

CRISTIANA LEITE CARVALHO

**DENTISTAS PRÁTICOS NO BRASIL:
HISTÓRIA DE EXCLUSÃO E RESISTÊNCIA NA
PROFISSIONALIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA**

**Rio de Janeiro
Outubro/2003**

CRISTIANA LEITE CARVALHO

**DENTISTAS PRÁTICOS NO BRASIL:
HISTÓRIA DE EXCLUSÃO E RESISTÊNCIA NA
PROFISSIONALIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA**

Tese apresentada ao curso de doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Maria Helena Machado

**Rio de Janeiro
Outubro/2003**

Para Laura

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos são extremamente gratificantes para o autor. São muitas as pessoas e instituições a que eu gostaria de agradecer, mas, algumas, em especial, eu não poderia deixar de mencionar, e a elas expresse minha profunda gratidão.

Ao Sabinho, companheiro e orientador de todas as horas, eu quero registrar meu débito intelectual e minha admiração. A Laura cuja impaciência permitiu que eu não perdesse seus/meus melhores momentos durante a produção da tese. Sua compreensão não impediu que eu trabalhasse noites a fio para terminá-la. A Beatriz, minha mãe, sempre cuidando da Laura para mim; sem sua ajuda teria sido impossível realizar as inúmeras viagens que fiz para cumprir os créditos do doutorado e coletar os dados da pesquisa.

A Maria Helena, cuja experiência e competência para orientar estiveram sempre marcadas pelo equilíbrio entre a boa crítica e o elogio, especialmente nos momentos mais decisivos de elaboração do trabalho.

Em relação à pesquisa empírica, devo agradecer, primeiramente, aos entrevistados que, mesmo estando numa posição delicada, confiaram no nosso trabalho; e, em especial, às minhas colegas Cynthia, Lílian e Carolina, que auxiliaram no trabalho de campo, relacionado às entrevistas com os dentistas práticos. No que concerne à pesquisa documental, agradeço imensamente a ajuda do Jackson e do João, do NESCON, sempre dispostos a atender com presteza aos meus pedidos urgentes. Não posso deixar de citar a ajuda inestimável do Rafaelo, da PROPPg da PUC Minas, sempre me socorrendo quando o assunto era informática.

Também importantes para esse trabalho foram o companheirismo da Evanilde, não somente pela sua disposição para ouvir e comentar minhas dúvidas, em relação ao tema dos dentistas práticos, como também pela sua disponibilidade ao me substituir no trabalho, nos vários momentos em que tive de colocar a tese em primeiro lugar. O carinho e o apoio da Lea não só por ter me acolhido no seu espaço de trabalho, mas também pelas nossas boas horas de conversa sobre a tese.

Institucionalmente, tenho que mencionar o FIP (Fundo de Incentivo à Pesquisa) da PUC Minas que financiou a parte empírica desta pesquisa e o Programa Permanente de Capacitação Docente da PUC Minas, cujo auxílio financeiro foi imprescindível para a realização do doutorado; o Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, onde parte dos dados foi coletada; e o NESCON, onde pude contar com a compreensão e amizade do Chico nas minhas freqüentes ausências e com o apoio administrativo incondicional dos colegas para a finalização desta tese.

RESUMO

O objetivo desta tese é analisar a disputa entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos, como um problema do processo de profissionalização da odontologia no Brasil. A profissão odontológica está regulamentada no país desde a década de 30, com o estabelecimento de um sistema de licenciamento profissional, adquirido por meio de credenciais educacionais. No entanto, observa-se que o exercício da odontologia não tem se restringido ao cirurgião-dentista graduado e licenciado pelos conselhos de odontologia, o que pode ser verificado pela existência de dentistas práticos atuando em vários municípios do país. Com o propósito de analisar as circunstâncias que determinam a inserção dos dentistas práticos no mercado de trabalho, buscamos conhecer o desenvolvimento histórico da regulamentação da odontologia, no contexto da conformação do modelo de regulação profissional no país. Foi realizada uma pesquisa documental com vistas a identificar a evolução da regulamentação da odontologia, com ênfase na análise dos dispositivos legais, estabelecidos a partir da Primeira República. Foram analisadas as legislações e normas aprovadas e sancionadas pelos poderes legislativo e executivo, para regulamentação da profissão odontológica no Brasil, e as demandas apresentadas ao poder legislativo, com vistas à regulamentação da atividade dos dentistas práticos. Nesse caso, 30 projetos de lei, foram encaminhados ao Congresso Nacional, entre os anos de 1947 e 1997. Realizou-se uma pesquisa empírica com o propósito de conhecer e analisar o exercício ilegal da odontologia pelos dentistas práticos e sua inserção no mercado de trabalho. Foram entrevistados 15 dentistas-práticos, residentes na região metropolitana e no interior de um dos Estados do país, com faixa etária variando entre 29 e 73 anos de idade e tempo de exercício na atividade entre 10 e 53 anos. Os dentistas práticos entrevistados informaram que executam todos os procedimentos básicos da odontologia, destacando-se os serviços de dentística e prótese, especialmente “roach” e “dentadura”, e que atendem, principalmente, à população de baixa renda. Praticamente todos os entrevistados possuem experiências de notificação ou denúncia pelo exercício ilegal da odontologia, o que não os impediu de seguir praticando a atividade, fato que atribuem, quase sempre, à tolerância das autoridades ligadas à questão. Eles não escondem sua condição de dentistas práticos e, apesar (ou em razão) disso, detêm credibilidade e reconhecimento social pelo trabalho que executam. Acreditam que atendem a uma clientela distinta daquela que o cirurgião-dentista atende, não estabelecendo, dessa forma, nenhum tipo de competição com o trabalho profissional da odontologia. Tanto as entrevistas quanto as justificativas dos projetos de lei analisados demandam a legalização da atividade, e a argumentação principal é a de que prestam um serviço necessário e imprescindível às populações carentes e excluídas da assistência odontológica no país. Com base nas informações coletadas, verificou-se que a profissão odontológica é contestada em relação ao monopólio legal que detém sobre o campo de trabalho da odontologia nas três arenas da jurisdição profissional: do espaço do trabalho, onde os dentistas práticos oferecem seus serviços para um segmento do mercado de serviços odontológico; na arena da opinião pública, em que a população consome e, portanto, reconhece os serviços ofertados pelos dentistas práticos e, no sistema legal, no qual os dentistas práticos têm apresentado, de forma sistemática, projetos de lei visando ao reconhecimento e à legalização da sua atividade.

ABSTRACT

This thesis analyses the competition between dentists and unlicensed dentists, as a problem in the professionalization process of dentistry in Brazil. The dental profession was regulated in this country in the 1930s, with the establishment of a professional licensing system, achieved through educational certification. However, the dental activity is not restricted to the graduate and licensed dentist, which is demonstrated by the presence of unlicensed practitioners in several cities of the country. In order to understand the circumstances that determine the unlicensed dentists placing in the labor market, we have looked into the development of dental regulation, with emphasis on the legal acts established since the First Republic in Brazil. We have examined the legislation and rules approved and sanctioned by the legislative and executive powers, as well as the claims presented to the Legislative Power, in order to regulate the unlicensed dentists' activities. Thirty bills were sent to the National Congress, between the years of 1947 and 1997. We also carried out an empirical research to identify the illegal activities in dentistry performed by the unlicensed dentists and their position in the dental market. We have interviewed 15 unlicensed practitioners, living either in the metropolitan region or at the countryside of one of the Brazilian states, with ages varying between 29 and 73 years and time of activity varying between 10 and 53 years. The unlicensed dentists have informed that they perform all basic procedures, especially the prosthetics services (partial and total removal prostheses) and that they attend mainly the poor segment of the population. Almost every interviewer has had experiences of being notified and denounced for illegal activity, which did not prevent them from continuing working. They attribute this fact largely to the tolerance of the authorities towards them. They did not hide their condition of unlicensed and unqualified practitioner and, despite of (or because of) it, they get credibility and social recognition from the work they perform. They also believe that they treat a different kind of client from that of the graduate dentist, establishing, in this way, no competition with the regulated profession. Both the interviewers statements and the justifications presented in the bills demand the legalization of the activity, with the main argument that they provide an essential service to the poorer populations, generally excluded from dental assistance in this country. Based on the collected data, we have verified that the dental profession is challenged in its legal monopoly over the field of dentistry in the three arenas of professional jurisdiction: the workplace arena, where the unlicensed dentists offer their services to a segment of the dental market; the public opinion arena, in which the population uses and recognize the services being delivered by the unlicensed practitioners, and in the legal system arena, in which the unlicensed dentists have presented, systematically, bills, claiming the recognition and legalization of their activity.

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------|----|
| AGRADECIMENTOS | 3 |
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | 9 |
| INTRODUÇÃO | 11 |

TEORIA, ANTECEDENTES HISTÓRICOS, ABORDAGEM METODOLÓGICA

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO | 16 |
| 1 - Sobre profissão e profissionalização..... | 16 |
| 2 - As contribuições de Andrew Abbott e JoAnne Brown..... | 21 |
| 3 – Disputas jurisdicionais da odontologia..... | 25 |
| 4 - Estratégias de profissionalização..... | 29 |
| | |
| CAPÍTULO II - A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA NO OCIDENTE | 31 |
| 1 - Profissão moderna e odontologia..... | 33 |
| 2 - A consolidação da demanda por cuidados dentários..... | 36 |
| 3 - A transformação do mercado consumidor de odontologia..... | 38 |
| 4 – Novas perspectivas para o mercado de serviços odontológicos..... | 42 |
| 4.1. O novo mercado de serviços odontológicos..... | 44 |
| 5 - A rede de trabalho odontológico a partir do século XVIII..... | 46 |
| 5.1. Crescimento profissional: incentivos e restrições..... | 47 |
| 6 - Disputas internas e externas: construindo teorias odontológicas..... | 51 |
| 7 - A autoridade das metáforas na definição da imagem profissional..... | 55 |
| 7.1. Buscando reconhecimento profissional: arte dental e ciência dental..... | 55 |
| 7.2. Lutando contra a invasão da prática odontológica..... | 57 |
| 7.3. A ciência da dor de dente..... | 58 |
| 7.4. Dor de dente e credibilidade pública..... | 61 |
| 8 - Descoberta da anestesia: a consolidação da profissão odontológica..... | 63 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO III - MODELO DE REGULAÇÃO DA PROFISSÃO ODONTOLÓGICA NO BRASIL... | 66 |
| 1 – Regulamentação da odontologia..... | 66 |
| 2 - Problemas e demandas da profissão odontológica: abertura de escolas de odontologia e exercício ilegal da profissão..... | 71 |
| 3 - Dentista prático: exercício ilegal, curandeirismo ou charlatanismo?..... | 74 |
| 4 - A competição entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos..... | 76 |
| 4.1. Quantos dentistas práticos existem no Brasil?..... | 78 |
| 5 - Delimitação do objeto: definindo hipóteses e questões de pesquisa..... | 83 |
| 6 - ABORDAGEM METODOLÓGICA..... | 87 |
| 6.1 - Pesquisa documental..... | 87 |
| 6.2 - Pesquisa empírica..... | 89 |
| 6.3 - Análise dos dados..... | 91 |

PESQUISA DOCUMENTAL E EMPÍRICA

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO IV – A REGULAMENTAÇÃO DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL..... | 93 |
| 1 - As atividades dentárias no Brasil Colônia: ofício de barbeiros, sangradores e cirurgiões..... | 95 |
| 2 - A arte dentária no século XIX..... | 101 |
| 2.1. Primeiras mudanças: criação de escolas médicas e reorganização do sistema de licenciamento..... | 101 |
| 2.2. Mudanças no sistema de licenciamento: as ocupações sanitárias na segunda metade do século XIX..... | 107 |
| 2.3. Organizações profissionais do século XIX..... | 112 |
| 3 - O exercício da odontologia na Primeira República..... | 113 |
| 3.1. O reconhecimento dos diplomas..... | 117 |
| 3.2. As reformas do ensino da Primeira República..... | 118 |
| 3.3. A regulação das profissões sanitárias de 1921..... | 119 |
| 4 - O ensino da odontologia no Brasil..... | 120 |
| 4.1. Expansão dos cursos de odontologia na Primeira República..... | 122 |
| 5 - As profissões e a odontologia na Era Vargas..... | 124 |
| 5.1. Permanência do problema: necessidade de nova regulamentação..... | 131 |
| 6 - Demandas legais dos cirurgiões-dentistas: controle do campo de trabalho e autonomia técnica..... | 135 |

| | |
|---|------------|
| 7 - Demandas por auto-regulação: consolidação do monopólio legal do cirurgião-dentista..... | 139 |
| CAPÍTULO V - A ATIVIDADE DOS DENTISTAS PRÁTICOS NO BRASIL..... | 144 |
| 1 - Características gerais dos dentistas práticos entrevistados..... | 145 |
| 1.1. Escolha da atividade..... | 148 |
| 1.2. Formação e atualização na atividade odontológica..... | 150 |
| 2 - Atividade de tempo integral e dedicação exclusiva..... | 155 |
| 3 - Organização da atividade e escopo de prática..... | 157 |
| 3.1. Procedimentos executados pelos dentistas práticos..... | 160 |
| 3.2. Valores dos serviços prestados e estratégias de mercado..... | 166 |
| 4. Clientela, credibilidade e reconhecimento social..... | 169 |
| 5 - Fiscalização e “direito” de exercer a odontologia..... | 174 |
| 6 - Identidade profissional: altruísmo e acessibilidade..... | 180 |
| 7. Formas associativas e perspectivas de regulamentação do dentista prático..... | 185 |
| 8. Situação atual: aumento da competição com os cirurgiões-dentistas..... | 188 |
| CAPÍTULO VI - DEMANDAS DOS DENTISTAS PRÁTICOS NO LEGISLATIVO: 1947-1997..... | 191 |
| 1 - Projetos de lei das décadas de 40 e 50..... | 194 |
| 2 - Década de 60..... | 199 |
| 3 - Os projetos de lei da década de 70..... | 207 |
| 4 - Demandas da década de 80..... | 225 |
| 5 - Demanda no legislativo nos anos 90..... | 229 |
| CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES..... | 237 |
| ANEXOS..... | 245 |
| 1 – Certificado da Associação dos Dentistas Práticos do Brasil..... | 246 |
| 2 – Roteiro de entrevistas..... | 247 |
| 3 – Escola de Pharmacia e Odontologia de Ubá [escola livre]..... | 248 |
| FONTES..... | 249 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 258 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| 1. Número e frequência de municípios brasileiros que informaram existir dentistas práticos segundo porte populacional..... | 79 |
| 2. Número e frequência de municípios brasileiros que informaram existir dentistas práticos segundo porte populacional..... | 80 |
| 3. Distribuição dos dentistas práticos entrevistados segundo idade e tempo de exercício da atividade..... | 146 |
| 4. Características pessoais e da atividade dos dentistas práticos entrevistados..... | 160 |
| 5. Procedimentos, serviços e recursos utilizados pelos dentistas práticos entrevistados..... | 165 |
| 6. Preços praticados por diversos provedores de serviços de odontologia e valores referenciais para convênios e credenciamentos odontológicos..... | 167 |
| 7. Distribuição dos resultados das denúncias feitas pelo Conselho Regional de Odontologia às autoridades policiais e jurídicas, segundo o número de casos de dentistas práticos denunciados..... | 177 |
| 8. Distribuição dos Projetos de Lei (PLs) dos dentistas práticos segundo década e ano de apresentação no Congresso Nacional..... | 193 |
| 9. Projetos de lei para regulamentação do exercício da odontologia, pelos dentistas práticos, apresentados nas décadas de 40 e 50, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições..... | 199 |
| 10. Projetos de lei para regulamentação do exercício da odontologia, pelos dentistas práticos, apresentados na década de 60, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições..... | 207 |
| 11. Projetos de lei para regulamentação do exercício da odontologia, pelos dentistas práticos, apresentados na década de 70, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições..... | 220 |

12. Projetos de lei para regulamentação do exercício da odontologia, pelos dentistas práticos, apresentados na década de 80, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições..... 229
13. Projetos de lei para regulamentação do exercício da odontologia, pelos dentistas práticos, apresentados na década de 90, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições..... 235

DENTISTAS PRÁTICOS NO BRASIL:

HISTÓRIA DE EXCLUSÃO E RESISTÊNCIA NA PROFISSIONALIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA

INTRODUÇÃO

Esta tese tem o objetivo de focalizar o processo de competição profissional entre os cirurgiões-dentistas, profissionais que detêm o monopólio legal do campo de trabalho da odontologia no Brasil, e os dentistas práticos, grupo excluído desse campo, que contesta o direito exclusivo de exercício da odontologia, conquistado por aqueles. A idéia de investigar os dentistas práticos surgiu quando, durante um estudo sobre demandas de regulação profissional no Poder Legislativo, encontramos trinta projetos de lei, visando à regulamentação do exercício da odontologia por esse grupo, no período compreendido entre os anos de 1946 e 1997. Chamou-nos a atenção o fato de permanecerem os dentistas práticos na disputa pela regulamentação da sua atividade durante tanto tempo, fazendo-nos supor que existiriam, efetivamente, praticantes ilegais da odontologia, não apenas em quantidades significativas, mas com argumentos convincentes para mobilizar parlamentares em sua defesa.

Ao voltarmos nossa atenção para o tema, observamos que o problema da contestação dos dentistas práticos sobre o campo de trabalho da odontologia é histórico e latente, e existe desde que eles foram excluídos do direito de praticar a odontologia no Brasil, na década de 30, do século passado. Por essa razão, os cirurgiões-dentistas, ainda hoje, têm que enfrentar o problema de invasão do seu campo de trabalho por empíricos, a quem denominam “dentistas práticos” ou “falsos dentistas”. Assim, dentre as principais demandas da profissão odontológica está a de ampliar o seu poder de fiscalização profissional para abranger, além dos profissionais inscritos nos conselhos federal e regionais de odontologia, também os profissionais não-autorizados, os dentistas práticos.

Do ponto de vista da teoria das profissões, a permanência desse tipo de contestação pode significar um processo inconcluso de profissionalização, já que um dos principais critérios de definição de uma profissão é a capacidade do grupo de manter o monopólio sobre seu campo de trabalho, impedindo a invasão de outros grupos, não-autorizados, situação que, pelo menos no Brasil, parece não ter sido ainda concretizada pelos cirurgiões-dentistas.

Para analisar a situação de competição entre esses dois grupos – cirurgiões-dentistas e dentistas práticos –, buscamos conhecer o processo de profissionalização da odontologia numa perspectiva mais ampla, no contexto das transformações sociais das profissões, no mundo ocidental, que caracterizou o surgimento das *profissões modernas*; esse processo, segundo Larson (1977), esteve diretamente vinculado à evolução do capitalismo industrial para o capitalismo corporativo, a partir da segunda metade do século XIX. Buscamos, ainda, entender esse processo no contexto do desenvolvimento do atual modelo de profissões no Brasil, iniciado no período de construção do Estado brasileiro, na Era Vargas, e consolidado no cenário de modernização da sociedade brasileira no pós-guerra.

Analisamos, primeiro, o desenvolvimento da odontologia, como área de competência autônoma e independente da medicina, ocorrido principalmente no mundo ocidental, a partir de meados do século XIX, tendo como cenário principal os Estados Unidos e, num segundo momento, a evolução da profissão no Brasil. Também a odontologia brasileira, desde o início, colocou-se como uma profissão autônoma da medicina, seguindo o modelo americano, não obstante sua relação com a profissão médica ter sido um fator importante no seu processo de profissionalização.

Por outro lado, voltamos nossa atenção para os grupos ocupacionais (dentistas práticos) que se colocaram - e ainda se colocam – em disputa com a profissão odontológica (cirurgiões-dentistas), demandando um espaço próprio de atuação dentro do campo de trabalho da odontologia. Na verdade, os dentistas práticos que, por um curto período de tempo, tiveram sua situação regulamentada, entre 1931 e 1934, nunca deixaram de lutar pelo reconhecimento e pela legalização da sua atividade, o que os leva a permanecer como um forte elemento de contestação da profissão odontológica até os dias atuais.

Nosso estudo, portanto, pretendeu analisar a situação de profissionalização da odontologia no Brasil, com vistas a situar historicamente um dos principais problemas enfrentados pela profissão odontológica: a contestação da sua jurisdição pelo grupo dos dentistas práticos, desafiando a capacidade dos cirurgiões-dentistas de manter o direito exclusivo de prática, conquistado no sistema legal.

No capítulo I desta tese, apresentamos os conceitos de profissão e profissionalização, buscando destacar as novas propostas de estudo em torno do tema, as quais utilizam recortes históricos e aplicação de modelos teóricos para estudos de casos. O modelo teórico ao qual nos reportamos demonstra a existência de jurisdições de trabalho especializado na sociedade, disputadas por grupos profissionais que pretendem demarcar seu campo de atuação, utilizando-se de estratégias próprias de competição dentro do contexto da divisão do trabalho em cada país. As demarcações existentes entre os grupos profissionais são freqüentemente contestadas, com resultados que vão desde a dominação de uma profissão sobre outra, visando a compartilhar tarefas ou clientela, dentro da divisão do trabalho, até a dominação de uma jurisdição por um único grupo, com a eliminação ou, mesmo, o desaparecimento de ocupações. Dentre as estratégias utilizadas pelos grupos ocupacionais, está a construção de discursos para autopromoção do grupo como autoridade competente na área em que atua.

No capítulo II, apresentamos o processo de profissionalização da odontologia no Ocidente, destacando-se a conformação de um modelo de profissão independente da medicina, cujo formato desenvolveu-se, originalmente, nos Estados Unidos, em meados do século XIX, influenciando o modelo de profissão odontológica adotado no Brasil. Ainda nesse capítulo, demonstraremos aspectos referentes à conformação do mercado de serviços bucais e às disputas travadas entre os diversos praticantes da então “arte dentária”, que resultaram no monopólio desse campo de saber pelos cirurgiões-dentistas. Esse recorte histórico por certo há de ajudar-nos a compreender os caminhos percorridos pelos praticantes dessa ocupação a fim de se estabelecerem como profissionais, especialmente no que diz respeito às estratégias utilizadas para o convencimento das audiências sobre a necessidade de assegurar direito exclusivo de prática a profissionais qualificados na ciência dental.

No capítulo III, descrevemos a situação da profissão odontológica no Brasil, segundo o modelo de regulação profissional vigente. Nesse contexto, identificamos os principais

problemas e demandas dos cirurgiões-dentistas no sistema legal com vistas à manutenção do controle sobre o campo de trabalho odontológico, ou seja, a demanda pela participação nas definições dos padrões de ingresso profissional, por meio do controle do sistema de formação do cirurgião-dentista, e a demanda pela ampliação do poder de polícia sobre os grupos que exercem de forma ilegal a atividade odontológica. Assim, caracterizamos o grupo dos dentistas práticos, por meio de evidências históricas e conjunturais, demonstrando sua presença como um grupo competidor expressivo no mercado de trabalho odontológico brasileiro. Ainda nesse capítulo, apresentaremos as hipóteses e a abordagem metodológica utilizada para evidenciar a contestação da jurisdição odontológica pelo grupo dos dentistas práticos.

O capítulo IV apresenta o resultado da pesquisa documental, sobre a evolução da regulamentação da profissão odontológica no Brasil. Nesse capítulo, voltamos nossa atenção para os decretos, leis e procedimentos que, desde o período colonial, foram usados para regulamentar o exercício da atividade daqueles que, sendo diplomados ou não, praticaram a odontologia no país. Inicialmente regulamentada como parte do trabalho exercido por barbeiros, tira-dentes, sangradores e cirurgiões, ainda no período do Brasil Colônia, a atividade odontológica passou pelo século XIX como “arte dentária”, até ser reconhecida como odontologia no século seguinte, na década de 30, possuindo, hoje, o status de profissão auto-regulada. Nesse processo de transformação da prática odontológica, destacamos a regulamentação do grupo dos dentistas práticos, na década de 30, estabelecendo um breve período de reconhecimento legal dessa atividade no Brasil.

No capítulo V, focalizamos os dentistas práticos que exercem ilegalmente a odontologia no Brasil, com o propósito de identificar, por meio de entrevistas, aspectos relacionados ao cotidiano de trabalho desses indivíduos, com destaque para as tarefas odontológicas que executam, as formas de organização do seu trabalho, os enfrentamentos com as autoridades fiscalizadoras e com os cirurgiões-dentistas, as opiniões sobre a atividade que desenvolvem, sua importância e utilidade social, bem como as aspirações e perspectivas quanto à sua regulamentação.

No capítulo VI, apresentamos as contestações jurisdicionais dos dentistas práticos no sistema legislativo. No período compreendido entre os anos de 1947 e 1997, foram apresentados trinta projetos de lei no Congresso Nacional, com vistas à regulamentação

do exercício da odontologia pelos dentistas práticos. Esses projetos de lei foram analisados com respeito às suas proposições, ou seja, quanto aos critérios e condições de licenciamento dos dentistas práticos, e com relação às suas “justificativas”, que caracterizam os discursos do grupo demandante em defesa de suas proposições.

Por fim, no capítulo VII, procedemos às conclusões gerais do trabalho, quando abordaremos o processo de profissionalização da odontologia no Brasil, tendo-se em vista a contestação da jurisdição dos cirurgiões-dentistas pelos dentistas práticos.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO

1 - Sobre profissão e profissionalização

Os estudos sobre profissões, ao longo de quase todo o século XX, notabilizaram-se por descrever os atributos e características de uma profissão ou as estruturas particulares de controle profissional que resultavam no monopólio sobre um campo de trabalho sem, contudo, explicar como e por que algumas ocupações, de um lado, alcançavam sucesso na conquista desses atributos e, de outro lado, falhavam em obtê-lo ou se tornavam dependentes e subordinadas de outras ocupações ou, até mesmo, desapareciam.

Desde que Carr-Saunders & Wilson, em 1933, primeiro descreveram aspectos comuns às profissões tais como altruísmo, orientação para o coletivo e compromisso com o “servir”, outras características foram adicionadas para compor o conceito de profissão, sendo as mais comuns: existência de um padrão organizacional de trabalho especializado, ocupação e dedicação integral de seus membros; existência de aparatos institucionais de auto-regulação; treinamento padronizado em habilidades e conhecimentos esotéricos; monopólio sobre o campo de trabalho; autonomia técnica e status social.

Muitos estudos e teorias destacaram um atributo profissional sobre os demais na tentativa de encontrar um traço comum que definisse de forma genérica as profissões. Para citar alguns dos conceitos adotados, destacamos o trabalho de Wilensky (1958), que representou a profissão como um monopólio de habilidades, vinculado a um treinamento padronizado que justificava a posse exclusiva de competência numa área específica. Isso significa dizer que não é qualquer pessoa que pode realizar o trabalho

em um determinado campo de saber, ou seja, o território profissional é demarcado para limitar o ingresso do leigo, freqüentemente por meio de legislação. Rueschemeyer (1972) destacou como característica central das profissões o fato de se constituírem ocupações orientadas para o serviço, as quais aplicam um corpo sistemático de conhecimentos na solução de problemas altamente relevantes para os valores centrais da sociedade, enfatizando, dessa forma, o conhecimento especializado e a vocação para o serviço como atributos de maior relevância. Freidson (1970) destacou a autonomia técnica como fator essencial para diferenciar profissão das demais ocupações ao eleger, como ponto crítico, o controle sobre a determinação e avaliação do conhecimento técnico utilizado no trabalho. Para esse autor, uma característica também importante, mas secundária, era o controle sobre os termos econômicos e sociais do próprio trabalho. Assim, ele considerava que, mesmo estando subordinado socialmente a outro grupo ou organização, o grupo podia permanecer como uma profissão. Essa tese contrapunha-se a uma crescente tendência de achar que o desenvolvimento tecnológico, a diferenciação interna e a crescente especialização das profissões, a exemplo da médica, acabariam por demandar grandes e complexas organizações, perdendo seu caráter de prática autônoma para se render ao financiamento de organizações empregadoras de grande porte. Isso levaria a um processo natural de proletarização e desprofissionalização do trabalho especializado, com conseqüente declínio do domínio profissional e perda de controle sobre o próprio processo de trabalho.

Na verdade, os estudos sobre a ameaça de proletarização e desprofissionalização do trabalho especializado foram abundantes na década de 80, especialmente em relação à profissão médica, gerando uma outra linha de análise sociológica das profissões. McKinlay & Arches (1985) consideraram a possibilidade de que os médicos fossem reduzidos a uma função proletária, tendo-se em vista a burocratização da prática médica como conseqüência da lógica da expansão capitalista. Em conseqüência, a medicina perderia sua característica de atividade autônoma para se subordinar às exigências da produção altamente rentável da atenção médica. Para Navarro (1988), não se tratava de proletarização ou perda de dominância profissional, mas da diminuição da autonomia profissional, na medida em que as profissões eram utilizadas pela elite para cumprir seus propósitos de dominação econômica e social. O'Connor & Lanning (1992) também sustentavam o fim da autonomia médica, apontando para o fato de estarem os médicos perdendo sua capacidade de selecionar, treinar e licenciar seus próprios praticantes. Para Freidson (1994), no entanto, a incorporação das profissões a grandes organizações, a

exemplo da profissão médica, não resultou na perda de suas características centrais, da autonomia técnica e do monopólio e domínio sobre o campo de trabalho, o que significa a capacidade de impedir a invasão da área por outros grupos e de avaliar e julgar o próprio trabalho.

