ir até a casa deles até hoje acontece. Mas o atendimento mesmo do consultório pra ir até lá foi através de pacientes que sabiam que eu tinha essa disponibilidade. Duas que eram clientes minhas depois adoeceram e eu fiquei dando assistência até elas partirem. Uma tinha ELA e a outra teve Alzheimer. As duas que eu lembro bem, e os outros eram com tumor na cabeça, jovem também, então era pacientes que eu tinha acesso já. Já tinha eles como pacientes e alguns que já me conheciam. E até hoje tenho pacientes com hidrocefalia que eu vou lá.

Não cheguei a trabalhar em equipe no consultório particular, apesar de que depois entrou um outro colega que alugou uma sala, mas não tinha trabalho assim em equipe não. Era necessidade, mandava pra mim, mandava pra ele. No público foi que eu tive essa oportunidade. Foi isso que me encantou sair do serviço privado. É um outro trabalho, outra dinâmica, aí sim a gente tem não só com dentista, médicos, enfermeiras. Comecei lá. Depois que construiu aqui eu vim pra cá. Aqui foi 2007.

Eu comecei a fazer clínica geral fora do consultório, porque eu cansei dessa odontopediatria, ela requer muito mais do que a gente num atendimento com adulto. O pediatra a gente envolve família, mudança de hábito, comportamento, é mais desgastante. E provavelmente eu tenha começado a fazer clínica geral pelo fatos dos meus pacientes já terem crescido, os acompanhado desde criança, e também os pais pediam muito: "doutora, me atenda, eu tenho muito medo". Realmente, eu já cheguei a atender os filhos dos filhos. E, assim, meu maior prazer foi ver que a grande maioria que eu tenho visto eles não têm cárie. Agora foi um trabalho que não foi só a questão clínica de fazer esse trabalho de restauração. Era um trabalho que eu fazia com a família, via os hábitos, não era só o atendimento clínico, era geral. Se não fosse por aí, por exemplo, a família que tinha Coca-Cola de manhã, de tarde e de noite. Se não fosse mudar o hábito, eu não poderia tá acompanhando. A primeira consulta era em torno de uma hora e meia. Depende do perfil da família. Vinha Pai, mãe e babá. Muitas

crianças vinham com quem cuidava delas, ou a vó, ou a babá. Tem esse processo todo de conversa e questão de criança de condicionamento, né, aí é que era..., mas aí depois que eles confiavam o tratamento ia embora

A tecnologia ajudou a gente em tudo. Em tudo. Principalmente na odontopediatria, hoje eu não seria odontopediatra sem a tecnologia, materiais. Imagina você fazer uma amálgama, uma classe 2 num dente molar. Que o pessoal diz: “é da doutora Edite”, por quê? Não sei não, eu consegui. Tem novos materiais aí mais fáceis de se trabalhar. Acho que o condicionamento não tenha mudado, ele continua o mesmo, o que mudou é assim: você tem um instrumento pra você mostrar, tem a questão lúdica, mas o caminho é o mesmo. Já em relação a aos instrumentos, aumentaram, lógico. Mas não é muita novidade não. É questão só de tamanho, mas eu trabalhava também com normal. Por exemplo, fórceps tinha que ser infantil. Parte cirúrgica tinha que ser infantil. Agora o material sim, acho que a grande evolução foi aí. Instrumental acompanhou também, mas nem tanto.

O tempo que o consultório ficava fechado, eu alugava para outros dentistas, nessa época foi mudando os horários pra mim, começou a dividir com um colega. Ele ficava num momento eu ficava em outro. Era uma relação de negócios mesmo. Ele no horário dele e eu no meu. Ele usava meus instrumentos, a gente tinha um auxiliar. Tinha meus instrumentos e o dele, a gente dividia. Porque na verdade quando a gente ficou no mesmo consultório, eu tinha um e ele tinha outro. Aí a gente viu qual eram as coisas melhores e se tornou um só. A única coisa que a gente dividia mesmo, era bem separado, era material. Mas instrumental não. Era bem dividido para os dois. E dividia as despesas, né, meio a meio. E em 2017 eu fechei devido aposentadoria, me aposentei do consultório, e ele também. Vendemos, inclusive meu colega ainda tá no Cordeiro, mas fechado mesmo.

Talvez eu teria continuado a atender odontopediatria com outros materiais, se esses materiais fossem o de hoje, né. O ionômero de Vidro foi o grande material que desde a odontopediatria, em cursos que eu tenho feito em capacitação, hoje você pode usar em restauração permanente, né, e questão da técnica também, né, a gente não tinha essa opção. Em relação aos outros materiais ele é melhor, devido a questão do flúor, né, e ele pode ficar como material permanente dentro dos tratamentos que tem feito aqui. Eu acho que apareceu um tem uns 10 anos, eu o considero como um

marco para odontoterapia. Acredito que a partir 1990 mudou o perfil da saúde das crianças, inclusive, na ação coletiva, né, a gente tinha atendimento em escola que a gente poderia levar esse material para fazer um tratamento, né, lá. Essa evolução tecnologia e científica melhorou muito a odontologia, e eu acredito também na mudança do índice de cárie. Não só pelo ionômero, mas pelo atendimento, né, mas por exemplo, fiz uma escola em 2007, 2008 que hoje o índice de cárie é bem baixinho. Ação coletiva, né, e fizemos lá. Agora é uma escola que a gente tem com mais frequência, né, duas vezes ao ano estamos lá: questão de orientação, escovação, flúor. O impacto é bem maior numa ação coletiva do que numa ação privada dentro de um consultório.

Vejo clara diferença entre quando eu trabalhava no consultório e no serviço público, a diferença na condição da saúde bucal. Quando eu entrei no PSF principalmente porque tive uma visão mais profunda, a pesquisa foi maior, o índice de cárie é hoje o índice de cárie dessa população. E tenho condição de fazer o mesmo atendimento que fazia no consultório, no público, lá o consultório até menos, mas aqui a gente tem condição de fazer o atendimento. O difícil aqui é fazer a mudança do hábito, porque tenho criança, hoje mesmo atendi 3, e tem um adulto que atendo desde criança que tá ficando sem dente. Então isso aí é o grande lance que a gente não consegue mudar. O hábito da classe média, vamos dizer assim, eles têm a consciência e eles tentam mudar. Mas aqui a gente pouco consegue, até pelas condições financeiras. O doce e o açúcar ainda é muito fonte de energia, eu acredito nisso. Gordura e açúcar. Até porque são comidas mais baratas, carboidrato, então essas mudanças são mais difíceis.

Hoje em dia o perfil já mudou um pouco, né, de formação. Antigamente a odontologia tava junto da medicina, né, depois separou e hoje a gente vê uma, digamos assim, uma confusão entre os procedimentos, né, principalmente parciais, eu acho que essa movimentação uma evolução, né, da odontologia e cabeça, pra mim, desde que não seja a questão neurológica, né, e claro visão, mas tem muito a ver. Agora tem que se capacitar, né? Agora não pode tá invadindo da forma irresponsável, mas eu acho que é um direito que tá aí na luta e faz parte.

Acredito que a odontologia voltada à estética, sempre foi mais voltada aos ricos, até hoje. Questão da melhora da estética, aqui mesmo tem pacientes que têm

dentes perfeitos, precisando só de uma arrumação, um aparelho, fora os serviços de estética, clareamento, coroa, tudo isso aí não existe no serviço público. É só pra rico, classe média alta. A elitização da odontologia causou no perfil da saúde bucal um aumento, até mostra isso aí, 2000 pra cá. Tem um período que o acesso foi bem maior da população, mas depois agora mesmo tá voltando. A gente tá voltando. A odontologia estética só foi oferecida para classe alta, mesmo. O principal impacto na saúde bucal das pessoas com esse perfil elitista da odontologia, foi o índice de doenças e cáries aumentando, porque no privado eu nunca peguei uma doença mais grave e aqui a gente vê várias doenças, tumores e o pessoal sem assistência, principalmente na média complexidade. O que a gente pode fazer aqui a gente faz. E a questão da assistência à rede estética a gente não tem nem necessidade. Distanciamento enorme. Não existe.

Em questão da endodontia, em relação a sua popularidade, acredito que abriu um pouquinho mais, né, mas ainda é muita dificuldade, mas ela abriu devido ao serviço público. Como eu te disse, nesse momento que a gente tá passando, político, as portas estão se fechando. Mas teve um momento que o acesso aqui tava bem melhor. E a endodontia é uma das maiores necessidades aqui dentro aí a gente parte exodontia, pra uma perda, por conta do acesso mesmo. E essa exodontia, tem tudo a ver com o perfil socioeconômico das pessoas. O que eles pensam, a memória deles é a seguinte: tirou o dente, vai acabar com o aperreio. Porque as necessidades são tantas que a paciência e o excesso de chegar à conclusão desse tratamento não dá pra eles chegarem até lá, porque não tem assistência. Então preferem tirar os dentes, com maior naturalidade de vida, porque pra eles não é perda não. Eu acredito que o elitismo da odontologia causou esse retrato, a formação. Acho que até hoje tem muitas faculdades aí que formam essa questão da odontologia pra elite e odontologia pra ficar rico. E a população de maior necessidade tá sem assistência. E mais uma vez eu estou botando porque está fechando a porta. Estão fechando. O povo não tá tendo acesso mais a odonto, tá diminuindo por sinal. Eu lembro do hospital Magitot quando ele ficava ali no derby. No tempo que era na Madalena, era INSS, né, a assistência. Era feito sistema público. Eu não lembro, mas eu ouvi falar. Tinha uma assistência.

Eu não acredito que haja a possibilidade da junção das duas profissões em uma só, odontologia em medicina. Porque é muita especificidade por cada doença, por cada procedimento, atitude, o ser humano não tem essa capacidade. A gente pode

até contribuir, mas tem um certo momento que você tem que ser muito específico naquele diagnóstico, naquele tratamento, pra você buscar isso num universo maior. Imagine a gente dar conta de odonto, de medicina, de psicologia, de fisioterapia. Medicina, é uma questão sistêmica. A gente pode tá junto, discutindo, contribuindo, mas eu não seria não.

Para os próximos 40 anos, eu sonho em odontologia pra todo mundo. A evolução da odonto tem que partir dessa visão que você falou: essa visão global. Você tem que abrir seu leque não só pra questão de boca, estética, é o paciente como um todo. A grande evolução é aí. Porque o que tem pra inventar agora é só um aparelho que visualize o dente só com a plaquinha assim, e você consiga, fazer principalmente endodontia. Sabe do que estou falando? É a evolução que eu espero. 3D, tudo tá evoluindo. Mas acho que o grande pulo da odonto seria assistência pra maioria da população. Eu acho que o avanço da tecnologia não iria aumentar a assistência, pelo que eu tô vendo. Porque essa tecnologia não chega até a ponta. Ela fica lá. Talvez se socializar isso chegue, mas isso é um tempo muito grande, eu não vou estar mais aqui. Pelo decorrer das coisas que estão acontecendo, por exemplo, a gente tem o raio-x que é o básico, que não chega até aqui, né? E é uma evolução. Aqui nunca teve raio-x, mas tem no Lessa, mas para o diagnóstico é essencial. Ontem a gente foi pra uma reunião lá na federal e aí eu furei lá, entrei lá na radiologia e perguntei como é que era, aí tô drenando pra lá os pacientes. Isso é a tecnologia. Lá é digital. Mas é o acesso, eu não sei se a evolução tanta da tecnologia se chegasse até aqui, eu acho que isso era a grande evolução da tecnologia é socializar isso aí. A odontologia ainda é muito elitista. E conhecimento, conhecimento político, essa odontologia tem que ter uma formação também, né, da visão social. Mudou um pouco, porque a gente nem tinha isso dentro da universidade. Hoje a gente já vê uma mudança de formação.

Eu tive disciplinas da área de humanística, disciplina de estudos sociais. Uma cadeira pequena, era de classe social, muito pouco. Hoje na formação de vocês tem uma visão diferente, tem o SUS, as políticas. E o aluno que vai fazer o curso tanto de medicina e odonto é tudo uma elite. Agora com as cotas que tá conseguindo entrar pessoas com outra visão. Esse sistema de entrada também contribui pra esse perfil votado para a elite, porque o perfil do aluno lá antes da cota era tudo elite. Só quem conseguia acesso à faculdade era a pessoa que tinha condição, quem não tinha não entrava. O que fez eu mudar da visão mais humanística da odontologia foi a família,

formação, ponto de vista político. É questão da base, de nossas origens e nossa luta. Família toda.

Quero que a odontologia socializasse melhor o atendimento e chegasse pra todo mundo, porque profissional a gente tem bastante. Número de profissionais pra população a gente tem. A gente só não tem essa política de saúde para população, não só odonto, mas outras, medicina e outras assistências. Mas insisto e vou me aposentar daqui a uns 3 anos eu acho. Insisto na saúde pública. E foi isso que você perguntou pra mim: a questão do particular cansou. Quer dizer, eu não estava fazendo nada. Tudo que eu consegui foi na odontologia, minha vida econômica, minha moradia, mas a questão de assistência privada precisa sair do canto. A não ser ganhar dinheiro e também tem que ter muito uma habilidade, um comportamento de elite. Você tem que correr atrás de dinheiro. A gente não muda um quadro dentro de um consultório. O dentista não vai mudar o perfil epidemiológico de uma população. Mais assistência para esse Brasil.

Dra. Juliana

Meu nome é Juliana, eu sou professora de prótese e psicologia da universidade federal, me formei em 1980 e terminei o meu curso de graduação na faculdade de odontologia de Pernambuco, na estadual.

Minha principal influência para ter escolhido odontologia como primeiro curso é meu pai, que era dentista. Eu cresci vendo fazer odontologia e ele era da área de prótese também. e o que foi decisivo é porque ele tinha consultório. Ele tinha clínica particular era umas das melhores do Recife na época em que ele clinicava e quando eu me formei, quando eu estava a escolhe o curso o vestibular e nem pensei. Eu sabia que ia para a odontologia, aí fiz na minha época podia escolher fiz primeira opção odontologia, a segunda medicina, e a terceira eu acho que eu escolhi porque eu podia escolher três. Ai eu escolhi acho veterinária alguma coisa assim, ai passei a primeira de primeira opção, tinha média para passar na época em medicina. Na universidade federal, mas optei por odontologia e ai foi decisivo na escolha. O que ele alegou? Ele alegou que se eu escolhesse medicina, ele não era da área era mais difícil eu conseguir um emprego, mas se eu escolhesse odontologia eu saia da universidade e

já estava empregada. Porque eu iria trabalhar com ele, e isso foi decisivo. Pronto, foi essa a escolha. Ele fazia prótese também, fazia cirurgia porque dentistas antigos fazia de tudo. Fazia cirurgia, traumatologia, endodontia, prótese não tinha essas especialidades de hoje. E ele sempre fez clínica, a vida inteira. Ele se formou 1950 aqui na universidade federal. E fez clínica a vida inteira, e era um excelente clínico. E eu aprendi vendo ele fazer. Os pais deles eram fazendeiros. Mas na verdade ele não queria odontologia, na verdade era assim, ele tinha mais três irmãos e antigamente donos de terra não dependia da produtividade sem grandes invenções tecnológicas no campo. Aí eram quatro filhos, o primeiro médico aí meu pai, o segundo foi para a engenharia, meu pai era o terceiro quando foi no terceiro a minha avó já estava um pouco doente, o meu avô também a terra produzia pouco. Ela disse que ficava difícil custear três filhos numa universidade, e vinham para cá para Recife. Todos vinham para o Recife, eram de Maceió e vinham para Recife. Aí ele disse que ia optar por veterinário e a minha avó disse que, não se esforçou tanto para ter filhos para ser doutor de bicho. E que ele teria que escolher uma opção mais próxima da medicina, coube a ele a odontologia. Ou escolhia a odontologia, ou ia ter que fazer a engenharia e ele preferia de saúde. Ai ele fez odontologia nem pensou, quando terminou o curso tava aqui no Recife voltou pra Maceió. Estava fundando lá a faculdade de odontologia de Maceió. Ele foi um dos membros fundadores da faculdade de odontologia de Maceió. Ai depois ele se decidiu que precisava casar, que precisava fazer a vida e o magistério não ia dar ele fez um concurso federal passou no concurso federal e passou anos também trabalhando no interior do estado de Alagoas e fez a opção pela odontologia pela clínica, pelo emprego e pronto. Foi assim.

Durante o meu curso, eu tive um currículo paralelo, currículo por exemplo no Hospital da Restauração, foi pra algum outro serviço, porque no meu currículo da época primeira odontologia eram quatro anos não em cinco. E, nós trabalhávamos com clínica integral quando chegava já no profissional. Principalmente no último ano e era por produtividade, então tinha uma excelente parte clínica, porque o aluno era avaliado pela quantidade de paciente que ele atendia nas diferentes especialidades. Então, era uma turma significava que eu trabalhava bastante na instituição. Ao mesmo tempo eu não tinha esse caráter obrigatoriedade, e a gente tinha as atividades curriculares que era obrigado. E a clínica integral já era bastante pesada, na minha época e tinha atividade de extensão como tem hoje. E não tinha muito atividade de

pesquisa, porque a atividade de pesquisa posteriormente que surgiu. Era mais extensão ações extensionistas e a clínica. E eu paralelamente fazia estágios em instituições e sai fazendo, peguei quais são as boas instituições aqui eu de livre e espontânea vontade fui e comecei a fazer a habilidade clínica. Eu frequentei inicialmente todas as instituições militares, engraçado governo Bolsonaro está vendo? Na época, a marinha tinha um excelente odonto clínica um hospital, uma polícia do estado até hoje é de referência com os alunos que vão fazer estágio. E eu frequentava, estudava não era tão integral como é hoje. A gente tinha alguns espaços durante o dia, ai eu pra clínica pra praticar. O que? Clínica geral. No meu pai eu não fazia em consultório, e frequentava o consultório por que? Porque como eu fazia inglês, como fazia isso, fazia aquilo eu precisava de carona para voltar pra casa. Eu ia para as minhas atividades extracurriculares, línguas não sei o que e tal. Me encontrava com ele, como ele trabalhava depois que ele saia do serviço federal de 16h a 22h da noite. E as minhas atividades terminava em torno de 17h da tarde eu ficava esperando por ele de 17h às 22h da noite. Eu ficava estudando, ficava no consultório ele trabalhando. Mas eu nunca fiz nada com ele, porque eu já fazia sei lá o que. E ele era muito certinho, pra deixar a gente fazer as coisas como hoje. Então, era bem assim. Pronto.

Quando eu terminei em 80 eu fui pra clínica trabalhar em consultório. E ai fiquei 2 anos trabalhando em consultório. Em 1982 eu achei que queria fazer odonto pediatria, me matriculei aqui na federal no curso de especialização odonto pediatria. Conclui o curso, a minha família toda é dentista a meu irmão é dentista, minha irmã é dentista meu pai era dentista e eu sou dentista. Ai como nós tínhamos a clínica e já a minha irmã trabalhava lá e eu comecei a trabalhar e meu pai também trabalhava. Ele disse: "para você ir em consultório particular ganhar dinheiro tem mais perspectiva na parte prótese, porque a sua irmã já é da odonto pediatria comigo, eu passo a minha clientela para você". Ele já tem a clientela solida, constituída de muitos anos não sei o que. Ai, eu disse está certo eu vou fazer. Ai em 1985 eu decidi que ia fazer um mestrado na doida, eu vou pra USP fazer um mestrado. Aí queria fazer prótese dentária porque já era o que eu fazia, quando eu cheguei no ano impa. A USP tem um negócio de pares eram prótese dentária, impa prótese buco. Em 1985 só prótese buco, eu já estava lá. Só tinha a prova de prótese buco, porque não era específico você escolhia assim a área que você queria fazer a pesquisa e era o mestrado de clínicas odontológicas. Ai, eu já estou aqui passei no mestrado. Não sei quantos

candidatos, consegui uma vaga. Há, porque não? Vou ficar. Aí eu batalhei por uma bolsa, consegui a bolsa por isso que comecei prótese em buco. Eu não cheguei a fazer a especialização. Ai fiz mestrado na USP, na área prótese em buco que era a minha linha de pesquisa acompanhava o meu orientador acompanhava as disciplinas clínicas. Na minha época não sei atualmente aonde é que está a fundação de oncologia estava em pinheiros. Eu ia fazer estágio curricular paralelamente eu queria parte de laboratório, tinha um técnico em laboratório que trabalhava com implantes e ortodontista. Aí eu ia para o laboratório do técnico.

Em 1985 já se fazia implantes em São Paulo. Em 1985 poucos, tinha uns dois que era mais conhecido se outros tinham eu não sei. Mas tinham dois que eram referências, aí esse protético trabalhava para um desses que eu não me lembro mais o nome. Trabalhava para um desses implantodontistas. Como eu morava na USP e depois eu tive que sair quando acabou o tempo de ficar na USP eu tive que ir para um apartamento. Morei durante 3 anos lá. Depois de 3 anos disseram que eu não podia mais ficar. Me expulsaram, como estava concluindo antigamente não tinha época para terminar o mestrado. O meu eu fiz em 5 anos. Eu fiquei no curso, depois eu fui pra Pinheiros.

Depois que eu voltei do mestrado, fiquei no consultório, mas, quando eu voltei do mestrado, abriu concurso para a universidade de Pernambuco, aquela que eu tinha estudado. Aí eu tinha voltado para a clínica, abriu concurso, eu fiz concurso, a vaga foi minha e eu fiquei lá. Fui para lá, passei de 88, 89 mais ou menos, a 92. Mas tem uma coisa: quando eu voltei de São Paulo, não voltei definitivo, porque eu ia e vinha. Eu voltei em 87, passei cinco anos fazendo mestrado. Mas depois que eu tinha cumprido toda a parte clínica e prática, eu voltei para trabalhar, porque a bolsa só tinha duração de dois anos. Eu vinha, trabalhava em um consultório. Aí nessa época, em 1987, teve uma confusão aqui na federal, os titulares se desentenderam, aí cortaram algumas mordomias de catedráticos, como, por exemplo, secretária particular que tinha. Aí o secretário que na época era professor, Antônio Varela, deu piti e disse que os alunos não se formariam mais, que ele ia abandonar a disciplina. E ele era um catedrático. Aí nessa época abriu concurso na fop, ele já estava aqui, ele mesmo me chamava. Eu o conhecia através do meu orientador, que era amigo dele também, e ele me chamava para dar uma aula ou outra quando ele não podia dar, na graduação. Em 87 eu já tinha começado na universidade federal, olha quantos anos,

32 anos. Em 88 abriu o concurso lá e foi o auge da briga aqui. Professor Varela deu piti, ele era professor aqui e lá na instituição. Quando ele deu piti aqui pediram, para os alunos concluírem o semestre, que eu ficasse dando as aulas. Aí eu fiquei durante cinco anos dando gratuitamente, na universidade federal, e já trabalhando na fop, eu vinha para não fechar a disciplina aqui. Aí depois de cinco anos, em 1992, o povo foi se aposentando ou ficando só com a fop, que eles pertenciam às duas instituições, abriu concurso e eu fiz. Aí passei. Na época era mais vantajoso, financeiramente, ficar na universidade federal. Aí eu migrei da fop para a universidade federal. Esse Antônio Varela já morreu. Ele era um catedrático, um excelente profissional. Muito bom. Eu aprendi prótese com a nata. Meu orientador que era excelente, o pessoal da USP até hoje está lá na área de prótese. Todos foram meus professores. Agora já estão todos titulares, se aposentando, saindo. Quando eu cheguei aqui, eu peguei um dos pioneiros da prótese buco no Brasil. Aí fui ficando e fiquei.