Em complementação aos esforços para definir profissão como um conjunto de características e funções sociais, podemos citar os estudos que buscaram identificar o processo pelo qual as ocupações se organizam para conquistar os atributos profissionais e obter controle sobre determinado campo de trabalho, definido como “profissionalização”. Assim, o processo de profissionalização foi descrito por vários autores, dentre os quais se destaca Wilensky (1964), com o clássico trabalho *The professionalization of everyone?*, realizado a partir de um estudo comparativo sobre a conformação de várias profissões americanas. Esse processo incluiria o cumprimento de etapas de desenvolvimento profissional: as profissões surgiriam com (1) o trabalho ocupando tempo integral dos membros da ocupação; (2) a criação de escolas, geralmente de nível universitário, com desenvolvimento de conhecimento padronizado e tempo longo de treinamento; (3) a formação de associações profissionais com vistas a separar os competentes dos incompetentes, levando à próxima etapa em que (4) a profissão é regulamentada, assegurando-se o monopólio sobre a prática profissional por meio de legislação; e (5) por fim, a profissão adota um código de ética, estabelecendo normas de conduta para seus membros, que buscarão eliminar as competições internas e o charlatanismo, assegurando proteção aos clientes. Essas etapas de profissionalização, baseadas na observação do trabalho profissional na sociedade americana, mostraram-se inaplicáveis em outras sociedades, especialmente nos países da Europa, cujo desenvolvimento profissional esteve diretamente vinculado ao Estado, que teve papel decisivo na organização das ocupações. Abbott (1988) testou o argumento de Wilensky (1964) e estudou as etapas de profissionalização em 130 profissões americanas e britânicas, obtendo como resultado a ocorrência de uma certa regularidade no processo de profissionalização entre as profissões americanas reconhecidas, tanto as ditas “livres” (liberais) quanto as “subordinadas” (auxiliares). Entretanto, esse mesmo padrão não caracterizou nenhuma outra categoria ocupacional, candidata à profissionalização desse país, nem qualquer dos grupos profissionais britânicos analisados.

Diniz (2001) aplicou essa teoria a algumas profissões no Brasil; o resultado foi a seguinte seqüência de eventos: (1) primeiro, criam-se escolas profissionais pelo Estado;

(2) surgem, então, associações profissionais que procuram garantir apoio do Estado, por meio de vantagens e privilégios ocupacionais com base nas credenciais educacionais; (3) o Estado cria posições e cargos reservados aos diplomados pelas escolas profissionais; (4) as associações mobilizam-se para excluir do mercado de trabalho e de serviços os não-qualificados; (5) o Estado regulamenta as profissões, criando monopólios e (6) as profissões tentam restringir o acesso às credenciais acadêmicas. Como no modelo europeu, essa seqüência implica uma maior participação do Estado nos eventos relacionados ao processo de profissionalização, distanciando-se, pelo menos no que diz respeito à matriz histórica, das etapas propostas por Wilensky (1964) para as profissões americanas.

Numa outra linha de análise, que se fortaleceu a partir do final da década de 70, Johnson (1967) definiu as profissões como organizações de mercado que dependiam da capacidade de imposição ou definição de necessidades e de produtos aos consumidores, ao passo que Berlan (1975, *apud* Abbott, 1988, p.5) justificou a realização profissional a partir dos objetivos de monopólio econômico e conquista de posições privilegiadas no mercado. Assim, ainda que mantendo como parâmetro os mesmos atributos profissionais definidos anteriormente, o enfoque voltou-se não para a ocorrência de uma evolução “natural”, com base em etapas de profissionalização, mas para a existência de um desejo de conquistar autoridade e domínio sobre um campo de conhecimento, estabelecendo que as profissões são grupos corporativos que objetivam controle sobre o trabalho. Larson (1977) avançou nessa análise, publicando um trabalho que também se tornou um clássico: “*The rise of professionalism*”, em que definiu as profissões como organizações de produtores de conhecimento e competências, relativamente escassas e intangíveis, que organizam, dentro do modelo de mercado, várias esferas da atividade social; em outras palavras, são grupos que se organizam para trocar seus serviços por um preço e que possuem uma inerente tendência ao monopólio. Adicionalmente, apontava que o curso de profissionalização dependia da estrutura político-econômica de cada país, levando o estudo de profissões para a caracterização do seu desenvolvimento histórico no contexto social em que a profissionalização ocorresse, afastando as possibilidades de construção de um modelo genérico e estático, aplicável a todas as sociedades.

De fato, a partir do trabalho de Larson (1977), os teóricos das profissões vêm se esforçando para fugir aos modelos funcionalistas ou estruturalistas e, para tanto,

apresentam padrões alternativos de explicação, nos quais se preocupam menos com a elaboração de um conceito genérico de profissão, para se apropriarem das questões relacionadas a processos de profissionalização que remetam às realidades históricas da vida profissional no mundo do trabalho industrializado, nas diversas sociedades.

Assim, novas propostas de estudo em torno ao tema da profissão têm-se baseado na utilização de recortes históricos e na aplicação de modelos teóricos a estudos de casos relativos a várias profissões, em diversos países. Na busca de novos caminhos para o desenvolvimento da teoria das profissões, as discussões são formuladas, em grande parte, a partir da crítica aos modelos anteriores e na identificação de um crescente interesse da sociologia das profissões pelas investigações históricas. Na verdade, o estudo de profissões sempre teve que situar, historicamente, as instituições profissionais para entender o processo de evolução da profissão sem, contudo, investigar e questionar a fundo o papel do contexto histórico no desenvolvimento destas, o que parece ter acontecido de forma mais freqüente, a partir dos estudos de Larson (1977) e Abbott (1988).¹ Para Burrage & Torstendahl (1990), essa contribuição tem sido fundamental, porque o crescimento de evidências históricas permite colocar em teste as produções teóricas em torno dos conceitos genéricos de profissão e de profissionalização, na medida em que aportam para distinções no desenvolvimento das profissões em diferentes sociedades e épocas. Isso é especialmente importante porque, durante muito tempo, os estudiosos de profissão tenderam a escrever sobre os modelos de desenvolvimento das profissões nos Estados Unidos e Inglaterra como se fossem mais ou menos típicos do resto dos países. Assim, as informações obtidas de investigações sobre profissões em diversos países só têm a contribuir para a reavaliação de conceitos, categorias, teorias e generalizações.

Na verdade, os estudos de Burrage & Torstendahl (1990) e de Torstendahl & Burrage (1990), publicados, respectivamente, em dois livros, são importantes contribuições para se empreenderem novas perspectivas teóricas em relação ao tema do profissionalismo.

¹ Podemos citar alguns exemplos importantes de estudos históricos sobre profissionalização: o estudo de Ramsey (1988), sobre a medicina profissional e popular na França nos séculos XVIII e XIX; de Brown (1992), sobre a profissionalização da psicologia nos Estados Unidos no final do século XIX e início do século XX; de Fee & Acheson (1991), sobre o processo de profissionalização da saúde pública na Inglaterra e nos Estados Unidos no final do século XIX e início do século XX; de Starr (1982), sobre a transformação social da profissão médica nos Estados Unidos; de McClelland, sobre a experiência de profissionalização na Alemanha, além de Abbott (1988), já citado, que apresenta três estudos de casos, sobre as profissões de informática, sobre os advogados e sobre os psiquiatras nos Estados Unidos.

Destaca-se, nessas duas obras, o trabalho de Collins (1990), por sugerir que as profissões sejam tratadas como parte de um estudo geral de mercado, e suas estratégias de monopólio e fechamento de mercado, comparadas com o crescimento e declínio de estratégias similares, operadas por outros estados, castas, guildas e cartéis. O estudo de Brante (1990) ao argumentar que, para entender o comportamento de uma profissão, é preciso entender mais do local de trabalho do que conhecer sobre os membros de uma determinada profissão e, de Beckman (1990), que recomenda localizar os distintivos tipos de autoridade exercidos pelas profissões em referência a outras, encontrados nas instituições burocráticas, familiares e políticas. Selander (1990), por sua vez, atrai a atenção para as estratégias associativas que novas ocupações podem utilizar em combinação com as estratégias de fechamento das profissões tradicionais. Conforme visto, é um campo ainda por explorar, especialmente tendo como perspectiva geral o levantamento de evidências empíricas, históricas e culturais, de diferentes sociedades com vistas a desenvolver análises comparativas que possam estabelecer algum tipo de reavaliação conceitual e estratégica em relação aos estudos de profissões.

2 - As contribuições de Andrew Abbott e JoAnne Brown para a construção teórica do objeto de estudo

Devemos destacar a importante contribuição de Abbott (1988) para o desenvolvimento de um conceito de profissão historicamente contextualizado, que privilegia a conquista de campos de atuação, segundo estratégias de competição ocupacional dentro da divisão do trabalho de cada país. Ele demonstra que as demarcações do campo de trabalho são freqüentemente contestadas por grupos profissionais que demandam seu monopólio, com resultados que vão desde a dominação de uma profissão sobre outra, visando a compartilhar tarefas ou clientela, dentro da divisão do trabalho, até a dominação de uma área de trabalho por um único grupo, com a eliminação ou, mesmo, o desaparecimento de ocupações. Esse sistema de disputas marca-se pela competição interprofissional, entre grupos profissionais que buscam ocupar ou ampliar seus espaços, e intraprofissional, entre grupos ocupacionais que operam dentro de uma mesma área de trabalho; os espaços conquistados são denominados de jurisdição.

Para Abbott (1988), o fenômeno central na vida de uma profissão é o vínculo existente entre a profissão e o seu trabalho, que o autor denominou “jurisdição”. A existência de

uma profissão depende, portanto, do seu controle sobre um campo de trabalho, ou seja, sobre uma jurisdição. Isso geralmente ocorre quando uma profissão obtém sucesso em eliminar grupos competidores, mantendo exclusividade de atuação sobre uma determinada área de competência. Para o autor, não basta a realização de atos especializados para dominar uma jurisdição. É preciso conquistar direitos exclusivos sobre esses atos, o que geralmente ocorre por meio de legislação.

A conquista dos direitos exclusivos para atuar sobre uma jurisdição é obtida pela competição em espaços distintos, denominados por Abbott (1988) de “arenas”. Ele descreve três arenas principais, onde as profissões devem reclamar o domínio sobre a jurisdição: (i) a arena do sistema legal que, em geral, confere controle formal sobre o trabalho profissional; (ii) a arena da opinião pública, onde as profissões constroem imagens que influenciam e pressionam o sistema legal a seu favor; (iii) e a arena do espaço do trabalho, onde o controle do campo de fato se realiza, e onde podem ocorrer distorções sobre os limites oficiais da jurisdição, impostos legal e publicamente. Em outras palavras, o que foi definido por lei pode, na realidade do local de trabalho, ser contrariado, obedecendo a outras determinações, culturais e sociais. Dessa forma, um problema importante para qualquer profissão é a conciliação da sua posição pública com a sua posição no espaço do trabalho. Assim, se ela não tiver crédito suficiente junto à opinião pública, ela dificilmente terá domínio sobre sua jurisdição no espaço do trabalho, mesmo que legalmente lhe esteja assegurado o direito exclusivo sobre a jurisdição.

A demanda profissional feita perante o público é, geralmente, uma demanda pelo controle legal sobre um tipo particular de trabalho. Esse controle significa o direito de realizar o trabalho da forma como o profissional o vê e o avalia, com base na competência e autonomia técnica. Além disso, a profissão normalmente demanda o direito de excluir outros trabalhadores que julgar necessário, de dominar as definições das tarefas relacionadas à jurisdição, e de impor definições sobre as tarefas de profissões competidoras. A jurisdição pública, em suma, é a demanda por autoridade social e cultural. Revelando algumas das terminologias profissionais, ou seja, demonstrando conhecimento e competência, geralmente científicos, a profissão busca atrair a simpatia do público para sua própria definição de tarefas e sua forma particular de resolvê-las; por isso, a construção da imagem pública é um ponto fundamental para o sucesso de uma profissão (Abbott, 1988). Os códigos de ética são, em geral, um recurso importante

para esse fim, uma vez que estabelecem comportamentos e condutas que, se violados, geram punições que asseguram ao público a imagem de lisura profissional e, sobretudo, de defesa dos interesses do público. As atividades de cunho beneficente que a profissão realiza e divulga são também fontes importantes de fortalecimento da imagem, especialmente da sua vocação para o ideal de “servir” (Brown, 1992).

Aqui, faz-se importante destacar a contribuição de Brown (1986, 1992) para o entendimento das estratégias de conquista jurisdicional na arena da opinião pública. Na verdade, o uso do discurso profissional como estratégia de profissionalização é um ponto de destaque do trabalho de Brown (1986, 1992). A autora procura identificar o processo em que um grupo social, dentro de um imenso rol de praticantes, volta-se para a classificação e teorização de um determinado saber e o utiliza para sua autopromoção como autoridade competente de uma área de trabalho. Brown (1992) esforça-se em trazer a linguagem para uma posição central na estratégia de profissionalização. Seu entendimento sobre linguagem é que ela está fundamentada na metáfora, sendo o principal meio pelo qual os grupos ocupacionais tornam públicas suas experiências e realizações privadas. O discurso profissional é, por conseguinte, um elemento importante de propaganda da profissão, seja para demonstrar sua utilidade social, seja para demonstrar sua competência. E os grupos se valem, principalmente, dessa estratégia para transformar e assegurar a manutenção de um campo de saber.

A demanda profissional realizada na arena legal ocorre em pelo menos três espaços distintos. O primeiro corresponde ao sistema legislativo, em que o grupo garante o direito de exercício exclusivo sobre um campo de trabalho. O segundo corresponde ao sistema judiciário, no qual esses direitos são aplicados e as limitações e falhas da legislação são estabelecidas e interpretadas, por meio das jurisprudências. O terceiro refere-se à estrutura administrativa, que define as regras e condutas da profissão, tais como normas e regulamentos do exercício profissional. Essa estrutura administrativa pode estar diretamente vinculada ao Estado, como aconteceu em relação ao modelo adotado no Brasil, na primeira metade do século XX, e que é ainda o modelo de muitos países, a exemplo da França, Alemanha, Argentina. Ela pode, por outro lado, estar inserida em uma estrutura de poder delegado pelo Estado, como é o caso do atual sistema brasileiro, em que os atos normativos profissionais são delegados aos Conselhos Profissionais, embora parte dessa estrutura ainda esteja dentro do Estado, pelo sistema de regulação do processo de formação profissional. Outro modelo de organização

profissional é aquele que deixa as definições normativas quase que exclusivamente nas mãos de organizações profissionais privadas, como ocorre nos Estados Unidos, que possuem uma estrutura descentralizada de administração profissional (Girardi, 1998; Diniz, 2001).

Na arena do trabalho, por sua vez, a jurisdição significa a demanda para controlar determinadas atividades. Existe, normalmente, um fluxo de tarefas a serem cumpridas e de necessidades a serem resolvidas. Nesse espaço, portanto, a questão básica é saber quem controla essas atividades e quem é qualificado para fazer qual parte do trabalho. Essa questão se aplica tanto para organizações quanto para profissões que trabalham individualmente, ou em pequenos grupos de prática, no mercado aberto. Dependendo do local, as profissões vão controlar o trabalho de formas diferentes.

Em um mercado aberto, as demarcações dos limites jurisdicionais entre os grupos competidores são estabelecidas por redes de referências ou estruturas similares, que definem quem realiza ou pode realizar determinado trabalho e quem não o realiza. Ocasionalmente, os anúncios e as propagandas são utilizados para estabelecer, para o público, referências sobre as atribuições dessa ou daquela profissão. Mais freqüentemente, os próprios profissionais definem o que fazem e o que não fazem e referem-se uns aos outros para que o trabalho se concretize. A competição no mercado aberto pode gerar caos e se tornar bastante acirrada, especialmente se a profissão não possui controle sobre as relações interprofissionais de trabalho.

Dentro de uma organização isso ocorre de forma diferenciada, pois as estruturas de referência são atravessadas pela lógica da organização. Além disso, o padrão interprofissional de divisão do trabalho é substituído pelo padrão da empresa. Isso está formalizado pelas descrições das tarefas e regimentos da instituição, que geralmente reconhecem as demarcações existentes entre as profissões. Por outro lado, mesmo dentro das empresas, pode ser necessário o estabelecimento de demarcações da divisão do trabalho através da negociação entre os grupos e com base na incorporação de regras específicas das jurisdições profissionais.

Na verdade, no momento de realizar o serviço prevalecem as soluções encontradas e os mecanismos desenhados na realidade prática do trabalho. Assim, na arena jurisdicional do espaço do trabalho, o que importa é o resultado final do trabalho realizado pelo

indivíduo e não o seu status de credenciado ou não-credenciado. A realidade das relações interprofissionais nesse espaço é, pois, mais confusa e, por vezes, “informal”. Essa informalidade pode, por sua vez, contradizer as duas arenas mais formais de demanda jurisdicional: a legal e a pública.

Para Abbott (1988), é possível distinguirem-se, em geral, três configurações básicas no sistema de profissões: a primeira, que demarca a ocupação de uma determinada jurisdição por vários grupos; a segunda, que define a ocupação de várias jurisdições por um grupo particular. Nos casos extremos, esse modelo toma uma forma bastante forte: uma profissão, uma jurisdição. Os espaços de trabalho vacantes no sistema das profissões são ocupados por grupos interessados em controlá-los. A competição entre grupos ocupacionais vigora não apenas no início do processo de profissionalização, mas também por toda a vida profissional; a derrota significa a perda de espaço dentro do sistema, provocando o enfraquecimento de grupos profissionais, como também, o desaparecimento de algumas profissões. Logo, o conceito de jurisdição profissional está vinculado à idéia de que no sistema de divisão do trabalho especializado existe um processo contínuo de competição entre grupos profissionais pelo domínio das tarefas pertencentes a uma determinada área de atuação profissional. Por outro lado, existe também um processo contínuo de abertura de novos espaços no sistema; Abbott (1988) estabelece quatro fatores principais que levam à criação de novas tarefas e, conseqüentemente, à expansão de espaços no sistema de profissões, que serão disputados pelos grupos, com o objetivo de obterem domínio jurisdicional: a implementação de novas tecnologias, a criação de novas organizações, os fatores decorrentes de causas naturais e os fatores provenientes de mudanças culturais na sociedade.

3 – Disputas jurisdicionais da odontologia

Ao contrário de adotarmos um conceito genérico de profissão, pelo simples estabelecimento de atributos ou pela necessidade de fixar critérios para sua diferenciação de outra ocupação qualquer, buscamos levantar, para esse estudo, evidências históricas sobre o processo de profissionalização da odontologia, elegendo, como foco de análise, as disputas ocupacionais no contexto da divisão do trabalho especializado. Tendo-se em vista a falta de consenso em torno a um modelo ou conceito

de profissão, tornou-se necessário definir qual conceito de profissionalismo adotariamos. Tomamos como base a teoria de Freidson (1994), de que não se pode estudar “processo” sem uma definição que possa nos guiar em relação ao seu propósito final, da mesma forma que não se pode estudar “estrutura” sem definição do seu formato. Dito de outra forma, sem qualquer definição de profissão, a concepção de profissionalização fica sem significado. A intenção de estudar processo em detrimento da estrutura é bastante pertinente para nosso objeto de estudo, a odontologia brasileira, pois se trabalhássemos com estrutura concluiríamos que, comparativamente a outras profissões tradicionais, como a medicina ou a engenharia, ela, a profissão odontológica, desfruta as mesmas bases estruturais, com as mesmas características e prerrogativas jurídico-administrativas – conselhos de profissão, capacidade auto-regulatória, lei de exercício e direitos exclusivos, treinamento com formação universitária, autonomia técnica do trabalho, dedicação em tempo integral, organização em associações profissionais, código de ética, entre outras. Na verdade, esses atributos são tomados por quase todas as profissões regulamentadas, de nível superior, no Brasil, especialmente as da área da saúde. Por outro lado, quando analisamos as conquistas da profissão odontológica e a dominação sobre seu próprio campo do trabalho, constatamos disputas e contestações jurisdicionais que revelam incapacidades concretas de manutenção de controle sobre a jurisdição.

Compartilhando a idéia defendida por Freidson (1994), da necessidade de eleger, para cada estudo em particular, um conceito de profissão, consideramos, para efeito deste trabalho, a definição recentemente apresentada por esse autor, no livro *“Professionalism: the third logic”*, concepção que, a nosso ver, complementa e sistematiza o modelo teórico que adotamos para o desenvolvimento desta tese. Consideramos como profissão, portanto, o grupo ocupacional organizado que reúne três condições: (i) o poder de determinar quem é qualificado para realizar um determinado conjunto de tarefas, (ii) o poder de prevenir todos os outros de realizar seu trabalho, e (iii) o poder de controlar os critérios para avaliar seu trabalho profissional (Freidson, 2001, p. 3 -14). Assim, nossa proposta foi demonstrar como a profissão odontológica no Brasil foi bem-sucedida em relação ao primeiro quesito, ou seja, obteve o monopólio legal sobre o campo de trabalho e o direito exclusivo de prática; não obteve pleno sucesso em realizar o segundo, ou seja, não eliminou “invasores” do seu campo de trabalho; e, conseqüentemente, não consegue realizar com plenitude o terceiro, isto é, o julgamento do seu trabalho é realizado por “outros”, que não a própria profissão. A

incapacidade de realizar a segunda e terceira condições, por sua vez, exerce pressão sobre a primeira prerrogativa, dificultando a manutenção do status profissional e do monopólio legal sobre o campo de trabalho.

De fato, a segunda condição, que revela a incapacidade de prevenir outros de realizar seu trabalho, pode ser observada no exercício ilegal da odontologia pelo grupo dos dentistas práticos, um claro exemplo de contestação da jurisdição odontológica, revelando o insucesso dos cirurgiões-dentistas sobre esse aspecto. Em relação à terceira condição, parece ocorrer, para a profissão odontológica brasileira, o que Freidson (2001, p.12) chamou de "controle do mercado pelos consumidores". Nesse caso, os consumidores, por razões diversas, optam por consumir os serviços ofertados pelos dentistas práticos, julgando-se eles mesmos capazes de definir a qualidade do trabalho que consomem.² Segundo Freidson (2001), o profissionalismo refere-se às circunstâncias nas quais os membros da ocupação e não os consumidores ou os gerentes controlam o trabalho. Quando se trata de consumidores julgando o serviço de uma determinada ocupação, diz-se que existe controle do mercado sobre o trabalho da ocupação e, no tocante aos gerentes, diz-se que o controle sobre o trabalho da ocupação é exercido pela burocracia, ou empresa. Portanto, na sua concepção de profissionalismo, é necessário que apenas membros da profissão realizem o julgamento sobre os serviços.

O poder de determinar quem é qualificado para realizar um determinado conjunto de tarefas e de prevenir "invasores" tem sido definido como monopólio profissional. Essa é uma característica essencial do profissionalismo *tipo-ideal*, de onde tudo mais se desenvolve e continua sendo, por conseguinte, um ponto crítico na definição de profissão. Em nosso estudo, buscamos analisar como se realiza, na prática, o monopólio legal da profissão odontológica numa sociedade como a nossa, marcada pela desigualdade social e que apresenta, de um lado, um contexto de grande desenvolvimento científico e tecnológico e, de outro, o não-cumprimento do estado de bem-estar social. Esse é o retrato, por exemplo, da odontologia brasileira, onde se observa um profundo desenvolvimento científico e tecnológico, com formação de profissionais capacitados nas tecnologias mais avançadas, mas também é nele que se percebe a existência de um número expressivo da população que, quando tem acesso à

² As razões que levam a essa situação não cabem ser agora definidas, pois é o que vamos demonstrar no decorrer deste estudo, mas estão relacionadas principalmente à tradição do dentista prático, à natureza manual do trabalho odontológico, à necessidade de tratamento odontológico da população e à falta de acesso aos serviços públicos de odontologia, dentre outras.

odontologia, conhece apenas uma prática de alcance muito limitado, a antiga prática do “boticão” (Leitgeb, 1959). Temos visto que, pelo menos na arena do trabalho, os dentistas práticos têm ocupado os espaços deixados vacantes pelos cirurgiões-dentistas, detentores exclusivos do direito de praticar a odontologia.³ Com base nessas observações, indagamos-nos sobre que significado tem para a profissionalização da odontologia o fato de esse grupo atravessar a barreira legal do exercício profissional. Em outras palavras: em que medida isso significa uma incapacidade dos cirurgiões-dentistas de manter sua conquista jurisdicional?

Para responder a essas indagações, analisamos o processo de competição existente entre os diversos grupos ocupacionais em torno ao campo jurisdicional da odontologia. Recorremos particularmente ao modelo de profissionalização elaborado por Abbott (1988), cuja teoria se baseia na existência de uma permanente disputa pela conquista das jurisdições profissionais, com vistas ao monopólio de um determinado campo de trabalho. As disputas internas no campo da odontologia ocorrem entre grupos ocupacionais distintos, principalmente porque essa jurisdição é geralmente compartilhada com ocupações subordinadas. Conforme veremos, os conflitos existentes na origem da conformação desse campo de trabalho geraram uma jurisdição compartilhada com outros grupos ocupacionais, subordinados ou não, ao grupo vencedor, o dos dentistas credenciados. Podemos citar como exemplo de grupos ocupacionais não-subordinados, no campo da odontologia, o “Denturist” (sem tradução no Brasil), que representa um profissional autônomo, responsável pelo tratamento de desdentados, regulamentado em diversos países, a exemplo do Canadá, Estados Unidos⁴, Austrália, Dinamarca, Finlândia, entre outros. Um outro caso é o do higienista dental, que pode ser encontrado trabalhando de forma subordinada ou autônoma.⁵

³ De fato, os problemas de saúde bucal são dificilmente reconhecidos no rol das políticas públicas e a odontologia sempre esteve à margem dos pacotes básicos de saúde. Nem o Estado, nem a categoria odontológica se “apropriaram” desses problemas ou se “responsabilizaram” pela sua solução. Por isso mesmo, não foram criadas instituições de assistência à saúde bucal que assegurassem a presença dos dentistas na burocracia brasileira, enfraquecendo seus poderes de barganha junto ao Estado, ao mesmo tempo em que deixava um espaço aberto, colocando a jurisdição odontológica em maior risco de ser ocupada por “invasores” (Coelho, 1999).

⁴ Nos Estados Unidos, apenas os Estados de Oregon, Arizona, Maine, Idaho, Colorado, e Montana reconhecem esse profissional.

⁵ Nos Estados Unidos, o higienista dental teve um grande desenvolvimento em relação à sua organização profissional e, conseqüentemente, ele possui um status elevado na sociedade, podendo, em alguns estados, trabalhar de forma autônoma (Carvalho, 1999).

No Brasil, por exemplo, o técnico em higiene dental, embora subordinado ao cirurgião-dentista, possui habilidades e competências questionadas pela profissão, devido ao fato de, em suas funções, ele realizar o “teste de vitalidade pulpar”, um procedimento claramente diagnóstico e a “condensação de substâncias restauradoras”, uma atividade classicamente atribuída ao cirurgião-dentista. Entretanto, nas situações mais extremas de disputas internas no campo da odontologia brasileira, encontramos os empíricos, que foram supostamente eliminados do exercício no processo de conformação da profissão odontológica. Assim, encontramos na jurisdição da odontologia brasileira o expressivo grupo dos dentistas práticos que, mesmo considerados irregulares e ilegais, continuam exercendo a odontologia, contestando o direito exclusivo de prática legalmente assegurado aos cirurgiões-dentistas.

Na verdade, a competição intraprofissional entre cirurgiões-dentistas e empíricos esteve na origem da constituição da profissão odontológica, em muitos países do Ocidente, no século XIX, com o sucesso dos primeiros na conquista da jurisdição profissional (Dussault, 1981; Carvalho, 1994; Jones, 2000). Assim ocorreu a profissionalização da odontologia nos Estados Unidos, onde, conforme veremos no capítulo II, os partidários da “odontologia científica”, representada pelos profissionais formados nas artes liberais e nas ciências, derrotaram os defensores da “odontologia protética”, constituída pelos empíricos da arte dental; da mesma forma, travou-se uma disputa interprofissional contra os médicos, originando um modelo de profissão autônoma e independente da medicina.

Em suma, temos uma profissão que compartilha tarefas e clientela, o que a coloca muito mais vulnerável em relação à competição intraprofissional e, conseqüentemente, a distancia do modelo mais forte de profissão estabelecido por Abbott (1988): uma profissão, uma jurisdição.

4 - Estratégias de profissionalização

Como forma de entender as estratégias e demandas de profissionalização, recorreremos à teoria de Brown (1986, 1992), de grande utilidade para a compreensão dos mecanismos utilizados pelos profissionais na construção da sua identidade e obtenção de credibilidade na arena da opinião pública, fator fundamental no processo de

profissionalização da odontologia, especialmente porque, historicamente, os dentistas tiveram que superar uma imagem negativa, reflexo do seu passado, associado a propriedades claramente não “profissionais”. O entendimento do discurso profissional como parte da estratégia central para obtenção de êxito no monopólio do campo de trabalho encontra força em Abbott (1988), complementando e reforçando suas teorias de profissionalização. Acreditamos que, para os cirurgiões-dentistas, em especial, esse foi um requisito fundamental que contribui para explicar, primeiro, como os dentistas classificaram e divulgaram suas conquistas científicas e tecnológicas e, segundo, porque, em algumas situações, eles falharam, ou tiveram dificuldade de mantê-las. No Brasil, essas teorias podem ajudar a formular modelos explicativos tanto para a imagem negativa da profissão, quanto para a existência de “credibilidade” em relação aos dentistas práticos.