Eu observo que a prótese buco tem uma produção científica baixa, compara às outras especialidades, porque são mais especialistas nas outras especialidades, do que em prótese buco. Porque primeiro, para você fazer prótese buco, você tem que ter habilidade manual. Você não tem como esculpir nada. Como você vai esculpir nariz, orelha, olho, sem habilidade manual nenhuma? Começa daí. Segundo, prótese buco é uma especialidade que ela precisa ser institucionalizada, para vários procedimentos. Como é que você bota uma prótese interna, dentro de um consultório? Ou você coloca em bloco cirúrgico, ou você tem que estar dentro de uma clínica escola, para você fazer determinados procedimentos. Você pode fazer em consultório uma prótese buco faringiano, uma prótese ocular, uma facial. Mas alguns procedimentos você não pode fazer dentro de consultório. E, além disso, você tem que levar em consideração que, a odontologia, classicamente, apesar da especialidade ter 5000 e 500 anos e de prótese buco ter sido ensinada, começou a ser produzida no Brasil em 1925, começaram as universidades a ensinar, a federal foi em 1930. Eram poucas as pessoas que se dedicavam a essa equipe. Geralmente era o pessoal da cirurgia, que já estava na cromatologia, na cirurgia, que fazia como atividade complementar, que criava o serviço. Numericamente, você tem mais olho, orelha, nariz para implementar ou dente na boca? O curso é todo montado para boca. Porque sempre se entendeu a odontologia, não de uma forma de saúde da boca, que cuida da saúde de uma forma geral. O que era a odontologia no início? Era um apêndice da medicina, junto com a

farmácia. Depois que ela foi se tornando mais complexa, é que começou haver a possibilidade de desmembramento da medicina. Quando ela se constituiu, a história da odontologia é uma história que começou, as notícias que a gente tem, na Europa, os barbeiros entre a praça pública, na idade média, davam um porre sei lá das quantas nos pacientes, arrancava, como se fosse um espetáculo público, era barbeiro. Depois, o que a gente tem no Brasil histórico? Tiradentes, que era sei lá da onde, tinha a prótese de ofício, de arrancar dente. Onde é que esse povo arrancava dente? Em praças públicas. Em locais como a gente sabe, barbearia. A partir daí, depois de muitos anos é que foi se sofisticando. Eu acho absurdamente normal que, numericamente, existam menos próteses buco no Brasil e no mundo, apesar da demanda enorme. Se você levar em consideração a quantidade de pessoas que perdem globo ocular, por câncer, glaucoma, catarata, acidentes, causas externas, violência, acidente de trânsito, só isso já justifica a necessidade da especialidade. Aí a pergunta é: por que tão poucos? Porque tradicionalmente a gente pensa na odontologia como boca. A gente não pensa na odontologia como um conceito ampliado de saúde. Até porque, foi introduzido no conceito mundial de saúde muito posteriormente a uma prática odontológica, que é milenar. As pessoas ainda estão em processo de adaptação para ampliar a odontologia, para a odontologia ganhar campos, veja só, médico desiste de alguma especialidade na área de saúde? Não. Ele vai lá e abocanha. Ele faz cirurgião plástico, cirurgia corretiva, ortovinática, faz cirurgia de fissurados, e dentista fica concentrado dentro da boca, de preferência em consultório. O médico já está em ambiente hospitalar. Dentista não. Ele está predominantemente em serviços específicos para lidar com boca. O que a gente precisa? Quebrar paradigmas. A gente tem que entender que face, é área de atuação do cirurgião, do dentista, e que ele não pode deixar a medicina ocupar, principalmente, esse interior da face, porque ele não tem acesso a ser superior, quando vai mexer. Prótese craniana, tem que ter um neuro junto com um buco na sala, para instalar a prótese. Médico faz tudo, instala prótese craniana sem a presença de um buco. Quando dá tudo errado, médico pode. Dentista fica em consultório. Se contentando com uma odontologia curativa, sem ser preventiva. Minha especialidade tem muito disso e ela veio tomar um bum muito grande, a partir da década de 80 quando, com o projeto humano, com as técnicas de engenharia genética, a possibilidade de competição de órgãos artificiais, a confecção de pele, a confecção de cartilagem, porque o projeto humano ia caracterizar gêneses, e isso favorecia, em laboratório, a

confeção de determinadas proteínas que poderiam restaurar tecidos. Aí juntou projeto humano, juntou a bioengenharia, juntou transplantes de face que começaram recentemente, a serem viabilizados. E isso deu um outro caminho para a especialidade. Mas infelizmente a gente tem uma ideia muito limitada que dentista tem que cuidar de saúde bucal. Eu não penso isso. Eu acho que dentista tem que cuidar da saúde humana. Com ênfase em face. É isso.

Agora como eu atribuo essa competição entre médicos e dentistas, e por que eu atribuo isso? Veja, porque medicina é uma profissão mais tradicional e mais conceituada, socialmente, do que a odontologia que começou como apêndice. Qual foi a história da odontologia? No Brasil apêndice da medicina. Quem é que ia para a odontologia? Quem não podia arcar com uma escola médica que era mais longa, mais cara, na época, lhe dei o exemplo do meu pai. Porque ele foi para a odontologia e não para a medicina. Como a profissão do médico é mais socialmente valorizada, porque tem um ponto fundamental, e odontologia era absurdamente mutiladora, era uma profissão que você ia para perder os dentes, no passado. Para arrancar. E instalava próteses mau adaptadas. Isso tudo cria um imaginário popular que a medicina é mais digna, porque ela passeia pelo corpo todo, salva vida. Dentista quando muito faz, tapa buraco nos dentes, ou então arranca logo para botar uma chapa, porque antigamente não se chamava prótese. Quando você vai, em termos de valoração social, comparar, você acha que as mesmas oportunidades eram dadas a médicos e a dentistas? Não. Porque ele tinha um reconhecimento social. Ele tinha que se concentrar dentro da boca, que não era área nobre para um médico que passava seis anos passeando pelo corpo todo, curando todas as infecções do corpo todo. Você acha que ele queria perder um corpo humano inteiro para se concentrar na boca? Qual foi a bobagem dos cirurgiões dentistas? Acharem que só a boca era saúde. E era sua área de atuação. Ele poderia ter ampliado. Através da interdisciplinaridade, ele poderia ter se associado a algumas especialidades médicas, delimitação de área de atuação, através dos seus respectivos conselhos federais, regionais de odontologia. Conselhos ineficazes para impor uma metodologia de atuação e delimitação de área de atuação. O médico, como mais rico em conselho federal de medicina, conselho regional, um corporativismo maior, uma proteção mais antiga, se fecharam e começaram a ver tudo o que era possibilidade de ampliar a medicina para engrandecê-la e para eles ganharem dinheiro também. E dentista foi se contentando na tradicional história de apêndice da

medicina. Eu acho que esses fatores políticos, poder político é poder de decisão. Junta político com econômico, poder de decisão fica maior. Aí você delimita o campo e a ação do outro. E mais corporativismo de classe.

Essa movimentação atual da odontologia, caminhando para essa parte estética, cosmética da odontologia, da saúde em geral, por exemplo, botox, facetas, não seria um reencontro da odontologia com a medicina. É uma possibilidade de sobrevivência da odontologia em uma sociedade globalizada, mercantilista, que eu digo, é neoliberalista, capitalista. Porque você faz sem necessidade de tratamentos estéticos. Você faz porque quer grana. Às vezes os tratamentos estéticos trazem mais prejuízos à saúde, como, por exemplo, você pegar pessoas que tem prognatismo maxilar, sem necessidade, sem possibilidade, sozinha, a ortodontia da conta de fazer uma norma oclusão, e você vê, pelo meio do mundo, as pessoas hoje como um símbolo de estética, identidade, cuidado, colocando aparelhos ortodônticos que a gente, olhando, já sabe que não vai chegar a lugar nenhum. Ou então pegando pobres e desgastando dentes inteiros, sem necessidade, para colocar dentes mais estéticos, facetas acrílicas que não tem a mesma resistência que um dente natural. Ou então mandando todos os globais, os que podem pagar, desgastar os dentes todos para botar lentes de contato. Quando a gente vê problemas periodontais muito graves, quem é que pode cuidar do seu problema periodontal? Pobre. E classe média e hipossuficiente, vai cuidar disso como? Não é uma necessidade da especialidade, é uma necessidade do mercado, na minha opinião, que fez com que ela se adaptasse. Eu sempre tive muito voltada para clínica particular, sempre tive muito voltada para magistério, eu não fazia muito essas atuações.

Quando eu fui para o consultório, eu dividi o consultório com a minha família. Minha irmã. Era uma clínica, cada um tinha seu consultório. E nunca trabalhei com planos de saúde, todos os pacientes que eu atendi, durante inúmeros anos, foram sempre pacientes particulares. Eu vejo essa mudança da odontologia puramente particular, se voltando agora com os planos de saúde se popularizando, totalmente mercantilização da odontologia, porque o preço que um plano de saúde cobra a um profissional, é indigno. É uma questão também de sobrevivência do profissional, porque existe, atualmente, a competitividade e, quando você não pode se qualificar, você tem que disputar aos tapas a possibilidade de sobrevivência. Quem é que, satisfeito, alegre, contente, atende 60 pacientes por dia, como eu tenho alunos que

atendem 20 de manhã, 20 a tarde, 20 a noite, preços irrisórios, e atendem 50 porque eles precisam comprar um carro novo. Ou então um transporte que ainda não tem. Como é que você pode atender, em um dia, 60 pessoas, fazendo prótese inclusive? Que prótese é, é perereca para pular da boca e não se instalar ou então trazer problemas de saúde? E a gente vê que essas coisas estão acontecendo. Você acha que isso é um benefício para a sociedade, se pagar pesadamente a profissionais para ter uma produtividade, a lógica capitalista, de você trabalhar até a morte, você adoece, mas você adoece com seu carro, com sua casa e está acontecendo. Inúmeros médicos, inclusive dentistas, todo mundo, morrendo, se acabando, estressados com inúmeros problemas de saúde, em troca de ganhar uns trocados indignos, porque falta qualificação. Eles precisam para a sobrevivência. Existe competitividade. Antigamente nós tínhamos duas faculdades de odontologia, hoje, no estado tem mais de oito. Você imagina no Brasil. Também tem o problema da interiorização das universidades. Foram criando novas universidades, que tem o aspecto positivo, mas também tem o aspecto negativo. Porque você tem que pensar na sua pesquisa e, pelo que eu estou entendendo, você não vai encontrar o viés disso dentro do contexto sociopolítico econômico. Você não vai encontrar a sua resposta na ciência. A técnica não garante isso. A técnica pela técnica e a ciência pela ciência, não justifica o que a gente está vendo agora, a nível de saúde pública. Muito menos de saúde, de uma maneira geral, seja ela privada ou pública. Sua leitura vai ter que ser por esse viés. Mas de antemão, eu lhe digo que não vai ser isso que você vai encontrar na resposta, igual a maioria das pessoas.

Dra. Maria

Meu nome é Maria Dantas, sou atualmente professora do curso de odontologia de uma universidade em Pernambuco. Mas minha formação, desde de pequena foi muito diversa. Minha família vivia me mudando de escola, então eu transitava entre o sistema público e o sistema privado aqui no Recife, dependia da situação financeira da minha família, e peguei uma reforma curricular onde houve uma mudança no ensino fundamental e eu ingressei nos cursinhos, que na época, foi uma novidade, né? E também fiz a preparação para o vestibular no cursinho.

Eu não tinha muita clareza do que eu queria fazer, medicina eu ficava com o pé atrás. Eu gostaria de ter feito as áreas sociais, mas eu tive dificuldade pelo meu processo de escolarização, aí eu senti umas dificuldades nas áreas de humanas, e tinha uma facilidade para áreas biológicas, mas transitei muito, fiquei muito na dúvida entre psicologia e odontologia.

A odontologia foi bem pragmática, porque eu vivia muito no dentista. Como eu não queria medicina, aí eu fiz uma escolha mais pragmática pela odontologia, porque eu tive muitos problemas bucais. Eu vivia em consultório odontológico e achava aquele ambiente protegido e me identifiquei vagamente, de forma prática, com o processo de trabalho. Achava o consultório arrumadinho, e aqueles instrumentos... Então, foi uma decisão muito jovem. Eu acho que eu tinha uns 17 anos e que depois, quando eu ingressei, como eu tinha um lado muito prático, eu gostava muito, era muito objetiva.

Então eu me identificava um pouco, mas não era bem aquilo que eu queria rápido, porque era um ensino muito técnico, e eu como era uma pessoa que gostava muito do social... Aí eu já militava como secundarista, já fazia parte do movimento secundarista, então foi uma escolha muito estranha minha nesse sentido, né? Eu fui pragmática, eu tinha umas dificuldades de encontro com as disciplinas sociais, mas minha trajetória foi sempre no campo social e das leituras pessoais. Então, eu tinha uma insatisfação nesse sentido, mas como eu tinha um lado também muito objetivo e também gostava muito do cuidado, eu fui superando as deficiências do curso que me frustravam com a parte social do curso e principalmente na questão de poder.

Eu entrei na faculdade em 1979, pelo vestibular, aliás, todo ingresso é no vestibular e foi na universidade federal. Não existia outra forma de ingresso. Foi um estranhamento muito grande para o meu cursinho, porque eu entrei em quarto lugar e eu tinha média para medicina, e as pessoas queriam que eu migrasse para medicina pelo preconceito que já existia: “Como é que uma nota alta e as pessoas não querem medicina?”.

Durante a faculdade tinha um currículo, mas eu não me lembro agora se... “Projeto?” Isso eu não me lembro de jeito nenhum. A gente era muito imatura, e se tinha um “projeto pedagógico?”, “as diretrizes curriculares?” não, a gente não tinha essa aproximação, mas tinha um currículo sim, no entanto que isso está no nosso histórico escolar. Mas, as clínicas faziam parte do curso. Ah, fazia parte sim! Eu acho que a natureza do curso, ele sempre foi construído com clínicas escolas. Eu me

lembro dos professores, na época, relatando quando o curso de odontologia ele funcionava no Derby, que já era com clínica escola, porque era um curso muito prático. A natureza dele era uma formação já ligada para clínica com treinamento técnico.

Não tenho muita lembrança das clínicas, mas eu tenho a impressão. O curso era de quatro anos. Nós tínhamos o básico, né? O primeiro ano era todo básico, depois a gente entrava no eixo profissional. Acredito que era essa a divisão curricular e a gente tinha muitas aulas de laboratório. Depois do treinamento no laboratório a gente iria para as clínicas, aí eu não sei se foi no terceiro ano ou se foi no segundo ano já, não tenho a memória. E já era separado por especialidades. Era um modelo realmente já implementado: modelo flexneriano, biomédico. Era por disciplina e por especialidade. Durante a sua graduação, existia a compra de instrumentais de materiais. Tudo era por conta da gente. Era pesado.

Já existiam os estágios no último ano do curso e já era indicado a rede pública para a gente estagiar, então eu estagiei no Hospital dos Servidores do Estado, mas a gente podia optar por estágios extra clínicos. Então eu estagie em entidades filantrópicas por conta própria, a gente saia procurando. Tinham uns dentistas que também faziam a filantropia e eu me lembro que eu também trabalhei, fiz uns estágios numa entidade filantrópica no Pina, então a gente fazia por conta própria. Poderia também fazer estágio de observação com dentista da família, né? De maneira assim... Dos seus contatos pessoais.

O curso era muito técnico, como disse anteriormente, foi uma escolha que eu fiz por não me identificar, não saber direito qual o caminho que eu iria seguir. Eu optei por saúde, mas minhas intencionalidades todas era no campo do social, então eu sentia uma desconexão muito grande nesses meus desejos. Como eu tinha uma facilidade muito grande pela instrumentalização e como eu gostava do cuidado, esse lado aí eu fui me identificando e imediatamente eu fui concorrer à monitoria da disciplina de odontologia social e preventiva, por falar nisso, essa disciplina se chamava higiene... Higiene, saúde pública e depois foi... Eu já entrei, ela já, com o nome de odontologia social e preventiva.

Já estava na grade curricular, era... Antes de ser odontologia ela tinha o nome de "higiene", aí eu não sei o outro, mas eu vou... Tá fazendo eu puxar minha memória... Eu vou até atrás disso! Fiquei curiosa! Não sei se era "higiene

odontologia... social”, mas tinha o nome “higiene” antes de ser “odontologia social e preventiva”.

Naquele momento não existia disciplinas entre os departamentos, dados para mais de um curso ao mesmo tempo. Mas essas disciplinas também eram dadas para médicos, mas por médicos. No nosso caso, era por dentistas. Tinham três professores nessa disciplina e eles não tinham nenhuma identidade com a disciplina, eram os professores que eles não tinham lotação e colocavam na disciplina de saúde coletiva, mas era um professor bem fofo.

Também me incorporei ao movimento estudantil da época, que estava se reorganizando. E com o pessoal de saúde, do movimento estudantil, eu tive acesso ao “projeto várzea”, que foi o primeiro projeto docente assistencial lá na federal. Existia um na região metropolitana que era em Vitória, que já eram os movimentos de trazer a formação mais para o campo da saúde coletiva ao campo comunitário, aí foi por aí que eu fui tendo mais satisfação com o curso, e esse grupo, mesmo sendo um grupo que estava começando a militar na saúde coletiva, que na época a gente nem denominava dessa maneira, mas todos os meus colegas que hoje são professores ou já estão até aposentados, eles também começaram muito com a clínica, então meus colegas na especialização de saúde pública e depois no mestrado, eles faziam da militância à formação em saúde coletiva, mas também fizeram muito curso clínico, e eles também trabalharam na clínica. Aí, com isso eu tive mais satisfação do curso.

Então eu escolhi ir logo para a clínica, a odontologia coletiva e a saúde coletiva, na época aqui, ela não tinha ainda um espaço. Os meus colegas médicos que trabalhavam na saúde coletiva, eles sim tinham mais facilidade de empregabilidade do que nós da odontologia. Então eu tinha colegas que tinham feito concurso no INAMPS, outros já trabalhavam por indicação no estado, e dessa maneira eles tinham mais facilidade de empregabilidade do que nós, mas todos começaram muito pela clínica, pelo trabalho clínico. Não tinha já, esses concursos para a saúde pública. Um ou outro. Eu lembro que eu tinha um colega que ele fez um concurso, não sei se foi na FIOCRUZ, a gente já escutava a Fiocruz na época como uma instituição de saúde pública. Tinham outros que trabalhavam na FUSAM, na FUNAI, mas eles não eram só sanitaristas, eles eram clínicos.

Logo que eu me formei eu fui trabalhar no consultório do professor de odontologia social e preventiva. Ele era pai de um rapaz, que depois eu fiquei amiga. Aí já recém-formada, a gente utilizava o consultório dele para trabalhar de final de semana, que a

gente ainda era muito inexperiente..., então, final de semana eu trabalhava com meu colega. A gente não pagava nada, a gente recebia pelos procedimentos que a gente realizava no paciente.

Depois eu consegui um emprego no sindicato, porque como eu já fazia militância política, então eu trabalhava também no sindicato dos portuários, né? Mas foi rápido. A única questão é que não tinha carteira assinada e a gente recebia nem lembro quanto. Nem contrato tinha, foi por indicação desse dentista-professor que eu alugava o consultório, e eu fui contratada para alguns dias da semana, então eu ia. Trabalhava e no final do mês eles me remuneravam, nem lembro quanto, tudo muito pouco.

O processo de trabalho do consultório no sindicato era igualzinho ao da clínica escola, porque a gente na época, só restaurava os dentes, ou extraía os dentes e fazia uma periodontite muito simples, até porque a prevalência de carie era monstruosa e a população, tanto no privado quanto no público, tinha muita necessidade de tratamento, e necessidade de extração, indicação de extração. Tinha uma diferença, claro né? O sindicato, ele oferecia material restaurador e para extração dentária, não oferecia tratamento endodôntico e no consultório particular ou conveniado a gente já podia fazer tratamento endodôntico.

Paralelo a isso, então, eu fui fazer a formação de saúde pública, aí eu fui ocupando esses espaços, trabalhando dessa maneira. Aí, fui fazer minha especialização em saúde pública em 1981 ou... Em 1985 houve o primeiro concurso público depois da ditadura, e foi em Olinda. Então foi o meu primeiro concurso público em Olinda, foi para o cargo de dentista sanitaria e me colocaram para clinicar e para trabalhar nas coordenações de saúde e saúde bucal.

Mais estabilizada com o concurso de Olinda, eu aluguei um espaço de uma prima que era médica. Ela me ofereceu uma sala que funciona o consultório de uma tia dela, aí foi muito bacana, porque essa tia tinha um consultório hiper antigo, super lindo e eu topei ficar nesse consultório, e era superdifícil a manutenção dos equipamentos, principalmente da turbina. Aí eu passei um tempo desse consultório de modelo antigo e depois a minha mãe com um dinheiro que ela teve, de não sei de que foi, ela tinha acabado de se aposentar... ela comprou um equipamento para mim, o mais simples e o mais moderninho, mas eu tive uma pena de abandonar o outro. O outro ela lindo, era verde bandeira.

Era uma maravilha na época, porque era muito interessante. A gente se formava e naturalmente, se você era... O pessoal do interior sofreu mais, mas quem

era do Recife e tinha toda a sua rede de amizades e familiares, então, naturalmente se começava com os amigos e com a família, e daí começava a rede de pacientes se instituir. Todos os nossos amigos da época, todos os colegas, não tiveram nenhuma dificuldade de construir a sua clientela, quem sofreu um pouco mais era o pessoal do interior, esses foram para o Rio de Janeiro, muitos... Quatro colegas meus foram para o Rio de Janeiro, para as clínicas populares. Essas redes de clínicas populares já existiam em São Paulo, e em Recife foi algo que eu não conhecia, conheci ao visitar esses colegas e era uma realidade de muita exploração do trabalho, duas tinham adoecido de tanto trabalhar, tiveram tendinite rápida, mas aqui no Recife toda a minha geração constituía de forma bem autônoma sua clientela, de forma fácil. Então, os pacientes que eu atendia no consultório do pai do meu colega migraram para o meu novo consultório. Foi só mudança de endereço!

No final da década de 1980 que começou a serem produzidos os convênios na odontologia, começou a ser muito forte, e aí eu começava a ver que quem tinha muitos convênios eram os colegas que não conseguiram construir essa rede de clientes, porque ia depender muito da extensão dessa rede de relacionamento pessoal e familiar.

A minha geração está protegida do assalariamento. A geração 1970 e 1980, e também a de 1990 se protegeu. Meio de 1990 e 2000 assalariamento do trabalho, muitas empresas odontológicas privadas e monopolizadas, umas elas regulam o trabalho, as relações de trabalho que aí eu faço muito consulta, né? Como eu... A gente nesse mudo e com esses interesses, então eu sei das histórias assim, não se paga... Não assine na carteira e eu dizia assim: “porque é que você não vai ver isso, né?” e eles diziam: “de jeito nenhum, se eu colocar meu nome fica sujo no mercado”. E isso acontece com os médicos aqui também, né? Eu acho que você acompanha. Eles estão com empresas próprias, eles têm que abrir empresa, eles estão aceitando todas as relações que os hospitais estão determinando, e disso que ninguém reclama, nem vai botar na justiça porque fica sujo.

Minha geração, a gente saía da universidade direto para o consultório. Existiam poucas especializações privadas, como hoje tem uma montanha. Isso aí também se conformou como “empresas lucrativas” e até pelo desenvolvimento tecnológico da área, então existiam pouquíssimos cursos. A OAB oferecia um ou outro perdido, mas não tinha clínica escola na OAB e na universidade existiam umas duas

especializações. Existia endodontia, odontopediatria e eu acho que já existia de cirurgia, então, nas especializações só tinham essas três, e nossa geração clínica a gente foi se especializando na prática e buscando individualmente, cursos. Era muito comum, na época, um professor juntar um grupo de estudo e também oferecer cursos no consultório dele, a gente fazia muito isso. A gente juntava grupos de estudo, eu passei mais de um ano com esse grupo de estudo, que era para compensar falhas da formação e também participava de outros grupos de professores, que eles montavam no consultório uma clínica escola. Então, a gente principalmente com a deficiência grande em reabilitação em prótese, a gente tinha uns professores aqui e clínicos que prestavam esse tipo de serviço à categoria.

Na década de 1990 é que começou a ter as clínicas nas OAB daqui e depois nos sindicatos. Aí nesse processo eu fiz vários cursos de aperfeiçoamento e fiz a especialidade de odontopediatria lá na UFPE, que eu também gostava muito dessa área de atenção à criança. Aí depois eu fiz especialização em prótese e muito aperfeiçoamento, porque houve uma revolução tecnológica grande para minha área na década de 1990, que foi com os materiais adesivos e nas próteses, o advento do implante que foi uma grande novidade, e aí nós praticamente fizemos outro curso, porque foram muito grandes as mudanças e a incorporação tecnológica, para a área.

Ainda assim, eu continuava sendo clínica. Atendia de tudo. A minha formação realmente foi clínica e eu fazia já, como eu tinha essa inserção, meus estudos no campo da saúde coletiva, e também eu fazia muito link com os colegas da homeopatia, os clínicos mais humanizados que tinham outras abordagens. Eu ia para muitos outros cursos, então eu era ligada um pouco aos colegas que refletiam cuidado em saúde, e a reflexão sobre o fazer em clínica mais humanizada.

A gente não usava esse nome “humanizado”, né? Uma clínica de maior respeito às pessoas. E aí então, eu sempre fui clínica, e fui incorporando as especialidades para qualificar a formação clínica, mas meu perfil foi de clínica e eu era clínica de família, porque eu era clínica de criança, de adolescente, de adulto, do idoso, e eu fui me constituindo na clínica privada como uma clínica de dentista de família porque eu tinha essa rede.

Eu era clínica que incorporei algumas especialidades porque eu gostava. Como eu gostava da abordagem integral, da interdisciplinaridade dos saberes clínicos e tudo, então, eu qualifiquei a minha clínica e eu fazia a referência para as especialidades onde eu não consegui me qualificar e também porque era muito

pesado. Uma especialidade que agora todo clínico esta fazendo, com cursinhos muito curtos que é a ortodontia. A ortodontia era uma especialidade que quem era de classe média não tinha acesso a ela, ela era caríssima, ela só era ofertada no sul do país, então só as pessoas que eram mais abonadas que podiam fazer essa especialidade, eram elite, só a elite tinha acesso ao ortodontista.

Assim meio da década de noventa que isso começou a se popularizar, ainda bem, né? Então começou a abrir cursos de especialização aqui, muitos cursos de especialização e cursos de aperfeiçoamento, aí muitos clínicos incorporaram também a ortodontia, mas eu acho uma especialidade que precisa de um aprofundamento, não deve ser banalizada. Outra especialidade eu não gostava era endodontia, como endodontia ela é muito detalhista, é muito técnica de mais e eu fui me cansando, eu não fiz a especialidade eu fazia pela minha formação que adquiri na graduação... aí eu não fazia. Eu não fazia periodontia complexa, cirurgia e endodontia.

Eu tinha uma crítica. Eu não me expressei bem no começo para você, mas assim, uma das minhas inadequações no curso era porque o curso era completamente biomédico, privatista e liberal. Então entrar numa sala para ouvir uma aula que o treinamento era a valorização unicamente privado, da clínica particular, e a discussão dos orçamentos, e ver essas disputas entre especialidades mais rentáveis ou não, isso eu tinha a maior rejeição e combatia, porque eu era do Diretório Acadêmico também, aí eu me juntava com os professores que eram mais humanizados, porque existiam... Existiam bons clínicos, existiam professores que eram exemplos, eu acho que... Eu não sei se eu já relatei, um professor era muito interessante, de radiologia, Aggeu de Aquino, eu acho que tem até uma placa com o nome dele...

Então eu já fazia toda essa crítica e na minha clínica eu também procurava fazer outra clínica, então, era uma clínica de mais cuidado e eu resistia à incorporação tecnológica advinda da pressão do complexo que a gente não chama na odontologia, mas você vai entender, que é o “complexo medico industrial”. Então, eu fazia essa racionalidade, porque eu já tinha essa reflexão crítica, eu já tinha essa formação.

Eu valorizava muito a consulta, embora a profissão super tecnológica e embora a pressão da produtividade, e o número de pacientes, era muito trabalhoso nisso... A agenda cheia, você tem que produzir. O autônomo sofre muito com isso porque ele tem que girar essa produção, porque ele precisa fazer com que os honorários sejam pagos e geralmente existe uma cultura do paciente que ele paga 50% no começo e

50% no final, existia essa cultura, então existia uma pressão de terminar logo para poder rodar o honorário e poder pagar as despesas todas, e ter o seu lucro, mas eu valorizava muito o processo de inter-relação minha com o paciente, então, eu valorizava a escuta, eu valorizava a anamnese... Passava muito tempo... Então, como eu organizava esse processo de trabalho? O paciente que chegava pela primeira vez, então, eu ficava uma hora com ele só conversando, fazendo anamnese, fazendo exame clínico, voltando para conversar, pactuando com ele as variações nas possibilidades de tratamento, então, eu começava a construir um vínculo, e conversa bem tranquila sobre os honorários, e também partilhava as possibilidades de pagamento com a pessoa, dependendo da pessoa. Depois desse momento não, porque aí quando você estabelece e a pessoa pactua um plano de tratamento, aí as interdições são clínicas, né? Aí depois flui mais legal, porque você constrói, então, essa interação de vínculo.

No consultório aparecia de tudo, tem algumas situações clínicas que saia do normal, né? Tinha assim... Dores inexplicáveis, que a gente não fecha o diagnóstico, então teve um caso que foi muito interessante, o paciente tinha dor no rosto inteiro e ninguém conseguia... A gente precisou conversar com o médico, ia para o médico, o médico também não entendia, e era uma bolsa periodontal não diagnosticada na distal do terceiro molar. Então assim, os casos atípicos que marcam, aí você, né?... Foi falta de diagnóstico mesmo, a gente não diagnosticava e a imagem radiográfica muitas vezes não pega, né?

Mas tem muitos casos, é que eu não sei direito de todas as ordens. Tem também os casos dos pacientes, pacientes muito complicados, problema realmente, tinha problemas de vínculos, tinha problemas de tensão dessa relação, tinha problema de exploração nessa relação, pacientes que não pagavam, você trabalhava meses no paciente, né? Tinha muito sofrimento! Também tinha sofrimento, porque era uma relação de cuidado que a gente estabelecia né? E você cria afetos nessa relação e de repente tinha a quebra, né? Tinha pessoas que chegavam e você precisa, só com muita experiência, você tentando desenvolver que você tem que entender o estresse do paciente, mas às vezes o paciente pegava você de uma maneira que você não pensa isso, ele vem para cima com agressão, então, essas situações também marcavam muito, muito! O que mais me marcava muito também era o desrespeito, muito! Eu acho que eu tinha 20% de pessoas que não pagavam e eu sempre colocava... O que mais me magoava era que eles não vinham conversar para dizer

que não podiam pagar e às vezes não era isso, era desrespeito mesmo, era uma relação muito desrespeitosa, porque eu comecei a diferenciar aqueles que tinham a dificuldade dizer, então era um mecanismo de defesa não dizer que não podia pagar e dizia que vinha paga e nunca vinha, nunca vinha né? Essa situação é assim, muito chata.

Acho que ao ser mulher favorecia mais alguns tipos de agressões que acontecia, mas isso é uma conversa de bastidor da categoria, né?

Do tipo agressão que eles não faziam isso com homem. Eu já tive um paciente que chegou e disse assim: “a senhora é uma exploradora” e isso com aquele processo todinho: pactuado, explicado, quanto iria ser o tratamento, como se poderia pagar, aí a pessoa aceitava tudo, acordava, não sei o que e depois saia com uma dessa... dizer isso para você, aí isso eu via nos homens, homens assim... Falar grosseiro porque você está atrasada, também ouvia mais assim os homens falarem. Com as mulheres tinha as relações de mulheres, tinha a idiossincrasia entre as mulheres, aí as vezes tinha dificuldades entre as mulheres também, mas aí eu tentei com o tempo eu fui também testando os meus limites e fui entendendo que se eu tinha algum problema de vínculo, de vínculo afetivo e tranquilo estabelecido, aí eu não aceitava a paciente. Quando eu percebia que não ia se construir um vínculo de confiança e de um relacionamento legal, de respeito, afetivo, aí eu comecei a entender que era melhor eu dizer que não queria tratar mais e eu enfrentei essas situações.

Eu ia para os congressos, que eles são o templo do consumo, e eu ia e via na cara, eu extraia o que era necessário do aprendizado técnico-científico, mas ali era um horror. Existe técnica que era assim: “estimulo a técnica desnecessária”, “estimulo a compra de materiais desnecessários”, então como eu via isso, eu fiz muita racionalidade na incorporação dos materiais e dos instrumentais, contudo eu me modernizei, até porque é uma delícia.

Quando você trabalha e você tem incorporação tecnológica que vai melhorar o trabalho, vai qualificar, o resultado desse trabalho é uma maravilha. Então, eu incorporei muita tecnologia, mas com muita crítica e muita racionalidade. Na minha área como as pessoas são muito dominadas pelo mercado, o pessoal vive comprando, vive substituindo, né? Nem fazem a crítica, e existe até nas brincadeiras dos dentistas, existe até uma... eles colocam muito: “cadê as suas gavetas que você joga tudo e não usa nada? ”, porque eles compram milhares de produtos e não precisam necessariamente ser utilizado no dia a dia do processo de trabalho.

Eu tive que modernizar, por exemplo: aparelho de raio-x, ele melhorou muito. Ah! é muito importante. Eu valorizava muito fechar todo apoio de diagnóstico, né? Eu valorizava muito! O uso da radiografia é muito importante na qualificação, não é fundamental, mas é muito importante, né? Não é fundamental, mas ele fecha, dá segurança..., mas eu usava com racionalidade, porque o pessoal que quer aumentar os honorários, eles propõem muita radiografia desnecessária e muitos procedimentos desnecessários. Eu usava com racionalidade e tinha um método, né? Tinha um método.

Também apareceram as resinas foto-polimerizáveis, que a gente começou com as resinas químico-polimerizáveis, eu tive que comprar os aparelhos; depois dentro da estufa para a autoclave, né? Na biossegurança; depois tivemos que incorporar toda a nova biossegurança que a gente não incorporava, era o mínimo possível no consultório, e isso era caro e tem muitos materiais pra esse apoio da esterilização; incorporei o laser também; o laser de baixa potencia incorporei também, mas isso eu incorporei pela minha especialização na prótese, todos os materiais necessários pra apoiar as reabilitações clínicas, então todo esse material de apoio: modelador de gesso... tinha agora... Nem me lembro... Tinha uns maçaricos, uns detalhes assim...

Mas na prótese você não trabalha sozinha, tem o técnico. É uma relação de parceria muito legal também. Difícil às vezes, porque eles também sofreram com a dificuldade de se atualizar com essa revolução que ouve na década de 1990, todos os materiais que a gente começou a sair do metal para as cerâmicas, também outra modificação e que encareceu muito. E eles não tinham essa formação, então tinham momentos que tinha muita atenção pela qualidade do trabalho, mas eu construí muita solidariedade e muita parceria bacana com o pessoal técnico.

Eram dois autônomos. Ao dentista cabe toda a parte de planejamento e eles vem muitas vezes... eu os incorporava, era importante esse momento. Todo o planejamento da reabilitação, e a gente faz toda a parte cirúrgica, técnica cirúrgica nos preparos todos, né? E eles vão executar as próteses, os artefatos. E o pagamento era autônomo, o trabalho deles era muito semelhante ao nosso, eles eram autônomos, muito informais nessa relação e que isso teve que se institucionalizar um pouco mais, porque a gente poderia... os pacientes querendo ter o recibo que era muito caro, e eles tinham que dar recibo à gente. E muitos trabalhavam de forma clandestina, a gente podia dizer né? Eles não apresentavam receita sem o imposto de renda, aí, às

vezes tinham essas questões para serem resolvidas, mas era um trabalho bem autônomo e informal, no início era muito informal.

Já a relação com outros especialistas era um campo de disputa, de muita competição, muita! Mas você vai montando sua rede de solidariedade, de apoio, de colaboração, nesse processo entra também a competição e o que eles colocam muito, “um roubou o paciente do outro”, o que é um horror, né? Mas isso existe! Isso existe, e você vai construindo essa referência e contrarreferência. Eu trabalhei bem com esses problemas, tive alguns problemas de competição nessa área, mas depois eu construí o meu grupo e era uma delícia, era de solidariedade, era de referência e contrarreferência. Eu sempre referenciava nas especialidades que eu não tinha, não competia a clínica que eu já estava qualificada para fazer, e você sabe que nós podemos, quando a gente se forma, a gente pode fazer todas as especialidades, menos bucomaxilofacial.

Todo mundo de consultório particular, mas aí já estava misto: consultório particular e conveniado. A década de 1990 foi uma década difícil e houve uma crise econômica grande e a gente começou a procurar os convênios. Eu mesma incorporei por uns três anos, mas como eu tinha uma clientela muito grande e eu tinha já outra conduta, eu dizia assim, brincava né? “Porque a clientela era grande? ”. Porque os meus os preços... Eu dizia assim: “eu sou o meu convênio”. Eu fazia um preço bem legal, eu não fazia o preço da média dos colegas, aí por isso, muita gente ficava com esse conflito de convênio, tá? Eles cobravam muito caro o particular e tinham os convênios para suprir as despesas, aí eu fazia o contrário, eu cobrava o preço... Metade do que eles cobravam à classe média para minha rede, né? Que toda era de classe média... dava para pagar.

Mas fiquei nos convênios por pouco tempo, porque aí depois eu incorporei e vi que era tão trabalhoso que a remuneração que eu recebia nem compensava. Aí eu saí dos convênios e fiquei com a clientela que eu sempre tinha, mesmo com épocas melhores ou piores. Era uma exploração a mais! Era exploração a mais! Tinha perícia, se demorava quarenta e cinco dias para gente receber. Depois de preencher o tratamento completado, esse você pode demorar três meses, quatro meses, um ano, e você só pode mandar o relatório com o tratamento completado, aí depois você manda tudo isso, se passa por pericia, e demora quarenta e cinco dias para o dinheiro cair na sua conta. Eu preenchia tudo sozinha. Eu comecei a treinar a secretária, mas as secretárias tinham muita dificuldade de entender.

Isso gera problemas na relação profissional com o paciente, porque aí começa a se fazer com muita rapidez, com baixa qualidade, né? Existe assim uma desigualdade nos consultórios que atende convênio e particular, começa a racionalizar a oferta de qualidade de materiais de um grupo para outro, por causa dessa relação de trabalho.

Era bem trabalhoso e eu tinha também uma relação, que eu não tinha um esquema de apoio muito formado não, porque era eu e minha auxiliar, e ela ficava comigo... Depois que o consultório deu outro salto, que cresceu assim o número de clientes, foi que eu tive que contratar uma secretária, aí eu tinha a auxiliar comigo/instrumentadora e a secretária, mas eu passei muitos anos em que eu fazia tudo, todo o processo eu fazia, de receber os honorários, de fazer esses relatórios, toda a parte burocrática eu também fazia o controle. Eu tenho colegas que trabalham sozinhos, não sei como eles conseguiam.

Eu fiquei sozinha, mas eu sempre tive uma instrumentadora, mas você imagine assim, a formação delas... elas tinham o primeiro grau e elas se formavam com a gente, depois o CRO reconheceu a formação delas com o dentista, dando uma certificação, uma comprovação de que elas trabalhavam por mais de... não sei... Dois anos ou três anos. Em seguida é que houve, de fato, a obrigatoriedade do curso de formação técnica, e houve também a expansão dessa área de formação técnica. A gente educava. Eu tinha que fazer toda a formação dela e ela trabalhava no consultório fazendo a esterilização e me instrumentando. Era muito comum também que as ASB fizessem toda a parte de faxina e limpeza do consultório. Nessa questão financeira as pessoas tentavam racionalizar, eu tinha! Eu contratava quando eu trabalhava numa clínica da minha prima e eu alugava uma sala a ela, aí tinha essa pessoa.

Era uma loucura... O meu desejo era de atender quatro por turno, mas como eu tinha uma pressão muito grande, aí eu variava conforme o que eu ia fazer. Então se só fosse... Tinha semanas que eu via assim na agenda: “primeira consulta e procedimentos clínicos simples”, aí eu marcava de meia em meia hora, mas a primeira consulta era uma hora, aliás, eu me expressei errado, a primeira consulta era uma hora, procedimentos simples de meia em meia hora e procedimentos ou casos clínicos complexos eu fechava a manhã para aquele caso clínico ou duas horas pra aquele caso clínico, então tinham muitos casos clínicos complexos que as pessoas precisavam que eu intervisse de forma, não de procedimento por procedimento, mas

de forma bem ampla dentre todos os problemas apresentados ali, por exemplo: uma pessoa que esteja com doença periodontal, com cáries rampantes em vários elementos dentais, então você tem que fazer uma abordagem aí completa e que demora, né? A primeira fase de adequação do meio, as reabilitações a preparar os dentes para tratamento de canal, então às vezes eu ficava uma manhã inteira com o paciente. E também quando eu tinha as reabilitações protéticas, aí eu separava duas horas por paciente. Então minha agenda ela era organizada conforme o caso clínico, mas quando eu tinha semanas só de procedimentos clínicos: restaurações, profilaxias, volta, voltas de preventiva somente para checagem, aí então era de meia em meia hora e eu ficava administrando essa agenda, era bem complexa porque eu tinha muito paciente, às vezes eu tinha uma agenda de um mês fechada, aí era bem estressante, porque sempre aparecem as urgências, né? Aí as urgências você tem que atender.

A urgência geralmente é dor, pulpite ou dente quebrado, ou... Em criança acontece muito... Muito não, mas acontece muito de chegar com o dente na mão, né? Um traumatismo que você tem que reimplantar o dente. Agora, isso tudo ainda eu não coloquei o outro lado, eu organizava o consultório dessa maneira, mas eu tinha na minha agenda o expediente.

Eu era dentista de família! Então eu ia em hospital ver acamados, né? Pacientes meus que estavam acamados, idosos principalmente, fazia atendimento domiciliar, os pacientes vinham na minha casa, criança quando levava uma queda o dente ficava puxado, e eu dizia venham aqui para casa e eu abrir o consultório meia noite, uma hora da tarde, porque não existia rede de urgência e emergência privada, né? Então no momento que começou há existir um pouco alguns grupos oferecendo urgências, eu comecei a conhecer um pessoal legal, aí eu referência, mas isso sabe quando foi? Foi em 2000, foi bem recente essas clínicas que foram se instaurando aqui no Recife.

Teve uma época que só trabalhava um expediente no consultório porque no outro eu estava na coordenação de saúde bucal, em Olinda e no estado, e depois que aí eu consegui, que foi uma época muito ruim, foi uma época que a direita pegou, foi no segundo governo de Arraes e tirou todos os cargos de confiança no governo Arraes aí a gente sabia que havia uma perseguição e que a gente teria espaços reduzidos, foi quando eu voltei pra universidade.

Eu consegui à disposição para a Federal 1m 1991, aí foi flexibilizado melhor a minha carga horária, então as minhas vinte horas eu era mais flexibilizada, porque era quando tinha atividades docentes e eu tinha as atividades de estudo e de planejar a aula, aí às vezes eu pude ir só quatro vezes na semana, aí isso eu fui administrando.

Eu fui como dentista sanitaria cedida para Universidade, aí fui incorporada na pós-graduação na especialidade de odontopediatria porque eu já tinha um vínculo... Na saúde bucal pública a gente só trabalhava com escolar e a gente organizava toda a atenção à saúde bucal de escolar, e uma grande problemática era da extração dentária precoce, e o coordenador dessa especialidade, a tese dele de doutorado foi defender um tratamento endodôntico que não precisava de radiografia necessariamente, e mais simplificado para o primeiro molar permanente que era pulpotomia em primeiro molar permanente, então, eu fui pra lá a disposição com um projeto. O estado me cedeu porque eu fui com um projeto para gente elaborar um treinamento na rede estadual para todos os dentistas poderem preservar os molares permanentes em erupção que já estava atacado por cárie e seriam extraídos, aí com isso, a gente ficou dois anos nesse trabalho e eu fazia integração Ensino-Serviço.

Nas escolas e no consultório, eu assisti uma mudança que foi de diminuir a extração dentária para o cuidado mesmo das caries, essa prevalência a gente pôde ver no privado e no público, essa redução da prevalência. Aconteceu de forma heterogênea e dependendo dos grupos que você avalia. Nos espaços urbanos as escolas públicas são outras, por exemplo, eu e meu marido, a gente trabalhou na década de 1970 em uma favela aqui muito pesada, nós trabalhamos uns dez anos no Coque, os adolescentes eram todos desdentados, hoje você... Desde a década de 1990 pra cá, é mais 1980, você entra nas escolas públicas e você convive nos espaços urbanos populares e você não vê adolescentes desdentados, porque todo mundo foi coberto com o flúor, que é uma medida de proteção, e ouve um investimento no auto cuidado nas escolas públicas, e a privada você sabe que tanto faz se é na escola ou não, as famílias começam a incorporar e se cuidam mais, né?

Agora, teve antes disso, antes do flúor, teve uma passagem entre dor de dente igual a extração para dor de dente pode ser restaurada. No setor público, a gente hoje tem ainda uma prevalência de dor de dente altíssima, na ordem de 26%. E essa prevalência de dor de dente na população de baixa renda a maioria das vezes vai para a extração porque o acesso ao tratamento é endodôntico é restrito, inclusive Josevan tem dados sobre isso da pesquisa de centro de especialidades odontológicas, que

não dão conta, não dão conta porque a base da doença é social, né? Então a gente continua, mas houve uma redução. A perda dentária está concentrada nos adultos e nos idosos, né? Os adolescentes, porque nos espaços urbanos escolarizados, né? Aí tiveram acesso então a gente já viu uma diferença grande na perda dentária, contudo nos grupos mais vulneráveis a gente encontra as situações da década de 1970/1960/1950 mesmo nas cidades.

Fizemos muito treinamento dos dentistas que atuavam nos programas escolares, aí quando eu fui ficando lá, eles me incorporaram ao curso, as pós-graduações que na época eram todas a nível de especialidade e eu coordenei uma disciplina que eles chamavam de “odontologia preventiva”, aí nela eu comecei a trabalhar os conteúdos mais de saúde coletiva, mas no plano de cuidados, né? As medidas individuais e coletivas de saúde, no nosso campo, e foi aí que houve uma revolução do uso do método do flúor que é a nossa maior medida de saúde pública e de proteção específica, e houve também a mudança. A nova descoberta do mecanismo de ação do flúor, por isso a gente teve que passar por outro aprendizado, e também na carieologia, eu passei por esse aprendizado.

Aí em 1990 eu fui me formar, fiz cursos específicos, já existia uma entidade nacional que ele junto o pessoal da saúde coletiva da minha área e, porque era uma abordagem bem preventivista que a ABOPREV (Associação Brasileira de Odontologia Preventiva) e agora ela mudou de nome, de saúde coletiva, mas quem se aglutina a ela são os professores do campo da cariologia, da odontopediatria e das abordagens preventivas, então, eles contribuíram oferecendo a vivência científica para gente da saúde coletiva nas medidas preventivas, né? De âmbito individual e coletiva, aí eu fiquei com esse campo.

Quando a gente incorporou avaliação de risco, nada disso era incorporado. Aí a saúde coletiva, a gente fez muita interação com esse grupo, ainda hoje existe, e uma pessoa que interage muito é Jaime Cury que é daí da UNICAMP, que o laboratório da UNICAMP, ele foi responsável pela vigilância dos primeiros dentifrícios fluoretados no Brasil, que deve competir a ANVISA isso, então ele teve um papel muito grande e foi uma pessoa que sempre foi chamada pela gente para ministrar palestras sobre fluoretação, métodos preventivos com o uso do flúor.

Então eu sempre trabalhei na saúde pública, nos serviços e nas integrações ensino-serviços, foi essa a minha história e voltei a fazer o mestrado e o doutorado, foi a partir de 2004 eu acho. Então eu voltei, aí eu fiz o meu mestrado e o meu

doutorado no AGEU e na FIOCRUZ aqui de Pernambuco, e fiz o concurso em 2012. Aí, eu saí da condição de liberada do estado, porque eu já trabalhava na UFPE e eu trabalhava já fazendo link com a saúde coletiva, aí eu pedi demissão do estado e fechei o consultório, porque eu gostava muito da relação com o consultório, mas era uma relação muito ambígua, porque eu fazia crítica da intensificação do trabalho, é um trabalho muito produtivista, é um trabalho pesado, eu me cobrava muito, porque eu tenho a característica de ser perfeccionista e eu não gostava.