Conforme vimos, as demarcações jurisdicionais são permanentemente disputadas, tanto no espaço do local do trabalho quanto no âmbito nacional, da elaboração das políticas e dos regulamentos formais da sociedade. A história dessas disputas, portanto, constitui o que é real e determinante para as profissões. Nesta tese, objetivamos estudar o processo de profissionalização da odontologia brasileira, enfocando as disputas jurisdicionais entre os cirurgiões-dentistas e os dentistas práticos, a fim de situá-las no contexto mais amplo da organização do sistema das profissões e no contexto do desenvolvimento histórico da odontologia como profissão independente no mundo ocidental. Conforme proposto por Abbott (1988) e Freidson (1994), esperamos que esse estudo de caso possa contribuir como um instrumento a mais a propiciar novos entendimentos sobre os mecanismos de funcionamento das profissões na sociedade moderna.

CAPÍTULO II

A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA NO OCIDENTE

Neste capítulo, descrevemos as circunstâncias históricas que determinaram a profissionalização da odontologia no Ocidente, o que a tornou uma profissão autônoma e independente da medicina. A odontologia desenvolveu-se como uma profissão independente, primeiro, nos Estados Unidos, em meados do século XIX. Entretanto, na maior parte dos países da Europa Ocidental, ela se separou da profissão médica bem mais tarde, na primeira metade do século XX. No Brasil, a profissão se desenvolveu, desde o início, de forma independente, mas sua relação com a profissão médica foi um fator importante no seu processo de profissionalização.¹

Quando analisamos o processo histórico de algumas especialidades médicas que, até no século XIX, constituíram-se como práticas relativamente independentes ou concorrentes da medicina – oftalmologia, homeopatia, ortopedia, obstetrícia – e que, hoje, estão integradas à profissão médica, é estimulante conhecer e analisar o processo de profissionalização da odontologia, que teve um destino bem diferente (Ramsey, 1988; Kang, 1998, Nettleton, 1992). A explicação para essa separação pode ser encontrada tanto na natureza do objeto de trabalho da odontologia, que mescla arte (*techné*) e ciência, quanto na origem histórica do desenvolvimento da profissão.²

¹ O modelo de profissão odontológica pode ser dividido em três categorias, caracterizadas pela extensão da dominância médica: (i) o primeiro modelo, mais comum, representa autonomia técnica e independência da odontologia em relação à medicina e tem na odontologia americana o mais proeminente exemplo; (ii) o segundo, que representa o sistema no qual a medicina tem domínio sobre a prática odontológica é o menos comum, e o exemplo mais conhecido era o do modelo italiano, em que qualquer médico era legalmente capaz de praticar a odontologia até muito recentemente, em 1985, quando, sob pressão do Mercado Comum Europeu, a profissão foi forçada a se separar da medicina (Orzack, 1981 *apud* Krause, 1996, p.278); (iii) o terceiro, que se situa entre os dois primeiros, é aquele que a odontologia divide com a profissão médica o campo de trabalho, sendo visto, atualmente, em países do Leste europeu. Segundo Kang (1998), por exemplo, na [antiga] União Soviética, coexistem dentistas, que possuem educação de nível secundário, e estomatologistas, que possuem formação superior.

² A ciência se distingue da “*techné*” porque mais exatamente e completamente do que a “*arte*” ela deve poder exprimir-se numa linguagem e ser comunicável pelo ensino; a ciência permite a demonstração. A arte diz respeito à mudança como aspectos contingentes do individual; ela visa à geração de uma obra e

Em relação à natureza do trabalho, pode-se dizer que, ao contrário da medicina, na atividade da odontologia predominaram, desde o início do seu desenvolvimento, as tarefas manuais, voltadas para a extração e reposição dos dentes, associando-a a uma função mais cosmética do que terapêutica, portanto, a uma imagem de trabalho “artesanal” e “comercial” e, por isso mesmo, de baixa estima social. Assim, em que pese o objeto do trabalho odontológico ser o tratamento das doenças da boca e dos dentes, ou seja, de parte do corpo humano, a atividade manual e protética do dentista nunca aparentou possuir uma relação estreita com o conhecimento científico biomédico. Na verdade, nos Estados Unidos, o distanciamento da ciência médica e o status inferior decorrente da sua atividade manual podem estar entre os fatores que impediram a odontologia de ser incorporada à medicina, essa também intensamente contestada no século XIX, nesse país (Starr, 1982).³

No que se refere à evolução da prática profissional, nem todos os países adotaram, originalmente, um modelo de profissão independente da medicina. As explicações para o desenvolvimento de modelos distintos da prática podem ser encontradas nas circunstâncias históricas que determinaram o processo de profissionalização da odontologia nas diferentes sociedades. Em qualquer das situações em que se encontra a profissão, hoje, seja de independência ou de subordinação à profissão médica, é preciso destacar que a odontologia desenvolveu um sistema formal de conhecimento, reclamando para si uma base científica fundamentada no modelo biomédico, ainda que o foco da sua atenção tenha permanecido centrado na sua atividade “mecânica” ou protética.⁴

ao conhecimento dos meios para criar coisas que poderiam ser ou não ser e cujo princípio de existência reside no criador e não na coisa criada (Granger, 1994).

³ Existe uma explicação de que quando a odontologia se candidatou à especialidade médica, em meados do século XIX, nos Estados Unidos, essa última sofria de forte concorrência por parte de outras práticas terapêuticas e da sua própria ineficiência, necessitando a todo custo elevar seu conceito perante a sociedade para manter seu status profissional. Nesse contexto, qualquer vinculação com a odontologia, uma prática eminentemente empírica e manual, tornaria suspeito o caráter científico e profissional que a Medicina tentava impingir a si própria (Gies, 1926; Pernick, 1985).

⁴ Em relação à idéia de “trabalho mecânico”, um termo freqüentemente utilizado pelos dentistas e corriqueiramente mencionado nos documentos históricos, entende-se o trabalho de um artesão, de um homem de ofício; trata-se do trabalho que envolve um fazer artesanal no qual os atos de destreza manual são preponderantes aos que envolvem capacidade de raciocínio (Webster's..., 1989, p.889).

1 - Profissão moderna e odontologia

A odontologia aparece como uma *profissão moderna* e independente, em meados do século dezanove, época em que foram estabelecidas suas primeiras organizações profissionais – escolas, associações e jornais.⁵ Na verdade, o sucesso da odontologia como profissão testemunhou a emergência de um novo sistema de ocupações, a partir do século dezanove (Abbott, 1988). Esse foi um século marcado por profundas transformações na divisão social do trabalho nas sociedades ocidentais, especialmente em relação ao trabalho especializado (*expert labor*).

O surgimento de um padrão diferenciado de organização ocupacional, na segunda metade do referido século, não foi um fenômeno isolado. Segundo Larson (1977, p.6), esse padrão emergiu "dentro das mesmas circunstâncias históricas gerais, coincidindo com o aparecimento e consolidação do capitalismo industrial e com sua evolução para a forma corporativa, no final do século dezanove e início do século vinte". A autora assume que as circunstâncias gerais que estabeleceram essa primeira fase de profissionalização foram, grosso modo, as mesmas para todas as profissões. Larson (1977, p.5) destaca o surgimento de um leque de organizações profissionais, referindo-se ao que Carr-Sanders & Wilson (1933) chamaram de “uma onda de associações”. Tanto na Inglaterra, quanto nos Estados Unidos, as principais associações profissionais formaram-se num período de duas gerações. Na Inglaterra, entre 1825 e 1880 e, nos Estados Unidos, no período de 1840 a 1887 (Larson, 1977, p.246).

Foi nesse período que os praticantes da arte dentária se organizaram profissionalmente, e de forma independente - pelo menos nos Estados Unidos - disputando, entre inúmeros concorrentes, o controle de um mercado crescente de serviços odontológicos.⁶ Tradicionalmente, os dentistas eram meros "tira-dentes" ou comerciantes de “dentes artificiais”, cuja limitada especialização, treinamento empírico e trabalho mecânico, claramente violavam as idéias elitistas de profissionalismo. Emergindo, no século XIX,

⁵ O conceito de *profissão moderna* refere-se a um padrão organizacional de trabalho especializado, cujos atributos principais incluem: (i) ocupação integral de seus membros; (ii) existência de aparatos institucionais de auto-regulação; (iii) treinamento padronizado em habilidades e conhecimentos esotéricos; (iv) status social e (v) autonomia técnica (Abbott, 1988, Freidson, 1970, 1994)

⁶ A fabricação e colocação de dentes artificiais eram atividades já bastante comuns na primeira metade do século XIX, tendo sido desenvolvidas ao longo do século XVIII e incrementadas no século seguinte, como consequência natural ao aumento das extrações dentárias (Hillam, 1990).

de uma prática dedicada essencialmente à comercialização de artefatos e serviços dentários, os dentistas não compartilhavam das mesmas bases tradicionais características das atividades dos médicos, advogados e sacerdotes, cuja formação era baseada nas artes liberais e na ciência. Ainda assim, os praticantes da odontologia asseguraram status e credenciais comparáveis com essas antigas profissões. Pode-se afirmar que os dentistas representam atualmente um grupo organizado, tendo alcançado sucesso em obter prerrogativas de profissão, pelo menos no mundo ocidental.

De maneira geral, seria plausível assegurar que a odontologia foi bem-sucedida no seu propósito de tornar-se uma profissão independente por várias razões históricas; dentre elas, enumeramos algumas, que podem ser consideradas como as principais:

(i) *A expansão e transformação do mercado de consumo de serviços odontológicos, estimulada pela disseminação das doenças bucais, especialmente da cárie dentária, na primeira metade do século dezenove* - essa expansão é resultado da evolução do mercado de consumo do açúcar, um produto que atingiu um consumo marcante nesse período e que é amplamente responsável pela manifestação pandêmica da cárie dentária. A expansão da demanda por cuidados bucais encabeça então uma transformação fundamental na atividade dentária, de uma prática que estava acostumada a lidar predominantemente com a estética – caracterizada pela produção e comercialização de “dentes artificiais” dirigidos a uma minoria afluyente e consumista - para uma prática com preocupações mais universais e essenciais ou, se dito em outros termos, de utilidade pública.

(ii) *A existência de condições técnicas e econômicas em torno à prática odontológica do século dezenove* – o desenvolvimento técnico na área da odontologia, iniciado no século dezoito, tornou possível atender o aumento progressivo da demanda por serviços dentários com uma certa prontidão – pelo mesmo motivo, a demanda em expansão possibilitou também um maior desenvolvimento técnico e “científico” da prática. As condições tecnológicas e econômicas determinaram, em grande extensão, os recursos e instrumentos necessários para a criação das suas organizações profissionais, ao mesmo tempo em que prepararam o terreno social e cultural para que os dentistas pudessem se posicionar em relação às suas demandas jurisdicionais.

(iii) *A proliferação de grupos distintos de praticantes de odontologia, qualificados e sem qualificação na “arte dental”, e as disputas pelo controle do mercado de serviços odontológicos* - o crescimento desordenado de ofertantes de serviços odontológicos encorajou os “dentistas” a estabelecerem estratégias protecionistas em torno a essa jurisdição do trabalho em saúde, por meio da organização de associações, escolas e da criação de leis e credenciais para garantia do monopólio do mercado odontológico. Eliminar a competição jurisdicional, por meio da regulamentação da profissão, tornou-se condição indispensável para garantir os benefícios do crescente mercado de serviços de saúde bucal a um único grupo, o dos dentistas credenciados.

(iv) *O desenvolvimento de uma noção utilitária de odontologia e a luta para obtenção de reconhecimento público* - a transformação da imagem pública da odontologia, partindo de um trabalho de caráter predominantemente mecânico para uma arte cientificamente fundamentada, e a modificação de sua condição social, de um produto *de luxo* e “supérfluo” para uma atividade pública “indispensável” – dedicada, principalmente, ao alívio da “dor de dente excruciante” e ao “sofrimento humano”, causados pelo consumo excessivo de açúcar – constituíram-se no cimento para a construção de novas bases profissionais, permitindo que a odontologia mudasse sua posição social, de atividade exclusivamente comercial para uma prática voltada para o serviço.

(v) *As descobertas relacionadas ao campo da odontologia e o desenvolvimento de teorias científicas sobre os problemas dos dentes e da boca* - ao estabelecer condições econômicas para o financiamento de novas descobertas, a partir de investigações científicas e da divulgação desses resultados - uso da anestesia, desenvolvimento de materiais mais acessíveis na fabricação de “dentes postiços”, teorias sobre a causalidade da cárie dentária, teoria da infecção focal, para citar as mais importantes - os dentistas puderam justificar a necessidade da sua existência como profissão e sustentar a demanda jurisdicional de controle sobre o mercado de serviços bucais. A complexidade do trabalho odontológico exigia, como forma de defender os interesses da população e assegurar proteção aos usuários, a eliminação do “ignorante”, por meio da regulamentação da atividade.

2 - A consolidação da demanda por cuidados dentários

A emergência e consolidação do mercado de serviços odontológicos, respectivamente, no século dezoito e na primeira metade do século dezanove, acompanharam, *paripasso*, o desenvolvimento do consumo de açúcar na sociedade ocidental, sustentando a estreita correlação entre ingestão de açúcar e cárie dentária (Sheiham, 1984). O desenvolvimento quase simultâneo desses dois mercados – de consumo do açúcar e de serviços odontológicos - não coincide apenas em relação ao período no qual eles se desenvolveram, mas também em relação ao universo de distribuição. Circunscrito primeiramente aos estratos populacionais dos ricos e nobres, o consumo do açúcar, gradualmente, disseminou-se pelos vários segmentos da sociedade até se transformar num consumo de massa - no século dezanove - quando o produto passou por uma mudança radical, de um artigo *de luxo*, acessível a poucos, para um produto de uso comum. As evidências apontam para uma distribuição semelhante da cárie dentária: primeiro, manifestou-se entre os indivíduos da aristocracia e os ricos comerciantes e, posteriormente, também no século XIX, tornou-se prevalente em praticamente todos os estratos da sociedade.

O crescimento da doença entre os indivíduos de posses, a partir dos séculos dezessete e dezoito, resultou na emergência de um mercado especializado de serviços odontológicos que, além dos serviços de extração dentária, passou a ofertar também os serviços de reposição dos dentes, inaugurando um rico e promissor comércio de “dentes artificiais”, um serviço considerado, nesse período, caro e supérfluo. Com a disseminação das doenças bucais, especialmente da cárie dentária, pelos diversos segmentos populacionais, no início do século XIX, o mercado de serviços odontológicos passaria a ser caracterizado de outra forma, pela sua condição de necessidade “universal e vital”.⁷

Apesar da dificuldade de encontrar documentação que demonstre objetivamente a extensão da demanda por tratamentos odontológicos, estudos epidemiológicos modernos e outras evidências históricas sugerem que, a partir do século dezessete, a manifestação da doença “cárie” sofreu uma mudança radical, em quantidade e em severidade. De fato, estudos epidemiológicos sobre a distribuição da cárie dentária em

⁷ A oferta de serviços caracterizados como “vital e universal” é referida em Larson (1977) como um fator essencial para o estabelecimento de uma profissão, visto que o produto vendido tem um apelo de utilidade pública, criando a justificativa para que sua venda seja regulada e monopolizada.

nossos ancestrais demonstraram que a cárie dentária foi uma doença relativamente rara até a Idade Média, quando passou, gradualmente, a ter uma ocorrência comum, primeiro entre os nobres e, depois, em toda a população (Moore & Corbett, 1976 *apud* Fejerskov & Thylstrup, 1988). O incremento da doença foi acompanhado do aumento da sua severidade, apresentando sintomas agudos, com destruição rápida e extensa de vários grupos de dentes.⁸

As outras evidências históricas que demarcam o aumento gradual da doença a partir dos séculos dezessete e dezoito são o aumento da oferta de serviços bucais e o surgimento de uma literatura odontológica que demonstrava desenvolvimento de técnicas e conhecimentos sobre o trabalho odontológico (Hillam, 1991). Assim, propagandas e anúncios ofertando serviços de “dentistas” passaram a ser cada vez mais frequentes nos jornais da época, revelando, inclusive, a diversidade de serviços odontológicos disponíveis nesse período (Campbell, 1958). Os serviços realizados pelos “expertos” na arte dentária compreendiam uma lista típica de tarefas dirigidas ao tratamento das gengivas e dos dentes e a venda de produtos “milagrosos” para aliviar a dor e clarear os dentes.⁹

Os praticantes de serviços odontológicos do século dezoito e de boa parte do século dezenove classificavam sua clientela como “homens gentis e educados” ou “gente da nobreza”, revelando um volume de demandantes de alto nível social (Campbell, 1958). Membros da aristocracia constantemente reclamavam de dor de dente e outros problemas bucais. Um viajante alemão do século dezesseis, que conheceu a Rainha Elizabeth, atribuiu seus dentes escuros e as dores de dente frequentes, ao uso excessivo de açúcar - “um defeito a que os ingleses parecem estar submetidos”. Segundo o testemunho desse viajante, os pobres da Inglaterra pareciam mais saudáveis do que os ricos, porque não podiam pagar pelo consumo abusivo de açúcar (Mintz, 1986, p.134).

⁸ A mudança no padrão do ataque cariogênico a partir do século dezessete está determinada pela diferenciação do local de ocorrência da doença no dente e pela sua severidade. Antes, as cáries dentárias eram observadas principalmente na região entre a coroa e a raiz dentária e, em geral, levavam à destruição extensa de apenas um dente. A partir dos séculos dezessete e dezoito, ocorreu um incremento total na prevalência de cárie. Isso porque a frequência de cárie aumentou nas superfícies oclusais e interproximais, inaugurando um padrão “moderno” de ataque cariogênico, em que a destruição descontrolada de grupos de dentes passou a ser a norma (Fejerskov & Thylstrup, 1988).

⁹ Os serviços mais comuns ofertados pelos “expertos” da arte dentária eram: extração de dentes; limpeza, estabilização e fixação de dentes; raspagem de tártaros e tratamento das gengivas; produtos para alívio da dor de dente; transplantes dentários; fabricação de dentes artificiais (unitários ou conjuntos de dentes) e venda de pós, tinturas e loções para diferentes propósitos (asepsia, frescor, branqueamento, etc.).

As condições de saúde bucal pioravam visivelmente, de uma geração para outra e, no início do século dezenove, elas ainda afetavam em grande medida as classes privilegiadas, conforme observa o dentista John Gray, em 1837:

Nos altos níveis da sociedade, é quase impossível encontrar uma pessoa na idade de 24 anos, que não tenha sofrido a perda de algum dente e que muitos dos dentes restantes não estejam estabilizados com ouro (...). Eu, freqüentemente, atendo velhas damas acompanhadas de suas filhas; a mãe, geralmente, possui dentes excelentes, mas a filha está freqüentemente desdentada pela metade. (*apud* Hillam, 1991, p.122, grifo nosso).

Dessa forma, à medida que a riqueza das classes comerciantes e urbanas aumentava, e estas passavam a adquirir os hábitos “civilizados” da dieta da nobreza, seus dentes também se deterioravam:

(...)é observado que as pessoas do campo, que vivem da comida pura, e aquelas das nações indígenas, que vivem dos alimentos vegetais, têm seus dentes perfeitamente sadios e livres de doenças (...). Como regra geral, eu penso ser possível afirmar que os habitantes de países quentes têm dentes livres de doenças, e os que vivem em regiões frias, e também os que habitam os portos de cidades grandes (...) e os locais de grande intercuro comercial, [onde] bebidas fortes e fermentadas são constantemente utilizadas, possuem péssimos conjuntos de dentes. (Fox, 1814, p.18).

A partir do século dezenove, a saúde bucal da população piorou progressivamente, apontando para um aumento exacerbado da prevalência de cárie dentária, atingindo também os estratos menos privilegiados. Em meados do século, a cárie dentária já teria alcançado segmentos consideráveis da sociedade. De fato, o consumo progressivo do açúcar promoveu círculos cada vez maiores de consumidores de serviços odontológicos, alterando significativamente a demanda efetiva por cuidados bucais.

3 - A transformação do mercado consumidor de odontologia

O desenvolvimento e a transformação do mercado de serviços odontológicos deve ser examinado com base em pelo menos dois aspectos: primeiro, quanto à natureza da

“mercadoria” odontológica e sua determinação no tamanho e tipologia da demanda; e, segundo, quanto à composição e extensão da oferta desses serviços.

Ao contrário da medicina, até o século dezessete, o mercado de serviços odontológicos não era sustentado por nenhum tipo de necessidade que pudesse ser considerada “vital” ou “universal”.¹⁰ A demanda era, além de supérflua, pequena e concentrada nos segmentos abastados da sociedade; portanto, nem vital, nem universal. Com exceção da dor de dente, de incidência baixa e restrita, tratada com soluções ainda mais dolorosas (as extrações ainda eram realizadas sem anestesia), mas definitivas, as questões bucais não se constituíam numa necessidade propriamente vital. Por outro lado, a substituição dos dentes destruídos ou perdidos não era considerada essencial aos indivíduos. De acordo com Woodforde (1968), a péssima aparência ocasionada pela perda ou destruição dental era um mal tão naturalmente aceito pela sociedade que os “dentistas” tinham que se esforçar para vender tratamento odontológico que fosse além dos “primeiros socorros”. Na essência, os especialistas dos dentes eram limitados tanto pela baixa variedade de tratamento quanto pela distribuição limitada da demanda, circunscrita aos nobres e, na melhor das hipóteses, aos ricos comerciantes dos centros urbanos, já que a maioria da população vivia no campo e era, em sua maior parte, pobre.

No entanto, uma crescente variedade de técnicas e produtos odontológicos aparece no século seguinte, especialmente relacionados com a reposição dos dentes destruídos e perdidos, e com a estética, demonstrando que a demanda por esses serviços tinha sido desencadeada. As transformações nos modos de vida da sociedade emergente do século dezoito, caracterizada pelo “modismo” e pela preocupação com a estética e elegância, seriam uma das razões para esse movimento.¹¹ Isso contribuiu para a mobilização de grupos ocupacionais de forma a suprir esse novo mercado. Assim, as primeiras estratégias usadas pelos dentistas para expansão da demanda não foram baseadas na

¹⁰ De acordo com Larson (1977), a “necessidade universal e vital” é um componente essencial para o mercado de serviços médicos; não apenas pelo seu potencial de expansão – que é ilimitado - mas porque o clima ideológico da sociedade ocidental, enraizado na tradição religiosa judaico-cristã, favorece as funções e objetivos que a medicina pretende preencher, criando fontes externas de legitimação e credibilidade profissional e contendo elementos que encarnam o papel do sacerdote. Assim, numa sociedade secularizada, o médico (doutor) pode ser considerado um dos herdeiros mais diretos do ministro religioso ou do padre.

¹¹ Para um exame mais detalhado da prática odontológica dos anos 1700, ver Hillam (1991). Para a autora a ênfase da odontologia do século dezoito está nos benefícios cosméticos e sociais. Essa ênfase é favorecida pela revolução consumista daquele século, quando o desejo de gastar estava, sobretudo, acompanhado de um aumento da capacidade de realizá-lo.

tônica da *necessidade vital* a qual, conforme foi dito, não era significativa. No século dezoito, as estratégias ocupacionais estiveram voltadas para as questões estéticas, fundamentadas no cumprimento de futilidades, como na veneração à beleza e à juventude. O “embelezamento obrigatório” e a “boa aparência”, marcas do estilo de vida extravagante e luxuoso da nobreza, induziram seus adeptos ao consumo de serviços odontológicos em larga escala (Hillam, 1990).

Para a odontologia, o novo mercado gerou o desenvolvimento das técnicas de produção e reposição de dentes artificiais. Conforme analisa o historiador Woodforde (1968), foi a vaidade, ao invés do desejo de mastigar melhor, que inspirou os primeiros dentes artificiais. Segundo esse autor, na Inglaterra do século dezoito, conjuntos de dentes de marfim adornavam os ricos. Inútil para o propósito de comer, a nova invenção foi tanto aclamada quanto criticada, e o seu uso significou, para muitos, e por muito tempo, um ato de pura vaidade, provocando comentários até mesmo no século dezenove, quando os dentes artificiais já tinham se tornado lugar-comum. A produção de dentes artificiais estabeleceu uma nova configuração para a prática odontológica. Sendo crescentemente incorporada pela sociedade consumista do século dezoito, especialmente a européia, tornou-se a principal tarefa odontológica da época (Hillam, 1990). Um comentário de John Gray, escrito em 1837, ilustra essa prática:

(...) muitos jovens têm o hábito de ir ao dentista partindo de um mero sentimento de vaidade, quando nenhuma necessidade real para esse serviço existe; desde que ele seja uma pessoa da moda, a adequação de um profissional não é nunca questionada. (apud Hillam 1991, p.115).

Como resultado dos esforços de prover o mercado com serviços cosméticos, os ofertantes não apenas se capacitaram na arte dentária, ainda rudimentar, mas também foram compensados com o aumento da demanda de serviços odontológicos. Esse era, contudo, um mercado de características elásticas, que dependia da capacidade de compra dos indivíduos, o que, conforme vimos, estava restrito aos grupos abastados da sociedade. Segundo Woodforde (1968), o tratamento odontológico resumia-se, então, numa espécie de refinamento somente acessível a pessoas de posses. A odontologia, como o açúcar, era artigo de luxo, e como tal, estava sujeita às leis estritas do lucro, da oferta e da demanda. De fato, os preços devem ter tido um papel importante na definição da quantidade de trabalho odontológico, e o número de praticantes do ofício deve ter sido, certamente, regulado pelo poder de compra da clientela. Restava à prática

da odontologia, ainda, um longo caminho a ser percorrido – de atividade comercial à categoria de profissão.

Considerando-se a abordagem utilizada por Larson (1977), do papel essencial da “necessidade vital e universal” na formação dos mercados de saúde, pode-se concluir que, no século dezoito, o potencial para expansão, no que diz respeito ao mercado de serviços odontológicos, estava consideravelmente limitado, uma vez que era pequena a parcela da população que demandava tratamento, assim como eram poucos os que podiam pagar pelos luxos e vaidades. Na verdade, os praticantes de odontologia tentaram expandir esse potencial e, de uma certa forma, tiveram sucesso no empreendimento. Através da venda de “ornamentos para a boca”, alguns praticantes fizeram fortuna (Woodforde, 1968). As pessoas comuns, nos casos de extrema necessidade, recorriam aos serviços de extração dentária dos “aventureiros” – geralmente praticantes de qualquer outro ofício que resolviam os problemas dentários como forma de complementar os rendimentos do seu trabalho de origem - e ambulantes – charlatães, em geral, que perambulavam de cidade em cidade, oferecendo curas “milagrosas” e “agilidade” nas extrações (Jones, 2000).

Pode-se dizer que os avanços técnicos alcançados no campo da prótese durante o século XVIII e na primeira metade do século XIX tiveram suas raízes na crescente demanda pela odontologia cosmética. A ocupação odontológica começava a atrair um imenso leque de praticantes em busca de oportunidades de trabalho. Segundo Hillam (1991), esse primeiro avanço nas técnicas dentárias, ao longo de mais de um século, significou uma parte imensurável do crescimento da demanda por serviços de odontologia e, portanto, do número de praticantes.¹² Porém, da mesma forma que ocorria com outras atividades de caráter “comercial”, a atividade dentária, em franca expansão, não acrescentou status social à prática; ao contrário, essas novas configurações do mercado odontológico foram determinantes na composição de uma imagem da odontologia de “arte mecânica”, especialmente voltada para o lucro: como tal, a odontologia não demandava nenhum requisito especial para sua realização, a não ser a habilidade e a destreza de um artesão.

¹² O primeiro pico no número de praticantes da arte dental na Inglaterra ocorreu em 1755, mas foi apenas no início do século seguinte que a profissão apresentou-se economicamente mais atrativa e promissora. Nos Estados Unidos também ocorreu um grande aumento no número de provedores de serviços dentários na primeira metade do século dezenove. De acordo com Cigrand (1892, p.223), havia 100 ofertantes em 1800; 300 em 1810; e 12.000 em 1840.

O resultado do trabalho do dentista era, pois, avaliado diretamente pelos consumidores dos serviços, da mesma forma que se avaliava o efeito de uma peruca, ou o ajustamento de um sapato, ou seja, a partir da experiência do próprio usuário.¹³ O julgamento do produto dependia, sobretudo, da qualidade do material e da capacidade artística do artesão. Com tais características, a arte dentária apenas engrossava a longa lista das ocupações manuais existentes - a dos ourives, ferreiros, relojoeiros, entre outros. Sua posição social estava relegada à mesma dos ofícios manuais. Tal posição não equipava os dentistas com nenhuma característica do profissionalismo tradicional, uma vez que o desenvolvimento dessa arte, essencialmente mecânica e manual, ainda não continha elementos que justificassem as demandas de superioridade cognitiva.¹⁴

Apesar do baixo status que desfrutavam entre os homens educados da elite, é preciso ressaltar que foram esses primeiros trabalhos que, sem dúvida alguma, impulsionaram o espírito inventivo de muitos praticantes para o melhoramento da arte dental.

4 - Novas perspectivas para o mercado de serviços odontológicos

Conforme se observou, as demandas bucais estiveram, ao longo do século dezoito, restritas a algumas necessidades mais urgentes, de alívio da dor de dente e de melhoramento estético, conferido pelos dentes postiços, àqueles que podiam comprá-los. Embora restrito, esse mercado teve desdobramentos, com vantagens econômicas para os que a ele se dedicaram. Ao divulgarem os valores cosméticos da arte dental e se dedicarem ao melhoramento das técnicas e do material, os praticantes contribuíram de forma significativa para a explosão do comércio de serviços odontológicos.

¹³ Brown (1986) afirma que os padrões das habilidades dos trabalhadores de ofício são definidos pelas suas clientelas, e a qualidade de uma dada peça trabalhada é julgada diretamente pelos usuários. Artesanato é um trabalho que não necessita de maiores interpretações para que seja julgado como bom ou ruim. Em outras palavras, o trabalho manual não demanda nenhum argumento, nenhuma interpretação por parte do trabalhador para que sua clientela saiba que o produto em questão tenha sido produzido sob um determinado padrão.