Desde o começo eu tinha muita dificuldade na questão orçamentária, que aprendi, com a maturidade eu fui aprendendo e fui realizando essa parte de forma bem profissional, mas é algo que eu também achava muito ruim. Esses conflitos com paciente por honorários, isso me incomodava demais e porque eu gostava de mais da saúde coletiva, e foi uma realidade da minha condição financeira que fez eu não sair do consultório, porque aqui em Pernambuco não tinha mestrado e doutorado em saúde bucal coletiva, só Odontologia Legal, e eu não gostava, né? Na época eu ainda tentei fazer na FOP e não gostava.

A minha escola foi toda da FIOCRUZ e eu não tinha energia para poder, depois que eu já estava assim... Mais estabilizada, com o dinheiro do consultório, mas eu saí com o mestrado fora, né? Aí quando o programa de mestrado e doutorado, daqui nosso, ele foi ficando mais estruturado, aí isso me motivou e o que me motivou muito foram às transformações políticas. Quando a gente realmente conquistou um governo mais desenvolvimentista com o Lula e que a gente, de fato na nossa área, nós tivemos uma política de saúde bucal para implantar, aí isso foi um fator que me motivou muito e quando eu passei na faculdade é isso que me encorajou.

Aí eu decidi fechar o consultório... Não fechei, foi bem legal pra minha clientela, porque a clientela, ela se vincula a você, tinha clientes de trinta anos, clientes que antes eram crianças e que hoje são adultos, levava os netos.

Mas aí eu tinha uma irmã e essa irmã ela já estava se formando, ela já estava se especializando e ela trabalhava no meu consultório nos dias que eu não estava. Aí eu fiz a transição minha para a minha irmã, foi um sofrimento pra clientela, foi uma questão que eu acho que eu deveria ter trabalhado isso melhor com eles, porque... Nem trabalhar, eu acho que talvez fosse uma defesa minha, mas eu estava tão feliz com a transição em poder fazer só fazer a saúde coletiva, em poder me aprofundar mais nesse campo que aí eu apenas pedi para secretária ir comunicando as pessoas e quando a clientela se encontrava comigo, porque são amigos, aí eu explicava e o

peçoal lamentava muito, ainda hoje eu ouço “quando é que você vai voltar?”, ficaram indignados de eu não fazer universidade e consultório. Eles diziam que todos os profissionais fazem isso [acumular emprego público na esfera federal com o consultório privado] e porquê e que eu não fazia, mas eu até não fazia por uma questão ética, né? Pela dedicação exclusiva, mas também porque já queria fechar mesmo esse processo.

Eu acho que eu era meia leza. Eu acho que assim... até pra escolher minha formação foi assim. Eu não valorizava ser médica ou não... Eu acho que eu não tinha vocação, era muito jovem. Se eu hoje fosse optar eu acho que eu tinha optado pelas áreas mais sociais, então eu não sabia. Psicologia, eu acho que hoje, eu talvez até deveria ter feito na escolha da saúde, eu acho que eu ia me identificar pelos estudos, né? E subjetividade que é uma área que eu gosto muito. Eu teria hoje... Continuei fazendo escolhas erradas porque o meu perfil é qualitativo e eu fiz só perfis... Aliás, eu só estudei mais o quantitativo e o técnico, mas são os caminhos de cada um e também isso não é uma coisa fundamental não, porque eu tenho esse outro lado nas minhas buscas teóricas e nos meus interesses literários que me dão satisfação.

Eu tenho muitos amigos médicos, até porque a saúde coletiva era mais médica na minha geração, agora é que não tem mais médicos, né? Agora a discussão aqui, quando a gente vai para o mestrado de saúde coletiva tem todos menos o médico. Ela é a grande área, eu vejo assim a medicina como a grande área e acho que a gente fez um percurso à separação da odontologia, que eu até lhei um artiguinho besta, sem nenhum profundo, mas ele fala sim, foi uma questão... Eu li alguma coisa, mas eu não me lembro... Nunca mais eu li sobre... Você vai resgatar essas leituras, né? Vai para os países onde a odontologia está bem na medicina, acho que é Itália, Portugal, né?

Eu acho que foi uma besteira a gente ter se separado, muito! Toda vez que eu vou ao oftalmologista eu vejo a gente, porque você vai para ter uma pena do oftalmologista, tanto estudo e o processo de trabalho dele levanta, ele senta, ele mede a lente, né? A maioria mal paga, claro que ele está diagnosticando um monte de afecções, de agravos oftalmo, mas eu acho que a gente deveria ser especialidade da medicina e isso me tencionou muito e foi o maior crítico, por exemplo: os casos sistêmicos que chegam o consultório a gente tem pouco aprendizado, eu já passei por situações de pré-choque anafilático, que desespero para um dentista, porque nós não vivenciamos a urgência e emergência médica, né? E lá a gente fica muito tenso...

Qualquer problema de desmaio, de taquicardia, isso dá uma tensão muito grande porque é uma deficiência na formação.

Na minha formação, quanto aos seus colegas de turma, existia a sensação de que eles estavam fazendo odonto por uma segunda opção, porque na época do vestibular, foi na época que foi introduzida a segunda opção. Geralmente tem até uma brincadeira que aqui se diz, eu não sei até se você pegou também essa brincadeira, que “o dentista é um médico frustrado”, não sei se você ouviu isso, mas eu acho que tinha assim 50% queria ser dentista porque o pai foi, então tinha um pouco assim, tinha gente via pais, parentes, né? E metade era porque não conseguia passar em medicina.

Tive um caso de um paciente, que era paciente, a família era amiga nossa, que ele fez odontologia. Ele foi lá para o consultório fazer estágio comigo, de repente ele saiu e foi fazer medicina.

Mas agora tem a incorporação dos tratamentos então médicos, por exemplo: da dermatologia, da cirurgia plástica, sendo incorporadas na prática odontológica. Eu acho um horror na prática odontológica e na prática médica, porque como eu sou das antigas, eu sou da clínica, né? Da clínica geral, de outra geração menos influenciada por esse capitalismo avançado, esse momento que a gente está vivendo, né? Eu tenho nojo disso, tenho nojo! Porque a odontologia vai virar clínica de estética, né? E o meu paradigma de saúde é outro, completamente. É um paradigma de cuidado do corpo com outras subjetividades, outros interesses, outros projetos de vida e não esse corpo utilizado para os interesses do consumo e de um modelo de estética que é dominado justamente pelo complexo médico industrial.

Eu tenho aversão e sei que isso vai, já está, isso já está completamente incorporado nas clínicas odontológicas mais elitizadas, média, clínicas odontológicas médias, porque esses desejos vão sendo difundidos em todas as classes sócias para terem acesso a esse modelo. Ah não eu sou totalmente... Eu fico... Isso é um pesar pra mim de ver os colegas da minha geração gastando um dinheirão porque os cursos são caríssimos, né? Para terem a formação pra botox, preenchimento, e também as lentes de contato que é outro crime. É outro crime! É o modelo uniforme da arcada dentária, não existe a diversidade das arcadas dentárias, né? A ortodontia também é um antro de criar necessidade desnecessária, porque o mapeamento não é um problema de saúde, torna-se pelas questões psicológicas subjetivas e impostas por um modelo estético. Todo mundo tem que ter o dente branco e alinhado, aí então, os

jovens se tornam pessoas inseguras, né? Começam a sofrer se não entrar naquele padrão. A esta linha eu tenho nojo!

Os dentistas que tiveram maior sucesso nas clínicas privadas, que são mais ricos, que atende a clientela mais rica, certo? Esses é que vão procurar imediatamente os cursos de estética, e das lentes de contato, e das ortodontias para corrigir questões mínimas, para entrar nesse padrão de beleza da arcada dentária perfeita, né? Então começa aí, porque quando você começa a incorporar qualquer tecnologia ela é cara, depois que ela começa a se enraizar como grande mercado, aí ela começa a se popularizar e ser mais barata, porque aí ela já tem um lucro ampliado pelo quantitativo de consumidores, né? Mas você já viu na faculdade que tem os alunos já querendo fazer esses cursos, né? Que começam a ser mais acessíveis e aí começa a reprodução dos profissionais e dos cursos. Aí são cursos podem até nem ter qualidade, nem tem muitas vezes, né? E aí vai o pessoal com cursinho de três meses fazendo intervenções estéticas no rosto: botox, preenchimento, que também podem fazer os outros preenchimentos.

Em 1990 já se falava nisso, está em livros e manuais dos cursos no início das resinas, as resinas foto polimerizadas, porque com essas resinas a gente de fato pode clinicamente melhorar muito defeitos no sorriso, diastemas, fazer facetas de diretas com as resinas e era assim, intervenções clínicas e de custos acessíveis, então a gente podia fazer várias correções estéticas funcionais, mas aí com o advento dos clareamentos dentários, das cerâmicas e das lentes de contato isso foi acho que de 2000 pra cá. Isso acelerou de 2000 para cá. Aí com isso essa área começou a dominar.

Mas aí você sabe que tem uma dicotomia muito grande, né? Da clínica privada com a política nacional de saúde bucal, após o governo Lula. A incorporação tecnológica e o mercado odontológico ele sempre foi competitivo. Quando eu me formei a gente já era abordado por duas empresas que tinham aqui: A Kavo e Dabi... a kavo era para os riscos, era uma empresa que os equipamentos eram sofisticados. E eles disputavam o mercado público. Eu era coordenadora de saúde bucal e fui abordada por uma empresa que eles iriam me oferecer um consultório, logo comigo, né? E ofereceu um consultório odontológico a mim, se eu oferecesse a licitação, aí eu fiz um escândalo lá na prefeitura, né? Um escândalo! E até porque eu nunca tinha vivenciado essa situação. Eu tinha uns trinta anos, eu acho. Então a disputa pelo mercado público sempre houve, mas eu nunca que eles faziam. Eu e minhas colegas,

quando a gente começou a estruturar a rede de saúde bucal de Olinda, a gente tinha que vistoriar esses equipamentos, e roubavam os acessórios, né? Eles tiravam os acessórios e entregavam à prefeitura com pouco acessório, mas era bem padrão de equipamento que era vendido para o setor privado. Aí tem os equipamentos “luxos”, que aí quem tem acesso, são os dentistas que tem uma maior renda, né? Então assim, sempre ouve o mercado público e privado e o mercado público sempre foi muito disputado pelas empresas, pela quantidade, né? Com a política de saúde bucal ouve só a incorporação mais qualitativa de materiais, porque antes quais eram os materiais usados? Era amalgama que é mais barato, nem toda a rede era equipada de aparelho fotopolimerizável, então usava resina quimio que é mais barata. Com a política de saúde bucal, com a injeção de mais dinheiro no campo e também querendo dar um “plus” de qualidade para os usuários do SUS, então a gente incorporou mais materiais que se usa nas clínicas que são as resinas fotos e os aparelhos fotopolimerizáveis, né? E quem estava na gestão e nas licitações pressionando para as qualidades dos produtos, porque tinham produtos que realmente lonômero de Vidro, que é tão importante para a adequação do meio e para as técnicas coletivas, como a ART, que são restaurações atraumáticas. Mas a gente só tem efetividade da técnica com o bom lonômero, aí eles vendem os bem baratos, que são péssimos e que só servem para forramento, vende para o serviço público.

É o seguinte, eu tinha uma clínica de classe média e eu vivi toda uma transição epidemiológica também na área, eu entrei com a alta prevalência de carie e de perda dentária. Década de 1990 para cá com a incorporação do flúor nos cremes dentais e também de uma maior conscientização das práticas de controle de placa, de higienização, então ouve uma melhoria das quantidades de saúde bucal, isso eu vi. Eu vi a quebra da odontopediatria, eu vi os especialistas de odontopediatria fecharem consultório, porque a gente reduziu a prevalência de carie na infância aos doze anos, né? Então classe média teve acesso a flúor e as famílias melhoraram as práticas de autocuidado, então eu vi a diferença muito grande na prevalência da doença e pude ver a preocupação, pelo menos na minha clientela eu nunca vi um estudo sobre isso, não me lembro de ter lido, mas eu via sim as pessoas preocupadas com a saúde bucal por acharem importante o cuidar de saúde bucal e até para prevenção de doenças sistêmicas. A valorização profissional é que é diferente, o valor do médico é diferente dos outros especialistas, isso a gente vê claro. A gente vê muito claro!

O valor do médico é diferente. Tem um outro lado na questão do médico, que de fato o médico, ele é quem coordena o cuidado, a formação dele é muito mais completa e também porque ele salva as vidas. O médico é uma figura importantíssima e as outras partes menores, e que não tem o risco de vida, então pode ser uma das explicações também nesse valor, além do valor social, claro, a base também forte nisso é o valor social, mas tem esse valor simbólico também e tão importante.

A declaração de cascata defende o recentramento das duas profissões. Eu não acho ruim não. Eu defendo a integralidade dos saberes. Eu acho que a gente poderia ficar... agora... Diante da complexidade da sociedade e do avanço tecnológico não sei se isso dá conta, né? Mas eu adoraria. E aí se ia, né? Se dividindo especialidades, mas dialogando com o conhecimento mais global, mas eu não tenho assim... Nunca me aprofundi demais em debates sobre essa questão não, dá somente na medicina incorporar tudo, porque não se dá conta, né? Mas que a gente precisava de uma formação mais ampla seria muito bom. E depois iria com a divisão de especialidade interna, né?

Dr. Pablo

Sou de Quipapá, Nasci em 1936, interior de Pernambuco. Eu vou ser sincero. Vamos para a realidade: eu me preparei para fazer vestibular de medicina. No meu tempo o vestibular não era como é hoje. No meu tempo você fazia uma prova oral, uma prova escrita que vinha acompanhada de práticas e você era obrigado a se apresentar a uma banca examinadora. Então, eu me preparei para medicina. Mas acontece que medicina era, naquele tempo os dois expedientes e eu não tinha condições, eu até poderia ter feito, mas meu pai tinha quatro filhos para criar e abastecer. Então eu precisava trabalhar para sair de Palmares, eu já morava em Palmares, para ir para Recife. Aí eu pensei fazer farmácia, na época eu descobri a Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP, uma faculdade com um expediente só. O expediente era de manhã, meio dia acabava a aula e eu ia trabalhar no banco, nessa época eu era bancário, eu fui ser bancário para bancar a minha faculdade. Banquei a minha faculdade e paguei toda ela. Saia da faculdade de manhã, trabalhava no banco até às seis horas da tarde e depois ia para a faculdade novamente, eu fazia de manhã e de noite a faculdade.

Quando eu me formei, abandonei o banco e abri o meu consultório. Foi uma aberração na época. Eu comprei o consultório sem ter um tostão. Agora é que a minha neta que inventou de ser. Meu filho inventou de ser arquiteto e a minha filha pedagoga. Aí minha neta inventou de ser dentista e concluiu o ano passado. Fez na FOP, como eu, voltou às origens.

Eu fui da FOP. Primeira turma da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Era particular, não era pública. E depois se tornou UPE e virou estadual. Ficava no Parque Treze de maio. Na época, Edrízio era diretor da faculdade, aliás, ele fundou a FOP.

Você tem que dividir a odontologia pernambucana em duas partes: Antes e depois de Edrízio. Até Edrízio abrir a FOP, Odontologia era junto com Farmacia. Não era só de Odontologia. Aí ele fundou a FOP e de lá para cá ele batalhou para elevar a Odontologia. E ele elevou. Muita coisa que a gente tem da odontologia devemos a ele. Inclusive, muita gente hoje que está como “TOP” na odontologia em Pernambuco, deve a ele muita coisa. Porque ele arrumava mestrado e mandava as pessoas para USP e UNICAMP para fazer, aprimorar e voltar e ensinar aqui (esse é o meu ponto de vista). A odontologia é dividida em duas partes: Antes e depois de Edrízio. Porque ele realmente não foi reconhecido como devia, mas ele batalhou muito pela Odontologia Pernambucana. Ele se instalou desde o tempo que ele fundou a FOP até hoje, até hoje não, até quando ele morreu.

Entrei em 1958 e me formei em 1961. No meu tempo tinha o Hospital Magitot, o que eu sei é que um grupo se apossou em querer ser o dono dele e ele acabou desaparecendo. É o que eu chamo de eminências pardas. Acham que é o dono da profissão. Os reitores da época achavam que tinham direito de se meter nas entidades. E essas brigas dos Conselhos e Sindicatos sempre foram por conta disso. Como eu nunca tinha o perfil do conselho eu sempre fui do sindicato. Sempre fui da parte que discutia a valorização. E o conselho não meche com essa parte. Infelizmente o conselho não tem essa força de valorizar o profissional.

Eu comprei o consultório montado, no local onde estava com porteira fechada. Peguei todos os clientes do dentista. Aí o que eu tinha que fazer era conquistar esses clientes. Se eu fizesse uma porcaria neles eles não iriam voltar. Normas e técnicas até que existiam. Só não existia o código de ética. Existiam os tratados das cadeiras

do curriculum das Faculdades. Só não existiam as especialidades. Existiam os tratados da Ortodontia. Existia a cadeira na época. Cadeira de prótese, prótese 1, 2 e 3, cadeira de dentisteria, que entrou em ortodontia, tudo que foi criado depois, mas que já existiam todos os protocolos de atendimento.

E esses protocolos eram prescritos por aquele que ensinava. O livro custava na época, praticamente o salário. Eu tinha praticamente todos os livros. Eu tinha que aprender. Eu não poderia aprender na faculdade porque professor não ensina; professor tira dúvida. Você tem que aprender em casa. Aí leva para a faculdade e fala: “eu li isso e você pode me explicar?” E aí ele tira as suas dúvidas. Se você for aprender pelo o que tem no quadro você não vai tomar conhecimento nenhum. Você só toma conhecimento pelos convênios na matéria que sempre existiu, não é novidade nenhuma. A primeira faculdade foi em 1900. Existiam os convênios, muito bons inclusive, na época.

Eu fiquei no consultório de 1961 a 2006. 45 anos. 45 anos de trabalho. Eu quando me formei a maioria ainda usava o pedal. Mas aí entrou o Alta rotação, entrou o jato da limpeza de tártaro. Todas essas coisas não existiam não. Era motor elétrico. Em 1964 chegou a Alta rotação. A Alta rotação eu já estava com o consultório aberto. Foi em 1964. A Endodontia já funcionava na época. Eu já fiz muito canal. Então essa história de tirar dente não era desculpa. Tirar dente era a maneira prática de ganhar dinheiro. O dentista na época (não é o meu caso, mas tinha gente que pensava assim) ou extraia o dente ou colocava peça. Extração ou restauração protética. E era vantagem para o dentista. Ele colocava a peça depois e ganhava duas vezes. E olhe que endo já se aprendia na faculdade. Sem problema nenhum. Periodontia, Endo; toda essa especialidade a gente já fazia. Só que ainda não era chamado de especialidade. Mas já tinha a informação.

Então a mutilação que existiu no Brasil durante o século passado aconteceu de forma muito lúcida. Lúcida por parte de quem faz. Porque não tinha a desculpa de não saber fazer a Endo já que se ensinava. Era a praticidade. A mutilação da população na época era a praticidade do profissional. Era prática você arrancar e ganhar dobrado. Ganhar com a extração e ganhar com a prótese. que não era o meu caso. Inclusive eu tive uma parte de emprego nos Comerciantes e eu fazia Endodontia e o protocolo do sindicato não previa. Eu levava alargador, levava o material todo meu para não ter que arrancar dente no serviço do Sindicato dos Comerciantes. Inclusive

quando eu formei eu era comerciário e eu contribuía para o IAPC. Não existia o INSS na época nem o INAMPS. E a gente como dentista contribuía com o IAPC e era qualificado como comerciário.

Mas por outro lado também existia o desejo da população de tirar os dentes. Ainda existe. Eu mesmo quando trabalhava no Sindicato dos Comerciários: “ah, eu quero tirar meu dente”. Eu digo: “não tiro porque o seu dente tem concerto. Pode vir o presidente da república, mas eu não tiro”. O profissional usufruía do processo por conta da necessidade da pessoa. Elas não tinham essa noção de que poderia concertar e ajeitar. E os dentistas não tinham essa função social de trabalho. E era de o dentista ter essa função social. Imagina um ator ou uma atriz que não pudesse sorrir com o dente mal feito ou escuro? É uma profissão que tem um selo urgente e social forte. Forte mesmo. Se não for muita gente vai falar assim com você: “bom dia, tudo bem?”.

No consultório eu nunca tive estagiário. Nunca tive estagiário, nunca tive auxiliar de consultório, nunca tive. Sempre fiz tudo sozinho. Sozinho. Eu não confiava em ninguém para fazer. Eu sempre fazia o meu material. Eu só tinha fé quando eu fazia e achava que estava bem feito. Se não, eu jogava no lixo e fazia tudo de novo. E a culpa era só minha. Se você confiar em uma atendente e se ela errar a culpa é sua. Não é da atendente não. Se você usou aquele material a culpa é sua e não é da atendente. Não tem como dizer em qualquer processo ético ou civil de que a culpa foi da atendente. A culpa é sua. E como a culpa é minha, eu tenho que fazer. Isso é um ponto de vista, eu não estou dizendo que estou correto não. Estou dizendo que eu sempre trabalhei assim. A questão é de cada um.

Doutor não. Eu sou cirurgião dentista. Doutor é quem faz doutorado. Agora se me chamar de doutor você vai implicar em um processo nominal que eu não sou. Eu sou com muito orgulho cirurgião-dentista formado em 1961, anterior aos conselhos de fiscalização que não existiam, anterior a lei, que foi em 67, a lei que hoje os médicos batem tanto para ter e não tem que é a lei do ato médico; a lei que determina as funções, obrigações e direitos dos dentistas, inclusive também com a lei de 61, o ano em que me formei, que prevê o piso salarial por categoria. Então eu tenho alguns trabalhos feitos como tesoureiro da Federação Nacional da Odontologia, já fiz parte da CNPL. Então como eu estava te dizendo, o nosso sindicato é de profissionais autônomos.

Hoje a maioria tem vínculo empregatício e no meu tempo não tinha. No meu tempo ser servidor público ou empregado era o que a gente chamava de complemento. O que dava dinheiro mesmo era o atendimento com o consultório particular. Eu tinha dois: um popular no Pina e outro mais elitizado no centro da cidade na Av. Guararapes. Então eu vivia praticamente de consultório. A gente chamava de “bico”. Esse emprego era “bico” que era só para garantir as despesas de casa. Mas com o que a gente ganhava mesmo era com o consultório particular.

Então a mobilização da classe odontológica é muito difícil. Você vai fazer uma greve e a maioria dos servidores e os empregados apoiam a greve pelo simples fato de que eles vão para o consultório trabalhar. Ele não faz a greve de movimento de rua para dizer que tem greve. Ele vai para o consultório para ganhar dinheiro. Porque a situação não é fácil para o profissional autônomo de tal maneira que quando tem qualquer brechinha o “cara” corre para o consultório e vai trabalhar. Então mobilizar o dentista é muito difícil e fazer greve é mais difícil ainda. Nós tivemos alguns casos de greve aqui, mas foi no máximo umas dez greves durante o tempo que eu estou no sindicato.

Então tem esse agravo e para mobilizar o dentista para fazer greve é bem complicado. Que é diferente dos médicos. Os médicos ficam sempre em hospitais. Todo médico tem um emprego em um hospital. Deve ter o seu consultório particular, mas a vida deles é no consultório. O dentista não. A maioria o trabalho deles ou é numa clínica de exploração popular ou é consultório. Você ver que a gente tem quantos hospitais em Recife? Vários. E de todos, praticamente só um que tem dentista que é o Hospital Português. Eu acho que não tem mais, está tudo terceirizado. Tudo de empresa pejetizadas, com dentistas que fazem CNPJ para entrar nessas clínicas. Infelizmente essa é a realidade. É um tiro no pé que o dentista dá, porque no meu tempo eu era independente.

Bote um consultório popular em uma feira popular que você faz muito mais negócio do que qualquer emprego. Agora tem que ter o discernimento de que não tem direito a décimo terceiro, não tem direito a férias; então tem que separar uma parte para tirar suas férias anuais porque não deve deixar de existir e ter o seu décimo terceiro no final do ano para fazer sua festa de final de ano. Normalmente emprega-se e se você ganha mil, coloca na poupança cem reais para no final do ano você ter mil e duzentos. E ter as férias e ter o décimo terceiro. Mas infelizmente pendura em

casa. Os dentistas hoje, a maioria está no serviço público nos municípios. Aí trabalha com uma porcaria de dinheiro, que pagam muito mal, e a gente fica com as mãos atadas sem poder fazer muitas coisas. Nós estamos fazendo várias mobilizações aqui em Pernambuco e negociando com as prefeituras para poder fazer cumprir o SUS, no meu tempo não tinha nem pensamento de ter o SUS. O SUS foi de 1988. Eu já estava com mais de vinte anos de formado.

A partir de 1988 mais ou menos houve a inserção do dentista no Programa de Saúde da Família. Já no tempo de José Serra como ministro da saúde foi incluído o dentista no SUS. Dizem que foi Lula, mas o dentista entrou no tempo que José Serra era o ministro de saúde no período de Fernando Henrique Cardoso. A gente entrou no SUS naquela época. De lá para cá o que tem sustentado o dentista no trabalho para ganhar dinheiro é no SUS. Agora depende dos municípios onde a maioria não é vinculado ao Estado, existem poucos dentistas vinculado ao Estado, e mesmo os que têm vínculo estadual é cedido ao município porque a atenção básica da odontologia é feita pelo município. Não tem atenção básica no serviço estadual. No serviço estadual é alta complexidade. Fica a cargo do bucomaxilo e dentista de cirurgia menor. Está aparecendo agora o serviço clínico de odontologia nas UTI's e vai abrir um espaço para o dentista entrar na atenção hospitalar. Mas por enquanto é muito pouco dos estados que tem.

Não teve massificação no tempo de Serra. Massificação foi a partir do Brasil Sorridente do Lula. Até lá não tinha como você ter essa quantidade. Sempre foi não é novidade e as portarias sempre dizem que atendimento odontológico é um serviço opcional. Opcional ao município. Se o prefeito não quer colocar um serviço odontológico, não coloca. O serviço médico é também opcional, mas o serviço médico a população pede. A população e infelizmente a nossa educação e a nossa escolaridade não obrigam que a pessoa dê o mesmo valor a saúde bucal que dá a saúde do corpo. Porque nós não assinamos um atestado de óbito. No dia que o dentista assinar um atestado de óbito as pessoas vão se lembrar que dente também mata. E ninguém divulga isso. Eu não conheço nenhuma mídia que divulgue que o dente mata. Então o volume que ficou decidido de 2x1, duas equipes de saúde para uma geral de saúde bucal, aí começou a haver maior quantidade de profissionais trabalhando no sistema de saúde pública.

A partir desse momento houve uma maior abertura para o dentista ser contratado. Como a aquisição popular foi diminuindo, a maioria foram para o SUS quando ele abriu. Eu mesmo tive essa vivência e a maioria diz “quero arrancar o dente” e ele não quer tratar. O dente doeu, arranca. Bota uma prótese e está resolvido. Eles não têm noção do que ele perde em não ter uma dentadura original e em usar uma peça no lugar da dentição natural. Com a dentição natural temos uma melhor mastigação, melhor digestão e preferem arrancar. Eu mesmo tive vários que eu deixei de atender e eu não fazia, inclusive de colocar coroa de dente de ouro. “Coloca uma coroa”, - não coloco. Seu dente é mais bonito do que a coroa. Vamos ajeitar o seu dente e fazer ele ficar bonito e fazer com que você fique com uma boa dentição. Porque vai fazer falta lá na frente.

Infelizmente a maioria ainda hoje prefere ter uma dor de dente e arrancar do que recuperar o dente. Praticamente o dentista era embelezador de sorriso. Nunca foi tratado como um profissional na odontologia como um médico da boca. Foi tratado como aquele que faz um sorriso bonito, que coloca uma coroa de ouro, coloca uma peça mais bonita, coloca uma coroa de porcelana ou faz o que eles chamam de facetas, embelezamento na boca. Quando a população cair em si de que as doenças entram pela boca eles vão ter um cuidado maior, mas infelizmente a escola não ensina isso.

Sempre foi. Até a própria formação do dentista nas escolas é prejudicial ao dentista. Porque nenhuma faculdade do Brasil, inclusive a USP, faz o dentista cidadão. Faz o dentista tecnológico. Ensina você a fazer toda tecnologia, mas não ensina a você fazer uma coisa, que eu defendi desde que eu me formei, que a gente é um agente social e a gente tem uma obrigação. No meu consultório nunca ninguém procurou (com dinheiro ou sem dinheiro) para dizer que estava precisando fazer um tratamento odontológico e que eu deixasse de fazer. Eu fazia e dizia “depois você me paga”. Aí o povo falava “Pablo você é doido” eu dizia: “não. Se ele gostar de mim ele volta, paga o que fez e vai pagar o que for fazer”. Porque é a obrigação social do dentista, inclusive eu não sei se hoje em dia ainda é, mas no meu tempo a gente fazia um juramento de atender independente de qualquer condição física ou patrimonial da pessoa, você ter o mesmo atendimento do consultório. E eu sempre fiz isso. No meu consultório não existe ninguém que tenha me procurado com a necessidade de um tratamento e eu ter deixado de fazer por conta de dinheiro. É a obrigação social do

dentista. O dentista não é um técnico de embelezamento. O dentista é um profissional de saúde que tem uma obrigação social perante a sociedade e eu sempre preguei isso. Desde o tempo antes de eu entrar para o sindicato e existir o conselho eu já pregava isso: obrigação social do dentista. Mas infelizmente a reitoria das Universidades não pregam a formação do profissional cidadão. Pregam o profissional tecnológico. Aí você vai ser um dentista tecnológico perfeito com todas as novidades que a ciência lhe dar, mas não prega a sua função social.

O que será que está faltando para esse encontro da Odontologia com esse ser social? - Conscientização. E não conscientização do profissional que está estudando. Mas conscientização do grupo formador. O grupo formador é que tem que conscientizar o profissional da sua função social. Não é só embelezar. É sobre a saúde, a melhor maneira de vida, melhor condição social. Tudo isso o próprio corpo docente tem que passar para o aluno.

Existe o dentista (artesanal) (Prático). Ainda hoje existe. A maioria das novidades que foram surgindo na odontologia (eu já tinha consultório) eu aprendia fazendo. Pegava o livro, estudava, chegava do consultório e fazia. O paciente era a minha cobaia. Aprender fazendo. Desde o meu tempo é assim. Desde o meu tempo sempre se formou o dentista para viver dentro de quatro paredes atendendo no consultório e cobrar. Todas as faculdades (até as grandes como USP E UNICAMP) você pega um dentista técnico e não um dentista cidadão. No dia em que houver essa pregação e aí você como um dentista social com sua compreensão no seu papel na sociedade, a sociedade vai nos ver melhor.

O dentista tecnológico é aquele dentista que sabe fazer tudo o que você pode fazer em uma boca (embelezamento, parte facial, a parte que o dentista é protegido pela lei e que é tecnicamente perfeito), mas não socialmente perfeito. Mas tudo em processo individual. O único processo que tem de diferente na odontologia foi incluído pela estratégia de saúde da família que fez a saúde coletiva. Você sabe que nós temos agora uma especialidade de Saúde Coletiva, que é aquela saúde que é empregada no atendimento básico do SUS. Aí você tem estudo, você tem acolhimento, você tem consultoria, você tem tudo isso na especialidade da Saúde Coletiva. Então acaba que esse modelo técnico está em todas as odontologias; o que foge dele é a saúde coletiva. Somente. E quem quiser aprender com a sua capacidade social e sua condição de agente social, fica a cargo de cada um. Sua consciência.

No meu tempo a odontologia era mais ocupação. Embora pelo meu ponto de vista, deveria ser trabalho. Mas infelizmente era ocupação. Hoje é mais fluido. Porque nem existia código de ética. No meu tempo a Odontologia não existia código de ética. Código de ética foi de 1969/1970 por aí. E não tinha conselho. Nossas obrigações e nosso código de ética eram de acordo com a visão de serviço de saúde do município. Os promotores de saúde do município eram quem determinavam se o seu consultório era charlatão ou não. Tanto que Getúlio Vargas deu diploma para muitos charlatões que se diziam práticos da odontologia. Inclusive que até pouco tempo atrás, sempre aparece no congresso uma lei dada como título de “inspeção do conselho aos práticos” que infelizmente ainda existem muito “práticos de odontologia”. Tem gente que não é formado e que aprendeu como fazer.

Aprenderam naquela prática e por falta de uma maneira de fiscalização coloca consultório nos rincões. Coloca um lugar de atendimento para fazer aquela pratica que ele aprendeu as vezes com um auxiliar de odontologia, as vezes com um protético - tem muito protéticos que se acham no direito de arrancar dente e que fazem exames adoidados.

Ser dentista social e cidadão é fazer o que eu sempre fiz. Procurou o meu consultório e informar: “Olha, o seu caso é o seguinte: você está com o dente recuperado e não extraído. E seu dente por mais feio que seja é melhor do que uma prótese bonita. É muito mais importante para você ter um dente feio e recuperado do que uma prótese bonita na boca. Porque você não vai ter a condição de fazer uma mastigação perfeita como você poderia fazer com a sua dentição natural. É uma diferença grande e eu digo por experiência própria. É muito diferente o jeito que você mastiga com a sua dentição natural do que a dentição artificial. A maior digestão, melhor digestão, maior aproveitamento do que você come (você come pouco e aproveita muito) o bolo alimentar vai bem mais mastigado para chegar ao intestino e ser absorvido. Então tudo isso tem que ser levado em consideração. Você tem que chegar e dizer ao seu paciente tudo o que eu estou te passando aqui: “seu dente é muito bom e tem reaproveitamento e pode ser recuperado”. Tanto é que nenhum profissional de responsabilidade dá mais de cinco anos em uma peça (se der, ele está sendo criminoso em dizer que uma peça dura mais do que cinco anos, porque não dura). Existe o desgaste da peça, diminui a altura vertical, diminui a aparência, diminui tudo. Então podendo aproveitar a sua dentição natural como ele deve ser aproveitado

(embora não fique bonito) é melhor do que o implante. E a gente tem que passar isso para o paciente e eu sempre disse.

Na época o meu lema era dizer: “eu não preciso colocar em propaganda. A minha propaganda é de boca-a-boca”. Eu faço um trabalho bom e a pessoa diz: “aquele dentista é bom. Vai lá que ele faz o serviço”. Então eu tinha a época de chegar ao meu consultório e o corredor estava cheio de cliente sentado e me espetando chegar ali para trabalhar. Porque existia o boca-a-boca do paciente satisfeito com o meu trabalho. A nossa propaganda é a satisfação do cliente. Não é você colar em mídia, em redes sociais ou na casa dos outros. O meu trabalho é fazer com que os meus clientes trouxessem mais clientes para mim. Tanto que eu tive um convênio com o IAA – Instituto do Açúcar e do Alcool (que era um convênio bom), mas eu desisti porque levaram seis meses para pagar a primeira fatura. Então se era para fazer o preço que eu estava fazendo com eles eu faço com o paciente e eles me pagam na hora. Então parei e não quis. Eu não tinha convênio nem no plano de saúde. Meu trabalho era todo particular no meu consultório. Eu tinha dois consultórios: um de elite (centro da cidade) e um popular (arrabalde).

O de Elite Sempre no centro, porque tinha que ser em um local de visibilidade. No meu tempo era, hoje não é mais. Se você colocar um consultório onde eu trabalhei (Santo Albino) hoje você não vai fazer nada. Você vai ter que ir para o Espinheiro, Rosa e Silva, Boa Viagem. Você vai ter que ir para um local que lhe der visibilidade. O que aconteceu é que o Centro ficou deteriorado. Por exemplo: Guararapes. Hoje em dia para você chegar lá é um sufoco. Mas você tendo um transporte bom, volta tudo a ser o que era. Essas maneiras de condição de mobilidade estão deteriorando todo o Centro. Até o Centro de SP, RJ, estão todos sendo deteriorados porque não tem condição de mobilidade. Por conta disso. Mobilidade urbana. Qual é o centro financeiro de São Paulo que você está hoje? - Av. Paulista. O Centro de São Paulo é um caos. Um absurdo. O viaduto do chá a mobilidade ali é complicado.

A maioria dos dentistas se deslocou do Centro e foram para bairros. Foram para os bairros de melhor poder aquisitivo e de melhor mobilidade. Infelizmente essa é a nossa realidade. Eu sempre disse que para você ter um emprego pagando mil e seiscentos reais de salário enquanto a própria lei 3999 diz que o seu salário tem que ser três mil reais, é melhor você colocar um consultório popular em uma feira. Você vai em um ambiente que tem um movimento grande de dinheiro ou de pessoas. Por

exemplo, a 25 de março em São Paulo, você colocar um consultório popular ali você vai ter dinheiro. Está passando uma pessoa com dor de dente e ver um consultório popular vai lá. Lógico que se você for abrir um consultório popular você vai ter que baixar o preço e trabalhar mais. Aí é quando você coloca um consultório com preço de elite e um consultório popular para compensar o salário que é pago pelo município que é um absurdo. Eu mesmo nunca me inscreveria em um concurso para ganhar mil e seiscentos reais de salário. O salário do dentista pela lei 3999 são três salários mínimos e para um serviço público ganhar metade disso.

Não pode e não devia. Se o dentista tomasse ciência e não inscrevesse em nenhum concurso público que dê salário menor do que é previsto na lei 3999; agora ninguém sabe fazer o cálculo. Agora você vai fazer concurso de quarenta horas. A lei não paga quarenta horas. Paga duas a quatro horas diárias. Então é de dez a vinte horas semanais. Como é que você vai fazer quarenta horas por três mil? São sete mil e pouco o salário de quarenta horas. Você levava três mil e também todas as horas excedentes das vinte horas (são os excedentes, as horas complementares) tem vinte e cinco por cento a mais. É mais mil reais. Essa lei é de Mil novecentos e sessenta e um. No dia em que eu me formei. 16/12/1961. É a lei 3999/61

Mas o dentista não trata só do dente. Se fosse restrito só para o dente, beleza. Tanto que chamam dentistas de Odontologistas. Nós estudamos língua, nós estudamos palato, nós estudamos mucosa, nós estudamos nariz, orelha, estudamos face. Ou você acha que o dentista não tem nada a ver com a aparência facial? Tem. Se você diminuir a altura vertical dos dentes vai ter uma face afetada. Até olho e prótese ocular. Existe uma disciplina na faculdade que se chama prótese bucomaxilofacial. Então a gente aprende a fazer (prótese) de olho, nariz, orelha, próteses mais complexas. Desde o meu tempo já era assim. Inclusive os nossos trabalhos nessa opção de ensino era fazer orelha de cera, olho de acrílico, a gente teve muito isso na faculdade. A gente sempre fez muito e estudou essa parte. Dentista estuda tanto quanto médico. A única diferença é que dentista são cinco anos. Mas os médicos são cinco anos também. Porque o sexto ano o médico não vai mais estudar. Ele vai fazer a residência. Tanto que antes, com a federação, a gente estudava para a implementação da residência odontológica. Passava os cinco anos na faculdade e depois de formado, você passava um ano atendendo a população por conta daquela que você estudou de graça. Residência.

Você que escolhia a especialidade. Quando você faz uma residência você escolhe: ou é anestesista, ou ortodontista, ou protético; então você escolhe. Eu aprendi empiricamente porque em faculdade não dava. Eram quarenta alunos e os horários não faziam com que todos os alunos fizessem toda vez a parte prática. Eu aprendi mais foi através de livros, através dos meus pacientes que eram cobaias. Hoje em dia não tem mais essa porque você fazendo a residência você já podia executar.

Fazendo uma comparação com as especialidades médicas, aliás, voltando um pouco para os cirurgiões e barbeiros que faziam a higienização do rosto e por ventura tiravam um dente, não é? Esses cirurgiões eram considerados cirurgiões gerais na época (tiravam sinais, amputavam pernas); em oposição a esse tinha os físicos. Então nós viemos dessa linhagem dos cirurgiões, não é? Fazendo a evolução para hoje, esses cirurgiões seriam (se colocar dentro de uma hierarquia de cirurgia, existiria o cirurgião geral e a gente seria o cirurgião responsável por parte da cabeça e do pescoço)

Então a gente seria cirurgião de mento a frontal. Então tudo que estiver ali sem comprometimento neurológico é a gente que dar conta. A gente estuda do mesmo jeito, faz os cinco anos de graduação, estuda fisiologia, anatomia bioquímica, tudo. Só que dentro dessa (que eu estou chamando de especialidade) que é a cirurgia de mento a frontal (vamos dizer assim), nós inventamos as subespecialidades que é tudo isso que eu aprendi a fazer na graduação, mas que não eram especialidades ainda. Criando uma superespecialização dentro da Odontologia.

Só um adendo: eu fui durante muito tempo (hoje nem tanto por conta da minha idade) um dos negociadores dos serviços de saúde de muitos municípios. Eu ia para Olinda, Recife, e discutia muito com o pessoal lá todinho e eu dizia muito “nós não podemos ser comparados com médicos”. Nós somos diferentes. O médico senta na sua cadeira pega um bloco de receita, passa a receita, manda o pessoal ir para casa e fala se não der certo tu volta. No dentista o pessoal tem que sentar na cadeira e você fazer o exame todinho e um procedimento. Então quando eu ia comparar nas discussões eu dizia que a gente poderia ser comparada ao médico-cirurgião e não comparado ao médico assistencial. Porque nós não sentamos para passar receita. Procura um paciente que esteja com dor de dente que procura um dentista para ele passar uma receita com um analgésico e se ele vai sair satisfeito. Vai ter que abrir, ver o problema, o motivo da dor para eliminar a dor. Então nós temos que ser

comparado na negociação coletiva que eu fazia no serviço público, como médico-cirurgião.

Só que dentro dessa especialidade médica (mento frontal, digamos assim) a gente tem as subespecialidades: endo, prótese, pério, estomatologista. A gente criou vários *subespecialistas*, não é? E aí eu vou para um endo e não resolvo a restauração, o endo abre e faz um canal, mas manda para a dentística. O grande erro da odontologia foi ter subespecializado dentro da própria profissão. Se eu sou Endodontista e estou no meu consultório e a pessoa me procura para fazer um canal (mesmo que ele não seja indicado por um colega) eu vou deixar aquele dente completo. Eu faço o que for necessário para restaurar o dente. Eu sou antes de tudo um recuperador facial. Quando me procuram é para ter o seu problema resolvido. Se um colega se acha incapaz de fazer um procedimento e manda para mim, lógico que eu vou fazer o procedimento e devolver para o meu colega. Agora o mandar procurar outro, não. Eu devo ter a condição de fazer o canal e recuperar a face do dente. Deixar o serviço completo. Lógico que aí eu vou cobrar o serviço completo. Mas fazendo como eu sempre fazia: mostrando sempre ao paciente o que eu vou fazer e o que eu vou cobrar. E o paciente estar ciente de tudo isso. Porque evita de o paciente sair dali e procurar um advogado de porta de consultório (que existe muito) e me processar me acusando de não ter feito o serviço na boca dele. Mas tinha que assinar e estar consciente do que estava fazendo. Mas eu nunca permitiria que um especialista terminasse um serviço de especialidade e dizer “procure outro para fazer o restante”. Eu deixava o serviço completo. Eu acho. Eu estou falando com você aberto o meu ponto de vista. Eu não estou dizendo o que o código de ética manda fazer. O código de ética é outra coisa. Mas eu acho que pela minha função social, eu tenho que deixar os meus pacientes satisfeitos. Tanto que muitas coroas que eram provisórias, o pessoal não vinha colocar a definitiva pois achavam que já estava bom. Mas você tinha a obrigação de explicar.

A falta de valorização do dentista mudou tudo. Culpa do dentista, mas é a falta de valorização do dentista. Antigamente você procurava um dentista para trabalhar e a gente ganhava igual um desembargador. Era contratado para ganhar igual a um desembargador. Hoje em dia os dentistas se submetem a valores no seu contrato de trabalho que não cabe ao que ele estudou e ao que ele teve conhecimento. Ele tem que aprender a se valorizar. E esse discurso não é de agora não, é muito antigo isso

que eu digo. A valorização quem faz é o profissional. Quem se valoriza é o próprio dentista, não é o paciente. O dentista tem que se valorizar. “Faz uma vista no meu dente” “Não, eu não vou fazer uma vista no dente. Eu vou examinar o seu dente.” Olhar, eu estou olhando. Não precisa nem sentar na cadeira. Mas sentou na minha cadeira é pago. Você está sentando para fazer um exame na sua boca e a gente descobrir o que precisa fazer. Se você não tiver nada para fazer, ótimo. Mas paga a minha consulta. Eu tive muitas brigas com médico. Tinha um tempo aqui na (COPERB) (COPERBO – Comp. Pernambucana de Borracha) que toda vez que ia empregar um funcionário mandava fazer o exame. Muitos chegavam lá e o médico falava “eu não aceito não, tem que tirar o dente”. Eu disse “se o senhor me obrigar a arrancar esse dente eu vou processar o senhor. O dente tem jeito e tem recuperação”. Teve um que me procurou para extrair todos os dentes, só que tinham problema de tártaro. Eu fiz a limpeza e ele ficou com a dentição perfeita. O médico perguntava “já colocou a prótese?” Ele respondia: “não, o médico só fez limpar”. Eu discutia com o médico porque a ordem dele não era ordem para mim. Eu que determinava se aquilo estava correto ou não. A gente tem que ter essa consciência e não aceitar de fora o que é correto ou não. Para mim o maior mal primordial da Odontologia é a falta de valorização do profissional. E por ele mesmo. Ele tem que aprender desde a faculdade a se valorizar.

A valorização é você dar o seu preço levando em consideração o que você estudou, os gastos que você teve para ter as apostilas e estudar, os gastos que você teve para comprar os materiais. Tudo isso você tem que levar em consideração e a sua habilidade manual. Eu conheço muitos dentistas que tira um dente em dez segundos. Como eu conheço dentista que leva meia hora para tirar. Então tem a habilidade manual e os gastos para você aprender como fazer. O essencial é como fazer. Fazendo correto você tem que cobrar correto.

Houve muita evolução e muita prejudicação também no código de ética. A propaganda. Eu acho que a propaganda prevista pelo código de ética ela é muito... É você prometer aquilo que você não vai poder fazer. Não é uma ciência exata. Não é. É como eu digo: eu não estou vendendo banana, eu estou tratando pessoas. O mesmo tratamento que eu estou fazendo com você não é o mesmo tratamento com outra pessoa, embora seja o mesmo problema. Eu tive muitos pacientes com o mesmo problema do outro e o tratamento foi diferente. Porque tem que conhecer e conversar

(anamnese é para isso) para ter consciência do que a pessoa é, do que a pessoa pensa, do que a pessoa faz. Cada um tem a sua maneira de ser tratado. Todos não podem ser tratados de uma maneira só. Cada paciente é um caso diferente. Embora seja o mesmo problema. O tratamento às vezes pode ser o mesmo, mas pode não ser. Então aquele protocolo não serviria.

Quanto ao desenvolvimento tecnológico, eu não vivi muito isso, porque as minhas resinas eram praticamente do silicato, no meu tempo. Depois é que vieram as outras resinas. Aliás, todo ano nós temos uma novidade na Odontologia que talvez nos deixe no topo das profissões e melhor avanço científica. Sempre há uma evolução de cada material que sempre vem mais aperfeiçoado. Hoje tem resina que praticamente faz tudo sozinha. Não, não seria desculpa arrancar tantos dentes, porque mais desdentados do que a gente só os americanos porque praticamente eles mal usam prótese.