¹⁴ Segundo Larson (1977), o profissional deve estar equipado com os significados de *superioridade cognitiva* - isto é, com a existência de um corpo padronizado de conhecimentos, socialmente aceito como superior aos conhecimentos adquiridos tanto pela experiência adquirida no trabalho, quanto pela vocação - que ele divide com outros profissionais e que os distingue do leigo.

Por outro lado, outros fatores, favoráveis à expansão do mercado estavam em curso, desencadeando um processo de diferenciação na mercadoria odontológica. O mais importante, já descrito, era a disseminação do consumo de açúcar por todos os segmentos da população. De fato, as mudanças no cotidiano dos indivíduos e, especialmente, nos hábitos alimentares da sociedade foram determinantes nesse processo. A revolução técnica e industrial e o processo de urbanização também tiveram papel importante na expansão do consumo de açúcar pelas massas, principalmente pelo aumento de produtos alimentares manufaturados, contendo sacarose, o que provocou uma mudança no equilíbrio de toda dieta humana. O açúcar tornou-se o principal ingrediente da dieta da classe trabalhadora, e fonte exclusiva de ingestão calórica (Mintz, 1986). No caso da doença “cárie”, a população pobre, desnutrida e, por isso, mais desprotegida, oferecia, baixa resistência ao ataque massivo da doença cárie. Na verdade, a pobreza contribuiu como um fator multiplicador na disseminação da doença.

O consumo em massa do açúcar abriu as portas para a manifestação epidêmica da cárie; até o século dezenove, a doença já teria incidido sobre cada estrato da sociedade, dos mais pobres aos ricos comerciantes e nobres, transformando a infecção dentária e a dor de dente em lugares-comuns. Como resultado dessas complicações estava a expansão efetiva do mercado de serviços odontológicos.¹⁵ Efetiva pelo menos em dois sentidos: primeiro, porque transformou as características predominantes da prática odontológica, de um mercado de serviços fundamentalmente "cosméticos", para um mercado baseado em necessidades vitais – representado pelas manifestações epidêmicas e agudas da dor de dente; e, segundo, porque esse mercado se tornou universal, sem fronteiras - a cárie dentária transformou-se numa doença que incidia sobre toda a população.

¹⁵ Em sua teoria sobre o “sistema de profissões” Abbott (1988) apóia-se na existência de forças externas que provocam transformações nesse sistema, com a abertura de oportunidade profissional. Ele argumenta que forças externas provocam distúrbios ao sistema (de profissões) através da abertura de novas áreas de trabalho e através da destruição de velhas jurisdições. Em geral, as mudanças de tarefas, induzidas externamente, exercem maior influência do que o surgimento e desaparecimento de grupos ocupacionais - as tarefas geralmente antecipam os grupos. Abbott (1988) também aponta a existência de quatro fontes “objetivas” de atividades profissionais – novas tecnologias, criação de organizações, fatores naturais e fatores culturais. Embora considerando os dois últimos mais raros no estabelecimento de novos campos de trabalho, ele considera que os fatores naturais podem ter um efeito profundo no sistema e que mudanças repentinas ocorrem, com frequência, nas tecnologias, em consequência aos fenômenos naturais. De acordo com essa interpretação, o consumo massivo de açúcar representou um distúrbio fundamental na área de trabalho da odontologia; o aumento da incidência das doenças bucais e a diferenciação no padrão do ataque cariogênico são fatores naturais que agiram como fonte externa de distúrbio, promovendo mudanças e reorganizando o campo de trabalho odontológico.

Portanto, com toda a população envolvida no problema da cárie e não apenas um segmento da sociedade, despertava-se, finalmente, o interesse do público em relação à odontologia. De um lado, porque juntamente com os outros problemas de saúde, especialmente da classe trabalhadora, as doenças da boca passavam a contribuir como um motivo adicional de conflito entre as classes sociais. De outro, porque o interesse do público por terapêuticas mais eficazes e menos dolorosas fomentava a procura de “especialistas” nesse campo de trabalho. Além disso, como parte da demanda provinha dos estratos mais carentes da sociedade, incapazes de arcar com os custos dos serviços de especialistas, a atividade odontológica passou a caracterizar-se como um “negócio” atrativo para aventureiros e charlatães. Em pouco tempo, a proliferação da má-prática nesse campo de saber serviria de alerta para o público. Como observou Hillam (1991), quando estão todos em risco, soluções devem ser encontradas, mesmo e inclusive para os pobres, ainda que não exista nenhuma ameaça imediata à vida.

Essas mudanças lançaram as bases para a reorganização de toda a área de trabalho odontológico. Elas permitiram a transformação de um mercado assentado quase que exclusivamente na troca de produtos de luxo e supérfluos em um mercado que deveria atender também a "necessidades" básicas de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que a expansão do mercado não se constitui em razão suficiente para estabelecer o monopólio sobre um campo de trabalho. Outros fatores são necessários como, por exemplo, credibilidade e reconhecimento do público sobre a competência dos produtores do produto negociado nesse mercado (Larson, 1977). Cabe aos grupos ocupacionais, candidatos à profissionalização, encontrar os ingredientes que irão convencer as audiências sobre suas demandas de monopólio sobre o campo de trabalho em expansão. Para Brown (1986), fazem parte desses ingredientes os argumentos e discursos que os grupos candidatos ao monopólio divulgam, revelando experiências e conhecimentos sobre o seu trabalho.

4.1. O novo mercado de serviços odontológicos

Não se pode falar da emergência de um único mercado de serviços odontológicos, ou de um único tipo de prática odontológica. Independentemente das necessidades básicas emergentes, as tarefas cosméticas da odontologia continuaram sendo comercializadas como artigos *de luxo*. A extração de dentes, no entanto, tornou-se a solução disponível

para a população sem recursos. Os dentes artificiais permaneceram inacessíveis às camadas populares, pelo menos, até a segunda metade do século dezenove, quando a descoberta de materiais de fácil manuseio e baixo custo operacional permitiu a "democratização" da reposição dentária também para esse público.¹⁶

As novas características do mercado de serviços odontológicos, de *necessidades vitais e universais*, possibilitaram ao campo de trabalho da odontologia os elementos de distinção que já demarcavam o mercado de trabalho médico. Essas novas características, de natureza inelástica, passaram a concorrer com os atributos cosméticos desse mercado, influenciando a oferta e os preços dos serviços odontológicos. A ocorrência de dor de dente e infecção dentária, em proporções crescentes, ameaçando o cotidiano dos indivíduos, estabeleceu o potencial para os praticantes dedicados à atividade odontológica explorarem mecanismos tradicionais de credibilidade e autoridade sobre os problemas dentários.

A alta prevalência de problemas bucais não eliminou a abordagem mecânica e cosmética da prática odontológica, ao contrário, a expandiu. Porém, a manifestação de problemas básicos e urgentes deu outra dimensão à prática de saúde bucal, uma dimensão que poderia ser estrategicamente explorada (como, de fato, o foi) como utilidade pública, componente essencial para o processo de profissionalização. No bojo dessas mudanças, a própria arte mecânica se transformou, incorporando novas características a esse mercado. Uma delas teria sido a necessidade de privacidade na realização do trabalho odontológico. Anteriormente, as tarefas odontológicas podiam ser realizadas e comercializadas mesmo a distância (as dentaduras eram encomendadas e confeccionadas, muitas vezes, sem que o paciente estivesse presente e, após, enviadas a ele pelos meios disponíveis na época). Os problemas da dor de dente e da infecção, associados ao desenvolvimento das técnicas, determinaram a necessidade de assistência direta ao cliente em todas as fases da terapêutica, do alívio da dor à confecção da prótese, estabelecendo, para maior eficácia do tratamento odontológico, a privacidade no atendimento.

¹⁶ A introdução da anestesia, em 1846, e a descoberta do "vulcanite" em 1851, nome da substância de borracha que passou a ser utilizada como base das dentaduras artificiais, em substituição ao ouro, transformaram a extração dentária e a dentadura numa alternativa razoável para os problemas de saúde bucal das pessoas com menos recurso (Ring, 1985).

A utilização de uma esfera privada de trabalho para o tratamento da clientela, como sinônimo de eficácia no tratamento, foi gradualmente acrescida à nova prática profissional, por meio dos consultórios odontológicos. Em outras palavras, para melhor desempenhar suas funções e para lidar com o surgimento de um novo tipo de relação paciente-profissional, os dentistas necessitavam de um espaço fixo e privado de trabalho.

Essas transformações possibilitaram a superação da velha receita do trabalho puramente manual. O espaço de trabalho redefiniu os conceitos da *arte mecânica*, denominando-a distintivamente de *arte dental*. Como conseqüência da evolução da arte dental, estava a necessidade da construção de um conhecimento formal para a prática da odontologia. Restava aos praticantes da odontologia definir a abordagem desse conhecimento, se voltados exclusivamente para o saber empírico e mecânico, ou se fundamentado nas ciências.

5 - A rede de trabalho odontológico a partir do século XVIII

Antes de conhecer os dilemas existentes em relação ao conhecimento odontológico, é necessário conhecer os praticantes da arte dental e sua inserção no mercado de serviços odontológicos. A posição dos praticantes no mercado pode ajudar a separar o “dentista” típico do charlatão, ou do praticante da arte dentária apenas como ocupação secundária ou complementar.¹⁷

As evidências sugerem que a profissão odontológica não evoluiu de um único tipo de praticante, assim como não se constituiu de uma simples combinação de diferentes tipos de artesãos que, por interesses econômicos ou afinidade com a natureza manual do trabalho, já praticavam algumas das atividades dentárias. Ao contrário, as evidências apontam para a competição entre grupos ocupacionais diversos pelo controle profissional do crescente mercado de trabalho odontológico.

¹⁷ No século dezanove e antes, era comum que algumas ocupações se dedicassem a mais de uma atividade, ao mesmo tempo ou sazonalmente. Os dentistas (certamente mais do que os médicos) têm vários exemplos nesse sentido. No prefácio de seu livro, Pierre Fauchard (1969, [1746], Preface), que se identificava como um “chirurgien dentiste”, escreveu: “as outras artes que eu pratico nunca me distraíram da cirurgia dentária, para a qual eu fui destinado desde minha juventude”.

Assim, a partir, principalmente, da segunda metade do século XVIII, o mundo social da prática odontológica esteve constituído por uma rede diversa de praticantes, qualificados e não-qualificados na arte dentária; os limites entre eles, notoriamente obscuros. A lista dos grupos ocupacionais envolvidos no mercado da prática odontológica era, de fato, interminável: barbeiros, ferreiros, ourives, relojoeiros, boticários, cirurgiões, médicos, para citar os mais comuns (Hillam, 1991, p.125). Muitos deles prestavam serviços odontológicos como uma atividade complementar à sua atividade de origem; outros se tornaram, com o tempo, dentistas em tempo integral. Além disso, havia os praticantes exclusivos de odontologia, que se intitulavam especialistas na “arte dental”: operadores de dentes, “dentateurs”, “toothdrawers”, “crawcours”, cirurgiões-dentistas, ou simplesmente dentistas.¹⁸ A essa lista é preciso acrescentar os “irregulares”: empíricos, mágicos, ambulantes, charlatães, e toda sorte de “aventureiros” (Ramsey, 1988). De fato, nos séculos dezessete e dezoito, praticamente não existiam sanções de ordem legal, através de estatutos ou decisões judiciais, nem requisitos de treinamento formal para o exercício da prática odontológica, sendo inevitável o surgimento de “aventureiros” em torno da florescente atividade da odontologia. É no meio dessa diversidade de grupos ofertantes que se inicia uma verdadeira batalha pelo monopólio profissional, destacando-se a organização de grupos de interesse e a construção de estratégias de legitimação profissional.

5.1. Crescimento profissional: incentivos e restrições

Conforme visto, por todo o século dezessete e anteriormente, apenas um grupo muito pequeno de indivíduos se dedicava ao limitado mercado de serviços dentários, geralmente restrito às camadas mais abastadas da sociedade. Já no século dezoito, principalmente na segunda metade, vimos emergir uma mudança mais significativa nessa área de trabalho, levando ao aumento de grupos ofertantes, especializados ou não. Segundo Hillam (1991), a diversificação e disseminação da arte dentária foram as principais razões do primeiro pico no número de especialistas em odontologia na Inglaterra. É razoável supor que esse fato tenha ocorrido em maior ou menor grau em quase toda a Europa. No entanto, é na virada do século dezenove, impulsionado pelo

¹⁸ O termo “dentista”, entendido como uma categoria específica envolvida tão somente com assuntos dentários, aparece pela primeira vez no século dezessete, na França. Os outros termos utilizados para designar o “expert” em odontologia são encontrados nos escritos e documentos históricos há muito mais tempo (pelo menos desde os séculos treze e quatorze) em diferentes sociedades (Harris, 1992).

aumento radical do consumo do açúcar e incremento das doenças bucais, que vamos observar um segundo pico na oferta de serviços bucais, através da proliferação de grupos de praticantes da arte dentária.

De fato, há indícios de que nas cinco primeiras décadas do século dezenove, o número de especialistas em odontologia esteve em franca expansão, desta vez para atender também aos menos afluentes; a universalização da demanda dentária exercia, dessa forma, o papel de fomentador da competição entre os grupos diversos de "especialistas" dentais. Nos Estados Unidos, por exemplo, a falta de restrição corporativa em torno aos grupos ocupacionais possibilitou uma extraordinária expansão na oferta de expertos em odontologia.¹⁹ A percepção de que a prática odontológica se tornara altamente lucrativa, encorajava a entrada nesse campo de trabalho.²⁰ De acordo com Schwartz (1954, p.543), “a odontologia americana retirava seus recrutas entre os habilidosos e engenhosos da vida (...) atraídos para a odontologia em função do desafio e da oportunidade”.

Muitos médicos americanos se voltaram para o exercício da prática odontológica, não apenas motivados pelo potencial de trabalho nessa área, mas porque se encontravam ameaçados pelos sérios conflitos existentes no campo de trabalho da medicina do século dezenove. De fato, na primeira metade do século XIX, a posição social e econômica dos médicos esteve ameaçada pela falta de credibilidade, resultante da ineficiente e duvidosa medicina “heróica” praticada pelos médicos e pela forte competição entre as diferentes "seitas" médicas, com propostas alternativas de cura (Pernick, 1985). Hillam (1991) sugere que algumas famílias médicas na Inglaterra se moveram gradualmente para a odontologia por dois motivos: primeiro, porque o mercado médico estava saturado e, segundo, em razão dos baixos custos envolvidos no treinamento do dentista (sistema mestre-aprendiz); tanto a prática da medicina quanto a da farmácia já se encontravam regulamentadas, exigindo requisitos mais rígidos de entrada para seus candidatos (escolas, associações, licenciamento, etc.). Nos Estados Unidos, o problema parecia ser mais conjuntural, relacionado à crise econômica. Segundo Schwartz (1954,

¹⁹ Nos Estados Unidos, o número de praticantes na área de serviços odontológicos girava em torno de 100, em 1800. Dez anos mais tarde, eram 300 praticantes e, em 1840, eles computavam 12.000 (Cigrand, 1892, p. 233). O mesmo fenômeno é observado na Inglaterra: em 1801, 44 praticantes; em 1811, 65 praticantes; em 1821, igual a 110 e, em 1841, somavam-se 347 dentistas (Hillam, 1991, p. 76).

²⁰ Hillam (1991) observa esse mesmo padrão na Inglaterra, onde a odontologia teria se tornado um negócio bastante atrativo no final dos 1700 e início dos 1800, prometendo excelente retorno financeiro, e com a vantagem de ter custo relativamente pequeno em termos do tempo e do dinheiro necessários para entrar para a profissão, se comparados com a educação médica ortodoxa vigente e seus requisitos para o exercício profissional.

p.544), “por causa da disseminação do desemprego e da falta de legislação, a odontologia foi povoada por praticantes desqualificados, o número de dentistas dobrando durante os dois anos da Depressão (1837-39). Para os dentistas qualificados, status profissional (...) tornou-se uma questão de sobrevivência”.

Um outro fator que contribuiu para a rápida expansão do número de praticantes da odontologia foi a disponibilidade de recursos técnicos; assim, quando o aumento da demanda por serviços bucais se fez mais evidente, nas primeiras décadas do século dezanove, já existia um corpo razoável de técnicas e conhecimentos odontológicos (desenvolvidos no século anterior). A existência desses meios, aliada à natureza manual e mecânica do trabalho odontológico foi, certamente, um facilitador da rápida adesão de praticantes a esse campo.

O incremento da demanda por serviços de odontologia, além promover uma rápida expansão na oferta de dentistas, abriu também a possibilidade de dedicação em tempo integral a essa atividade. Um exemplo de que a prática odontológica teria se tornado comum no início do século XIX, com a possibilidade de dedicação integral dos seus praticantes, pelo menos nos centros urbanos, pode ser constatado na declaração de Joseph Fox:

Uma atenção à aparência do dente; - um desejo de preservá-lo em um estado saudável; - e a necessidade que existe de procurar alívio quando os dentes estão afetados pelas doenças são fontes de considerável ocupação. Nas metrópoles e cidades maiores, homens profissionais, como os dentistas, são capazes de confinar sua prática a esse departamento apenas. (Joseph Fox, 1814, p.ix, grifo nosso) .

De fato, o grau de desenvolvimento técnico do trabalho odontológico, somado aos ganhos econômicos gerados, justificava os esforços de dedicação integral a essa nova área de trabalho.²¹ No campo, nas zonas rurais, a atividade ainda permaneceu como uma ocupação marginal e terreno aberto para a atuação de irregulares e ambulantes por muito mais tempo.

²¹ Para Wilensky (1964) o processo de profissionalização incluiria o cumprimento de etapas de desenvolvimento profissional. Em seus estudos sobre diversas profissões, o autor identificou que o trabalho ocupando tempo integral dos membros da ocupação seria o primeiro passo desse processo (Cf. Capítulo I).

Com efeito, a relativa facilidade de ingresso nesse campo de trabalho representou a abertura de oportunidades ocupacionais numa sociedade cada vez mais competitiva. Com a demanda por serviços dentários mudando em quantidade e qualidade, e os meios de regulamentação da atividade completamente ausentes, os dentistas, qualificados ou não, estavam sujeitos ao mecanismo regulador do mercado. Isso significava a existência de um campo de trabalho extremamente atrativo, especialmente para os que estavam em busca de fama e fortuna. Com a abertura para um imenso leque de praticantes, a competição se tornava cada vez mais acirrada, dificultando as possibilidades de articulação e negociação das diferenças dentro desse campo de trabalho. Essa concorrência pelo lucrativo “negócio” da odontologia estabeleceu as condições necessárias para as demandas de monopólio profissional. Como bem observa Hillam (1991, p.35), “enquanto existe um excesso de demanda, os incompetentes e os sem ética podem ser ignorados e deixados para encontrar seus próprios níveis (...) e quando existe um rápido aumento na oferta, as fileiras são fechadas e o “charlatanismo” é usado como um fator de discriminação”. Na verdade, a proliferação de expertos e a competição no mercado agiram como elementos organizadores da jurisdição, determinando a busca pelo fechamento do mercado odontológico, especialmente, por aqueles grupos interessados em colocar-se em posição de vantagem. Para aqueles que queriam obter benefícios exclusivos do crescente mercado de serviços odontológicos, era imperativo eliminar a competição.

Por isso, na primeira metade do século dezenove, havia estímulo suficiente para que alguns grupos de dentistas liderassem estratégias de fechamento de mercado.²² Faziam parte dessas estratégias os discursos dos cirurgiões-dentistas dirigidos a distintas audiências, aos próprios profissionais da área, ao público leigo e ao Estado - nesse último caso, com vistas à regulamentação da atividade. De fato, os discursos dos dentistas candidatos à profissão evidenciavam uma grande preocupação com a disputa dentro do seu campo de trabalho, tanto da parte dos irregulares - aventureiros e charlatães - quanto entre os próprios praticantes da arte dentária. Esses discursos

²² Fechamento (*closure*) é um fenômeno mais generalizado, que significa a manutenção de outras pessoas de fora das vantagens que alguém obtém na sociedade, ou seja, de propriedades como capital, patrimônio, ou outros valores de mercado. Uma das estratégias de fechamento, a estratégia de exclusão, é aplicável aos processos de profissionalização. Exclusão pode ser entendida, então, como um nome para todo o gênero de estratégias de fechamento que nega para aqueles que não estão dentro de um grupo privilegiado acesso a algumas propriedades, as quais dão ao grupo uma posição de monopólio dentro do mercado ou, pelo menos, algum tipo de controle sobre o mesmo. Essa parece ser uma linha de ação importante para as profissões, a fim de eliminar a competição e dominar o mercado de serviços profissionais (Collins, 1990).

expressavam os argumentos da profissão, sobretudo, quanto a *quem deveria* produzir (e, mais tarde, *quem poderia*) e *como deveriam* ser produzidos os serviços de odontologia, na tentativa de convencer as audiências da necessidade do monopólio de um único grupo, o dos dentistas credenciados, sobre esse recém-criado campo do saber.

6 - Disputas internas e externas: construindo teorias odontológicas

A competição pela jurisdição da odontologia levantou uma série de disputas e conflitos em torno desse recém-definido campo de trabalho. Primeiro, de dentro da profissão, com a presença de grupos com formas diferentes de pensar e organizar a prática odontológica. Segundo, de fora da profissão, contra pelo menos dois grupos distintos representados, de um lado, pelos charlatães e empíricos, típicos atores da sociedade desregulada do século dezanove e, de outro, pela profissão médica que, conforme vimos, encontrava-se em crise.

Em relação aos conflitos internos à ocupação odontológica, Gies (1926) destaca a existência na América, na primeira metade do século XIX, de dois tipos de dentistas, cujas diferenças estavam relacionadas principalmente às suas origens, da vocação empírica ou mecânica, ou da formação profissional ou científica. O primeiro grupo, certamente o maior, reconhecia e valorizava a odontologia como um próspero negócio. A maioria dos seus praticantes não era escolarizada e, portanto, ignorante no conhecimento das ciências. Por outro lado, eram artesãos altamente qualificados e habilidosos nas artes dos ofícios e competentes no manejo de pequenos instrumentos, bem ajustados ao tipo de trabalho da odontologia. O segundo grupo, menor, era composto basicamente de médicos, que pretendiam definir e organizar a odontologia como uma ciência do ramo da medicina.²³ Seus homens, educados nas ciências, detinham, provavelmente, posições e influências na sociedade da época (Gies, 1926).

²³ Na verdade, esse grupo havia tentado, sem sucesso, desenvolver a formação odontológica sob os auspícios médicos. Em 1839, objetivando implementar tal projeto, Hayden e Harris e um número de médicos e dentistas associados sugeriram que a odontologia fosse formalmente ensinada na Universidade de Maryland, em Baltimore, onde já havia um curso de medicina; mas a proposta foi negada pela equipe médica, que expressou sua opinião de que “a matéria odontológica tinha poucas conseqüências”, sendo desfavorável à proposta de incorporação da odontologia à medicina (Gies, 1926, p.39). Ainda sobre o ocorrido, existe uma visão diferente; Robinson (1940, p.60-61) contesta esse episódio dizendo que são “falácias”, uma “charge” contra a odontologia, afirmando que tal fato nunca ocorreu.

Parece que ambos dividiam a mesma preocupação, de encontrar uma identidade para a ocupação odontológica e eliminar a competição dos incompetentes. Contudo, alimentavam diferentes pontos de vista sobre o rumo que a odontologia deveria tomar: se em direção ao campo de trabalho médico ou cirúrgico, como mais uma de suas especialidades, ou um caminho de autonomia e independência. Os dilemas se fundamentavam na racionalidade do trabalho odontológico, se atividade *científica* ou *mecânica*, ou seja, se arte dental ou ciência dental. Em qualquer dos casos, a crise de identidade teria se intensificado em função do crescimento da concorrência que assolou a odontologia nas primeiras décadas do século dezenove, estabelecendo a necessidade de discriminar *quem* eram e *como* deveriam atuar os “verdadeiros” dentistas.

Independentemente dos praticantes possuírem identificação com uma ou outra concepção, arte dental ou ciência dental, o trabalho permanecia puramente mecânico, tanto para os praticantes quanto para a opinião do público, e a formação essencialmente empírica, no tradicional sistema mestre-aprendiz. O texto abaixo exemplifica a permanência desse dilema odontológico ainda no final do século dezenove:

(...)o jovem graduado de várias escolas e universidades, nativas e estrangeiras, pode realmente possuir muito mais conhecimento sobre o que é chamado ciência da medicina do que os velhos praticantes [da Arte Dentária] e ainda você e eu vamos preferir confiar no homem da arte ao invés de no homem da ciência.(Cigrand 1892, p.262, grifo nosso) .

O dilema entre arte e ciência dental esteve presente nos debates pela construção de sua identidade profissional. A confusão em torno do assunto foi ressaltada por Cigrand (1892, p.257), que afirmava que os “(...) autores sempre usam a primeira palavra [arte] quando o significado da última [ciência] é inferido e vice-versa”. Na opinião do autor, existia uma arte odontológica e uma ciência odontológica, e cada uma cumpria uma função diferente no desenvolvimento da odontologia. Na realidade, o paradigma da ciência odontológica, liderado por um dos grupos que disputava o monopólio desse campo de trabalho, não era, de forma alguma, hegemônico. Em sua reflexão, Cigrand (1892) vai mais além, ao demonstrar que boa parte dos profissionais da odontologia aceitava, orgulhosamente, o caráter essencialmente mecânico da sua prática:

(...) quando nós tentamos dividir a odontologia entre operativa e protética ou mecânica, nós cometemos uma injustiça com a nossa profissão, e assumimos uma falsa posição para a nossa grande arte, a qual é fundamentada quase que exclusivamente na nossa habilidade como mecanicistas e, sem a qual, num grau muito grande, nós seríamos inúteis. (Cigrand, 1892, p.263, grifo nosso).

Para alguns dentistas, portanto, a divisão da odontologia entre operativa (médica e cirúrgica) e mecânica (protética) era um equívoco, uma vez que ambas dependiam da manipulação mecânica de materiais, por meio de instrumentos. Para Cigrand (1892) seria mais exato descrevê-la apenas como *prótese, estrutural e orgânica*. Esse ponto de vista parecia rejeitar, pelo menos em princípio, a necessidade de uma abordagem científica para a prática odontológica.

Essa não era a posição dos defensores da ciência dental. De fato, o médico Chaplin Harris, conhecido por ter fundado a primeira escola de odontologia nos Estados Unidos, em 1840, defendia uma posição científica para a profissão; para ele, apenas a ciência podia dar distinção ao profissional, pois “sem [a ciência], ele é incapaz de exercitar todas as obrigações que pertencem apropriadamente ao dentista” (AJDS, Vol. I, No. I, 1839, p.52). Com o tempo, o discurso da ciência dental superaria o discurso mecanicista dos tradicionais praticantes da odontologia, muito embora o dilema entre ciência e arte fosse permanecer por um tempo muito mais longo.²⁴

Independentemente da persistência desse dilema, o discurso da Ciência Dental tinha um impacto muito positivo no cumprimento das estratégias de profissionalização dos dentistas; os homens da ciência atraíam mais respeito das audiências a que serviam (o público) do que o faziam os trabalhadores manuais, principalmente numa sociedade como a americana, que acreditava na racionalidade e na “verdade” da ciência moderna como a chave do desenvolvimento humano. De fato, os próprios praticantes “mecanicistas” seriam, mais tarde, rendidos aos encantos e vantagens do poder proporcionado pelo status de profissão.²⁵

²⁴ Morris (1965), na década de 1960, ainda demonstrava a forte preocupação da odontologia americana com a imagem “mecânica” da odontologia.

²⁵ Um importante fator de convencimento para as vantagens do status de “profissão” na sociedade, além do reconhecimento social, está demonstrado num episódio ocorrido na época de profissionalização da odontologia: quando um agente coletor de impostos do governo tentou impor obrigações extras sobre os

Além de resolver os dilemas e as disputas internas ao campo de trabalho da odontologia, os dentistas tiveram também que se dirigir às audiências externas, movimentando-se em, pelo menos, duas direções: ao reconhecimento profissional, especialmente pela profissão médica, e ao reconhecimento social, em relação à sua credibilidade pública. Para obter reconhecimento e domínio sobre a jurisdição odontológica, eles ainda teriam que considerar a luta contra o charlatanismo. Dito de outra forma, para almejar a confiança do público, os dentistas tiveram, primeiro, que se alinhar em torno a uma única identidade profissional, da ciência dental e, segundo, eleger duas frentes de batalha: uma, contra a profissão médica, pela igualdade, e outra, contra os charlatães, pela supremacia.

Como parte das estratégias, incluía-se a elevação dos padrões qualificativos do cirurgião-dentista para um nível semelhante ao dos médicos, tendo como requisito básico a formação do dentista nas ciências médicas, anatomia, fisiologia, cirurgia, patologia e terapêutica. Reproduzindo-se as mesmas bases de formação da profissão médica, sem, contudo, agregar-se a ela, facilitar-se-iam a eliminação dos empíricos e charlatães e a delimitação da autonomia do trabalho odontológico.

Para completar a estratégia de controle do campo de trabalho, era preciso obter apoio da opinião pública, o que ocorreria por meio da construção de argumentos que pudessem modificar a imagem odontológica perante o público. Os elementos para isso já existiam: os dentistas tinham os problemas dentários e as soluções odontológicas; faltava construir argumentos persuasivos para convencer as audiências sobre sua competência exclusiva e importância singular nos assuntos que diziam respeito aos dentes e à boca.²⁶

dentistas, os praticantes da cidade da Filadélfia entraram com um pedido de desobrigação junto à coletoria pública daquela cidade alegando que o dentista, após ter pago sua licença de profissional, não teria que pagar nenhum outro imposto; as operações na boca e a construção de dentes artificiais para os próprios pacientes eram parte do tratamento dentário e, portanto, não o colocavam na categoria de manufatureiros (JADA, 1984, p.485).