A discussão nossa não é que temos dentista demais. Nós temos dentistas demais acumulados em um lugar só. São 5.200 municípios e desses aí, eu acho que 3.000 não tem dentista. Então é distribuição. Agora eu também não culpo o profissional. Você sair daqui para o cafundó do Judas e chegar lá e você não ter assistência técnica, você não ter uma assistência em uma necessidade de internação ou necessidade de um hospital. Você não tem uma assistência técnico-científica para lhe dar um bom trabalho. Se tivesse a maioria ia. Então não tem jeito, não é? Está ligada a tecnologia. Não tem jeito. Hoje em dia não tem como você fugir da tecnologia. Nós precisamos não concentrar nas grandes metrópoles. E eu não estou falando das grandes capitais, e sim, das grandes metrópoles. A região metropolitana. Quando eu cheguei aqui a região metropolitana se resumia em: Jaboatão, Recife, Olinda e Paulista. Hoje nós temos: Camaragibe, Cabo, Goiana, Itamaracá. Nós temos tudo na região metropolitana. A região vai aumentando, mas a gente continua ficando mais distante.

A solução para isso eu não sei, se eu soubesse já teria dito. Não venha me perguntar que eu não sei. Para mim a solução dos dentistas é eles se valorizarem. Ele achar que não se formou e tem que viver daquilo. Só vou viver daquilo se eu fizer a coisa certa. Então ele tem que se valorizar para poder dar valor ao seu trabalho Valor ao tempo que você gastou, valor ao dinheiro que você gastou para fazer a faculdade, tudo isso tem que levar em consideração. Se os dentistas se valorizem e

não assumirem fazer concurso com salário vagabundo, nosso salário vai crescer. Crescer mesmo. Nós temos que levar em consideração o nosso tempo de trabalho. Um dentista passar oito horas de trabalho para ganhar quatro mil ou cinco mil reais, não dá. Ele não vai ter uma vida condizente. Tu já imaginasses você como dentista chegar no consultório de sandália havaianas e de bermuda? Tem que estar bem vestido e de boa aparência para o pessoal entrar no consultório consciente de que está no lugar certo. Então você tem que ter um padrão de vida diferenciada. E para isso você tem que valorizar a sua profissão.

Fora que tem a questão do tempo de estudo, aliás, não é o tempo de estudo. É o que você gasta nesse tempo de estudo. Não é barato, não. É uma profissão cara. No meu tempo já se comprava material para estudar. E era mais caro que hoje. Uma amálgama de alta qualidade que hoje em dia você nem usa mais, era muito cara. E era tudo importado. Importado como perfumaria não era como medicamento não. Pagava uma taxa de importação absurda. Era importado como perfumaria. Uma amálgama de prata e ouro era um absurdo. Não era todo mundo que tinha para pagar não. Então até para coisas importadas um aspecto de estética, sempre teve. Ainda existe hoje em dia. A maioria dos dentistas são esteticistas, infelizmente. Ninguém leva em consideração de que é um profissional de saúde. É um profissional para dar uma boa vida ao paciente. E você só tem uma boa vida se você tiver saúde. Tanto que a definição de saúde no meu tempo era a ausência de doença e hoje em dia não é mais. A definição de saúde pelo OMS é bem diferenciada. É o seu estar físico, psíquico, sociológico. Todos os estados sociais para você dizer que tem saúde e felicidade.

Mas isso aí é filosofia. Feliz é uma condição imaginária. Não existe felicidade, existe momentos felizes. Então é uma questão filosófica. Se eu tenho momentos felizes, posso dizer que eu estou feliz naquela hora. Mas você não vai ter 24h de felicidade. Eu não sei se é verdade, como eu estudei às vezes. Que na parte do sonho, você não sonha dormindo. Você sonha quando está acordando. Se você tiver sono profundo você não se lembra que estava dormindo, você só se lembra que apagou e que acordou. Então o sonho é quando você está acordando. E o que influencia nos seus sonhos são os sons periféricos: se está chovendo você sonha com água, se tiver alguma batida você sonha com algum som, medo ou a sua condição daquilo que lhe provoca receio influi muito no seu sonho. Então o sonho é aquilo que você imagina

que pode acontecer e o que você queria que acontecesse. Então o sonho como é numa hora que você está despertando influencia tudo. A mente não para de funcionar mesmo dormindo. Então quando você acorda, muitos traumas e muitas fobias que tem na cabeça influencia no seu acordar. Então o sonho é parte filosófica e a felicidade está nisso. A felicidade é um sonho que você tem momentos felizes, mas não existe a plenitude de ser 24h feliz. Uma contrariedade, uma coisa que você não aceita ou que vai acontecer na vida de todo mundo lhe frustra e você frustrado não é feliz. Então a felicidade é uma filosofia. É uma filosofia de vida que é pior. Você olha esses mestres indianos e que tem a mania de fazer filosofia com a felicidade sonhada e que para mim não acrescenta em nada. Eu estou feliz como eu estou com a consciência tranquila. Eu estando com a consciência tranquila eu estou feliz. É a única pessoa no mundo que eu dou satisfação que dorme comigo (a minha consciência). Se a consciência que dorme comigo está tranquila, eu também estou tranquilo. Sem problema algum. A felicidade é muito relativa. No meu ponto de vista não entra na questão de saúde. A questão de saúde o que entra é o bem-estar. Mesmo que você não esteja feliz, mas com o bem-estar, você está com saúde. Mas o bem-estar geral. Psíquico, sociológico. Tudo isso influi.

E tem também uma coisa que a gente tem que discuti e que eu sempre discutia é a condição de trabalho. A maior condição de trabalho é o salário. Quando eu vou discuti alguma coisa de trabalho eu falo que a maior condição é o salário. Vamos discuti o salário que é a primeira condição do trabalho. Depois a gente discute as condições de iluminação, arejamento, acessibilidade; tudo isso vem depois. A primeira condição de trabalho é o salário. É para isso que você trabalha. Ninguém trabalha porque gosta de trabalhar. Trabalha para ter condição.

A odontologia é elitizada, pelo valor dela sim. Não é todo mundo que aguenta cursar quatro anos pelo preço do curso de Odontologia não. É muito caro. Não sei hoje em dia, mas no meu tempo um livro era um salário. Você comprava um livro dividia em doze meses, comprava doze livros era o ano todinho pagando livro. Todo mês. E ninguém comprava livro à vista não, era caro. O livro é caro material é caro, tem que ter material, tem que ter instrumental. No meu tempo as faculdades tinham instrumentos. Hoje em dia todos os alunos têm que levar instrumento para a faculdade. A faculdade não está oferecendo mais os instrumentos nem para conhecimento. Eles falam comprem essa listinha de material para levar. No me tempo

dizia “isso aqui é uma cureta e é assim que se usa. Isso aqui é um explorador e é assim que se usa. Isso é uma pinça de algodão”. Eles tinham tudo para ensinar a gente o que era. Agora não. Eles fazem a lista e manda comprar. É uma profissão cara por essa condição. É elitista pelo valor que ela cobra de você. Por isso que você tem que valorizar para recuperar o que gastou, além da paciência. Todo profissional odontólogo tem que ser um psicólogo e um monge. A maioria vai usar o seu ouvido para descarregar as brigas de casa. Isso sempre teve. Sempre fui praticamente um pai. As pessoas vinham com problemas de casa e vinha pedir a minha opinião sobre as coisas. Aí passava meia hora discutindo porcaria para depois poder trabalhar. E tem que aguentar caladinho porque se não a pessoa levantava e iria embora. Talvez também fosse uma maneira boa de aproximar o paciente de você também, não é? Porque você é formador de opinião. Queira ou não você é um formador de opinião. E o seu paciente que gosta de você, ele acata tudo o que você disser.

Os médicos trabalham aonde? Nos hospitais. Os dentistas não. Os médicos são aglomerados em um determinado local. Os dentistas são pingados. Um aqui outro ali. E você não tem os dentistas aglomerados em uma rede só. Já os médicos não. Queira ou não os médicos estão em um hospital, em uma clínica de saúde. Os médicos sempre trabalharam como empregados. Os dentistas não. No meu tempo ser empregado era bico. Que garantia as despesas da feira. A gente considerava esse emprego público como bico. Os médicos tinham esse emprego como um vínculo principal nós estamos dentro do setor público mais valorizado do que antigamente. No setor público, sim. O problema está quando a gente não se valoriza. Queira ou não temos várias equipes de saúde bucal em todos os municípios. A quantidade de dentistas no serviço público aumentou e muito. Hoje em dia praticamente 70%. No meu tempo se tivesse 10% era muito.

O salário era bom naquele tempo. Por exemplo, quem trabalhava no serviço federal (que hoje não existe mais. Antigamente existia funções de dentistas federais) ganhava entre seis ou sete salários mínimos. Hoje em dia você tem aposentado ganhando isso, eu nunca tive estagiário. Nunca tive estagiário, nunca tive auxiliar de consultório, nunca tive. Sempre fiz tudo sozinho. Sozinho. Eu não confiava em ninguém para fazer. Eu sempre fazia o meu material. Eu só tinha fé quando eu fazia e achava que estava bem feito. Se não, eu jogava no lixo e fazia tudo de novo. E a culpa era só minha. Se você confiar em uma atendente e se ela errar a culpa é sua.

Não é da atendente não. Se você usou aquele material a culpa é sua e não é da atendente. Não tem como dizer em qualquer processo ético ou civil de que a culpa foi da atendente. A culpa é sua. E como a culpa é minha, eu tenho que fazer. Isso é um ponto de vista, eu não estou dizendo que estou correto não. Estou dizendo que eu sempre trabalhei assim. A questão é de cada um.

Aí você encontra o dentista com salário de aposentadoria bom. Mas hoje em dia não tem o serviço público. Serviço federal de odontologia. E o estadual está sumindo. O estadual vai ser restrito. Por conta da complexidade que o estado não quer. Baixa complexidade nem média complexidade.

Hoje em dia tudo é terceirizado. É o Brasil inteiro. Você pega o Antônio Vieira e coloca-o para administrar todas as UPAS do estado. Nas UPAS tem que ter dentista. Terceirizou tudo do IMIP. Então todos os funcionários do IMIP trabalham na UPA. O governo paga a ele no IMIP. Ele era na época Secretário de Saúde (hoje não é mais), mas na época ele era Secretário de Saúde e recebia. Mas por ele. Ele pagava a ele mesmo. Secretário de saúde a maioria são médicos. Os hospitais sempre têm um diretor médico. É raro você ver um dentista em uma chefia de um serviço médico. É por isso que a gente diz aqui no Sindicato Pernambucano que o serviço tem que ser regido por um dentista. Não pode ser gerenciado por médicos e nem outro profissional. Só para quem entende a profissão e o trabalho do dentista. Eu quando era dentista do Sindicato dos Comerciários o departamento médico quando tinha qualquer problema me procurava. Até para ATM (uma médica com problema de ATM) me chamaram para resolver. “Andei tomando remédio, mas não resolve”. Não resolve porque o problema não é a dor. A dor é a consequência. Tem que resolver o problema da ATM. “Faça a medida e vejo qual o problema da ATM. Se é um contato fora do lugar, se é uma prótese mal adaptada, se é um bruxismo. A gente tem que resolver primeiro o problema da ATM para depois ir para a dor. Aí passa”. Então era por isso que ele me valorizava. Todos os médicos sempre me procuravam. Eles não sabem para onde vai a Odontologia. Não sabem mesmo. Os médicos atuais eu não sei dizer se existe algum médico diferenciado (deve existir), mas a maioria se concentra no que ele é especialista. Um cardiologista nunca vai fazer um serviço patológico. Se tiver algum serviço de fígado ele manda para um patologista. Ele concentra naquilo. O dentista não, ele tem que ser generalista. Para ser ortodontista ele tem que ser generalista para saber as condições todas. Dentista queira ou não, ele é cirurgião

como tal tem que ser generalista. Se cortar o pé você pode fazer uma cirurgia, mas se não quiser não faça não que vai dar errado. Então você tem que ser generalista queira ou não queira. Mesmo fazendo a especialidade. Já o médico não, se ele é cardiologista ele vem especializado.

Eu estou no sindicato desde 1980. São quarenta anos. Eu quando entrei no sindicato ele se resumia a fazer as guias de contribuição sindical. Antes de ir para o conselho se registrar tinha que pagar a contribuição sindical para registrar no conselho. Então o sindicato se resumia a isso. Mas ele não pode se resumir a isso porque o sindicato parte do Ministério do Trabalho. Hoje em dia a gente faz homologação, faz contrato de trabalho. Porque o papel do sindicato é trabalhar as relações de trabalho. Então o sindicato mudou muito. Antes era do Recife e depois passou a ser de Pernambuco. Inclusive quando antes era só do serviço particular hoje temos do serviço público. Então tem mudado muito. E de uns quatro anos para cá a gente se concentra mais nas negociações das prefeituras. O que nós estamos tentando fazer (eu pelo menos há quarenta anos estou tentando) é mudar a cabeça e a concepção que o dentista tem dele mesmo. Isso é uma mudança padrão. Um paradigma. Se você não mudar a condição do dentista formado e de quando ele exerce, a gente não vai mudar nada não. Agora, essas mudanças trabalhistas, reclamam muito que as condições de trabalho valem mais do que a lei. Mas sempre valeu. Não é de agora não. Todas as condições de trabalho eram por lei. O que estava na convenção valia. Hoje a pena passou para o escrito, mas já existia. O que estava na constituição tinha o valor de lei. Sempre foi isso. Como passou para a lei, a grande maioria das pessoas envolvidas com política falam que foi perda de direito. Mas não foi perda de direito. Sempre existiu e não é novidade alguma. Nós deixávamos de fazer muitas coletivas de trabalho porque o juiz dizia que não podia dar piso salarial porque era previsto em lei e não poderia ser mudado. Mas mesmo assim a gente mudou e hoje em dia já é permitido. Mudar o que é previsto em lei. Mas no meu tempo tinha juiz que não aceitava. Mas hoje em dia é com mais facilidades essas convenções de trabalho porque está escrito. Mas sempre valeu e nunca foi novidade nenhum (pelo menos para mim). Possa ser que o pessoal que nunca trabalhou em sindicato ache que não, mas sempre foi assim. Está na convenção é o que vale. Não é lei, mas tem força de lei.

Sindicato discute a relação de trabalho e de emprego. Conselho fiscaliza o exercício da profissão. E as Associações resolvem as renovações dos conhecimentos científicos e as atualizações e os aperfeiçoamentos e pós-graduação. Então as características são essas. Conselho fiscaliza o exercício da profissão através da lei, o papel do conselho é esse. Embora muitos dos reitores assumiam os conselhos e se achavam no direito de discutir relação de trabalho. Mas pela constituição só quem pode estar sentado em uma mesa fazendo isso é o sindicato. O conselho não. O conselho vai fiscalizar quem está exercendo a profissão corretamente. E a ABO é para a “reciclagem” científico profissional. A ABO é anterior pelo menos ao sindicato.

O sindicato foi o primeiro que elegeu um constituinte (no tempo) de Getúlio Vargas. Desde a segunda ata já prevê a eleição do sindicato do dentista de Pernambuco iria fazer parte da constituinte. Em 1935/1936 desse ano. E ele foi eleito representante da constituição. Deixa-me ver o nome dele aqui. Eu acho que é Hamilton Guimarães.

Quanto ao dentista fazer botox, eu abomino. Eu não gosto não. Mas já que eles fazem o problema é deles. Eu faria uma correção em uma boca, mas Botox eu não faria não. Aliás eu não colocaria nada de fora no meu organismo. Eu não colocaria nunca nada de fora no meu organismo. Eu acho que quando você inclui alguma coisa de fora para harmonização física vai ter prejuízo. Queira ou não é uma substância estranha no organismo. Como tal o organismo vai reagir. Vai aumentar o fluxo sanguíneo, depreciar a mucosa. Tudo pode acontecer. Então eu não quero nunca incluir e discutir isso em nenhuma das assembleias e reuniões. Eu nunca usaria o Botox ou coisa parecida. Para mim harmonização facial é tirar um defeito que você tem e centralizar outra coisa. Ninguém tem uma face igual à outra. Sempre há uma diferença da direita para a esquerda. Então você tem que harmonizar essas duas faces e aí e onde está a beleza. A beleza é na harmonização das linhas. Se você tem uma harmonização nas linhas, você tem uma beleza perfeita. E não uma beleza dessas que as pessoas estigmatizam. Então você tem que harmonizar as linhas. Umas é mais perto do padrão, outras são mais distantes, mas todas elas têm a sua beleza. Tendo a harmonia das linhas, todas elas são bonitas. Independente se você tem um rosto quadrado, oval. O que difere é questão de genética. Mas normalmente havendo a harmonização das linhas você estará bonito. E a beleza é pessoa. A beleza não é padrão. Tanto que eu não sei por que os brasileiros se apegam a beleza grega.

Nós não temos nada a ver com a beleza grega. Nós não temos nada a ver com a beleza grega. O nariz afilado, a beleza de Apolo, não é? Nossa beleza é diferenciada. Nossa beleza é a harmonia das faces e das linhas. Havendo a harmonia das linhas nós temos a beleza. Seja morena, clara, escura, branca. Padrão de beleza para mim não conta não. Para mim. O resto é lá com os esteticistas.

Mas para além do Botox, depois da década de 80 a gente tem a grande evolução da cirurgia bucomaxilo, não é? Eu acho que quando a Odontologia se reafirmou dentro, se afirmou dentro de um hospital. Você já podia projetar o queixo para frente, o queixo para trás. Mas isso já se fazia no meu tempo. Já fazia em 1960. Eu nunca gostei. Mas muita gente já fazia. Redução de dente. Era empírica. A pessoa se achava com a possibilidade e o direito de fazer e consciente de que estava certo e fazia. Toda cirurgia maior sempre foi em hospital. O máximo que você fazia em consultório era um abscesso. A partir daí não fazia mais nada. Porque precisa de uma anestesia geral, não é? E o dentista não pode fazer uma anestesia geral. Só o anestesista.

Um caso muito interessante que eu atendi, foi um caso que foi de graça. Um cara veio com a mulher com o queixo desse tamanho e um lado da face toda troncha e veio para ser atendida (na época era em uma casa de saúde e estava fechado e vieram bater no meu consultório). “Doutor o que eu posso fazer?”; - “Vamos resolver isso”. Eu a coloquei na cadeira e quando eu abri ela estava com uma mandíbula do segundo molar até o primeiro pré, totalmente infeccionada e com pus. Tanto que eu fui tirando os dentes com as mãos. Fiz uma curetagem, lavei, fiz o procedimento todo no meu consultório, e disse que voltasse amanhã para ver o resultado. Isso já eram sete horas da noite. Quando ele voltou já estava bem murchinho. Ele agradeceu e eu disse que quando ele tivesse dinheiro ele voltava e estava tudo certo. Aí durante muito tempo ele trazia de Passira um Capão (que é um galo (não) reprodutor) e um saquinho de fava para fazer minha cabidela. E pagou. Trouxe o dinheiro e pagou bonitinho. E a mulher voltou no outro mês tudo limpo e tudo murchinho. Aí eu falei para colocar uma prótese e ele colocou por lá pelo interior. Mas isso foi uma coisa que me gravou porque eu nunca vi um tumor daquela dimensão. A mandíbula ficou com um polegar de tamanho e ela deve ter tido uma paralisia facial, pois deve ter atingido o trigêmeo. Mas eu fiz no meu consultório tranquilo sem cobrar. Eu tinha conhecimento, tinha material e tinha remédio. Fiz e deu certo. Aliás, eu nunca tive problema nenhum porque sempre

deram certo, graças a Deus. Mais graças a Deus do que a mim. E isso ficou na minha mente mesmo e foi um trabalho de graça. E pouca gente faria. Pouca gente tinha essa conexão de ter um conhecimento de posição social e sua posição que você é obrigado a ter quando você se forma em Odontologia. Uma pessoa chegar ao seu consultório nessa situação sem um tostão no bolso e você fazer, você tem que ter noção da sua condição social. E é isso que eu digo: nós temos que ser dentistas cidadãos. No dia que a gente tiver dentista cidadão iremos ter uma profissão valorizada. O dentista tem condição social. O dentista tem condição de querer ganhar dinheiro de qualquer jeito. Nem que seja pouco dinheiro. Eu não tenho nada que reclamar da vida não. Estou chegando nos meus oitenta e quatro anos sem problema nenhum. Não tomo remédio nem para dor de cabeça.

Tudo que eu trabalho há quarenta anos eu disse tudo aí. Para valorizar e mudar a cabeça do dentista. Mas, a gente era artesão. A gente era artesão mesmo...

Dr. Peixoto

Eu vim de uma família pobre do sertão da Paraíba, eu sou de Itaporanga, estudei na Universidade Federal de Pernambuco, me formei em 1974 e não tive nenhum parente dentista.

O principal fator para que eu fizesse algo na área da saúde... é uma história muito interessante... eu, vendo na sala, assistindo uma novela, e nessa novela o rapaz era agredido, teve uma fratura de mandíbula. Ele era... o rapaz inclusive de boa aparência, e teve sua face deturpada por uma agressão física, já na época mostrando isso, e foi para o cirurgião, fez a cirurgia, o rapaz voltou as suas funções e eu vendo aquilo eu disse: "não, eu vou fazer isso aí!", foi aí onde deu a ideia de me especializar em cirurgia. Antes de fazer odonto eu já pensava em ser cirurgião, mas não sabia de que parte ainda.

Eu tive muita dificuldade em comprar o material da faculdade, e fiz um curso em paralelo, um estágio no exército, no HGE - Hospital Geral do Recife. E no Hospital da Restauração foi onde eu fiz toda a minha... o início da minha carreira de cirurgia. Quanto a minha inserção no trabalho, passei três meses em um consultório e não foi muito bom! É... mas depois de trabalhar com o professor Moisés e... lá foi onde eu

inicie os meus primeiros passos, e... pagando, não o aluguel, mas pagando... pagava a energia, o condomínio e o material... eu comprava o material, mas ele tinha muita coisa. Aquilo que ele tinha, ele também colocava lá para que eu pudesse usá-los, sem problema nenhum. No final a gente tirava as contas da energia, tal, tal... e dividíamos eu e ele, o lucro era geral e não em porcentagem, era parceria. Comecei a fazer clínica geral e ele tinha... ele fazia endodontia e tinha uns pacientes que me procuravam. E parte de próteses ficava sobre responsabilidade dele, e eu ficava com a cirurgia e a dentística.

E os pacientes que era captados já era do catálogo de pacientes do prof. Moisés. Aí, depois disso eu cheguei a... um colega que trabalhava como professor, também como eu, mas não gostou, aí me chamou. A gente montou uma clínica e eu conhecia o dono da Santa Helena. Conheci através de amigos, que era uma empresa de medicina de grupo aqui, e de depois já dessa empresa, eles construíram dois grandes hospitais aqui em Recife: Memorial São José e Santa Joana, mas aí ele passou para a gente. Como ele era paraibano e eu conhecia a família dele toda... é... porque eu estudei no ginásio, no Diocesano de Pombal e conhecia os padres, e quando eu cheguei aqui em Recife conversei com eles, aí contei minha história que eu era paraibano. Eles também eram.

Eles eram de Uiraúna, mas como éramos paraibanos, então ele um dia ele me chamou... porque ele já tinha uma clínica de odontologia que prestava serviço para ele, mas estava com muitos problemas, aí ele me chamou, então perguntou se eu queria assumir a metade do serviço, aí eu me prontifiquei a assumir com esse meu colega e mais um outro. Nós éramos em três e a gente trabalhava de dia e plantava plantão a noite 24h e tudo... os três, e aí o outro... A empresa começou realmente com uma certa dificuldade de paciente e terminou com a gente abraçando e ficando sozinho. E aí, foi onde eu dei os primeiros passos e consegui comprar um automóvel para mim, consegui alugar um apartamento, que aí eu morava na clínica, inclusive no primeiro andar que havia por trás, e esse foi o início, né? Com muita dificuldade já. Na época a odontologia já tinha alguma dificuldade para quem dava os primeiros passos, para quem estava iniciando.