²⁶ De acordo com Brown (1986), para criar novas instituições profissionais, os grupos de praticantes tentam, primeiro, estabelecer o valor de seu campo de trabalho aos olhos da sua clientela. Assim, eles procuram tornar público seu trabalho sem, no entanto, “revelar” o seu *expertise*.

7 - A autoridade das metáforas na definição da imagem profissional

As estratégias utilizadas pelos dentistas para se colocarem como uma profissão socialmente útil, perante suas audiências, podem ser encontradas nos discursos presentes no processo inicial de criação das primeiras instituições odontológicas americanas (escolas, jornais, associações), os quais revelam os esforços devotados a expressar sua competência exclusiva para tratar dos assuntos da odontologia.²⁷ Conforme se verá adiante, destacam-se, nesses discursos, as metáforas e imagens criadas a partir da *dor* e *sofrimento* humanos como base para a construção de uma nova abordagem da odontologia: a da ciência dental.

7.1. Buscando reconhecimento profissional: arte dental e ciência dental

A definição da natureza do trabalho da então arte dentária esteve presente em quase todas as literaturas odontológicas de meados do século dezenove, nos Estados Unidos. De fato, as questões sobre *arte mecânica* tanto quanto *ciência odontológica* foram temas discutidos, ali, com frequência. As demandas para suplantarem a imagem “mecanicista” que o público tinha com respeito à arte dental tiveram um papel de protagonista na luta pelo status profissional. Isso significava superar a imagem de “ocupação mecânica” e, ao mesmo tempo, construir uma imagem de “ocupação científica”. Não havia unicidade clara de pensamento; algumas lideranças odontológicas radicalizavam em torno da abordagem científica enquanto que outras acreditavam que a habilidade e destreza manuais eram as categorias que, de fato, sustentavam a credibilidade do trabalho odontológico.

Os partidários de uma ou outra posição em relação à natureza do trabalho odontológico estiveram em sérios confrontos, especialmente no que diz respeito à abordagem mecânica. Num artigo sobre a necessidade de qualificação do cirurgião-dentista, publicado no primeiro periódico odontológico, nos Estados Unidos, em 1839, o escritor declarava que

²⁷ Como Brown (1986) tem tentado demonstrar, existe uma pressão social sobre as ocupações que estão se formando, no sentido de criar-se um vocabulário esotérico, tendo seus praticantes que dedicar grande parte do seu tempo à expressão de argumentos em favor de seus membros. O resultado dessa expressão é o que Brown conceitua como “profissionalismo”.

(...) é uma visão equívoca sobre o assunto (...) que muitos consideram [a odontologia] uma ocupação meramente mecânica, e acreditam que qualquer um possua o menor grau de tato e habilidade manual para praticá-la. (AJDS, Vol. I No. III, 1839, p.7).

Os esforços dos dentistas concentraram-se em edificar uma noção de que para a prática da odontologia era indispensável uma alta qualificação; única forma de considerá-la um ramo importante dos serviços de saúde. Como bandeira de luta, portanto, estava a formação nas ciências médicas básicas e o deslocamento da arte mecânica, até então principal componente do trabalho odontológico, para uma posição secundária. A idéia era de que, ao equiparar sua formação com a médica, eles adquiririam crédito e estima por parte dos integrantes daquela profissão. Era preciso conquistar, pois, os médicos para formar aliados a favor do bem-estar público e contra “as selvagerias dos empíricos, que infestavam a sociedade” (AJDS, vol. I, N.º I, 1839, p.2).

Na verdade, os dentistas atribuíam sua falta de estima à concepção corrente de que a odontologia era uma ocupação mecânica. “Por que a prática de odontologia mantém-se num nível tão baixo de estima pelo público?”, perguntava-se um articulista do AJDS, em 1840. E deduzia:

Até o momento, o público, raramente, tinha tido a capacidade de distinguir entre o homem da ciência e o aventureiro imprudente. A odontologia tem sido uma das três cidades de refúgio dos ignorantes e desafortunados; e, muito freqüentemente, quando apresentadas à mente de um indivíduo opções para esquematizar sua existência, entre trabalhar num escritório de governo, alistar-se no exército, ou praticar a odontologia, essa última opção era preferida, por ser mais acessível do que a primeira, e menos laboriosa do que a segunda. (AJDS, Vol.I No. II, 1840, p. 121).

Chapin Harris, participante ativo do grupo de líderes organizadores das primeiras instituições odontológicas, era um dos que advogava a necessidade de elevar a prática odontológica e de construir uma imagem diferenciada (científica) para a odontologia, perante a opinião pública. Para ele, era uma questão crucial a construção da idéia da ciência para além dos atos “mecânicos” da prática odontológica (sem, por outro lado, desistir dos mesmos, já que eram assuntos intrínsecos à odontologia).²⁸ O trecho abaixo, de sua autoria, ilustra essa posição:

²⁸ Essa não era uma estratégia nova. Os cirurgiões fizeram a mesma coisa muito tempo antes. Sobre o processo de “intelectualização” da cirurgia, François Quesnay escreveu que os conhecimentos que

(...) não é suficiente que os dentistas saibam como extrair e restaurar dentes e, mesmo, substituir a perda desses órgãos por outros artificiais; ele deve estar ciente de todas as suas associações mórbidas tanto quanto das de suas partes contíguas, se ele quiser ser útil como sua profissão é capaz de torná-lo. (...) Se a prótese de dente apenas for a preocupação, um homem pode ser experto e mesmo habilidoso; ele pode ser capaz de suprir a perda de um simples órgão, e daí por diante até uma dentadura inteira, sobre os mais corretos princípios da arte dental, e ainda ser incapaz de exercer todas as obrigações que pertencem apropriadamente ao dentista. Em resumo, ele pode ser um profundo mecanicista, e completamente versado naquele ramo relacionado com *la protheses des organes buccaux*, como os franceses a denominam, e ainda ser deficiente em muitas outras qualificações que são essenciais para um apto praticante da cirurgia dental. (Harris, C. *AJDS*, Vol.I No. III, 1840, p.54).

7.2. Lutando contra a invasão da prática odontológica.

Como se tem observado, ultrapassar as metáforas de arte mecânica constituía-se numa estratégia para atingir, ao mesmo tempo, dois grupos: os charlatães e demais “irregulares” e a profissão médica. Os charlatães e empíricos de toda a sorte ameaçavam os princípios nobres e altruísticos da profissão com a enganação e a busca de lucro fácil. O mecanismo ideal para lidar com tal problema era o estabelecimento de instituições de formação profissional, dificultando o ingresso de empíricos para a profissão. Assim, ao mesmo tempo em que restringia a entrada de ignorantes, servia para elevar a profissão “à dignidade da ciência, e promover a respeitabilidade...” (*AJDS*, op. cit.).

Deduz-se, daí, que a criação de uma imagem científica estava estreitamente ligada ao processo de escolarização da odontologia, uma vez que se concebia a ciência como um privilégio das instituições destinadas a esse fim. Na verdade, a urgência em estabelecer fronteiras entre o homem educado, adequadamente treinado, e os leigos e empíricos faz parte das estratégias de profissionalização com vistas a eliminar a competição e proteger o mercado (Freidson, 1970; Larson, 1977).

fundamentavam os atos cirúrgicos eram mais importantes que a cirurgia por si mesma e que a cirurgia envolveria certas orientações gnosiológicas que transcenderiam a intervenção mecânica da mão e dos instrumentos (*apud* Nogueira, 1977, p.37).

A profissão médica, por outro lado, era encarada como um outro grupo que podia ameaçar o desejo de conquista desse espaço profissional. Embora os dentistas estivessem desejosos de obter reconhecimento, como um “ramo da ciência médica”, eles também estavam interessados em sua independência e, em especial, no controle do próprio mercado.²⁹ A conquista da jurisdição profissional se baseava, portanto, no estabelecimento de uma distinção entre o trabalho odontológico e o trabalho médico, como pode ser observado na citação:

[dos] graduados de medicina, que têm voltado sua atenção a esse ramo da arte de curar, muitos têm demonstrado eles mesmos inteiramente incompetentes para exercer com sucesso suas obrigações (...) quando [o charlatanismo] é praticado sob a sanção do diploma médico, a enormidade do crime é dez vezes maior... (AJDS, Vol.I No. III, 1840, p.54).

7.3. A ciência da dor de dente

Conforme vimos, a incorporação de uma ciência dental funcionou como elemento imprescindível no discurso da vanguarda odontológica profissional, a partir de meados do século dezenove, nos Estados Unidos:

O período finalmente chegou quando a profissão à qual pertencemos assume uma posição de comando aos olhos do público e desafia com sucesso as rivalidades com as outras vocações lucrativas dos homens. Esse fato não é menos auspicioso para a sociedade como um todo do que é para os que professam a ciência dental, e para os que praticam a arte dental. (Discurso Inaugural, AJDS, Vol. I No. I, 1839, p.3, grifo nosso).

Os dentistas ou, pelo menos, seus representantes, tinham reconhecido a importância das ciências básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e da terapêutica, para o desenvolvimento científico da profissão. Era necessário, ainda, desenvolver os

²⁹ Como a profissão médica possuía superioridade e conhecimento científico para exercer qualquer prática relacionada à arte de curar, era natural que essa fosse uma preocupação. A seguinte passagem, retirada de um periódico odontológico de 1839, ilustra esse fato: “Igualmente as ciências médicas e cirúrgicas falham em preencher todas as informações necessárias ao conhecimento sobre esse assunto [odontologia] (...) Embora uma educação odontológica deva abarcar os princípios gerais de medicina e cirurgia, isso não significa, em absoluto, que, para alguém ser um praticante qualificado de odontologia, é suficiente que se gradue nessas ciências [médicas] (...). Então, não deixemos nenhum desconhecido arrogante, do qual a única pretensão de conhecimento da ciência odontológica é um Diploma Médico...” (AJDS, Vol.I, No.III, 1839, p.51).

elementos que fundamentavam essas ciências. Dentre o vasto material publicado, a partir do qual os dentistas construíram uma imagem científica da profissão, um elemento parece ter sido extremamente importante, talvez a matéria-prima para o processo de profissionalização da odontologia, até porque está relacionado com uma das mais alusivas e subjetivas tarefas do trabalho odontológico, a dor de dente, conforme sugere o texto abaixo:

Elas [as doenças bucais] são algumas vezes sintomáticas de algumas outras doenças, e esse é o caso em que se requerem outros remédios além dos tópicos; e, como poderiam eles ser prescritos por uma pessoa ignorante da patologia e da terapêutica (...)? Por exemplo, a odontalgia é, algumas vezes, resultado da gestação; outras vezes, do estado desordenado do estômago ou do aparelho digestivo... Então, pode-se perceber que no tratamento de muitos males da boca, os remédios sistêmicos serão requeridos... (Address of the Publishing Committee, to their professional brethren throughout the United States of America, AJDS, Vol. I, No. I, 1839, p.53).

A escolha da dor de dente como elemento estratégico do discurso dos dentistas explica-se por três motivos principais: primeiro, pelas metáforas fisiológicas intrínsecas ao problema, ao invés das metáforas mecânicas; segundo, pelo significado antropológico relacionado à dor; e, finalmente, pelos resultados empíricos decorrentes da necessidade de enfrentamento do problema, que resultaram, conforme veremos, na descoberta da anestesia pelos dentistas.

Na verdade, as metáforas associadas à morte, ao sofrimento e à dor têm sido vastamente aplicadas para justificar, antropológicamente, o poder quase “sagrado” da Medicina.³⁰ Morris (1991, p. 1-2), em um trabalho interessante sobre dor, destaca o significado de tais metáforas para a medicina, ao afirmar que “nossa cultura - o mundo moderno, ocidental, industrial e tecnocrático tem tido sucesso em persuadir-nos de que a dor é simples e puramente um problema médico. Quando pensamos sobre dor, quase que instantaneamente formulamos uma cena que inclui médicos, drogas, unguentos, cirurgia, hospital, laboratórios, e formas de seguro saúde”.

³⁰ Como exemplo da utilização comum dessas metáforas associadas à medicina, podemos citar o título de um livro recente que lida com a reforma dos serviços de saúde nos Estados Unidos, escrito por Stacey, J. (1993), “Inside the New Temple: The High Cost of Mistaking Medicine for Religion”.

A transcrição das metáforas da dor para o campo da odontologia pode ajudar a entender a eficácia das estratégias de conquista de autonomia e poder profissional, utilizadas pelos dentistas no seu processo de profissionalização. Apesar de, geralmente, não se constituir a dor como causa direta da morte, ela desafia as ciências biomédicas. Morris (1991) destaca o mistério existente em torno da dor e sua ligação com o desconhecido, desafiando a própria profissão médica, que quase nada sabe sobre ela. Segundo o autor, a idéia de lidar com esse mistério pode prover um complemento útil, e mesmo necessário, à retórica científica da conquista. A dor é algo que quase intrinsecamente pede por interpretação, ou seja, por ser uma experiência subjetiva, necessita de “autoridade” para ser abordada. É a partir dessa interpretação sobre a dor e da análise do material publicado pelos cirurgiões-dentistas durante o período de sua profissionalização que defendemos a teoria de que a dor de dente pode ter sido um elemento fundamental na construção do discurso da ciência dental, justificando a utilidade social da odontologia como profissão.

Pode-se observar, em meados do século dezenove, a emergência de uma teoria sobre a dor de dente ou, pelo menos, o aparecimento de um campo de investigação sistemática sobre o assunto relacionado à odontologia. No artigo “Observações sobre a Dor de Dente”, publicado no AJDS, por S. P. Hullihen, o autor destacava a importância do conhecimento e tratamento científico da dor de dente:

Devem existir poucas coisas em cirurgia mais equivocadas do que chamar cada afecção dolorosa dos dentes de “dor de dente”, e tratar todas elas como se fossem uma doença específica... As dores de dente originam-se, geralmente, de causas locais, algumas vezes diferindo materialmente uma das outras... Com esses destaques, devo proceder separadamente no tratamento das diferentes causas da dor de dente, adotando a seguinte ordem: 1ª) dor de dente decorrente da exposição de um nervo; 2ª) decorrente de fungos do nervo; 3ª) decorrente de confinamento de pus na cavidade interna do dente; 4ª) decorrente de um estado doente do periosteio cobrindo a raiz; 5ª) decorrente da “sympathy”.³¹ (AJDS, Vol. I, No. II, 1840, p.105-106).

Na verdade, a *odontalgia* foi largamente classificada e utilizada como um problema que necessitava da intervenção de uma autoridade competente para estabelecer seu diagnóstico e terapêutica. Para tanto, exigia-se conhecimento científico que provesse

³¹ “Sympathy” significava a relação entre partes ou órgãos, em que a condição, afecção, ou desordem de uma parte refletia em outra.

capacidade de interpretação do problema, o que distanciava o tratamento da dor de dente daquilo que era considerado uma “arte meramente mecânica”. Nesse sentido, a dor de dente foi classificada e investigada como um estado mórbido de múltiplas causalidades. O estudo sistemático e “científico” da dor, bem como a elaboração de teorias, serviram como matéria central para os discursos de defesa da ciência dental e de autoridade profissional nesse campo de conhecimento.

Uma carta escrita pelo médico J. E. Snodgrass, endereçada ao Editor do AJDS e, posteriormente publicada, indicava a dor de dente como causa da morte de seu pai:

A ação inflamatória cresceu gradualmente, até que todo o osso inferior da maxila (...) pareceu estar envolvido. Tinha chegado, agora, naquele estado que é chamado, em linguagem comum, de *dor mandibular*. (...) Eu não tenho a menor dúvida de que a odontalgia foi a causa indireta da sua morte repentina. (...) porque, se as influências de uma simples odontalgia produziram a catástrofe que eu aqui descrevi, o caso vai falar por si próprio, em tons que deveriam acordar a comunidade para o sentido dos perigos a que incorrem por aquilo que eles estão acostumados a chamar de uma “mera dor-de-dente” (...). Muitas das dores de cabeça de que a gente ouve falar, eu estou inclinado a acreditar, poderiam ser amplamente aliviadas, se não completamente banidas, por umas poucas visitas à cadeira odontológica. (AJDS, Vol. II, N.º 2, 1841, p.141, grifo nosso).

A autoridade científica do dentista para julgar e agir sobre a dor de dente justificaria a eliminação dos leigos e incompetentes, como única forma de proteção do público contra os riscos e danos causados pelo desconhecimento da matéria dental.

7.4. Dor de dente e credibilidade pública

Os dentistas dirigiram as metáforas associadas à dor e ao sofrimento dela decorrente para o público. Numa nota pública divulgada em decorrência da fundação do “Baltimore College of Dental Surgery”, em 1840, o autor declarava que

Não existe nenhuma boa razão para a posição inferior que os cirurgiões-dentistas são obrigados a tomar, em comparação com homens de profissão. Por que o cirurgião, que amputa um membro, ou trata uma úlcera, tem estima mais alta do que aquele que confina sua atenção às doenças da boca e da arcada dentária? É o conhecimento do primeiro adquirido com trabalho mais laborioso? É a sua qualificação o resultado de experiência mais cuidadosa e pesquisa mais perseverante? As operações para as quais ele é chamado requerem maior julgamento ou maior precisão do que aquelas relativas ao praticante da odontologia? Nenhum homem ciente dos fatos, em cada caso, irá responder afirmativamente a essas questões. Ele que devota sua vida ao alívio dos sofrimentos dos seus companheiros é um homem respeitável; e aquele que traz conhecimento, cuidadosamente adquirido, para ajudar neste objeto, é um homem científico - não importa se seus esforços estão dirigidos para o alívio de uma febre, ou para remoção de uma dor - para salvar uma vida ou para torná-la mais confortável - o objeto, a honra, o motivo é o mesmo, - e, assim deveria ser, no respeito àqueles que estão a serviço daquilo. (AJDS, Vol. I, No. I, 1840, p.120, grifos nossos).

Discursos como esse foram sistematicamente utilizados para construir uma base de confiança perante o público e uma noção geral da utilidade profissional, no sentido de prover o dentista de prestígio e autoridade, ingredientes fundamentais da ideologia profissional. Associados a essas metáforas estavam os esforços para elaborar uma teoria ou um conhecimento mais sistematizado sobre as odontalgias. Dessa forma, suspeitamos que, inicialmente, o “paradigma” da dor de dente teve um papel determinante em assegurar um espaço próprio para os dentistas, ao lado da ciência médica – a dor de dente justificando a existência de um campo diferenciado da ciência médica; - o diagnóstico e tratamento da dor de dente resultando em especificidade e autoridade profissionais dos dentistas perante os médicos e perante a opinião pública.³²

³² Segundo Brown (1986), na tentativa de promover sua imagem junto ao público, os profissionais criam formas especiais de argumento para explicar o significado da sua profissão a seus clientes sem, contudo, revelar seus segredos. O caminho mais efetivo e comum utilizado pelas ocupações é o uso de metáforas. Quando um grupo de profissionais começa a usar uma única metáfora, de maneira sistemática e repetida para realizar sua tarefa de criar uma base única do conhecimento, para defender sua prática contra invasão e charlatanismo, e para popularizar seu papel social junto à sua clientela, tal fenômeno se torna histórica e politicamente importante.

O trecho abaixo, de autoria de Chapin A. Harris, resume essas observações:

(...) enquanto a cirurgia odontológica puder ser praticada sem considerações sobre a qualificação de seus praticantes, nós não precisamos esperar uma confiança generalizada acerca de sua utilidade; muito menos, o respeito para aqueles engajados no exercício de suas tarefas. O fato de já ter ela [a odontologia] encontrado respeitabilidade e caráter pela sua utilidade, - o fato de já ter ela sido estimada pela sofrida humanidade, pelo alívio que sempre proporciona à mais torturante dor, e o fato de ela trazer freqüentemente a verdadeira saúde para aqueles que sofrem de doenças debilitantes, devem ser atribuídos àqueles praticantes que, (...) tendo devotado a ela o mais ardente zelo e escrupulosa integridade (...), tenham-na praticado apenas na sua maior perfeição. (AJDS, Vol. I. No. III, 1839, p.53, grifo nosso).

8 - Descoberta da anestesia: a consolidação da profissão odontológica

A imagem de dor e medo associada à odontologia tem-se mantida associada à mentalidade do público por um longo tempo. Inicialmente, pela manifestação aguda e pandêmica das doenças da boca e por não haver outra possibilidade que não fosse uma assistência odontológica dolorosa. Porém, mesmo com o aperfeiçoamento das técnicas de anestesia, alguma forma de dor e desconforto é quase que uma decorrência ‘natural’ do tratamento odontológico. De fato, só recentemente a odontologia tem apresentado alguma eficácia no sentido de impedir, ainda que para algumas camadas da população, a manifestação aguda das doenças bucais. Se a imagem da profissão ainda é negativa, por colocar em evidência sua ineficácia profissional, no passado, ela serviu de base para a construção das suas estratégias de profissionalização. Primeiro, como matéria básica para desenvolver os argumentos de necessidade do treinamento nas ciências biomédicas para os candidatos ao exercício da odontologia e, segundo, como estímulo para o desenvolvimento técnico da profissão, que pode ser exemplificado pela descoberta da anestesia por um dentista.³³ De fato, a introdução da anestesia, em 1846, serviu para amenizar os problemas de duas áreas candidatas à profissionalização: a cirurgia e a

³³ Os dentistas, mais que os médicos, necessitavam de eliminar a dor no tratamento dos problemas dentais como forma de diferenciação do seu trabalho e reconhecimento da sua utilidade profissional. Em 16 de outubro de 1846, um dentista de Boston, chamado William T.G. Morton, demonstrou que o éter podia prevenir a dor durante uma cirurgia (Pernick, 1985).

odontologia. Apesar da polêmica inicial gerada sobre o uso e eficácia da anestesia, a nova descoberta se espalhou numa velocidade sem precedentes.³⁴

Não há dúvida de que tal descoberta contribuiu para aumentar a autoridade da profissão odontológica. Um problema que logo se apresentou foram as mortes causadas pelo seu uso indiscriminado, colocando em risco a vida dos indivíduos que buscavam um simples tratamento dentário:

(...) cada saltimbanco que consegue eliminar um joanete, e dignifica-se com o título de calista; cada dentista ambulante, que arranca fora um dente ou obtura uma cavidade com amálgama (...) podem-se armar com um aparelho de inalação e com uma garrafa de material anestésico, com os quais eles esperam usar o público. (Special Committee of the American Society of Dental Surgeons, 1848, *apud* Pernick 1985 p.63).

A necessidade de regulação do uso da anestesia passou a ser demandada pelas profissões e apoiada pela própria sociedade, já que nem a medicina nem o público queriam declinar das suas vantagens, ou seja, a possibilidade de alcançar melhores resultados nos tratamentos médicos e dentários sobre inúmeras doenças e problemas de saúde. O uso privativo da anestesia por profissionais treinados, por sua vez, justificou maior controle do campo de trabalho odontológico, ao restringir seu exercício apenas aos iniciados na matéria.

A descoberta da anestesia agiu como um fator importante no processo de profissionalização odontológica. Da mesma forma agiram muitas outras descobertas que se seguiram, principalmente nas últimas décadas do século dezanove, mas então os dentistas já estavam completamente cientes de suas habilidades para convencer o público da necessidade de atuação exclusiva de profissionais cientificamente treinados no campo de trabalho odontológico.

Apesar dos conflitos existentes em relação à sua identidade profissional, a odontologia, cuja formação profissional baseia-se nas ciências médicas, foi a forma que predominou no mundo ocidental, assim como predominante foi a organização da profissão de forma autônoma e independente da medicina. Esse fato, que assegura a demarcação de uma

³⁴ Passados apenas três meses de sua demonstração, os principais hospitais de New York, Londres e Paris começaram a empregar a anestesia. (Pernick, 1985).

jurisdição própria, cujo domínio pertence a dentistas credenciados, qualifica a odontologia como uma *profissão moderna*, o que significa dizer que ela possui um padrão organizacional de trabalho especializado, cujos atributos principais incluem: (i) ocupação integral de seus membros; (ii) existência de aparatos institucionais de auto-regulação; (iii) treinamento padronizado em habilidades e conhecimentos esotéricos; (iv) status social e (v) autonomia técnica (Abbott, 1988, Freidson, 1970, 1994).

No entanto, é importante ressaltar que a jurisdição odontológica, embora dominada pelos dentistas credenciados é, muitas vezes, compartilhada com outras ocupações, não se enquadrando no modelo “uma jurisdição igual a uma profissão”, considerada por Abbott (1988) como o grau mais forte de profissionalização.³⁵

Além disso, a profissão odontológica ainda enfrenta problemas relacionados à sua imagem perante a opinião pública. Em um artigo sobre a imagem do dentista nos Estados Unidos, publicado na década de 60, Morris (1965, p.145) afirmava que a profissão odontológica tinha uma imagem negativa, “centrada na dor e nas altas taxas associadas ao serviço odontológico, além do sentimento de que o dentista é mais um mecânico do que um praticante cientificamente preparado nas artes de curar”. De fato, a profissão está associada a imagens de exploração econômica, trabalho manual, mutilação dentária e dor. Cruz et al. (1997) realizaram um estudo de representação social sobre a imagem do cirurgião-dentista no Brasil e constataram que, associadas à sua imagem, estavam as categorias de “medo”, “dor”, “mercenário”, “um mal necessário”, “um castigo”, “um carrasco”.

³⁵ Conforme vimos, em alguns países do Leste Europeu, a odontologia é praticada por dois tipos de profissionais, de nível superior e nível secundário; no Canadá, algumas tarefas típicas dos cirurgiões-dentistas são compartilhadas com os “denturists”.

CAPÍTULO III

MODELO DE REGULAÇÃO DA PROFISSÃO ODONTOLÓGICA NO BRASIL

1 – Regulamentação da odontologia

A profissão odontológica no Brasil é independente da Medicina e possui regulamentação própria, estando organizada com base na Lei 4.324, de 14 de abril de 1964, que instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia e na Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da odontologia no país (Brasil, 1978, vol. I).

Segundo a Lei 4.324/64 e o Decreto 68.704/71 que, posteriormente, a regulamentou, somente estará habilitado ao exercício profissional da odontologia o cirurgião-dentista inscrito no Conselho Regional de Odontologia, sob cuja jurisdição tiver lugar a sua atividade. Os Conselhos de Profissões são órgãos criados com a finalidade de proceder ao encargo constitucional da União de fiscalizar o exercício das profissões. Eles possuem natureza pública, visto que exercem típica atividade estatal, incluindo atividade fiscalizadora e disciplinar. Como atividade estatal, as contribuições que cobram dos profissionais inscritos têm caráter tributário, sendo obrigatórias sob pena de inscrição na dívida ativa e execução fiscal. Os Conselhos estão também sujeitos à fiscalização do Tribunal de Contas da União, pelo fato de terem natureza autárquica e seu patrimônio ser um bem público (Brasil, 1978. vol. II, p. 740).

Cabem aos Conselhos Federal e Regionais a disciplina e a fiscalização da odontologia em todo o país, bem como o julgamento das infrações à Lei e à Ética. A fiscalização do exercício de profissões regulamentadas emerge, portanto, como finalidade pública e diz respeito à própria essência do interesse público. Ao contrário do interesse de

corporação, os Conselhos de fiscalização são revestidos do poder de polícia e, por essa razão, têm como dever defender os interesses públicos da sociedade e do cidadão usuário dos serviços profissionais. Dessa forma, os Conselhos têm capacidade legal de praticar atos administrativos na sua área de competência, conforme parecer do Ministro Sidney Sanches do Supremo Tribunal Federal,

Os Conselhos possuem 'poder dever' processante e punitivo sobre os inscritos em seus quadros, cumprindo-lhes apurar as denúncias que chegam ao seu conhecimento, aplicando, após o devido e regular processamento disciplinar, as penalidades previstas, inclusive de cassação do exercício profissional. (DISTRITO FEDERAL. Supremo Tribunal Federal. Parecer ADI 1.717-DF, 7 nov. 2002).

Os Conselhos estão geralmente organizados com base em um Conselho Federal e em vários Conselhos Regionais, um em cada Estado da nação. Existe, portanto, um Conselho Federal e 27 Conselhos Regionais de Odontologia no Brasil. Conforme dito, todos os profissionais que pretendam exercer a odontologia no país devem estar registrados nos Conselhos Regionais de Odontologia pertencentes ao Estado em que vão atuar. São eles que elegem seus representantes nos Conselhos, por meio do voto direto e obrigatório.

Por sua vez, a Lei 5.081/66, que regula o exercício da Odontologia, estabelece que o exercício dessa profissão no território nacional só é “permitido ao cirurgião-dentista habilitado por escola ou faculdade oficial ou reconhecida”. Após o registro do diploma no Ministério da Educação, o profissional deve se inscrever no Conselho Regional de Odontologia do seu Estado. O título obtido pelo sistema formador e registrado no Conselho profissional é o de “cirurgião-dentista”.¹ Apesar disso, é interessante observar o uso de uma série de denominações para referir-se a um mesmo profissional: dentista, cirurgião-dentista, odontologista e odontólogo, mesmo em documentos e órgãos oficiais. O artigo 577 da Lei 5.425, de 1.º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho), utiliza o termo “odontologista”, o que levou muitos sindicatos a adotar essa denominação nos nomes dessas instituições, uma situação considerada inaceitável por

¹ O título “cirurgião-dentista” é exclusivo do profissional diplomado por escola superior credenciada e habilitado para exercer a odontologia em todo o território nacional. Essa denominação, portanto, será sempre utilizada para referir-se ao profissional legalmente habilitado.

representantes da categoria odontológica, uma vez que o uso de várias denominações pode significar o enfraquecimento da sua identidade profissional.²

Com base nessas duas leis, podemos concluir que a profissão do cirurgião-dentista possui, no Brasil, o direito exclusivo de exercício da odontologia, assim como um alto padrão de organização do trabalho, baseado na formação em competências e habilidades adquiridas por um sistema de educação superior, com treinamento também altamente padronizado, o que lhe garante a autonomia técnica sobre o seu trabalho. Além disso, a profissão odontológica possui autonomia administrativa para estabelecer normas e condutas éticas e legais, bem como disciplinar o exercício da profissão, podendo ser considerada uma instituição com poderes de auto-regulação.