A clientela para essa nova clínica, era clínica de medicina de grupo, ela tinha muitos clientes, ela já encaminhava. Pela carteira ela era... a Santa Helena tinha muito convênio com empresas. Essas empresas já tinham o nosso endereço e elas

encaminhavam os funcionários dessas empresas e seus familiares. Antigamente se chamava “médico de caderninho”, que tinha o caderninho com o nome do médico e ia com a indicação da empresa. O básico e o forte dessa primeira empresa era a dentística, é... e as exodontias, e a cirurgia, né? A cirurgia oral menor. Era o básico, mesmo! A gente documentava tudo! Foto não existia, era amalgama e a resina sem a necessidade de ativação por luz... é... aí a gente fazia a manipulação e já colocava, assim, nas cavidades, mas não tinha foto. Raio-x nós tínhamos! Raio-x, é... fazia o raio-x periapicais, né? Panorâmico veio surgir talvez uns quinze a vinte anos depois que eu me formei. Foi um pouco antes... talvez uns dez anos, de cinco a dez anos.

Nunca houve casos de pacientes precisarem ser hospitalizados depois de uma cirurgia, e eu precisar encaminhar, não que eu me lembre, mas se precisasse essa clínica onde nós encaminhávamos, eles tinham hospital, aqui bem pertinho inclusive desse estacionamento que nos vemos aqui ao lado da UNIMED, era onde funcionava o primeiro hospital da Santa Helena, depois foi que... era um hospital dirigido para essas empresas, depois foi que eles vieram a construir, é... três hospitais aqui em Recife. Perdão! Dois hospitais aqui em Recife e um no Cabo de Santo Agostinho. No plantão clínico que a gente fazia rodízio na clínica, entendeu? Depois de conseguir alguns colegas para trabalhar, aí fazia aquele rodízio.

Eu me especializei no tempo da minha graduação foi em 1974, é... em 1974. Em 1978, através de conhecimento e o concurso que nós fizemos, e também indicação, tá certo? O concurso não, entrevista! Fui aprovado no centro da saúde da Universidade Federal do Ceará, no curso de cirurgia, então foi lá, onde... Aqui em Recife não tinha a especialidade em cirurgia e no Brasil só tinha em Fortaleza, Rio Grande do Sul com o professor Jonildo, Rio Grande do Sul com o seu João Carlos Wagner e Epraim Wagner e São Paulo - clínicas gerais com opção cirúrgicas, vamos dizer assim, ou perfil cirúrgico. Pelo que eu tenho conhecimento, eu fui um dos primeiros a fazer especialidade aqui em Recife, a vamos dizer assim... o quinto a chegar com a especialização! Primeiro chegou um colega meu, querido. Hoje trabalha em uma universidade que eu sou professor dessa universidade, lá dá UPE, prof. Emanuel Dias, e ele chegou realmente com muita, é... muito bom na cirurgia, fazia quase todas as cirurgias de face, e... me chamou algumas vezes para auxiliá-lo, e eu me empolguei com aquilo, e aí foi que me deu a ideia de o mais rápido possível fazer esse curso em Fortaleza e ele foi quem também me ajudou a me indicar para esse

professor, o João Nildo, é... ele era um autodidata, muito bom na cirurgia. E eu fui para Fortaleza, passei dois anos e voltei já especialista, mas quando cheguei aqui, especialista mesmo só existia dois e eu fui o terceiro especialista. Aí, eu comecei a trabalhar em 1977, eu fui... eu fiz um concurso público, fui aprovado no estado, aí e fui trabalhar no Hospital da Restauração, que é esse que estou até hoje, já estou com 46 anos, e ainda estou lá. Meu plantão é daqui a pouco! Daqui a pouco! Plantão hoje, ainda! E no começo era uma especialidade muito nova e o hospital não tinha nada, nós foi que... a gente operava com o instrumental da ortopedia, entendeu? A bucomaxila começou trabalhando, inclusive alguns ortopedistas fazendo a cirurgia, faziam com as metodologias, é... vou até dizer sem princípios, a verdade é essa, e já com muita dificuldade, mas eles, os ortopedistas, foi quem deram os primeiros passos aqui em Pernambuco, e depois a gente andou procurando em outros estados do Nordeste. Eu posso até afirmar que eu cheguei a conhecer, como João Pessoal e lá no Ceará também, Pernambuco, o início dessa... só no Ceará tinham poucos, mas aqui em Pernambuco tinham muitos ortopedistas que faziam essa parte... fratura de mandíbula, por exemplo... maxila, não! Maxila, antes de chegar gente aqui... antes da gente chegar, todos os pacientes eram sequelados não tinha quem operasse, só existia dois cirurgiões plásticos... tinha um cirurgião plástico, cirurgião é que fazia... era uma coisa, mas era muito seguro e tinham muitos estudantes de medicina procurando e tal. Então não tinha vaga para a gente de odontologia.

Essa relação entre o profissional de odontologia dentro do hospital com o profissional de medicina, não havia conflitos. Eu soube que em outros estados tiveram problemas, mas aqui em Recife não! Eu fui muito bem acolhido quando eu cheguei de Fortaleza, já fazia alguma coisa... já aprendia muito aqui com um professor autodidata de próteses, dentística e prótese que surgiu... foi esse que operava aqui na “Restauração”, nas cirurgias eletivas e eu fiquei com ele do sexto período até a conclusão do curso, e os primeiros passos do meu curso eu fiquei com ele trabalhando aí na “Restauração”, e depois que eu terminei meu curso... o meu concurso, até que ele coordenou esse concurso. Eu fui aprovado e até hoje estou nesse hospital. Quarenta e seis anos e meio que eu já estou, já passei de me aposentar seis anos e meio. Eu não estou gostando, mas não quero ir para casa não! Quero ficar ainda! Trabalhar um pouco!

No começo da cirurgia de buco até hoje, na questão da tecnologia, eu percebo uma grande diferença! Muito grande! Uma diferença assim, coisas que... entendeu? Hoje a gente faz a cirurgia ortognática, que na época só fazia mandíbula e era a com a técnica do professor Oswaldo de Castro, entendeu? Tudo por acesso extra-oral...é... a parte de patologia, os grandes tumores e os tumores malignos quem fazia muitas vezes e até hoje ainda fazem são os médicos. Mas a gente fazia, por exemplo: biópsia, nós biopsiávamos, e fazia muita patologia, entendeu? E também, os primeiros passos da bucomaxilo foi dado pelo prof. Emanuel Dias, prof. José Fernando, que chegou, foi para a França. Emanuel foi para o Ceará. Eu também fui para o Ceará e foi quando a gente começou a... Dando os primeiros passos na cirurgia... e também convidava, de vez em quando, o prof. J. J. Barros lá de São Paulo. Grande professor! Quando vinha aqui dava aula à gente, entendeu? João Ildo, vinha de Fortaleza dar curso aqui para a gente. O prof. João Efraim Wagner, lá do Rio Grande do Sul, também vinha para dar curso para a gente. E aí, foi o meu início.

Sobre o começo da cirurgia de buco, tínhamos poucos livros. Eu esqueci de uma figura lá de São Paulo prof. Graziani, também esteve aqui várias vezes. Ele, já na época de 1970, por aí... 1970/1975 por aí, ele escreveu o primeiro livro, então ele era um autodidata, já tinha ido aos Estados Unidos e passou...fez um curso lá nos Estados Unidos. Ele foi o primeiro! Como se fosse o “Scooby-Doo” da cirurgia. Aqui no Brasil, inclusive, foi ele! Foi o primeiro! Depois ensinando, orientando a gente, a gente começou a dar... caminhar na cirurgia e graças a Deus eu iniciei! Nesse tempo todo eu vi um paciente ir a óbito em uma cirurgia comigo, mas esse foi um assalto, um tiro de doze. Não tinha como... ele já chegou ofegante, entendeu? Perdeu muito sangue... pai de uma anestesista. Ela por coincidência estava na sala com a gente. Ela lutou para salvar o pai e não consegui, entendeu? Sangrava muito! Não conseguiu salvar a vida do pai juntamente com a gente.

Eu acho que a área de buco, ela surgiu por uma necessidade propriamente dita e por ausência da capacidade médica de resolver esses problemas, somos nós que entendemos de oclusão, de tudo isso, então... Olhe, os ortopedistas, eles... quando a gente chegou e começou a operar eles já foram dando espaço para a gente, sem querer mais operar a parte de fratura de mandíbula, fratura de maxila, porque... os ortopedistas não operavam maxila, era só... puxava a gancho e não fazia mais nada! Não fazia osteorredução, nem nada! Se o paciente fosse dormir e dormisse de bruços,

ele tiraria toda a estrutura óssea da posição anatômica e funcional. Não tinha estabilidade! Mas os cirurgiões plásticos por sua vez também faziam alguma coisa. Eles eram de cabeça e pescoço, mas esses mesmos, depois que nós ingressarmos aqui... veio a segunda turma, e terceira turma, tal, tal, tal... e eles já foram cedendo os espaços e a gente crescendo um pouco.

Tiveram alguns casos que vivenciei, que falam sobre a minha experiência, que no caso é peculiar da cirurgia, das emergências. O que eu estou lembrando agora, o que aconteceu comigo ainda hoje, e me emociono um pouquinho quando conto essa história... foi uma criança, em uma cidade aqui, Igarassu, uma cidade a uns 30km daqui...

Trabalhei muito tempo em Camutanga e em Ferreiros também, pouco, mas Camutanga trabalhei muito! Teve um caso muito interessante por lá, uma criança... ele vinha correndo com um carrinho, bateu com o rosto em um centro de vidro e teve um corte na face muito grande, e iniciou um sangramento. Correram com esse menino para o hospital, lá em Igarassu, não conseguiram localizar a artéria que estava sangrando, e aí, o pai segurando a boca prendeu o sangramento com a mão dele, veio para a "Paulista", na "Paulista" não conseguiram, e aí veio para a "Restauração". Internou e me chamaram urgente. Eu tinha acabado a minha cirurgia. Desci, quando cheguei que vi... desci com um residente... sangrando muito! O pai dentro da sala quando pedi a pinça hemostática... que eu pincei o vaso, ele já quase que ofegante, todo banhado de sangue. Eu peguei sem anestesia, porque se eu tivesse mandado buscar o material, a criança com certeza iria a óbito. O pai ficou chateado e meio brusco lá, com aquela situação. Aí eu desci e pedi para os seguranças retirá-los da sala. Tiraram, aí eu continuei. Consegui hemostasiar, porém, muito sangue, mas eu consegui garroteá-las, e hemostasia-las e suturá-las, e aí eu não quis falar com ele, porque... aí no dia... quando eu terminei tudo eu chamei o pai, chamei a mãe e disse que aquela minha ação de pegar, assim, sem aplicar a anestesia, era porque se eu fosse buscar, mandar buscar o material de cirurgia para fazer aquilo o paciente iria a óbito, entendeu? E o pai ficou um pouco calmo. Aí foi para casa... com oito dias eles trouxeram a criança já dando trabalho, correndo tudinho. Chegou e abraçou! É ele que eu desculpo!

Voltando sobre a buco, eu vejo que houve o avanço e que continua a avançar, mas não vejo necessidade de uma "pactuação" entre a buco e a área estética, com a

paratologia que está disponível no mercado, as hastes, entendeu? As cânulas e luz disponibilizadas, aí... fratura do nariz a gente não tem mais... na época que começou a operar o nariz a gente reduzia, pegava a gaze, fazia dois tampões posterior e anterior, colocava ali e o paciente passa ali, o quê? Uns três/cinco dias com esse tampão dentro da boca e com muita dificuldade... chegava com aquela podridão horrível que na hora a gente tirava e não botava mais nada, passa um sorinho ali para lavar o nariz. Ele vinha usando... hoje com as cânulas, entendeu? E com essas hastes que você bota para dar uma armação no corpo dos ossos do nariz, então a gente conseguiu fazer realmente uma... não a gente, né? Com esse tipo de técnica e a paratologia, hoje nariz, a gente trata muito bem, sem problema nenhum. Já sobre essa nova inserção da odontologia, também no ramo da estética, botox no caso, eu acho acho uma grande evolução. Grande evolução! Mas foi tanta gente nesse caminho, usando esse material e prejudicando alguns pacientes, tá certo? E... é... hoje... eu, primeiro eu nunca fiz! Não fiquei procurando! Não quis fazer! Mas eu vi muitos casos aqui em Pernambuco que os pacientes ficaram sequelados por ignorância profissional, entendeu? Botox, por exemplo, eu não coloco e sou contra aquele cirurgião que faz sem ter realmente uma especialização. “Fez curso de 24h no final de semana em São Paulo, e pagando tudo”... eu sou contra! Eu sou contra!

Eu cheguei a fazer estágio no Hospital Magitot, e a trabalhar um período lá, mas de repente desisti porque era muito dificuldade... material, essas coisas. Aí depois o Lions assumiu, aí chegou o material. Eles conseguiam o material e tal... eu trabalhava... eu voltei, e... os estudantes iam muito para lá, e aí faziam muita! Muitas exodontias! E muito! Alguns dentes inclusos, é... fenectomias, perinoplastias, e cada coisa que os alunos gostavam muito e procuravam lá, o “Magitot”, o hospital oferecia tudo o que a cirurgia buco oferecia naquele momento.

A bucomaxila, como é que se diz..., mas a gente aqui em Recife, dos estados do Nordeste, o estado que era mais... que a bucomaxila era mais respeitada pelos colegas médicos, era Pernambuco. Os outros estados era um “cacete”, poucos alunos de cirurgia tinham realmente esse acesso e a liberdade de trabalhar e operar, e... Muito pouco! Muito pouco!

Eu realizava muitas extrações lá no Hospital Escola, e o que eu via antigamente para a escolha da dor era a exodontia, eu acho que isso contribuiu para ser, o nosso país, como um país de desdentados. Como falam até hoje, inclusive na história da

odontologia. Isso contribuiu demais! Demais, mesmo! Demais! E eu acho que isso aconteceu um pouco por culpa da formação e pela falta de ciência/estudos, não tenha a menor dúvida! Na minha época eu me formei... Isso que eu não falei! Eu me formei em 1974, é... e tinha pouquíssimos endodontistas aqui, é... pelo Brasil mesmo, Nordeste não tinha, lá no interior nós não... Difícil de mais! Difícil! Eram muitos charlatões fazendo exodontia e mutilando, e... entendeu? Fraturando a mandíbula. Muita coisa nesse sentido. Eu acho que o momento em que descobrimos que “podemos salvar o dente fazendo uma endo e não tirando”, foi a partir dos anos 1980 para cá clareou muito nesse seguimento, aí de fazer... Se ia... fazia a extração... “Não! Não faça isso, não! Vamos fazer a endo que você vai salvar o dente! Não vai ter perca!”.

Na declaração que se chama “Declaração de Cascata” falam que precisaria de um recentramento da profissão em uma única profissão, no caso médico a odontologia voltaria a ser uma especialidade médica, e eu acho que se a odontologia não pegar esse caminho... digo a você com o que eu estou vendo aqui em Recife e vejo no Brasil, porque eu participo... eu sou ativo, já fui no Brasil da Diretoria do Colégio de Cirurgia, entendeu? E... conheci muitos estados, conheço muitos serviços, até o “Centrinho de Bauru” que eu cheguei a conhecer, e vejo hoje a necessidade urgente! Urgente! De criar uma estratégia onde a odontologia vá mais para o hospital, vá mais para dentro do hospital... Hoje não pode haver um curso de odontologia fora do hospital. Eu acho que o curso de cirurgia de odontologia, hoje, ele já poderia... ele já deveria estar dentro de um hospital.

A perspectiva que eu tenho a partir de agora para a odontologia é que todos os alunos que saírem das suas escolas, eles têm por obrigação se pós-graduarem em especialização [...]. Especialização... é... nos cursos: mestrados também, doutorado, e... etc. Hoje... não admitia um odontólogo fazer perícia em craneomaxilofaciais, cabeça e pescoço, né? Não se admitia! E todo mundo faz, entendeu? São terceirizados, porque não tem o CRM para ser cooperado, mas eu aqui faço a perícia bucomaxilio nos... é... cheio de médicos fazendo... médicos otorrinos, cirurgiões plásticos, cabeça e pescoço, fazendo as cirurgias ortognáticas, e sacaneando os pacientes, entendeu? E... com números bons de bucomaxilos que se especializaram e faz a cirurgia ortognática, faz a cirurgia, faz o trauma bem feito, faz a patologia e está conseguindo um caminho paralelo que ainda tem consistência. Então até hoje

médicos fazem cirurgia do campo, odontológico! E eu outro dia, estava lá na universidade e falei, que eu sou da UPE... falei que talvez os meus netos não seriam mais bucomaxilofaciais, porque a medicina chegou e encontrou uma coisa no Brasil, um campo fácil para eles entrarem e entraram muitos... graças a deus que Pernambuco não deixou! Porque eles entram, fazem besteira, e o paciente volta para ser operado pela gente. Já operei muitos pacientes vindo de médico aí... otorrino, médico, cabeça e pescoço, cirurgião plástico. E eles estão conscientes que não podem, que não devem.

Eu amo a minha profissão, me sinto bem com ela, por isso que eu ainda estou trabalhando. Eu gosto de estar com aluno! Ainda hoje pela manhã trabalhei na “Restauração”, fiz a cirurgia de um zigoma com dois residentes. Dois residentes... um R3, um R2 e um R1, e... vítima de agressão física. O do zigoma houve perda de tecido ósseo, desse zigoma, e a gente imobilizou com telas. Telas 1.5 de titânio, e ficou ótimo! Chegou, inclusive, as suas eminências faciais estavam perdidas... serem reconstruídas tranquilamente, e uma tela embaixo do globo ocular, que também tinha perdido o assoalho do globo ocular do lado esquerdo foi todo reconstruído com tela, placa e parafuso.

Dr. Samuel

O meu nome é Samuel Cavalcanti, nasci em 14 de dezembro de 1952, filho de Diógenes Ferreira Cavalcanti e Alda Prado Cavalcanti. Me formei em dez de outubro de 1975, na universidade federal de Pernambuco. Portanto, agora em outubro desse ano de 2019, eu estou completando 44 anos de formado.

Meu pai era dentista e tenho mais dois irmãos dentistas. Um já falecido e outro que já é bem mais velho do que eu, esse não exerce mais. Mas, ele exerceu até uns cinco anos atrás ou sei anos. No meu tempo, o curso era de quatro anos, hoje já são cinco. Já há algum tempo. Acredito que não tenha sido influenciado diretamente pelo meu pai, mas é muito provável inclusive, eu cursei até o segundo ano de medicina e por conta de ter cursado até o segundo ano de medicina, eu resolvi parar o curso e voltar para odontologia. E isso me custou um ano de faculdade porque, na realidade, era para ter me formado se eu tivesse feito dede o início a odontologia em 1974. Mas,

é possível que tenha havido assim uma influência não de que meu pai queria que eu fosse dentista, não. Eu acho que foi uma coisa natural porque eu vivia numa casa onde todo mundo era dentista, vivia no consultório de meu pai desde pequeno, então, realmente, deve ter havido uma preferência por odontologia. Eu não sei se eu estava me sentindo um peixe fora d'água, eu sei que chegou num momento no segundo ano que eu disse que não era aquilo que eu queria, então, eu voltei e fiz odontologia e graças a Deus fui muito feliz na profissão. Com grandes realizações e só tenho a agradecer por tudo que tem acontecido até hoje na minha vida particular e profissional. O fator de que medicina tivesse uma maior aérea de atuação não teve um peso na minha decisão. Acredito que foi mais uma vocação mesmo de querer ser dentista. Até porque são profissões muito semelhantes em tantos países que a odontologia é uma especialidade na medicina e, em relação a campo de trabalho, eu não acredito que tenha sido isso não.

A semelhança entre medicina e odontologia é que tudo trata. Em medicina você tem várias especialidades, odontologia poderia ser uma especialidade que trata da boca, da face, então, eu acho que seria por aí. Como você tem otorrino, você tem oftalmologista que cuida de olho, otorrino nariz e garganta, então, odontologia poderia ser dentro do curso de medicina, uma especialidade porque na realidade as matérias básicas são todas... Eu fui da primeira turma do ciclo básico quando foi implantado o ciclo básico na federal então no primeiro do ano do ciclo básico todos os alunos da área de saúde tinham o mesmo curso. No final do ano que você fazia a opção para o curso que você queria e quando entrei na faculdade, não entrei no curso de odontologia, no curso de medicina, de enfermagem, nada disso entrou na era de saúde. Foi o primeiro ano do ciclo básico aqui na federal de Pernambuco. Então no final do primeiro ano, então, você se inscrevia, eu quero medicina, eu quero odontologia, eu quero enfermagem e com isso, dependendo da sua nota você entraria naquele curso ou não. Mas, as matérias eram comuns a todos os alunos que foram aprovados no meu tempo eram área três, área de saúde era área três. Então, eu fazia a mesma coisa que todo mundo faz, as mesmas matérias eram dadas igualmente.

Entre através do vestibular e após o ciclo básico, no caso a partir do segundo ano, então já estava definido quem ia fazer odontologia, quem ia fazer medicina, enfim, aquelas carreiras já definidas, então, eu cheguei no segundo ano de medicina, cheguei numa anatomia. Era uma anatomia geral na parte de odontologia, era uma

anatomia mais específica, de musculo, envolvimento a face de uma maneira geral, entendeu? Então não deu para perceber muito em termos da medicina porque logo no segundo ano, eu desisti e voltei para fazer odontologia, eu acho que nem cheguei a cursar o segundo ano todo.

Já o ciclo profissional da odontologia era aquelas cadeiras específicas que tinha dentista, material dentário. Hoje, eu acredito tenha mudado bastante a grade das matérias, mas era realmente, até porque o curso eram quatro anos então você tinha que agregar o máximo possível. E se não me engano a partir de 1980, é que ela passou a ser cinco anos, mas até quem se formou em 79 eram quatro anos a faculdade, a graduação. As clínicas a tínhamos integrada, onde o próprio nome já diz, navegávamos por todas aquelas matérias como dentista, como endodontia, como periodontia, era tudo dentro da clínica integrada claro que horários diferentes e dias diferentes, mas o sistema funcionava dessa maneira. Eu percebia uma falta de observação teórica na aplicação do dia a dia, na minha época, eu tive professores que eu não vou revelar o nome, mas muitos fracos que não tinham condições de estar ali ensinando. A graduação que tinha era muito baixa então naquele tempo se a gente fosse depender única e exclusivamente do que estava aprendendo na faculdade, ia sair um profissional bem abaixo do que o mercado ia precisar. No meu caso eu tinha meu pai, meus dois irmãos, então, que já eram bem mais velhos do que eu então eu pude durante todo o curso fazer um estágio, podemos dizer assim, tive condição de aprender muito mais do que a faculdade me oferecia. Aprendi muito com esses estágios extracurriculares em família, com algumas exceções. A faculdade oferecia, mas era basicamente em posto de saúde no qual você só realizava extração. Hoje não, com certeza, tem outros locais que você pode exercer, fazer odontologia profilática em a última instância a fazer é extrair um dente. Mas, hoje é completamente diferente do meu tempo na década de 70, eu entrei na faculdade em janeiro de 1971. As diferenças que percebo entre antes e agora, é que tem estágios em que a pessoa realmente consegue exercer a odontologia praticando aquilo que está sendo ensinado. E não simplesmente como no tempo da gente, eu só me recordo de estágio, aliás teve até um estágio bom que foi na Marinha, acho que foi no último ano de faculdade, mas, nos outros anos não eram em postos de saúde para fazer extrações. Era algo muito falho.

Hoje em dia você tem um tratamento muito mais conservador, do que um tratamento que antigamente simplesmente em muitos casos retirava-se o dente. Hoje você já encontra em órgãos públicos, ortodontia, periodontia, pode melhorar muito, mas você já encontra. No meu tempo você não tinha isso. Não existia de fato para o grande público pois primeiro não havia uma educação voltada para isso. A desinformação era muito grande. A ignorância era muito grande, preferia muito mais... eu mesma me deparei em alguns casos em que tive até problema com paciente que chegava no posto de saúde querendo extrair um dente com uma lesão muito pequena e eu me negava a fazer. Mas eles queriam de toda maneira agir dessa forma, preferia preservar. Nos postos de saúde ninguém fazia endodontia, não era implantado endodontia como é hoje, era entrar na fila para tirar o dente e acabou e ganhar um dia de trabalho.

Já no particular era algo diferente em que o paciente podia pagar, então, podia se oferecer uma alternativa melhor. Muito mais conservadora. Quase que na totalidade desde que fosse possível uma odontologia conservadora. Eu fui dentista da Caixa Econômica onde nós tínhamos o laboratório com toda as condições e a possibilidade de fazer praticamente todos os procedimentos para evitar a perda de um dente. Então realmente a minha experiência foi nesse sentido. E, ao mesmo tempo, eu tinha a minha clínica particular, tenho até hoje e para lhe dizer o tempo que começou no serviço público, por exemplo, ortodontia não sei dizer, mas já faz um bom tempo.

No particular sempre teve. Menos a parte de implante. A parte de implante chegou no Brasil mais ou menos em 1989, na década de 80, inclusive passei um ano e dois meses fazendo curso em São Paulo de implante. Em 1996, eu fui para São Paulo com meu professor, e o advento do implante foi uma coisa muito importante para odontologia pois você tinha a opção de no caso de uma extração, podia-se repor de uma maneira mais próxima possível do natural aquele dente, aquela raiz que foi perdida. E fazendo uma comparação de acessibilidade entre o implante e a endo, com certeza a endo é mais acessível, implante ainda é para poucos, pelo menos na região nordeste.

Hoje eu trabalho com implante em ortodontia, a captação de paciente é o paciente da clínica no consultório, no dia a dia, que precisa tirar um dente, não tem condição de recuperar e tal. Dentro de um ambiente de consultório.

Assim que me formei, eu já possuía um consultório devido ao meu pai, cheguei a trabalhar com plano de saúde, aos que davam condição de utilizar um bom material. Os valores pagos entre o plano de saúde e o consultório particular dependendo do plano existente há uma diferença grande. Alguns pagam relativamente bem e outros com valores bem mais inferiores ao que se cobra no particular. Os planos geralmente eram ligados a empresa públicas, Odontoprev por exemplo não temos, porque se paga muito pouco e não temos condição de fazer um tratamento como deveria ser feito.

O fato de ser filho de dentista facilitou muito com os materiais, pois muita coisa eu já tinha, e esse tipo de material não é barato. E a única especialidade que eu fiz em termos de curso, foi a implantodontia, que foi recente. Mas eu fazia a parte de clínica geral, cursos em congressos, esses tipos de eventos. Ter feito a especialização em implante é que eu sempre gostei dessa parte cirúrgica e com implante, é possível fazer refazer aquilo que foi perdido. Me sinto com uma autonomia maior realizando cirurgias em relação a outras especialidades. Creio que isso de colher o resultado imediato, e qualquer outro tratamento conservador vai exigir mais tempo. O fato de poder prescrever medicamentos reúne poder pois só o médico dentista pode fazer.

Em comparação com hoje em dia, eu não sinto diferença em relação a tempo de espera para as consultas, porque por exemplo, eu trabalho exclusivamente com hora marcada, então, eu sei se eu faço um procedimento agora e vou fazer um outro procedimento dentro de N dias, eu sei o que é que vou fazer, então, eu tenho uma previsão de quanto tempo eu vou precisar no outro horário que marquei aquele paciente. Então, para minha maneira de ser não mudou absolutamente nada. Sempre foi assim desde o início que eu comecei a trabalhar depois que eu me formei. A mesma comparação já para o campo das anamnésias, acho que são bastante semelhantes com as de hoje, por ela saber o histórico do paciente, enfim, não vejo muita diferença não, talvez hoje seja possível colher mais informações.

No quesito epidemiológico, dos anos 80 para cá eu acho que foi dada muita ênfase para profilaxia, mesmo com a prevenção ainda caótica nas classes mais

baixas, houve uma melhora. Clinicamente eu observo um número menor de cáries. Um cuidado maior com a gengiva embora você tenha pacientes que não cuidam, mas existe hoje uma atenção maior por parte do paciente nessa questão preventiva.

Nunca peguei nenhum atendimento complexo que necessitasse encaminhá-lo para algo, ou de algum implante que deu errado, assim como também não atendo pacientes especiais, mas já precisei referenciar pacientes a centros cirúrgicos, na situação em que o paciente por exemplo, não quer fazer uma cirurgia de dentes inclusos no consultório, então, eu não vou para o hospital. Eu encaminho para colegas que fazem isso, como por exemplo pacientes que já tiveram lesão tumoral, essa parte eu não faço.

Não possuo conhecimento sobre como é o tratamento na parte odontológica dos hospitais porque especificamente quando um paciente vai para o bloco cirúrgico não tem uma sala especial para o dentista, logo utiliza a sala de cirurgia normal. Talvez tenha alguma cadeira ou algo semelhante. Mas, acredito que seja no bloco cirúrgico normal. As vezes atendo urgências, como temos muitos dentistas aqui na clínica, a urgência faz parte. Assim como já cheguei a ir na casa de pacientes que não podiam se locomover, mas são casos pontuais, tanto antigamente como hoje em dia, mas somente em casos que impossibilitassem a locomoção do mesmo até o consultório, agora se ele estivesse sentindo apenas dor eu não poderia ir a casa dele, não justificaria, somente em casos de necessidade, porque meu equipamento não está lá. Então para uma dor ele tem que vir, muitas vezes pode ser uma pulpíte, uma fratura, então tem que vir ao consultório do dentista ou num serviço de emergência. Não tem como a gente atender, fazer esse atendimento em casa pelo fato de o paciente estar com dor, e para dar o diagnóstico daquela dor eu precisaria de um exame clínico, de um exame radiográfico e pela experiência que a gente tem dependendo da resposta do paciente aquelas perguntas, a gente vai formando um juízo de valor daquilo. Mas evidentemente que precisa de exames complementares. Muitas vezes. Como a radiografia. A radiografia é essencial.

A radiografia começou a entrar nos consultórios antes de eu entrar na faculdade, meu pai já tinha equipamento de raios-X há vários anos. A partir de que ano, eu não me recordo. No do meu pai sempre teve raios-X. É localizado em Recife.

Já recebi estagiários e tive uma ótima relação com ele, uma boa experiência, sempre procurava passar aquilo que eu achava importante e também o que eu tinha condição de passar para ele. Mas foi só um caso, que eu me lembre. Aqui na clínica trabalho em sociedade com minha esposa, cada um tem sua sala, mas minha esposa e filhas tem especialidades um pouco diferentes. A divisão de trabalho é de acordo com o que cada um faz, casos de ortodontia tenho minha filha que trata, Marta faz a parte de ortopedia e ortodontia, assim como tem coisas que todos fazem, mas cada um com seu cliente. Existem outros dentistas aqui na clínica, mas, que eu trabalhe... trabalha aqui um cirurgião que muitas vezes a gente solicita aí ele vem. No caso são especialidades muito específicas, ele vem e atende seu próprio paciente. Ele trabalha quando eu preciso de um cirurgião no caso, ele vem na minha sala e faz o procedimento na minha sala naquele horário determinado, então o paciente continua sendo meu. A gente sabe quanto, a gente sabe de antemão, procura saber quanto ele cobra, quanto ele vai cobrar por aquele procedimento. A gente sabe claro que dentro desse orçamento a gente coloca os custos de material, de sala, de luz, de secretária. Tanta coisa passa em 44 anos de formado que eu não saberia dizer se algo me chamou a atenção na minha vida clínica, que eu me lembre que chamou a atenção. Acho que assim uma coisa, uns trabalhos, uns tratamentos mais complicados do que outros, mas assim, nada um que se chamou muito assim a atenção muito diferente da rotina do consultório não. Não lembro. Então basicamente é uma linha de normalidade de atendimento. Poucas vezes algum paciente chegou a passar mal. Emocionalmente, nervoso, então a pressão cai um pouco. Aí isso acontece muito. Sempre acontece. Aí tem os procedimentos deitar a cabeça ficar mais baixa do que o tronco. Nunca teve a necessidade, por exemplo, de usar o oxigênio, alguma coisa assim. Nunca houve isso não. Esses procedimentos normais resolvem, resolveu no caso da gente 100 por cento dos casos. São poucos, não são muitos, claro

Quanto a escolha da especialidade, do implante. Eu achei que foi uma coisa assim a partir do momento em que eu comecei a ler e a pesquisar, me chamou, me despertou muito o interesse, entendeu, eu achei incrível, aquilo, a gente poder... porque o implante nada mais é do que você repor, é uma raiz artificial. Você perdeu o dente, então, o implante você repõe a raiz artificial, eu achei isso maravilhoso. Não pensei duas vezes quando apareceu essa oportunidade de ir para São Paulo fazer esse curso.

Eu acho que esse encontro com o passar do tempo, da odontologia com a medicina, essas práticas odontológicas, me parece que tem gerado um bocado de conflito. Entendeu? Porque o médico acha que o dentista está entrando no ramo dele, então, realmente, é uma classe que não é unida. A classe odontológica com a classe médica não é unida. Cada um procurando defender os seus interesses e com isso, sempre tem problema. E isso é mais um problema. A questão que você levantou aí do Botox, pelo pouco que eu sei porque eu não faço isso, mas, está gerando ruído. Eu acho que a essas categorias não deviam ser unidas, pois a vaidade disso influi muito. Isso atrapalha muito. A vaidade, eu acho. E, cada um querendo defender o seu, entendeu? Eu não me envolvo, eu não participo, eu não tenho nenhuma participação de órgão de classe. Os médicos com que eu convivo é uma amizade pessoal, nunca tive nenhum tipo de problema. Mas, existe. Claro que existe. Eu acho que muito por conta, a vaidade. Eu acho.

A cirurgia buco é uma cirurgia específica, se restringe ao buco maxilo. Você vê que muito médico entra... aí que começa a briga. O desentendimento por conta disso aí, o dentista acha que o médico está invadido a parte dele. Em relação a cirurgia geral, você está falando aí é uma parte que é mais restrita a médico mesmo. Entendeu? Mas por exemplo, na parte de buco, então, isso aí eu sei que tem gerado problema e isso na realidade, o dentista é o profissional indicado para esse tipo de procedimento. Porque ele estuda musculo, osso de face, tudo. O médico deve ter aprendido, deve ter estudado, mas de uma maneira mais genérica e não específico. Já faz muito tempo que eu ouvi falar em cirurgião buco em hospitais, desde o meu tempo de estudante já tinha cirurgiões buco em hospital. Mas na faculdade tinha disciplina de cirurgia buco, eu não estou lembrado quem era o professor titular, mas, eu tinha a cadeira de cirurgia buco, tinha. Mas, não estou lembrado não. Mas, tinha com toda certeza. Eu no meu tempo de estudante, eu dava plantão no hospital da Restauração. E no hospital da Restauração tinha muita coisa de buco. Tinha dentista, especialista em buco. No meu plantão mesmo tinha. Ele entrava nesses casos de acidente, um tiro envolvendo a face, era tratado pelo cirurgião buco. E como o tratamento em si, eu cheguei a entrar em box cirúrgico, era um box cirúrgico normal de hospital que o paciente era anestesiado. Normalmente é anestesia geral e o buco fazia a reconstrução daquilo que foi lesado. Mas era uma coisa que não era diferente de uma sala para uma cirurgia de um médico para uma cirurgia de abdominal por

exemplo. Não o procedimento era o mesmo. A reconstrução em si, era usando as técnicas disponíveis naquele tempo. Como eu não faço essa parte eu não sei o quanto isso resolveu. Mas tinha isso placa, parafuso, sim. Tinha isso, claro que tinha.

Daqui pra frente eu vejo a evolução da odontologia muito positiva, vislumbrando assim um horizonte bastante positivo em que a odontologia cada vez mais alcançar patamares altos em função até do pessoal mais jovem que está se formando hoje que com certeza está tendo uma graduação melhor. Com toda certeza. Os professores das universidades, pelo menos aqui são professores mais preparados para uma odontologia moderna. Eu vejo com muita alegria o caminhar da odontologia nesses próximos anos, próximas décadas. Com toda certeza. O que eu vejo é primeiro os professores mais capacitados. Mais capacitados. No meu tempo tinha muito professor fraco, muito professor fraco então hoje o professor... para hoje ser um professor universitário ele precisa de muita coisa, que não tinha antigamente... hoje você precisa de doutorado, mestrado. Antigamente não precisava, entendeu, eu acho que você faz uma peneira maior e consegue colocar dentro das universidades pessoas mais preparadas, mais envolvidas com o ensinar.

A minha turma foi a última turma do derby em 1975. Em 76 ela já passou a ser na cidade universitária, passou para lá provavelmente por conta da enchente. Teve uma enchente, mas não foi a primeira enchente não. Acho que eles quiseram colocar tudo lá na cidade universitária. Não deve ter sido especificamente por causa de uma enchente não. Não acredito não. Não lembro se teve. Eu acho que a razão maior foi botar tudo, a maior parte dos cursos tudo lá. Então, a minha turma foi a última turma do derby. Eu tive umas duas vezes lá na faculdade de odontologia. No campus eu não sei se mudou, o meu curso todo foi aqui no derby. A gente tinha uma cadeira lá na cidade universitária, na época era odontologia legal, era junto de medicina legal. Era só uma cadeira, eu acho que deve estar no mesmo prédio com toda certeza. Deve estar no mesmo prédio.

E fazendo um balanço nesses 44 anos de formado é que muita coisa se passou, muitas coisas se passaram nesses 44 anos. Então, hoje eu já vejo um progresso muito grande voltando a frisar dentro dos professores. Os professores hoje são muito mais preparados do que no meu tempo, com toda certeza. Quando eu falo sobre preparo, é mais no sentido de arcabouço científico porque eles fazem hoje

doutorado. E muito mais comprometido com a instituição do que quando era no meu tempo. No meu tempo tinha alguns poucos professores que eram comprometidos, mas, hoje com toda certeza, eu percebo que o aluno sai hoje muito mais preparado do que saía no meu tempo. Porque antes como esses professores não tinham mestrado e nem doutorado, as aulas eram mais baseadas na experiência deles. Aquilo ali funcionava mais como um apêndice que dava um status ser professor da universidade. Então tinha muito professor muito fraco, muito professor fraco. Hoje em dia o comprometimento é maior, os alunos hoje com toda certeza, isso aí eu posso dizer por causa própria, eu tenho caso junto de mim que com certeza ela não saiu muito melhor do que eu saí. Apenas eu tinha o privilégio já durante os anos todos de faculdade estar dentro de um consultório que tinha meus pais, meus irmãos, mas, para quem não tinha nada disso não foi fácil não.

Papai fez na federal. Há muito anos, papai formou-se em 1933. Eram três anos na época dele, então era uma coisa bem restrita em 1933. A atuação de um dentista como meu pai era uma atuação era muito mais restrita do que a minha. O campo de ação dele era menor. A minha já foi maior e com o passar dos anos, pelos cursos, pelas especialidades que eu fiz a experiência profissional, eu também, mas o que eu quero falar é que hoje um estudante de odontologia chega ao final da graduação muito mais bem informado do que o que chegou no meu tempo. Isso aí é fato. Não tenho dúvida com certeza você que está me entrevistando agora, você saiu da faculdade muito melhor do que eu saí. Por melhor que eu fosse um bom aluno, eu era um bom aluno, mas, era talvez sub utilizado, eu poderia ter dado mais, mas, quem me deu foi o tempo, foi a experiência profissional nesses 44 anos. Eu falo da sub utilização, mas no sentido de ter praticado mais, com toda a certeza, então o tempo clínico era muito pequeno. Papai fazia a parte de dentística, a parte de prótese, alguma coisa de cirurgia e radiologia. Radiologia, ele fazia também. Dava diagnóstico. Tinham muitos dentistas naquele tempo que não tinham raios-X e pacientes que precisavam de radiografia eram feitos lá por papai. Isso aí eu me lembro perfeitamente. Então já era uma coisa bem utilizada, pelos menos a experiência que eu tive com meu pai, sim.

Quero apenas enfatizar que é uma profissão que hoje é galga um espaço muito bom, muito bom e que com certeza vai crescer ainda mais. Com toda certeza. O mercado hoje é muito mais complicado, muito mais concorrido, muito mais prostituto. Hoje é um horror. Hoje você tem um curso de implante, vou falar em relação a

implante, eu passei 14 meses estudando e fazendo implante. Você tem curso aqui no Recife que o cara passa o fim de semana e diz que sabe fazer implante. Isso é um absurdo. Isso é um absurdo. Não pode ser. quem passou 14 meses tem que ter uma condição melhor de quem passou um fim de semana. Entendeu, então, realmente é uma profissão que tem várias especialidades. Ortodontia é uma especialidade totalmente prostituída, 100 por cento prostituída. Hoje em toda esquina tem curso de ortodontia, você olha na rua é todo mundo de aparelho, esse pessoal da classe mais baixa que é justo que tenha, claro que é para ter, agora estão fazendo de tudo que é jeito. Então aqui no consultório como minha mulher tem títulos de especialista em ortodontia e endopodia, o que aparece aqui para ela é uma coisa quase que inacreditável. Realmente nesse aspecto a odontologia involuiu. Com toda certeza. Quando eu falo em prostituído é no sentido de gente fazendo... ortodontia, por exemplo, colocando aqueles braquetes para ganhar dinheiro sem saber, não sabe fazer a movimentação de um dente. É colocar um aparelho, você não paga nada pelo aparelho, paga 50 reais pela manutenção. Então, isso tudo é prostituição em cima de quem estudou e a gente aqui, principalmente no Nordeste, muita gente pensa que odontologia, no caso já que a gente está falando da odontologia, é um produto que tem na prateleira em que você encontra de tudo que é preço. Não é assim. Não é assim. O paciente procura ver aquilo que cabe no bolso dele, quem nem quer saber quem é, não quer saber se o profissional tem uma qualificação de um curso, porque se ele fizesse isso, o paciente fizesse isso, ele iria ter um resultado muito melhor. Mas, ele não quer saber se você tem uma formação disso ou daquilo. Ele quer saber se o preço seu é mais barato do que o meu. Então isso realmente tem demais e isso está fazendo até com que eu já pense em parar. Fazer outra coisa porque é um negócio desleal. É desleal. Os órgãos de classe são muito fracos. To falando pelo menos na região aonde eu vivo. Eu não sei em outra região. Mas, aqui os órgãos de classe são péssimos. Fecham os olhos para tudo um horror. Quando eu falo sobre odontologia com mercadoria, como produto de prateleira que o paciente não escolhe o dentista sem o valor, existe uma falta de vínculo com a figura do dentista, em muitas situações. Não existe... fazendo uma associação com a categoria médica, sempre existe aquele imaginário com o médico da sua família... Mas já existiu isso da odontologia. Eu mesmo quando me formei, meu pai tinha famílias e mais famílias. Só que depois muitas pessoas daquelas famílias tem uma pessoa, tem um parente que se forma e

tal, então, hoje a quantidade é muito maior. A quantidade é muito maior, entoa, hoje requer uma qualidade profissional muito melhor.

Eu acho que a cabeça do paciente eu volto a afirmar é muito mais direcionada ao que ele vai gastar. Muitas vezes, ele não está vendo quem é o profissional. Para ele aquele profissional cobra menos do que aquele outro, que cobra menos que o outro. Entoa, eu vou aqui. Ele não procura saber quem é o profissional. Quando o paciente é indicado por alguém diferente. E que os planos de saúde contribuíram muito para isso, com toda a certeza. Deixa de ser aquele dentista indicado por um parente para ser um dentista indicado pelo plano. E aí, mais uma vez vai ver o que está no bolso dele. Ele as vezes tem um plano de saúde que cabe no bolso dele, então, ele vai para qualquer dentista. Esse boom de planos de saúde de odontologia, foi a mesma coisa quando teve o boom da medicina. Vieram atrelados esses planos médicos, planos odontológicos, mas com certeza depois da década de 80, com certeza. Com certeza. Que antes disso eram mais aqueles planos públicos. Hoje não, hoje tem plano que a gente não sabe nem que existe. Com toda certeza. Isso virou um meio de vida para esses planos de saúde aí explorarem e ganharem uma fortuna.

ANEXO A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Entrevista com os Cirurgiões-dentistas

Schraiber, 2019 (adaptado)

1. História familiar (condições gerais de vida), infância e escolarização. Concepções sobre a profissão odontológica e razões da escolha.
 - 1.2 Situações que tratem sobre a escolha primária ou secundária da odontologia; se era o primeiro plano de vida.
2. Ingresso na Faculdade, o tempo de estudante (condições gerais da formação), escolhas curriculares e 'currículo paralelo'. Definição da área de especialidade profissional.
 - 2.1 Formação para o privado: compra de materiais durante a graduação
3. A vida de trabalho: história do exercício profissional.
 - 3.1. Situações que simbolizam a profissão e situações gerais do mercado de trabalho; inserções individuais no mercado de trabalho – jornada de trabalho; cronologia e composição de situações; instalação do consultório privado
 - 3.2. clientela - caracterização geral, captação e manutenção; casos frequentes ou casos que simbolizam a prática de consultório; casos difíceis e fáceis
 - 3.3. instrumentos de trabalho - recursos diagnósticos e terapêuticos de uso corrente ou raro; equipamentos incorporados, acessos a recursos alheios
 - 3.4. a consulta - procedimentos de abordagem e intervenção sobre o paciente; julgamento diagnóstico e decisão clínica; duração da consulta; registro; retornos; altas; atendimentos a domicílio
 - 3.5. serviços complementares - articulação com outros serviços de consultório; ambulatoriais; hospitalares; laboratórios e clínicas especializadas como serviços de diagnóstico ou serviços de terapêuticas
 - 3.6. assistência de urgência - atendimento domiciliar; urgências em hospitais ou Prontos-socorros;
 - 3.7. trabalho associativo - formação de equipes; sociedades
 - 3.8. acontecimentos marcantes da prática clínica e profissional- situações de trabalho; casos clínicos
 - 3.9. atualização profissional - conhecimentos e tecnologias
4. Apreciação sobre a vida profissional. Opiniões sobre as escolhas de especialidade, a prática clínica e seu exercício da profissão
5. A profissão de cirurgião-dentista. Concepção de identidade e valor. Mudanças na profissão e na prática clínica durante sua vida profissional. Como avalia tais mudanças?

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: História e Saúde: O trabalho odontológico como trabalho em saúde

Pesquisador: Lilia Blima Schraiber

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08295319.6.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.198.054

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo sobre a atividade profissional de dentistas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a visão de dentista sobre a sua atividade profissional com ênfase em um contexto histórico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto de pesquisa bem elaborado que poderá resultar em novos conhecimentos relevantes na área do saber envolvida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente informados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**



Continuação do Parecer: 3.198.054

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1275680.pdf	13/02/2019 12:33:10		Aceito
Outros	Josevan_Cadastro_Pesquisa.pdf	13/02/2019 12:31:57	Lilia Blima Schraiber	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_FINAL_2019.pdf	13/02/2019 12:30:14	Lilia Blima Schraiber	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JOSEVAN.pdf	13/02/2019 12:29:39	Lilia Blima Schraiber	Aceito
Parecer Anterior	Josevan_Parecer.pdf	13/02/2019 12:29:01	Lilia Blima Schraiber	Aceito
Folha de Rosto	Josevan_Folha_de_Rosto.pdf	13/02/2019 12:27:56	Lilia Blima Schraiber	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Março de 2019

**Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))**

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você para participar da pesquisa “História e Saúde: o trabalho odontológico como trabalho em saúde” como pesquisa realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da USP, sob a coordenação da Profa. Lilia B Schraiber. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer a História da Odontologia como profissão e prática contemporâneas em duas capitais, Recife e São Paulo. Sua participação se dará através de uma entrevista. Você não é obrigado(a) a aceitar este convite e pode desistir a qualquer momento, mesmo que a entrevista já tenha começado ou depois de terminada, sem que isto lhe acarrete nenhum tipo de constrangimento comigo ou com a instituição a qual a pesquisa está vinculado(a). Sua participação também não implicará em qualquer despesa pessoal para você. Da mesma forma não haverá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação.

Vamos gravar a entrevista, e garantimos que estas informações serão confidenciais e os dados apenas serão usados pela pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador responsável. Pode fazer qualquer pergunta sobre algo que não tenha entendido agora ou a qualquer momento. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à Profa. Lilia B Schraiber no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2170 ou pelo telefone 30617085 ou 3061 7285. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – localizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo “Octávio Frias de Oliveira” - 21º andar – sala 36 - Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP: 01246-000 - E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

_____, _____ de _____ de 2019.
(cidade) (dia) (mês)