No entanto, esse poder de auto-regulação está limitado pela incapacidade da profissão de definir as questões relativas ao recrutamento e ingresso profissional. No Brasil, o sistema de entrada para as profissões, por meio das instituições formadoras – escolas e universidades –, é definido diretamente pelo Estado, representado pelo Ministério da Educação, órgão responsável pela regulação do ensino, o que inclui a aprovação e avaliação dos processos de formação dos profissionais de nível superior da odontologia, os cirurgiões-dentistas. A profissão odontológica, representada pelo Conselho Federal de Odontologia, portanto, não tem participação direta nas decisões relativas à formação dos profissionais de odontologia, nem no que diz respeito à qualidade da formação dos cirurgiões-dentistas, nem no que se refere à oferta desses profissionais.³

Além do cirurgião-dentista, existem quatro categorias ocupacionais legalmente habilitadas a exercer tarefas pertencentes ao campo de trabalho da odontologia, todas elas subordinadas ao Conselho Federal de Odontologia: (1) o técnico em prótese dentária, (2) o auxiliar de prótese dentária, (3) o técnico em higiene dental e (4) o atendente de consultório dental. Dessas ocupações, apenas a do técnico em prótese

² Um Projeto de Lei, de n.º 5.271, apresentado pelo Deputado Carlos Santos, em 1981, propunha a adoção de uma denominação única para os profissionais que exercem a odontologia, reivindicando o uso exclusivo do nome “cirurgião-dentista”, sendo vedada qualquer outra denominação. O Projeto de Lei não foi aprovado, sendo arquivado definitivamente. Entretanto, é interessante observar na sua *Justificação*, a seguinte argumentação do autor: “A tradição, mesmo, consagra a denominação dentista, mas a possibilidade de confusão com profissionais sem formação acadêmica induz ao uso exclusivo da denominação *cirurgião-dentista*.” (Diário do Congresso Nacional, 29 set. 1981, p. 10.526).

³ Embora a profissão esteja representada, nas comissões científicas que participam dos órgãos federais reguladores da educação superior no Brasil, por membros da categoria profissional, provenientes, geralmente, das faculdades de odontologia do país.

dentária se encontra regulamentada, com base na Lei 6.710, de 5 de novembro de 1979.⁴ O técnico em prótese dentária tem habilitação profissional de nível de 2.º grau, obtida em curso de técnico em prótese dentária, reconhecido pelo Ministério da Educação. Esse profissional, como os demais, necessita inscrever-se no Conselho Regional de Odontologia, sob cuja jurisdição se encontrar, estando subordinado aos atos normativos estabelecidos pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). É um profissional que disputa sua autonomia em relação ao cirurgião-dentista em dois espaços da arena legal: junto ao sistema educacional, por meio da mudança da formação para o nível superior, e no legislativo, pela proposição de ter um conselho profissional independente da odontologia. No plano da autonomia técnica, busca a ampliação de suas funções, pelo direito de prestar assistência direta a clientes em seus laboratórios de prótese, atividade fortemente rebatida pela profissão odontológica.⁵

As demais ocupações, acima citadas, também estão subordinadas ao Conselho Federal de Odontologia, mas não possuem legislação que as regule. Essas quatro categorias ocupacionais não possuem poder de voto nos Conselhos Regionais de Odontologia, portanto, não compartilham das decisões normativas e disciplinares, embora estejam obrigadas a elas, assim como aos encargos tributários estipulados por essa instituição. O técnico em higiene dental e o técnico em prótese dentária constituem-se nas duas ocupações formais que constantemente ameaçam a jurisdição do cirurgião-dentista. Tendo-se em vista os conhecimentos que essas ocupações adquirem, os dentistas temem pela possibilidade de que tais ocupações venham a exercer ilegalmente a odontologia, conforme demonstra algumas das propostas levadas ao II Fórum Nacional de Fiscalização do Exercício Profissional da Odontologia (2.º FISO), ocorrido em Belo Horizonte, em maio de 2002.⁶

⁴ Essa lei foi regulamentada pelo Decreto 87.689, 11 de outubro de 1982.

⁵ Em 1998, foi apresentado ao Congresso Nacional, um projeto de lei, de autoria do Deputado Pauderney Avelino, o PL 04557, com a seguinte ementa: “*Altera a redação da Lei 6.710, de 5 de novembro de 1979, e dá outras providências, permitindo ao Técnico em Prótese Dentária prestar assistência direta a clientes, desde que os mesmos tenham suas oficinas e inscrição no Conselho Regional de Odontologia na jurisdição em que estejam instalados*”. Em 2000, outro projeto de lei, o PL 03789, do Deputado Eduardo Paes, dispunha o seguinte: “*Cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Técnicos em Prótese Dentária, disciplinando o funcionamento de seus órgãos de fiscalização e determina outras providências*”.

⁶ O II Fórum Nacional de Fiscalização do Exercício Profissional da Odontologia (2.º FISO), ocorrido em Belo Horizonte, nos dias 22 a 25 de maio de 2002, foi promovido pelo Conselho Federal de Odontologia e Conselhos Regionais de Odontologia, e contou com a participação das principais entidades odontológicas nacionais e regionais: Associação Brasileira de Odontologia, Federação Nacional de Odontologia, Federação Internacional de Odontologia, Associação Brasileira de Ensino Odontológico, várias entidades nacionais de especialistas, de técnicos em prótese dentária e de técnicos em higiene

CRO-RJ - Que passe a ser obrigatória, em todas as oficinas e laboratórios de prótese dentária, a presença de uma placa com dimensões pré-determinadas, contendo os dizeres "PROIBIDO O ATENDIMENTO DIRETO AO PÚBLICO", de modo a informar aos interessados sobre as limitações de atuação dos técnicos em prótese dentária, considerando que, principalmente em locais do interior, não há efetiva fiscalização do exercício da prótese dentária, e tendo em conta que a quase totalidade dos referidos profissionais trabalha com a porta fechada, o que dificulta a atuação da fiscalização (Art. 4.º da Lei 6.710 de 05.11.79). (Conselho Federal de Odontologia, 2002, p.15).

CRO-SP - Viabilização normativa de ação dos Conselhos no sentido que devam as escolas técnicas de THD e TPD informar os nomes dos concluintes aos Conselhos Regionais de Odontologia em cuja jurisdição estejam instaladas.⁷ (Conselho Federal de Odontologia, 2002, p.15).

No Brasil, a profissão odontológica se apóia basicamente em três grandes organizações profissionais: os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, acima descritos; os Sindicatos dos Odontologistas, que geralmente possuem base estadual e são congregados por uma Federação Nacional de Odontologia; e a Associação Brasileira de Odontologia, que possui representação em todos os Estados e em diversos municípios do país. Os Sindicatos e a Associação Brasileira de Odontologia são instituições mais antigas que os Conselhos. O primeiro sindicato de odontologia do Brasil foi criado em 30 de setembro de 1931, no Rio de Janeiro (Machado, 1995). Diferentemente dos conselhos profissionais, que têm como função defender os interesses da sociedade, os sindicatos são instituições constituídas para defender os interesses da categoria profissional dos cirurgiões-dentistas.⁸ Por seu turno, a Associação Brasileira de Odontologia foi oficialmente criada em 1949, embora existam seções criadas

dental, além de representantes dos cursos de odontologia e das instituições prestadoras de serviços de saúde bucal.

⁷ Essas informações estão contidas no caderno de programação do II Fórum Nacional de Fiscalização do Exercício Profissional da Odontologia (2.º FISO). Belo Horizonte: Conselho Federal de Odontologia, 22 a 25 de Maio de 2002. As propostas apresentadas como Tese Central do Fórum representam o resultado das discussões das assembléias regionais preparatórias para o Fórum Nacional, promovidas pelos CRO's de todo país.

⁸ O papel dos sindicatos e dos conselhos de odontologia muitas vezes se sobrepõe, especialmente porque os Conselhos costumam agir muito mais movidos pelo auto-interesse, desviando-se de sua função primordial de defesa do interesse público. Por outro lado, no caso da odontologia, praticamente todas essas instituições se dedicam amplamente ao desenvolvimento de atividades científicas e culturais, papel normalmente atribuído somente às associações de caráter científico, como é o caso da Associação Brasileira de Odontologia.

anteriormente, como a de Minas Gerais, que foi fundada em 1942. É uma instituição de caráter eminentemente científico e cultural, sem fins lucrativos.

2 - Problemas e demandas da profissão odontológica: abertura de escolas de odontologia e exercício ilegal da profissão.

Pode-se dizer que dois dos maiores problemas demandados pela profissão odontológica brasileira, na arena legal, são: (i) o poder de definir os padrões de ingresso na profissão, isto é, determinar sobre a quantidade, qualidade e distribuição de escolas de odontologia no país; (ii) a ampliação do poder de polícia, atribuindo aos Conselhos a prerrogativa de exercer fiscalização direta sobre os praticantes ilegais da odontologia, ou seja, sobre os dentistas práticos.

Como apontado acima, o poder de regulação da profissão está limitado pela impossibilidade de estabelecer critérios próprios de entrada, tanto para o cirurgião-dentista quanto para as ocupações auxiliares, uma vez que o controle sobre a formação superior e profissionalizante, no Brasil, está a cargo do Ministério da Educação. A profissão tem demandado participação direta nos processos de regulação da formação profissional do cirurgião-dentista, principalmente no que diz respeito à abertura de novos cursos e de novas vagas, bem como do sistema de avaliação dos cursos já existentes. Nos anos de 1997 e 1998 foram apresentados três projetos de lei propondo alteração da Lei 4.324/64, que instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, para incluir, entre suas atribuições legais, o direito de opinar sobre a abertura de cursos de odontologia.⁹ Os três projetos foram rejeitados nos pareceres da Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados. Sem apresentação de recursos, foram arquivados definitivamente no ano de 2000. Essa, no entanto, continua sendo uma importante bandeira de luta profissional na jurisdição legal, o que pode ser

⁹ PL 3805/1997, de autoria do Deputado Marçal Filho – “Altera o artigo quarto da Lei 4.324, de 14 de Abril de 1964, que institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia e dá outras providências” - inclui dentre as competências dos conselhos de odontologia, o pronunciamento a respeito dos pedidos apresentados aos órgãos competentes para criação e reconhecimento de cursos de graduação em odontologia, em instituições de ensino superior; PL 3618/1997, do Deputado Gonzaga Patriota: “Dispõe sobre o processo de autorização de novos cursos de Medicina e Odontologia”; e o PL 4.230/1998 de autoria do Deputado José Pinotti: “Dispõe sobre o processo de autorização de novos cursos de Medicina e Odontologia”.

atestado pelos inúmeros artigos publicados pelos jornais e informativos dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia.¹⁰

Por outro lado, o Conselho Federal de Odontologia exerce rígido controle sobre a formação dos especialistas, traduzido pela capacidade de delimitar o crescimento e a distribuição do número de especialidades e de especialistas, bem como de definir padrões e avaliar a qualidade da sua formação, por meio do credenciamento dos cursos de especialização ofertados no mercado educativo da Odontologia. Assim, num mundo marcado pelo desenvolvimento tecnológico e especializado, a profissão procura estabelecer critérios rígidos para o exercício das especialidades, funcionando muitas vezes como uma forma de controle da inserção do cirurgião-dentista no trabalho, adiando sua entrada ou o retirando temporariamente do mercado, já que grande parte dos profissionais que freqüentam os cursos de especialização é de recém-formados (Carvalho & Martins, 1999).

Conforme dito, outro sério problema enfrentado pelos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia é a atividade ilegal da profissão, praticada pelos ‘dentistas práticos’ ou ‘falsos dentistas’, como também são chamados. Mesmo sendo considerado crime contra a saúde pública, o exercício da odontologia pelos dentistas práticos é bastante comum, especialmente nas cidades do interior e nas periferias dos grandes centros urbanos. Para enfrentar o problema, a profissão demanda a ampliação do seu poder de polícia, para além das suas atribuições de fiscalização e punição dos profissionais registrados, pretendendo fiscalizar também os praticantes não-qualificados.

Dentre as propostas de alteração da legislação odontológica vigente, levadas ao II Fórum Nacional de Fiscalização do Exercício Profissional da Odontologia (2.º FISO), acima referido, relacionadas especificamente ao tema do exercício ilegal da profissão, destacamos as seguintes, esclarecedoras dessas demandas:

CRO-ES - O Conselho Regional deve ingressar com ação jurídica, em face do município que, por omissão ou conivência, admitir exercício ilegal da profissão, objetivando resguardar a sociedade e a prática legal da Odontologia. (Conselho Federal de Odontologia, 2002, p.14).

¹⁰ Ver Jornal do CFO, Rio de Janeiro, ANO VIII – n.º 38, janeiro/fevereiro/2000; diversos jornais acessíveis no site <www.cfo.org.br>.

CRO-RS - Alterações no texto da Lei 4.324/64 - Artigo 2.º: foi sugerido o acréscimo da expressão “e exercício”, com a eliminação da expressão “legalmente”, com o objetivo de conferir aos Conselhos força de fiscalizar a Odontologia exercida por todos, ainda que ilegalmente, para que assim possam punir também os ilegais e não somente aqueles que estejam inscritos e trabalhem legalmente, ficando assim a redação proposta.¹¹ (Conselho Federal de Odontologia, 2002, p.15).

CRO-MA - Que o CFO e os CRO's enviem sugestão ao Congresso Nacional para que seja criada lei específica que proíba a formação de associações para atividades ilegais como a de falso profissional. (Conselho Federal de Odontologia, 2002, p.14).

Essas demandas da profissão revelam um sério problema de contestação profissional da jurisdição odontológica, o que nos leva a questionar sobre sua capacidade de prevenir ou eliminar concorrentes como parte do seu processo de profissionalização (Freidson, 2001). As evidências sugerem que, embora os cirurgiões-dentistas tenham sido bem sucedidos em determinar quem é qualificado para realizar as tarefas odontológicas, por meio de legislação específica - Lei 4.324/64 e Lei 5.081/66 - que lhe garantiu o direito exclusivo sobre essa área do saber, eles não têm tido muito êxito quando se coloca em questão sua capacidade de prevenir “outros” de realizar seu trabalho. O exercício ilegal da odontologia é, portanto, um problema atual, fazendo-se necessário entender os motivos pelos quais esses praticantes continuam a exercê-la no país.

Antes de prosseguirmos na tarefa de tentar desvendar as razões ou motivos que levam a essa contestação jurisdicional, é necessário entender “o que” se caracteriza como exercício ilegal da odontologia, “quem” o executa, “como” se realiza, “para quem” e sob quais condições isso ocorre. Conforme nos ensina Abbott (1988), é importante levar o foco da análise para o conteúdo da vida profissional ao invés de nos concentrarmos nas formas e atributos conquistados. É preciso, portanto, entender *quem* está fazendo *o quê*, para *quem* e *como*; em outras palavras, conhecer os grupos ocupacionais concorrentes, a fim de tecer explicações sobre sua permanência no campo jurisdicional,

¹¹ Atualmente o art.2.º da Lei 4.324/64 diz o seguinte: “O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia ora instituídos constituem em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira, e tem por finalidade a supervisão da ética profissional em toda a República cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente” (Brasil, 1978, vol. I, p.64).

bem como as implicações que isso traz para o processo de profissionalização da odontologia alcançado pelo grupo hegemônico.

3 - Dentista prático: exercício ilegal, curandeirismo ou charlatanismo?

O termo “dentista prático” é utilizado aqui para se referir ao sujeito que exerce ilegalmente a odontologia por não estar autorizado, diferenciando-os daqueles que praticam o “curandeirismo” ou o “charlatanismo”. Segundo o Código Penal Brasileiro, tanto o “exercício ilegal da medicina, da arte dentária ou farmacêutica”, quanto o “charlatanismo” e o “curandeirismo” são considerados crimes contra a saúde pública, sendo enquadrados, respectivamente, nos artigos 282, 283 e 284.¹² Em todos esses casos, a pena é de detenção e está sujeita à multa se o crime for praticado com fins lucrativos.¹³

Para a jurisprudência brasileira, o charlatão é alguém que explora a boa-fé do público, comprometendo-se àquilo que não está apto a fazer. A conduta típica do charlatão consiste em inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível. A simples promessa de cura, desde que não obtida por meio secreto ou infalível, não configura o delito, ou seja, os meios utilizados para a cura devem ser ineficazes (Jesus, 1994).¹⁴ Dessa forma, a diferença entre charlatanismo e exercício ilegal da medicina, odontologia e farmácia é que a pessoa que exerce ilegalmente qualquer dessas profissões crê na terapêutica recomendada, ao passo que o charlatão sabe que é falsa a cura que apregoa.

Já o curandeirismo consiste na prática delituosa pela qual alguém (o curandeiro), sem título ou habilitação, promete debelar a doença por meio de sortilégios ou feitiçaria, ou

¹² Estão enquadrados no Capítulo III – Dos crimes contra a saúde pública, Título VIII – Dos crimes contra a incolumidade pública, do Código Penal Brasileiro, editado pelo Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

¹³ A pena para o exercício ilegal da profissão de médico, dentistas ou farmacêutico é de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos; para o charlatanismo é de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e para o curandeirismo, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos (respectivamente artigos 282, 283 e 284 do Código Penal Brasileiro).

¹⁴ O charlatanismo deriva da palavra holandesa *quacksalver*, que significa “alguém que se gaba de seus preparados”; tal termo ganhou bastante uso no século dezesseis. Na sua forma mais literal, *quacksalver* significa aquele que ‘*quack*’ (como um pato; um tagarela), ou seja, que se vangloria das virtudes das suas substâncias e preparados medicinais. A ênfase do charlatão está mais sobre o método de anunciar e de promover seus produtos ou serviços do que propriamente sobre a utilidade ou eficiência dos mesmos. Essa definição sugere o uso de trapaça deliberada, mas muitos dos seus divulgadores acreditam sinceramente naquilo que estão fazendo (Gevitz, 1990, p.2).

pela prescrição de substâncias não aceitas cientificamente; em outras palavras, é a atividade grosseira de cura, por quem não possui nenhum conhecimento, adotada por qualquer das profissões de saúde mencionadas. O curandeirismo distingue-se do exercício ilegal, pois o curandeiro não possui noção de medicina, odontologia ou farmácia, utilizando-se, para cura de moléstias, de práticas grosseiras, ao passo que o sujeito ativo do artigo 282, que exerce ilegalmente as profissões, possui noções da terapêutica recomendada, exercendo a profissão sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites (Jesus, 1994).¹⁵

Por outro lado, não há como considerar a atividade do dentista prático como um sistema alternativo de cura, como aqueles relativos às práticas médicas consideradas complementares e alternativas – acupuntura, florais de Bach, iridologia, aromaterapia, reiki, aura soma, cristais e tantas outras.¹⁶ Na verdade, essas formas de prática alternativa compõem um sistema de terapêuticas contra-hegemônicas que utiliza tratamentos não-ortodoxos, geralmente baseados em teorias que reconhece, e trabalha com mecanismos internos de cura, construídos a partir do próprio corpo (Luz, 1996).

O dentista prático, portanto, enquadra-se dentro do que está estabelecido no Código Penal como exercício ilegal da odontologia, já que utiliza os mesmos saberes e terapêuticas cientificamente aceitas para estabelecer o processo de cura ou recuperação da doença. Não se enquadra, portanto, no chamado curandeirismo, nem no charlatanismo, na medida em que não propõe técnicas próprias ou rudimentares, elaboradas por meios secretos, infalíveis ou mágicos. Conforme veremos no capítulo V, os dentistas práticos utilizam, além das técnicas semelhantes, os mesmos materiais e o mesmo instrumental consagrado pela prática odontológica formal e se fundamentam nos mesmos livros científicos adotados pelas escolas de odontologia.

¹⁵ Não são considerados sujeitos ativos do exercício ilegal, do curandeirismo e do charlatanismo, os indivíduos que se dedicam à cura por meio de métodos que fazem parte do ritual religioso. Por exemplo, no espiritismo, ubanda, etc., os “passes” fazem parte do ritual da religião, não caracterizando substituição de processos terapêuticos formais (Jesus, 1994).

¹⁶ Algumas delas são expressamente proibidas pelo Conselho Federal de Medicina. Assim, através da Resolução nº 1.499/98, o Conselho Federal de Medicina proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não-reconhecidas pela comunidade científica. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, nº 169, 3 set. 1998. Seção 1, p. 101).

4 - A competição entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos

O exercício da odontologia pelos dentistas práticos é uma atividade bastante conhecida no Brasil e, pode-se dizer, até muito comum. Apesar de todos os esforços da categoria profissional do cirurgião-dentista para assegurar sua prerrogativa de monopólio legal sobre o campo de trabalho da odontologia, observa-se que, na sociedade brasileira, seu controle sobre o mercado de serviços odontológicos não tem se realizado, plenamente, na prática. Este fato pode ser observado pela existência de um número significativo de dentistas-práticos atuando no âmbito da saúde bucal, desafiando os esquemas legais de controle sobre essa jurisdição. Podemos considerar esta contestação de duas formas. A primeira, no espaço do trabalho, ofertando assistência odontológica a uma parcela considerável da população, geralmente carente e sem acesso a serviços públicos de odontologia. É fato a não-inclusão de serviços odontológicos (com exceção da fluoretação das águas de abastecimento público) na pauta dos pacotes básicos de saúde estabelecidos pelas políticas públicas no Brasil. A segunda pode ser observada no espaço do sistema legal, pelas inúmeras tentativas de regulamentação da ocupação do dentista prático junto ao Poder Legislativo, através da apresentação sistemática de projetos de lei no Congresso Nacional.

De fato, ao longo dos últimos 50 anos, encontramos 30 projetos de lei propondo a regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos. Segundo Coelho (1999), uma profissão não-regulamentada terá de satisfazer duas condições para obter suas prerrogativas de exercício legal: primeiro, razoável capacidade de mobilizar seus praticantes (a existência de uma associação pode ser importante) e de persuadir setores da sociedade de sua “importância”; segundo, encontrar no Congresso um "padrinho" que se disponha a apresentar um projeto de regulamentação e a zelar pelo seu encaminhamento até a aprovação final na Câmara e no Senado (normalmente haverá um *lobby* da ocupação). A apresentação desses projetos de lei sugere algum grau de organização por parte dos dentistas práticos e pode corroborar nossas hipóteses sobre o peso da participação desse grupo no mercado de serviços de saúde bucal e, ainda, que o processo de competição entre os dentistas práticos e a profissão odontológica regulamentada permanece sem solução.

Na verdade, algumas tentativas de organização dos dentistas práticos foram ensaiadas na década de 1970. Segundo Carneiro (1981), o movimento emplacou a organização de

uma associação nacional e de várias associações estaduais de dentistas práticos. Além disso, conseguiram reunir, por duas vezes, em Brasília, número expressivo de dentistas práticos de todo o Brasil. A primeira reunião aconteceu entre os dias 2 e 7 de abril de 1972, organizada por um grupo de dentistas práticos do Estado de Goiás. Esse grupo encaminhou circular através dos pastores das igrejas Assembléias de Deus, solicitando-lhes que entregassem a circular a um dentista prático de sua localidade. O convite foi atendido e, na data estipulada, reuniu-se em Brasília, na Cidade Satélite do Gama-DF, no Cine Itapoá, cerca de 1.000 dentistas práticos, procedentes dos mais distantes pontos do país. Esse encontro, que tinha como objetivo levar os dentistas práticos para acompanhar, no Congresso Nacional, a votação de um projeto de lei que propunha regulamentar o exercício dos dentistas práticos, resultou na criação da “Associação Profissional dos Dentistas Práticos do Brasil”, entidade de âmbito nacional, registrada em 16 de junho de 1972, sob o n.º 1.085. Outras associações de dentistas práticos foram criadas, com base estadual, como é o caso das associações dos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Maranhão. No Espírito Santo já existia uma associação desde 1969, fundada em 30 de novembro e registrada em 19 de dezembro de 1969, em Vitória, sob o n.º 1437. Essa associação emitia certificado para os dentistas práticos nela inscritos (anexo 1). Em 1979, foi criada em Goiânia, a “Associação Brasileira dos Dentistas Autônomos do Brasil” (Carneiro, 1981, p.91).¹⁷

O movimento prosseguiu e, em 1973, a Associação dos Dentistas Práticos do Brasil reuniu, em Brasília, nos dias 3 a 7 de abril, mais de 3.000 práticos de todo o país, no “I Encontro dos Dentistas Práticos do Brasil”. Em reação a esse movimento, o Conselho Federal de Odontologia entrou com um pedido de dissolução da Associação, o que ocorreu no primeiro dia do Encontro, conforme nos conta uma testemunha do evento:

¹⁷ Na verdade, segundo informações veiculadas durante o II Fórum Nacional de Fiscalização do Exercício Profissional da Odontologia (2002) -, ainda existe uma associação de dentistas práticos, no Estado do Espírito Santo, atualmente em disputa judicial, por denúncia levantada pelo CRO local, que tenta impedir sua existência legal. Não temos informações sobre o destino das demais associações criadas na década de 70; possivelmente extintas.

Em plena festividade na Capital, no Cine Atlântida (ponto central de Brasília), presentes mais de 3 mil dentistas práticos, após a reunião de abertura do I Encontro, ocorreu o boicote, adrede e maquiavelmente preparado pelo CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, com a publicação em todos os jornais da sentença do Juiz da 1.º Vara, Dr. João Augusto Didier, decretando, no dia 03 de abril de 1973, a dissolução da Associação. (Carneiro, 1981, p.97).

A Associação ainda tentou recorrer na Justiça, mas teve confirmação do Tribunal Federal de Recursos da sentença da instância de 1.º grau. Novamente foi feito o Recurso Extraordinário ao Supremo Tribunal Federal, ficando a mesma **sub judice**, aguardando decisão final. Não encontramos informações sobre a decisão final, mas sabemos que até início da década de 1980 a Associação ainda permanecia **sub judice** (Carneiro, 1981). Conforme visto na proposta do CRO do Maranhão, apresentada no 2.º FISO, demandando a criação de uma lei específica para proibir a formação de associações para atividades ilegais, é razoável supor que ainda existam associações formais ou informais de dentistas práticos no país.

4.1. Quantos dentistas práticos existem no Brasil?

Constatar a existência, hoje, de dentistas práticos no Brasil é tarefa relativamente fácil. Não fossem os projetos de lei apresentados no Congresso Nacional, ou as preocupações e demandas dos cirurgiões-dentistas, acima mencionadas, reveladas no 2.º FISO, bastaria a leitura dos jornais ou informativos dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, onde são veiculadas inúmeras informações a esse respeito.¹⁸

Ainda para constatar a existência de dentistas práticos, podemos citar o resultado de duas pesquisas realizadas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde, da Faculdade de Medicina da UFMG, realizadas em amostras de municípios do Brasil. Na primeira pesquisa, realizada em fevereiro de 2001, foi feita numa amostragem

¹⁸ Apenas para citar algumas manchetes: "*Conselho denuncia 200 falsos dentistas em SE*"; "*CRO-BA*", sobre a presença de mais de 30 infratores autuados pela fiscalização, exercendo ilegalmente a Odontologia (CFO Informa, fev/97, Ano IV); "*Cidade baiana tenta regulamentar práticos*" sobre o prefeito A.R.S., que regulamentou a função de "dentista prático" em seu município (Jornal da Odontologia, CROMG, mar/abr 1998); "*Prefeitura demite prático*" sobre um prático empregado no posto de saúde da prefeitura do município de Antônio Prado de Minas (Jornal da Odontologia, CROMG, mar/abr 1997); "*Prático flagrado no bairro Betânia, em Ipatinga*" (Jornal da Odontologia, CROMG, jan/fev 1998); "*CRO-MG - Polícia fecha cerco a 14 práticos, em Ipatinga*" (Jornal da Odontologia, CROMG, set/out 1998).

representativa dos municípios considerados mais carentes do país. Os municípios que compunham a amostra eram de pequeno porte populacional e pertenciam a vários Estados: AC, AL, AM, AP, BA, CE, GO, MA, MG, MT, PA, PB, PE, PI, RN, RR. As repostas sobre a existência de dentistas práticos foram dadas pelos responsáveis pelas Secretarias Municipais de Saúde dos respectivos municípios, conforme tabela 1:

Tabela 1
Brasil, 2001. Número e freqüência de municípios brasileiros que informaram existir dentistas práticos, segundo porte populacional.

| Faixa de População | Não | % | Sim | % | Não sabe | % | Total | % |
|--------------------|-----|------|-----|------|----------|-----|-------|-------|
| Até 5.000 | 34 | 70,8 | 14 | 29,2 | 0 | 0,0 | 48 | 100,0 |
| 5.000 a 10.000 | 29 | 60,4 | 19 | 39,6 | 0 | 0,0 | 48 | 100,0 |
| 10.000 a 20.000 | 38 | 53,5 | 32 | 45,1 | 1 | 1,4 | 71 | 100,0 |
| 20.000 a 50.000 | 7 | 28,0 | 18 | 72,0 | 0 | 0,0 | 25 | 100,0 |
| Total | 108 | 56,3 | 83 | 43,2 | 1 | 0,5 | 192 | 100,0 |

Fonte: Pesquisa “Informações básicas para o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde”, da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2001.

Conforme os dados da tabela 1, 43,2% da amostra pesquisada declararam a existência de dentistas práticos atuando nos seus municípios. É interessante observar que à medida que os municípios situam-se numa faixa populacional maior, aumenta o número de localidades que declaram a existência de dentistas práticos, chegando a 72,0% no caso dos municípios pesquisados na maior faixa populacional considerada na pesquisa, entre 20.000 e 50.000 habitantes.

A segunda pesquisa, realizada numa amostra de municípios cadastrados no Programa de Saúde da Família, apresentou resultados mais modestos: apenas 18% desses municípios declararam conhecer a existência de dentistas práticos em sua jurisdição. Atente-se para o fato de que, também nessa pesquisa, o maior número de municípios que declarou a existência dessa atividade, pertencia à faixa populacional de 20.000 a 50.000 habitantes.

Tabela 2
Brasil, 2001. Número e frequência de municípios brasileiros que informaram existir dentistas práticos, segundo porte populacional.

| Faixa de população | Não | | Sim | | Total | |
|--------------------|-----|-------|-----|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | N | % |
| Até 10 mil | 264 | 82,7 | 55 | 17,2 | 319 | 100 |
| De 10 A 20 mil | 137 | 82,0 | 30 | 18,0 | 167 | 100 |
| De 20 a 50 mil | 96 | 76,8 | 29 | 23,2 | 125 | 100 |
| De 50 a 100 mil | 36 | 78,2 | 10 | 21,8 | 46 | 100 |
| De 100 a 500 mil | 31 | 96,8 | 1 | 3,2 | 32 | 100 |
| Mais de 500 mil | 7 | 100,0 | 0 | 0,0 | 7 | 100 |
| Brasil | 571 | 82,0 | 125 | 18,0 | 696 | 100 |

Fonte: Pesquisa “Agentes Institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil”, da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado -EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2001.

Por outro lado, estimar o contingente de dentistas práticos que exercem a atividade odontológica no Brasil é tarefa das mais difíceis, embora existam evidências de que o volume seja bastante significativo. A razão é óbvia, já que a prática da odontologia pelos dentistas práticos é ilegal, portanto clandestina, sem registro de qualquer natureza. Na verdade, como atividade ilegal, sua existência está caracterizada pelo trabalho informal, que não se subordina a nenhum tipo de constituição jurídica, por não possuir registro contábil ou cadastros que comprovem o pagamento de impostos, taxas ou contribuição previdenciária.¹⁹ O trabalho informal tanto pode indicar uma estratégia de sobrevivência face à perda de uma ocupação, como uma opção de vida de alguns segmentos que preferem desenvolver seu “próprio negócio”.²⁰

¹⁹ Na verdade, por um curto período de tempo, na década de 70, os dentistas práticos puderam se inscrever e contribuir como “dentistas práticos” junto à previdência social, tendo alguns deles se aposentado sob essa denominação, por ordem do Ministro Nascimento e Silva, do Ministério da Previdência Social, conforme Memo-Circular n.º 395/75. (Carneiro, 1981). Um dos dentistas práticos por nós entrevistados mostrou sua carteira de contribuinte do INPS, pela qual se aposentou, conforme veremos no capítulo V.

²⁰ Apesar de ser muito polêmico o conceito de informalidade, em geral é o trabalho informal definido como aquele cujas atividades são executadas à margem da lei, especialmente da legislação trabalhista vigente em um determinado país. Mas essa não é a única forma de abordar o trabalho informal, podendo o mesmo ser definido a partir de diferentes nexos. Segundo Girardi (1995), o trabalho informal na saúde envolve três tipos de nexos: o legal, o econômico e o político-cultural, constituindo-se num conjunto heterogêneo de atividades no qual se destacam (i) práticas e serviços profissionais não-regulamentados, determinados por nexos religiosos e culturais contra-hegemônicos, com seus projetos terapêuticos peculiares e distintos da medicina regular; (ii) práticas e negócios que incorrem em contravenção legal, como a prática do aborto e, numa certa medida, o exercício ilegal de profissões [o dentista prático estaria certamente incluído aqui]; (iii) práticas e formas organizativas e contratuais com nexos francamente econômicos, constituídos ou para burlar cargas tributárias (ilegais) ou para explorar vantagens concedidas pela legislação tributárias (legais) (Girardi et al. 1995, p. 86).

Para o dentista prático, sua atividade pode envolver ambas as situações, sendo essa última a mais corriqueira, pois funciona, muitas vezes, como um negócio de família - passado de pai para filho, de tio para sobrinho - cuja característica autônoma possibilita melhores condições de vida do que o trabalho assalariado, iniciando antes mesmo que o indivíduo complete suas etapas de escolaridade. Assim, dada a natureza ilícita e informal da atividade, torna-se realmente difícil obter dados e informações sobre o número de dentistas práticos por meio das fontes de informação estatística existentes, mesmo por aquelas que têm buscado, de alguma forma, conhecer o trabalho informal no Brasil.²¹

Uma fonte possível para estimar o número de dentistas práticos é o próprio Conselho Regional de Odontologia que, por meio da fiscalização de rotina nos consultórios dos cirurgiões-dentistas ou através de denúncias, acabam encontrando os chamados “dentistas práticos”. Tal fonte permite, pelo menos, avaliar que os dentistas práticos são numerosos e que sua atuação configura um sério problema de invasão da jurisdição odontológica. Dessa forma, realizamos uma consulta a todos os Conselhos Regionais de Odontologia do país, com o objetivo de obter informações sobre a existência de dentistas práticos nos Estados, sobre o número de denúncias averiguadas durante o processo de fiscalização e sobre a estimativa que fazem do seu contingente.

Do total de 27 Conselhos Regionais de Odontologia existentes - um em cada Estado do país - 18 responderam à nossa entrevista. Desses, apenas 11 souberam informar o número de dentistas práticos notificados nos últimos dois anos (em torno de 600). No entanto, a maioria dos Conselhos Regionais verifica a presença de dentistas práticos apenas em caso de denúncia. Apenas 5 dos 18 Conselhos entrevistados realizam, além da visita por denúncia, a “busca ativa” de profissionais não-autorizados. Além disso, nem todos mantêm registro dos dentistas práticos denunciados e visitados.

²¹ Na verdade, o IBGE realizou uma pesquisa sobre o setor informal no Brasil em 1997, mas para se ter uma idéia da complexidade do problema, especialmente na área da saúde, foram consideradas trabalho informal “todas as unidades econômicas de propriedades de trabalhadores por conta própria e de empregadores com até 5 empregados”; dessa forma, foram colocados no mesmo balaio os trabalhadores por conta própria, sejam eles profissionais liberais ou vendedores de bugigangas nas esquinas, empresários à frente de negócios com até cinco empregados, assalariados, que trabalham nessas empresas informais, com e sem carteira assinada, e trabalhadores não-remunerados (Girardi & Carvalho, 2002, p. 231). Assim, mesmo as atividades odontológicas realizadas pelos dentistas formados que atuam isoladamente em consultórios próprios foram consideradas informais, prejudicando a obtenção de informações quantitativas a esse respeito.

O Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CROMG) é uma das exceções, pois mantém um sistema permanente de visita a todos os estabelecimentos odontológicos, percorrendo praticamente todos os municípios do Estado durante o ano, sendo o melhor exemplo dos que realizam “busca ativa” por irregularidades, mantendo um registro de todos os dentistas práticos encontrados. Para se ter um exemplo do volume de dentistas práticos visitados, no período de 2000-2001, o CROMG registrou 263 ocorrências. No período anterior, 1999-2000, o número de praticantes irregulares notificados pelo CROMG foi de 247.²² Assim, encontrar um dentista prático depende, em parte, do sistema de fiscalização que o Conselho mantém e, como visto, na maioria dos CRO’s, os fiscais só agem quando existe denúncia. É preciso ressaltar que muitos dentistas práticos, talvez a maioria, jamais são encontrados, isso porque muitos trabalham dentro de suas próprias residências, nas quais só se permite a entrada mediante mandado judicial.²³

Em relação à consulta sobre o número estimado de práticos atuando em seus Estados, responderam apenas 9 CRO’s, metade dos consultados. Os outros 9 informaram, de forma vaga, que são “muitos”, “poucos” ou que “não sabem” estimar. Para o Conselho Regional da Bahia, por exemplo, devem existir entre 700 e 1.000 dentistas práticos atuando no Estado. Para o Conselho do Ceará, esse número deve girar em torno de 1.800, já que estimam que existe uma média de 10 práticos por município em seu Estado. Já o Conselho Regional de Odontologia do Maranhão acredita que existe pelo menos 1 em cada um dos 217 municípios existentes naquele Estado, e o CRO de Goiás aposta num número que está em torno de 800 dentistas práticos em todo o Estado. Se, baseados nessa informação, imaginarmos que existem, em média, 1.000 dentistas práticos por unidade da Federação, teríamos um contingente de aproximadamente 27.000 dentistas práticos no país, o que significa cerca de 16% do número de cirurgiões-dentistas inscritos atualmente no Conselho Federal de Odontologia (aproximadamente 173.000 profissionais).

²² "Relatório Final de Fiscalização, 1999-2000", publicado no Jornal do CROMG, em março de 2001.

²³ A função dos Conselhos Profissionais é de fiscalizar apenas os profissionais autorizados. Quando, durante esse processo, encontram um praticante não-autorizado, encaminham denúncia às autoridades e órgãos responsáveis pelas providências penais cabíveis. Assim, os CRO’s por nós entrevistados informaram sobre diversos órgãos a que encaminham suas denúncias - Ministério Público, Polícia Militar, Vigilância Sanitária, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura, Juízes das Comarcas, Delegacia de Polícia Civil, Delegacia de Defesa do Consumidor - sendo o mais comum encaminharem as denúncias à Vigilância Sanitária e ao Ministério Público.

Por outro lado, em 1973, os dentistas práticos anunciavam a existência de cerca de 42.000 praticantes no país (Carneiro, 1981). Na suposição de que essa é uma informação válida, considerarmos que os dentistas práticos, na maioria das vezes, reproduzem-se na base de 1 para 1, teríamos um número pelo menos semelhante. Se, de outra forma, baseados nesse número informado pelos dentistas práticos em 1973, adicionarmos a perda de 2% ao ano, por motivo de falecimento ou afastamento, sem qualquer reprodução da prática, teríamos, na pior das hipóteses, um número em torno de 25.000 praticantes, semelhante ao número estimado a partir das informações dos Conselhos Regionais de Odontologia.²⁴

Outros fatores reforçam a idéia de que esse número pode ser realmente significativo; dentre esses fatores, a inexistência de serviços públicos básicos para o atendimento da população de baixa renda; a existência de um segmento do mercado de serviços odontológicos não preenchido pelo setor privado, especialmente agravado pelo problema da má-distribuição dos profissionais de odontologia (cirurgiões-dentistas), que tendem a permanecer nos grandes centros urbanos e, assim mesmo, dificilmente se localizam na periferia desses.

5. Delimitação do objeto: definindo hipóteses e questões de pesquisa

Em relação ao objeto específico desta tese, a competição entre os cirurgiões-dentistas e dentistas práticos, é fundamental conhecer como se coloca, no âmbito da prática odontológica, o exercício ilegal da odontologia pelos dentistas práticos, especialmente quando se considera o campo da odontologia como privativo dos cirurgiões-dentistas, desde a década de 30, no século XX, há cerca de 70 anos. Na verdade, no Brasil, a legislação pós-30 organizou as *profissões* fora da estrutura sindical típica das demais ocupações, ou seja, dentro de um sistema próprio de regulação. No período pós-Vargas, essa organização evoluiu para um sistema baseado na descentralização administrativa, com delegação das funções públicas normativas e fiscalizadoras para as próprias profissões. Por meio da criação dos Conselhos de Profissões, instituições com prerrogativas de auto-regulação, os cirurgiões-dentistas passaram a deter não apenas o direito exclusivo sobre o campo de trabalho da odontologia, mas também o poder de

²⁴ A não reprodução de dentistas práticos é pouco provável. Conforme veremos no Capítulo V, parte dos dentistas práticos entrevistados são jovens e iniciaram sua atividade nas décadas de 80 e 90, do século passado.

disciplinar e fiscalizar os pares e julgar suas infrações à lei e à ética. Para a odontologia, esse poder de auto-regulação tornou-se realidade somente em 1964, pela promulgação da Lei 4.324.

A pergunta que buscamos responder é: De que forma a existência de ilegais interfere na profissionalização da odontologia, uma vez que à profissão estão legalmente garantidos o direito exclusivo de prática e a (auto)regulação das atividades odontológicas?

A contestação do monopólio profissional dos cirurgiões-dentistas, no Brasil, pelos dentistas práticos, pode ser observada nas três arenas elegidas por Abbott (1988):

(i) **do sistema legal**, que confere aos cirurgiões-dentistas o controle formal sobre o trabalho; nessa arena, a contestação ocorre em duas situações: a primeira, quando os dentistas práticos apresentam projetos de lei no Congresso Nacional demandando a regulamentação da sua atividade; a segunda, quando o sistema judiciário não leva adiante os processos de denúncias sobre o exercício ilegal da odontologia pelos dentistas práticos, situação que ocorre com certa frequência no Brasil. Uma terceira, que poderia ser acrescentada a essas duas, mas menos comum, é a contratação de dentistas práticos em serviços públicos de saúde bucal e a promulgação de leis municipais com vistas à cobrança de impostos e taxas aos dentistas práticos.²⁵

(ii) **da opinião pública**, em que as profissões constroem imagens que pressionam o sistema legal a reconhecê-las; no caso dos dentistas práticos, a construção de imagens favoráveis fica evidenciada pelo menos de duas formas: a primeira, quando os dentistas práticos, por meio da credibilidade imputada pela comunidade ao trabalho que realizam, conseguem manter-se na atividade em tempo integral; a segunda, quando a atividade que fazem é suficientemente reconhecida para ser levada ao Congresso Nacional para ser debatida como de “utilidade social” pelos serviços que prestam às populações carentes e sem acesso à assistência odontológica.

²⁵ No ano de 2001, foi veiculada uma informação na "Rede Cedros - Repibuco" - Uma rede eletrônica de discussões e informações sobre saúde bucal coletiva, acessada via Internet através do endereço eletrônico <cedros-l@acd.ufrj.br>, que dizia o seguinte: “o Prefeito de Ibirapu - ES (Sebastião Mattiuzi) e o Presidente da Câmara Municipal (Antônio Basílio Pgnaton) promulgaram, no dia 26 de junho de 2000, a Lei Municipal n.º 2.140/2000, legalizando a atividade de dentistas práticos”. Ainda segundo essa informação, no Artigo 2.º dessa lei, constava que “os dentistas práticos que por força desta lei forem tributados pelo Município de Ibirapu, terão suas profissões legalmente reconhecidas em todo o território do Município, ficando a cargo da Secretaria Municipal de Saúde a fiscalização dos mesmos” (outros exemplos estão na nota de rodapé 18, do presente capítulo).

(iii) **do espaço de trabalho**, onde demarcações jurisdicionais obtidas no sistema legal podem ser distorcidas, em geral, porque a profissão tem problemas em conciliar a opinião pública sobre si própria com a sua posição no espaço de trabalho; isso ocorre quando a população, desassistida pelos serviços oficiais, tem que recorrer aos serviços ofertados pelos dentistas práticos, cujos preços são mais acessíveis e cujo trabalho tem alguma eficácia (pelo menos no julgamento desses consumidores).

As demandas jurisdicionais nos espaços citados nos remetem a uma análise teórica sobre o problema, qual seja a de buscar compreender se a existência dos dentistas práticos na sociedade brasileira, em contestação permanente aos cirurgiões-dentistas, caracteriza um processo de profissionalização "incompleta" da profissão odontológica.

Essas questões nos levaram a refletir sobre o problema a partir de uma perspectiva histórica e sociológica, tendo como método de escolha o estudo de caso. Os estudos de caso, pelo menos para a sociologia das profissões, especialmente os de recorte histórico, têm-se colocado, a partir dos anos 80 e 90, como forma de aprofundar os conceitos e teorias sobre as questões em torno à profissão e aos processos de profissionalização e, quem sabe, “derivar um modelo efetivo para entender e prever o desenvolvimento profissional nas sociedades modernas em geral”, conforme propõe Abbott (1988, p.2). Assim, no entendimento de que é preciso situar as disputas profissionais da odontologia num contexto histórico e social mais amplo, considerando o sistema da divisão do trabalho e das profissões, é que delimitamos nosso objeto de trabalho, visando conhecer, de um lado, a evolução da regulamentação da profissão odontológica no Brasil e, de outro, o perfil dos dentistas práticos e as disputas travadas no poder legislativo com vistas à sua regulamentação.

A pesquisa que desenvolvemos foi, portanto, estruturada com base nos seguintes objetivos:

1 - Analisar a evolução das regulamentações da profissão de odontologia, no contexto do desenvolvimento do sistema de regulação profissional no Brasil, desde os primeiros períodos de seu desenvolvimento, ainda no Império, até o modelo atual, enfatizando-se a legislação do período posterior à Proclamação da República.

2 - Analisar a inserção dos dentistas práticos no mercado de serviços odontológicos a partir das seguintes considerações:

2.1. identificação das oportunidades e circunstâncias que determinam o exercício ilegal da odontologia, explorando as formas de aprendizagem, o acesso ao conhecimento e aos materiais e técnicas odontológicas, a tradição familiar na reprodução da atividade e a inserção do dentista prático na comunidade assistida, a vocação, imagem e credibilidade junto à população usuária;

2.2. identificação dos procedimentos executados, dos valores e formas de cobrança pelos serviços prestados, a relação entre os mercados formal e informal da odontologia, os riscos associados ao trabalho ilegal e aos esquemas de fiscalização da prática odontológica;

2.3. identificação sobre a existência de estrutura organizacional em torno aos dentistas práticos, os poderes de barganha junto aos poderes públicos e ao sistema legislativo, a perspectiva da regulamentação e o “direito” de exercício.

3 - Analisar as proposições de regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos apresentadas no Congresso Nacional por meio de projetos de lei, assim como os discursos proferidos em defesa de tais proposições, com vistas ao reconhecimento do dentista prático.

4 - Desenvolver um modelo explicativo para a existência de dentistas práticos contribuindo, dessa forma, para elucidar os aspectos relacionados ao nível de profissionalização conquistado pelos cirurgiões-dentistas no Brasil, destacando-se o mercado de trabalho, a regulamentação profissional, as relações com o Estado e as demandas e necessidades odontológicas da população.

6 - ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo envolveu dois tipos de pesquisa: uma pesquisa documental, com foco na legislação referente à regulamentação da profissão odontológica brasileira, e uma investigação empírica, de abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas com os dentistas-práticos.

6.1. Pesquisa documental

A pesquisa documental envolveu o estudo da legislação profissional odontológica desde o Brasil Colônia até a regulamentação vigente, editada nas décadas de 60 e 70. Essa pesquisa consistiu na análise das leis, decretos, atos normativos, resoluções, regimentos e demais regulamentos administrativos relacionados direta ou indiretamente à profissão do dentista ao longo do período citado.

É preciso ressaltar que o material coletado, com respeito às regulamentações profissionais do período anterior à Proclamação da República, foi obtido a partir de fontes secundárias. Primeiro, porque o estudo dos documentos dessa época, além de demandarem recursos e métodos apropriados para o seu manuseio, implicaria um alto custo e um tempo longo de estudo, já que os documentos encontram-se em diferentes bibliotecas e museus, em várias cidades do país. Segundo, porque para o propósito dessa pesquisa, o foco deveria ser dado ao período posterior à Proclamação da República, época em que começou a se delinear o modelo de profissão e de profissionalização brasileira. Nesse caso, tivemos acesso a fontes primárias, ou seja, as legislações referentes ao período republicano se encontram acessíveis, na íntegra, nas bases de dados e acervos do Congresso Nacional. Assim, o conjunto de leis, decretos, decretos-lei e demais atos normativos que compõe a legislação brasileira, assim como os projetos de lei, em tramitação ou que tramitaram no Congresso Nacional, foram acessados a partir das seguintes bases e acervos:

- 1) “Pesquisa em Diários”, da Câmara dos Deputados - as publicações oficiais da Câmara dos Deputados e do Congresso Nacional encontram-se microfilmadas e foram acessadas através dos acervos: (i) diários da Câmara dos Deputados, a partir de 16 de novembro de 1890; (ii) diários do Congresso Nacional, a partir de 1.º de agosto de 1953. Foram encontrados nesse acervo os projetos de lei, as comunicações dos deputados e senadores realizadas na tribuna, e os pareceres sobre os projetos de lei, enviados às diversas comissões do Congresso Nacional.
- 2) “Pesquisa de Legislação”, do Senado Federal - base de dados que reúne a Legislação Republicana Brasileira, organizada por referências (tipo, número, data de publicação, ementa e outros dados relacionados à norma jurídica, tais como alterações sofridas, republicações, retificações, partes vetadas, etc.) e resumos padronizados (indexação e catalogação); a maior parte acompanhada do respectivo texto integral.
- 3) Sistema de Informações do Congresso Nacional – SICON; sistema de informações alimentado pelas bases de dados destinadas ao atendimento do Senado Federal e do Congresso Nacional, contendo o resumo das informações essenciais, acompanhado de referências para localização dos documentos originais do Congresso Nacional.

Em relação aos projetos de lei, em tramitação ou não no Congresso Nacional, só é possível obter informações no SICON, a partir do ano de 1946. Sendo assim, nosso período para análise dos projetos de lei ficou limitado por esta data. Esse fato, porém, não compromete nossa análise, uma vez que as leis de exercício específicas da profissão odontológica, que determinaram o fechamento definitivo do campo de trabalho da odontologia, contra o licenciamento de dentistas práticos, foram editadas a partir de 1945. De qualquer maneira, é pouco provável que algum projeto de lei objetivando a regulamentação dos dentistas práticos tenha sido apresentado no período anterior, ou seja, entre o ano de 1934, data do último decreto que permitiu o licenciamento de dentistas práticos e 1937, ano que se instalou a ditadura do Estado Novo; e entre 1937 e 1945, período de duração da ditadura. Isso porque, durante a ditadura do Estado Novo, o Congresso Nacional esteve fechado e os projetos de lei, além de serem de autoria do Executivo, eram submetidos ao Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) e por esse órgão analisado (Wahrlich, 1983); e porque, no curto período de funcionamento do Congresso Nacional, que a antecedeu, entre os anos de 1934 e 1937, provavelmente não tivesse sido ainda estabelecida uma conjuntura de enfrentamento

entre dentistas práticos e cirurgiões-dentistas, até porque a legislação nacional e estadual era, muitas vezes, ambígua e confusa a esse respeito.

Além dos documentos legislativos acima referidos, foi realizada uma pesquisa exploratória nos processos de autuação de dentistas práticos realizados por um dos Conselhos Regionais de Odontologia do país, que mantém registro de todos os dentistas práticos visitados durante a fiscalização anual de rotina. Nesse caso, foram examinados 50 processos de notificação de dentistas práticos que atuam em um dos estados do país (cerca de 10% dos processos de notificação realizados pelo conselho num período de três anos). Esses processos contêm informações sobre a localização dos dentistas práticos, o acompanhamento das denúncias efetuadas pelo Conselho Regional de Odontologia junto às autoridades competentes, assim como fotografias dos consultórios e equipamentos, e ainda um “termo de visita” assinado pelos dentistas práticos e testemunhas do processo de autuação. Foi através desses processos que obtivemos os endereços de uma parte dos dentistas práticos entrevistados na pesquisa empírica.

De forma complementar, buscamos informações sobre dentistas práticos nos jornais especializados da categoria dos cirurgiões-dentistas - jornais e informativos dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia - onde se encontram informações diversas sobre o exercício ilegal da odontologia no Brasil.

6.2. Pesquisa empírica

A pesquisa empírica teve como propósito conhecer, por meio de entrevistas, o perfil dos dentistas práticos que atuam no país. Conforme dito, os dentistas práticos foram localizados a partir dos endereços obtidos na análise dos processos de autuação de um Conselho Regional de Odontologia do país. Alguns dos dentistas práticos procurados não se encontravam nos endereços pesquisados e, para completar o número de entrevistas, utilizamos indicações dos próprios colegas já entrevistados. Dois dentistas práticos foram indicados por cirurgiões-dentistas e um dos entrevistados foi referência de um paciente do dentista prático. De maneira geral, não encontramos dificuldade em realizar a entrevista; todos foram bastante receptivos, com exceção de um, que se mostrou um pouco desconfiado, justificando ser uma pessoa “de poucas palavras”.

Apenas um se recusou a dar entrevista, mas ele mesmo nos apresentou a outro dentista prático conhecido, tendo acompanhado toda a entrevista.

A escolha dos entrevistados procurou satisfazer dois critérios: facilidade de contato, já que se tratava de um grupo de infratores, e a diversidade do grupo, especialmente em relação à idade dos dentistas práticos, uma vez que se buscava construir uma tipologia dos praticantes ilegais da odontologia, abarcando diferentes gerações. As entrevistas foram realizadas em um único Estado do país, a maior parte em municípios de médio e grande porte. Dois entrevistados eram de municípios de pequeno porte populacional. Por recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, foram omitidas todas as informações que pudessem identificar os entrevistados, até mesmo as informações referentes à localização das suas atividades (municípios e estado).

A técnica de entrevista utilizada foi a história de vida, com destaque para a vida profissional e inserção do entrevistado no mundo do trabalho; buscamos caracterizar a formação e aprendizado da atividade, bem como as formas de manutenção e atualização da mesma; buscamos, ainda, conhecer a organização e escopo da atividade dos dentistas práticos e sua posição no mercado de trabalho; por fim, procuramos identificar as opiniões sobre o trabalho da categoria, a condição de ilegalidade e as perspectivas sobre a regulamentação da atividade dos dentistas práticos (Balán & Jélin, 1980). Esse método permitiu vincular processos históricos a acontecimentos individuais - no caso, a evolução dos modelos de regulação e as transformações da prática odontológica ao longo dos anos à permanência dos dentistas práticos, resistindo às proibições impostas e utilizando-se de modelos antigos de prática e aprendizado profissional, como o sistema mestre-aprendiz e a atividade centrada no trabalho protético, manual. O método possibilitou entender, ainda, como formas institucionais e sociais modernas, como as da odontologia, podem coexistir, por tanto tempo, com formas tradicionais de inserção no trabalho.

Para obter-se a história de vida profissional dos dentistas práticos, as entrevistas foram organizadas a partir de um roteiro, estruturado em sete itens: (i) características pessoais dos entrevistados; (ii) organização da atividade e escopo de prática; (iii) clientela e reconhecimento social da atividade na comunidade; (iv) fiscalização profissional e relação com as autoridades públicas; (v) identidade profissional e credibilidade; (vi)

formas associativas e perspectivas de regulamentação da atividade; (vii) situação atual e tendências do mercado de trabalho (anexo 2).

A quantidade de entrevistas foi determinada, em parte, pela dificuldade de viabilizar entrevistas com indivíduos que atuam na ilegalidade, e, em parte pela saturação em relação às histórias e experiências contadas. À medida que as histórias contadas começaram a repetir-se, sobressaindo os pontos comuns e cruciais da atividade dos dentistas práticos, sem apresentar novas questões, estabeleceu-se o término do trabalho de coleta de dados (Bertaux, 1981; Vaitsman, 1994). Como resultado desses dois critérios, foram realizadas 15 entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, garantindo-se o completo anonimato dos entrevistados. O consentimento livre e esclarecido foi obtido apenas verbalmente, evitando-se coletar qualquer documento que pudesse identificar, ou mesmo, intimidar os participantes. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado por dois comitês de ética em pesquisa: o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas e o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

6.3. Análise dos dados

Na pesquisa documental referente à regulamentação da odontologia, a análise focou o conteúdo da legislação que disciplinou a prática odontológica no Brasil nos diversos períodos analisados. Assim, buscou-se, durante esse processo, destacar e relacionar a regulação profissional e a regulação educacional. Embora tratados de forma independente, os modelos de regulamentação do sistema profissional e educacional tiveram, quase sempre, profunda relação entre si, um influenciando o outro. Em relação à análise dos projetos de lei para regulamentação dos dentistas práticos, enfatizou-se tanto o conteúdo das proposições legislativas, ou seja, os “artigos” que estabeleciam as condições para o licenciamento, quanto a “justificativa” apresentada nos textos dos projetos. Essa última pode ser traduzida no discurso dos dentistas práticos com vistas à conquista de audiências para seu reconhecimento público.

Na pesquisa empírica, que envolveu a entrevista com o grupo de dentistas práticos, a análise seguiu o curso da própria história de vida profissional por eles relatada. Eles

foram identificados pela idade e pelo tempo de atividade, uma vez que a intenção era fazer sobressair o perfil dos dentistas práticos relativo a diferentes gerações e experiências com o trabalho odontológico. As informações obtidas mediante as falas dos dentistas práticos foram então agrupadas, procurando combinar categorias que pudessem levar à caracterização do perfil, segundo os objetivos traçados: características pessoais e aspectos relativos ao aprendizado odontológico (*quem são*); organização da atividade e escopo de prática (*o quê e como fazem*); credibilidade e reconhecimento social (*para quem fazem*) e, finalmente, os aspectos relacionados à sua identidade profissional (*por que fazem*) (Abbott, 1988).

Adicionalmente aos dois trabalhos de investigação, acima referidos, a pesquisa documental e a empírica, realizamos consulta, por entrevista telefônica, a todos os Conselhos Regionais de Odontologia do país, com o propósito de conhecer o sistema de vigilância do exercício ilegal da odontologia, as providências tomadas mediante denúncias, o número de dentistas práticos estimado e o número de ilegais notificados ou visitados. Buscamos, também, esclarecimentos da profissão odontológica para a existência de dentistas práticos até os dias de hoje, como forma de contrapor o discurso e as demandas de regulamentação dos dentistas práticos.

CAPÍTULO IV

A REGULAMENTAÇÃO DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL

Neste capítulo descrevemos a evolução da regulamentação da profissão de odontologia no Brasil. O nosso foco incidiu sobre os decretos, leis e regulamentos utilizados para disciplinar e fiscalizar o exercício daqueles que, sendo diplomados ou não, praticaram atividades relativas ao campo da odontologia, desde o período colonial. Assim, nossa abordagem está voltada para uma parte do processo de profissionalização da odontologia, relacionada principalmente às suas conquistas no sistema legal, já que outros aspectos importantes do processo de profissionalização, tais como os movimentos sociais que levaram à organização da categoria e os depoimentos e discursos dos praticantes, não foram abordados.

Nosso objetivo foi demonstrar como, no Brasil, o Estado, na condição de agente viabilizador da legislação pertinente à saúde e às profissões sanitárias, teve participação direta no processo de profissionalização, impondo normas e decretos e se antecipando, em vários momentos, às demandas profissionais de regulação, pelo menos na área da saúde.¹ Por outro lado, conforme analisa Coelho (1999, p. 294), esse mesmo Estado fazia pouco-caso em fiscalizar os irregulares: “Rábulas, homeopatas com ou sem diploma das faculdades de medicina, mestres-de-obras e construtores ‘empíricos’, espíritas receitistas, todos exerceram seus ofícios na mais santa tranqüilidade até pelo menos os anos vinte [1920] e incomodados apenas pela hostilidade (freqüentemente inócua) dos competidores ‘oficiais’”. Isso, conclui Coelho (1999) porque havia coisas

¹ A regulamentação profissional adotada durante o período colonial era definida pela Coroa portuguesa. Todavia, na independência e, posteriormente, na República, os estadistas brasileiros adotaram integralmente as leis portuguesas, contanto que em breve se criariam códigos próprios, conservando-se regulamentos e alvarás antigos. Segundo Coelho (1999), esse foi basicamente o sistema adotado para a regulamentação profissional até o final da Primeira República. Dessa forma, durante todo esse período, os movimentos profissionais não foram a principal razão da regulação, sendo esta definida basicamente pelas elites governantes.

mais importantes a requerer atenção do Estado – fiscalizar com rigor os ofícios das alfândegas e do comércio agrário, ocupações vitais numa economia agroexportadora.

Pode-se dizer que, no Brasil, a odontologia encontra-se regulamentada como profissão, desde a década de 30, com o estabelecimento de um sistema de credenciamento adquirido pelo treinamento formal e pela obrigatoriedade de registro no Departamento Nacional de Saúde Pública.² Entretanto, a garantia de monopólio profissional com base em um sistema de auto-regulação, ou seja, um sistema no qual o Estado delega poderes de fiscalização do exercício profissional à corporação profissional, concretizou-se muito mais tarde, na década de 60, a partir da instituição dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, em 1964. Dessa forma, a profissão odontológica, além do direito exclusivo de prática sobre o campo da saúde bucal, passou a ter poderes para agir em relação à regulamentação, normatização e fiscalização dos seus membros, esses devidamente treinados por um sistema de educação formal. Isso não quer dizer que a *arte dentária*, como era oficialmente denominada a prática odontológica, até a década de 1930, assim como algumas de suas tarefas básicas, como é o caso das extrações dentárias, não tivessem sido antes reguladas, por meio de legislação. De fato, a execução de determinadas atividades da odontologia (as extrações dentárias, por exemplo) e, posteriormente, a *arte dentária* (conjunto de tarefas odontológicas), estiveram regulamentadas desde o período colonial.³ Para a área da odontologia, algumas tarefas, ao invés do ofício ou ocupação, é que foram primeiramente regulamentadas, seguindo-se o modelo existente no reino de Portugal.

² É importante lembrar que estamos nos referindo ao conceito de *profissão* como a detenção de monopólio legal sobre um campo de trabalho, conforme cunhado por diversos autores (Larson, 1977; Abbott, 1988; Freidson, 2001). Isso significa dizer que as atividades da odontologia passaram a ser realizadas pelos cirurgiões-dentistas como atividades privativas destes. Conforme veremos, até a década de 1930, as atividades dos dentistas eram definidas como “arte dentária” e não eram exclusivas do dentista diplomado, sendo exercidas por outros praticantes, dentre eles, os barbeiros, que continuaram a praticá-la até o final do século XIX e início do século XX, e os dentistas práticos, que só foram explicitamente proibidos de praticá-la em 1934, na Era Vargas.

³ Nos documentos oficiais da época colonial, existem referências e regulamentação somente em relação às extrações dentárias, geralmente denominadas como “ofício de tirar dentes”; mais tarde, já na época do Império, quando as atividades da odontologia passam a ser comumente praticadas como um conjunto de tarefas, elas passaram a ser oficialmente designadas de “arte dentária”. É só a partir de 1930 que a atividade passa a ser referida nos documentos oficiais como Odontologia.

1 - As atividades dentárias no Brasil Colônia: ofício de barbeiros, sangradores e cirurgões

Após o descobrimento, levaram-se pelo menos cem anos para que fosse consolidado o processo de povoamento no Brasil e, com ele, a presença de praticantes de qualquer arte ou ofício, dentre os quais estavam os ofícios das artes de curar. O licenciamento de praticantes da medicina nos reinos de Portugal já era utilizado desde, pelo menos, meados do século XV, quando a “Carta Régia” de 25 de outubro de 1448, de El-rei D. Afonso, determinou que o Cirurgião-Mor do reino expediria licença especial para as pessoas que fossem “usar das Artes da Física e Cirurgia”, prevendo-se, desde então, prisão e multa para os infratores (Cunha, 1952, p.42).

Para obter a licença, o candidato era examinado por uma banca, composta de físicos e cirurgões, após o que recebia uma “carta” assinada e “selada” pelo cirurgião-mor (autoridade máxima do reino para assuntos relacionados às artes de curar). Esse sistema de regulamentação permaneceu inalterado por quase um século, sendo o modelo que prevalecia na época do descobrimento do Brasil. Em 1521, foi instituído o Regimento do Físico-mor de Portugal, separando a fiscalização da cirurgia da fiscalização da medicina e farmácia. Contudo, o sistema de exames permaneceu o mesmo (Cunha, 1952, p. 45). Até essa época, não se encontra qualquer referência oficial à *arte dentária* ou a qualquer outra atividade especificamente relacionada aos cuidados dos dentes e da boca, o que aconteceu somente no século seguinte, com relação à extração de dentes. Na verdade, nos séculos dezesseis e dezessete, a prática dentária era muito rudimentar, restringindo-se apenas a alguns poucos procedimentos, realizados no intento de aliviar a dor. Exceto pelo uso de remédios caseiros e fórmulas secretas (geralmente comercializadas pelos charlatães), era a extração de dentes a forma mais comum e definitiva de resolver o problema da *dor de dente*. As extrações dentárias e as drenagens de abscessos na região bucal eram naturalmente consideradas como parte do rol de pequenos procedimentos cirúrgicos praticados pelos cirurgões e barbeiros desde a Idade Média (Gottfried, 1986). Nesse período, os problemas dentários tinham baixa incidência e não se constituíam em demanda significativa na sociedade. Vale lembrar que a demanda por cuidados dentários só se tornou significativa no século XIX, com o

crescimento e consolidação do mercado mundial de consumo de açúcar, que passa a ser um produto central das dietas européia e norte-americana.⁴

De fato, no século XVI ainda não se pode dizer de um ofício que se dedicava ao conjunto de tarefas destinadas ao cuidado das doenças da boca e dos dentes, não havendo como justificar a existência de qualquer regulamentação específica. É somente a partir de meados do século XVII e, especialmente, no século XVIII, que se observa alguma mudança no desenvolvimento dessa atividade nos países europeus, especialmente na Inglaterra e França, onde se tem notícia do surgimento de técnicas e serviços dentários variados.⁵

Em Portugal e, portanto, no Brasil, a extração de dentes não demorou a ser regulamentada, o que ocorreu na primeira metade do século XVII. Em 1631, a reforma do Regimento do Cirurgião-mor, estabeleceu multa de dois mil réis às pessoas que “tirassem dentes” sem licença. A licença, conforme dito, era obtida mediante exame de habilitação. Em que pese a existência de tal regulamentação, o exame, a fiscalização e o controle da prática da cirurgia e física, bem como do ofício de “tirar dente”, não existiam no Brasil Colônia senão oficialmente. Na prática, o Cirurgião-mor nem aqui vivia, sendo sua visita bastante rara. Quando isto ocorria, realizavam-se os exames necessários e emitiam-se as cartas de licença para fazer valer a Lei. Esta situação fica evidente no trecho da Carta Régia de 9 de novembro de 1629, que diz:

(...) por ter intendido que há annos que os Cirurgiões mores não visitam esse Reino, sendo necessário que seja visitado, pelos inconvenientes que resultam, das curas que fazem, sem serem examinadas as pessoas que exercitam nella os officios de Cirurgiões e Barbeiros. (*apud* Cunha, 1952, p.47).

No mesmo ano em que se reformulou o Regimento, em 1631, visitou o Brasil, o cirurgião-mor, a fim de que se cumprisse o licenciamento de barbeiros, sangradores, cirurgiões e parteiras, bem como o de outros ofícios. Assim, há uma referência explícita sobre o licenciamento daqueles que tiravam dentes:

⁴ Cf. Capítulo II.

⁵ A primeira obra que reúne um conhecimento especializado sobre o tratamento das doenças dos dentes e da boca e sobre as técnicas de reposição dentária, foi publicada em 1728, o “*Traite des Dents*”, de Pierre Fauchard (Carvalho, 1994).

E assim examinará as Parteiras (...); e da mesma maneira as pessoas, que concertam (sic) braços, e que tiram dentes e os mais que pertencem a seu officio; e do tal examinado, ou seja, approved, ou não, levará seiscentos reis, e cada um dos adjuntos trezentos réis, e aos taes examinados passará a Cirurgião-mór suas Cartas (...) e levará pelas taes licenças três cruzados. (apud Cunha, 1952, p. 48, grifo nosso).

Conforme o documento acima citado, foram examinados os ofícios de cirurgiões, barbeiros e sangradores, além do de parteira; fica claro que “dentista” não é considerado, ainda, um ofício, porém existiam pessoas que tiravam dentes. Na verdade, o termo “dentista” não é mencionado em nenhum documento brasileiro do século dezessete (Cunha, 1952, p. 48).⁶

Para se submeter ao exame, o candidato deveria comprovar dois anos de prática e, conforme visto no trecho acima, para obter o direito de praticar, este deveria pagar uma taxa para os examinadores e pela carta de licença. Na verdade, as tarefas de “tirar dentes” e de “realizar sangrias” eram e podiam ser exercidas indiscriminadamente pelos sangradores e barbeiros, estes últimos com um acúmulo de funções maiores, já que incluía, além desses, os serviços próprios de barbearia. Também os cirurgiões e, excepcionalmente os físicos, realizavam a cirurgia dentária, geralmente em situações em que não havia aqueles praticantes ou quando se tratava de indivíduos da nobreza.⁷ Eram esses os ofícios que, no século XVII, tinham o direito de exercer a tarefa de “tirar dente”. Por outro lado, os documentos sugerem que qualquer pessoa podia executar a tarefa de “tirar dentes”, desde que licenciado para tanto. De qualquer forma, na prática, a atividade de extrair dentes era, provavelmente, realizada por qualquer um que tivesse habilidade e se dispusesse a fazê-la, independentemente de possuir a devida licença.⁸

⁶ A palavra “dentista” só irá aparecer nos documentos oficiais brasileiros quase dois séculos mais tarde, mais precisamente no ano de 1800. Nem mesmo nos documentos sobre Tiradentes (1746-1792) se fazia qualquer referência ao ofício de dentista, sendo o alferes conhecido pelo fato de possuir a “prenda de por e tirar dentes, além de outras relativas à arte de curar” (Cunha, 1952, p.50, grifo nosso). Segundo nos informa Cunha (1952, p. 50) o dicionário de Bluteau, em sua edição de 1799, não registra a palavra dentista, apesar de que a denominação *chirurgien dentiste* já estivesse sendo utilizada na França desde 1600 (Harris, 1992).

⁷ Físico era o nome dado ao médico internista, que ocupava uma posição mais elevada na estratificação social das artes de curar; em contraposição ao cirurgião, que cuidava da medicina externa, cujo objeto de intervenção situava-se na superfície do corpo, explorável e acessível pela visão ou pelo tato (Nogueira, 1977).

⁸ Talvez fosse esse o caso do alferes Tiradentes.

As normas de licenciamento, com base no Regimento de 1631, permaneceram praticamente inalteradas até o final do século seguinte: ao ser aprovado nos exames locais, feito após o candidato comprovar dois anos de prática, o processo seguia para Lisboa, a fim de que o cirurgião-mor do Reino de Portugal mandasse expedir a carta de licença. Isso resultava num processo bastante demorado e caro, já que eram cobradas diversas taxas durante a sua tramitação.

Por outro lado, se não era livre exercer a atividade de “tirar dentes”, o mesmo não pode ser dito sobre as atividades de colocar dentes artificiais. Nenhum tipo de regulamento sobre essas atividades, relativas ao que se pode considerar hoje como a parte protética da odontologia, foi encontrado no século XVIII e anteriormente. Contudo, temos evidência do seu uso no Brasil, no século XVIII, principalmente, por meio dos documentos que tratam do ofício exercido por Tiradentes que, conforme visto, era conhecido também pela sua habilidade de colocar dentes (cf. nota 6). Embora rara no Brasil, a atividade de colocação de dentes artificiais e outras relacionadas ao tratamento das doenças da boca já eram realizadas de forma cada vez mais freqüente na Inglaterra e na França do século XVIII, por profissionais especializados - os “Operadores de Dentes”, no primeiro caso e os “Cirurgiões Dentistas”, no caso do segundo - ofício que era certamente compartilhado com praticantes de diversas naturezas ocupacionais – ferreiros, ourives, relojoeiros, entre outros. (Dussault, 1981; Hillam, 1991; Carvalho, 1994). Evidência maior do seu uso é também o já citado livro de Pierre Fauchard, *Traite des Dents*, publicado primeiramente em 1728, onde se ensinava, entre outras coisas, a técnica de reposição dentária.

Em relação à regulamentação profissional, no final do século dezoito, os cargos de físico-mor e de cirurgião-mor foram substituídos pela Real Junta do Proto-Medicato, criada em 1782 e composta de médicos e cirurgiões aprovados. No entanto, o sistema de licenciamento permaneceu o mesmo, efetivado por meio de exames, com a diferença de haver um número maior de médicos e cirurgiões, ocupando conjuntamente cargos na Junta, função antes comandada, de forma separada, por apenas um agente, ou o físico-mor ou o cirurgião-mor. No Brasil, a Junta esteve representada por comissários, estabelecidos nas comarcas, que tinham como função receber e encaminhar a petição do candidato para realização dos exames e de presidir a banca examinadora. Ao que parece, nessa época os exames já eram realizados com maior freqüência, porém a licença era ainda expedida em Portugal.

É na vigência da Junta do Protomedicato que se encontra a primeira menção à palavra “**dentista**” nos documentos oficiais brasileiros. Sua referência aparece no “Plano de Exames”, editado em 1800, quando se anuncia que os exames, a partir daquele ano, seriam aplicados aos

Cirurgiões Herniários, Dentistas, e Sangradores, precedendo Portaria da Real Junta, que não a expedirá, sem ser requerida com Certidões de Mestres, ou Cartas de aprovação de Cirurgia. (*apud* Cunha, 1952, p.72).

Como prova de aprendizagem para prestar os exames, exigia-se uma “certidão” emitida por um profissional antigo e idôneo, chamado de “mestre”. Ressalta-se que, nesse período, ainda não existiam escolas de odontologia que pudessem cumprir essa função, sendo o processo de formação realizado pelo sistema de mestre-aprendiz.⁹ Da mesma forma, as licenças eram expedidas em Portugal, após aprovação no exame e mediante o pagamento das taxas¹⁰. Aqueles que viessem a praticar sem a devida licença, incorreriam em multas. As licenças tinham prazo de validade, tendo que ser periodicamente renovadas. Além da Carta de licença, era obrigatório fazer um “Juramento” na Câmara da localidade a que pertencesse o candidato aprovado, processo esse bastante ritualístico, cujo objetivo era provavelmente o de imputar ao candidato um compromisso solene com o seu ofício, o que certamente lhe dava, em troca, status e reconhecimento social (Cunha, 1952, p.90).

Vale salientar, mais detalhadamente, a lógica desse licenciamento. De um lado, havia a obrigatoriedade de se comprovar conhecimento e competência, por meio dos exames e, de outro, a obrigatoriedade do registro da atividade nas instâncias de poder local, com vistas não apenas ao recolhimento de impostos, obrigatório na prestação de serviços de qualquer natureza, mas principalmente com respeito à fiscalização desses serviços que, por se constituírem como atividades de saúde, envolviam riscos. Assim, no caso das

⁹ De fato, não havia nem mesmo escolas de cirurgia ou medicina no Brasil. As primeiras escolas de cirurgia são criadas com a vinda da Corte, em 1808, e transformadas em escolas de medicina somente em 1832. Já as escolas de odontologia só aparecem no final do século, em 1884. Existe consenso de que a primeira escola de odontologia criada no mundo foi o *Baltimore College of Dental Surgery*, criada em 1840, nos Estados Unidos (Harris, 1992).

¹⁰ Cunha (1952, p.73) mostra-nos as curiosas taxas a que estavam sujeitos os candidatos ao exercício da arte dentária para obter o licenciamento: 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), perfazendo um total de 6\$600.

artes de curar era preciso provar sapiência para evitar o dano e proceder ao juramento de compromisso com a profissão, estabelecendo, assim, sua posição diferenciada na estrutura das ocupações. Pode-se dizer que a relação com o Estado se colocava obrigatória, como a das outras ocupações, em razão do alvará e das cobranças de impostos, mas, sobretudo, necessária, por questões de segurança e proteção públicas.

Por outro lado, durante todo o período do Brasil colônia e, posteriormente, da monarquia brasileira, não vão faltar exemplos sobre a emissão dos chamados “registros temporários”, fornecidos sem a prévia apresentação da certidão de comprovação de aprendizado ou de diploma, ou mesmo sem a devida examinação, licenciando indivíduos sem prova de competência para o exercício das artes de curar. Santos Filho (1977, p. 346) nos dá um exemplo disso ao relatar que, em princípio do século XIX, a Câmara de Curitiba conferiu a um alferes o título de “Curioso de Medicina e Cirurgia”. Segundo Cunha (1952), diversos praticantes do século XIX, sem prestar exame ou possuir qualquer diploma, recebiam a carta de licença sob alegações diversas, sendo as mais comuns a inexistência de mestres da arte que pudessem treinar os candidatos ou falta de recursos do candidato. Recentemente, Figueiredo (2002) discute essa questão e exemplifica a existência de legislações mineiras, no final do século XIX, especificamente preocupadas em regular a cobrança de impostos dos ofícios das artes de curar e dos vendedores ambulantes de preparados medicinais. Essas evidências sugerem que a obrigatoriedade de registro nas Câmaras Municipais tinha uma grande preocupação com o recolhimento de impostos para a Coroa, talvez até mais do que com a vigilância à saúde dos indivíduos.

Por fim, em relação a esse período, é importante ressaltar que, até o final do século XVIII, a regulamentação do exercício das artes de curar, no Brasil, obedecia à sua condição de colônia do Reino de Portugal, seguindo os critérios estabelecidos pela Coroa portuguesa e, conseqüentemente, determinados pelo desenvolvimento da estrutura ocupacional daquele país, situação que vai ser modificada no início do século XIX, com a vinda de Dom João VI para o Brasil e sua mudança de posição, de colônia a sede da monarquia.

2 . A arte dentária no século XIX

Interessa-nos um olhar cuidadoso para o que foi a odontologia no século XIX – já denominada de *arte dentária* - quando vamos encontrar profundas modificações no seu desenvolvimento e regulamentação, assim como no de outras atividades relacionadas às artes de curar. Essas mudanças tornaram-se evidentes em dois momentos importantes do século XIX: no bojo das transformações ocorridas no cenário político e social do país, com a vinda da Corte para o Brasil e na sua elevação à categoria de Império, na primeira metade do século; e no bojo dos movimentos pela Proclamação da República e reorganização do Estado brasileiro, já no final do século. Esses acontecimentos foram definitivos para o estabelecimento de novas formas de regular as profissões no Brasil. Além disso, as crescentes transformações ocorridas no mundo ocidental, relativas aos processos de industrialização dos países do norte e ao surgimento e consolidação do capitalismo industrial, refletindo na conformação das profissões modernas, influenciaram fortemente as definições das profissões no Brasil, tanto no que diz respeito ao sistema formador quanto aos mecanismos de controle e organização do exercício profissional adotados no país.

2.1. Primeiras mudanças: criação de escolas médicas e reorganização do sistema de licenciamento

Teve pouca duração a Real Junta do Protomedicato, criada em 1782. Com a vinda de Dom João VI para o Brasil, em 1808, a Junta foi imediatamente extinta. As funções de licenciamento passaram a ser novamente exercidas por um cirurgião-mor e um físico-mor e respectivos delegados, que os representavam nas províncias, sendo regulamentadas por um regimento editado em 1810. Segundo o regimento, cabia ao físico-mor a fiscalização do exercício da medicina, realizada pelos físicos, e da farmácia, exercida pelos boticários, bem como a fiscalização da indústria de remédios; além disso, cabia-lhe o exame e licenciamento dos físicos e boticários, a verificação de diplomas expedidos por escolas estrangeiras e a incumbência de zelar pela saúde e higiene públicas. Ao cirurgião-mor competia examinar, licenciar e fiscalizar o exercício das “artes de curar”, realizadas pelos cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, sangradores, dentistas, veterinários, enfermeiros e parteiras (Santos Filho, 1991).

Mesmo com a criação das academias de cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808, era do físico-mor e do cirurgião-mor a responsabilidade da aplicação dos exames e registro dos físicos e boticários, bem como dos diversos praticantes das artes de curar. Esse modelo permaneceu até 1826, quando os presidentes das “academias” passaram a examinar e conceder as Cartas e respectivas licenças para o exercício da cirurgia e da medicina no Brasil (Santos Filho, 1991).¹¹

O mandato dos físicos e cirurgiões-mores durou, no entanto, até 1828, quando uma nova reforma os extinguiu definitivamente. A lei de 30 de agosto de 1828 alterou profundamente a organização sanitária em vigor: além de abolir os cargos de físico-mor e de cirurgião-mor do Império e de provedor-mor da saúde, atribuiu às Câmaras Municipais os serviços de higiene e saúde e as demais funções que cabiam aos titulares dos postos extintos, contidas no Regimento de 1810. Portanto, coube aos vereadores e aos Professores/Mestres, por eles contratados, a fiscalização do comércio de drogas e do exercício das atividades dos físicos, cirurgiões, boticários, sangradores, barbeiros, dentistas e parteiras, bem como seu licenciamento e registro e a imposição de multas por irregularidades em matéria de assistência sanitária. Concomitantemente, coube às academias médico-cirúrgicas a revalidação dos diplomas de escolas estrangeiras e a emissão do diploma de “cirurgião aprovado” - para exercer a cirurgia em todo o Império - e de “cirurgião formado” - para exercer a cirurgia e a medicina em todo o Império (Santos Filho, 1977; Cunha, 1952).¹²

Na verdade, para a regulação dos ofícios das artes de curar, a transferência da Corte para o Brasil trouxe mudanças importantes. Uma delas foi a possibilidade de regularizar a situação de muitos dos que aqui praticavam as artes de curar. Foram várias as cartas de licença expedidas para cirurgiões e barbeiros; também para os que sangravam e tiravam dentes. Já no ano de 1809 foram nomeados delegados representantes do

¹¹ As Academias de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro foram as primeiras escolas de nível superior criadas no Brasil na área da saúde, no mesmo ano da chegada da Corte, em 1808. Elas se transformariam, mais tarde (1832), nas primeiras faculdades médicas do país, sendo responsáveis pela titulação de médicos, cirurgiões, dentistas e parteiras (Figueiredo, 2002).

¹² Na verdade, as câmaras municipais ainda continuaram por muito tempo a outorgar licenças de cirurgião e de barbeiro, após “exame”, especialmente nas povoações onde não residissem físico ou cirurgião diplomado pelas Academias. Tudo indica que os exames e as licenças de dentistas e sangradores eram realizados, basicamente, pelas câmaras municipais (Cunha, 1952). Em virtude da escassez de profissionais (e, razoável supor, atendendo também a interesses clientelistas) as autoridades sanitárias eram muito tolerantes na emissão de tais registros. Elas continuaram a exercer essa função mesmo depois que as academias foram transformadas em faculdades de medicina, no ano de 1932 e passaram a deter todas as prerrogativas de titulação da medicina e da cirurgia no Brasil (Santos Filho, 1977).

cirurgião-mor para as várias regiões do reino, com vistas à regulamentação e à fiscalização da cirurgia e ramos afins, elevando-se, com isso, o número de praticantes registrados no país (Cunha, 1952).

A primeira carta de licença aqui expedida a um “dentista” foi dessa época, no ano de 1811; expressava em seu conteúdo apenas o direito de “tirar dentes”, não fazendo alusão a qualquer outro serviço bucal.¹³ Pode-se considerar que esse era o único procedimento da atividade do dentista considerado danoso e causador de “inconvenientes”. É razoável supor que os outros procedimentos odontológicos (protéticos), feitos também pelos dentistas e barbeiros, não se constituíam em ato privativo de nenhum grupo, uma vez que não são sequer mencionados. Esses eram possivelmente praticados por quem demonstrasse maior habilidade e competência para restabelecer a função e estética de maneira, pelo menos, aceitável, em face das técnicas e materiais rudimentares da época.¹⁴ Dessa forma, o resultado do trabalho dentário era julgado pelos próprios consumidores, baseados nos seus critérios de estética e de conforto, já que nada se pode dizer sobre o restabelecimento da função.

Além de dispersas e desreguladas, as atividades dentárias, de maneira geral, não desfrutavam de muito prestígio social. De fato, grande parte dos que se candidatavam a uma carta de licença para os ofícios de barbeiro, de sangrador e de dentista era composta de escravos e alforriados, demonstrando-se, assim, o baixo prestígio social dessas atividades na entrada do século XIX (Cunha, 1952; Figueiredo, 2002). Figueiredo (2002) faz uma análise da escala social das profissões no Brasil do século XIX constatando que, em uma sociedade marcada fortemente pelo trabalho escravo, o prestígio do barbeiro (e, igualmente, do sangrador e do dentista) não era e nem podia ser elevado, uma vez que a maioria deles era constituída de homens pardos ou negros, alguns libertos, outros escravos. A autora destaca que os barbeiros carregavam, ainda, o

¹³ Conforme dito anteriormente, o termo “dentista” passou a ser utilizado nos documentos oficiais no ano de 1800.

¹⁴ Havia mesmo uma discussão sobre a essência da arte dentária, isto é, se a fabricação de dentes artificiais não deveria ser considerada como trabalho de uma profissão mercantil. Lopes da Costa (1928, p.39-46) discute a natureza da profissão odontológica: de um lado, a feitura de incrustações, coroas, pontes, dentaduras, é realizada a partir de material que o dentista compra, para, depois de manufaturado, revendê-lo aos clientes, caracterizando atividade mercantil e qualidade de comerciante; de outro, o dentista não adquire esse material para revendê-lo, mas para exercer sua arte de curar. Dito de outra forma, o exercício da profissão é o principal; o ato, que parecia mercantil, a ela se subordina, como acessório, como condição e, nesse caso não mercancia. Os dentes artificiais, o ouro, a porcelana, o dentista os adquire não com o fim de exercer uma indústria e sim como meio de trabalho em sua profissão.

desprestígio daqueles que lidavam com o sangue, exercendo atividades que tocavam e cortavam o corpo – consertar pernas quebradas, drenar pústulas, cuidar das doenças de pele, aplicar ventosas e sanguessugas, realizar sangrias, tirar dentes – caracterizadas pelo trabalho manual, o que, desde a Idade Média, era menosprezado, possuindo baixa estima social.¹⁵

Por outro lado, é importante destacar que o conhecimento necessário para desempenhar a atividade de barbeiro e, também de dentista, era essencialmente empírico e de fácil assimilação, exigindo-se pouco conhecimento teórico, tornando-o adequado aos escravos e, principalmente, libertos, mesmo porque essa era também uma forma fácil de inserção no mercado de trabalho. Ademais, não se pode dissociar que, nessa época, a área de serviços odontológicos estava em evidente expansão, determinada, sobretudo pelo aumento do consumo do açúcar e, conseqüentemente, pelo aumento das necessidades odontológicas, tornando-se um atrativo para os “desocupados” e indivíduos de menor status social. Em seu estudo, sobre as artes de curar do século XIX, Figueiredo (2002) constata que o sofrimento com as dores de dentes atormentava a população do país. Essa constatação está baseada nos inúmeros remédios e soluções caseiras veiculados pelos manuais de saúde dirigidos aos leigos, a exemplo do “Dicionário de Medicina Popular” do Dr. Chernoviz, que aqui circulava desde meados do século XIX, bem como nas memórias e relatos dos que viveram nesse período.

Da parte dos homens livres que aqui viviam, os ofícios de dentista e de sangrador não eram atrativos, exatamente pela sua baixa posição social, sendo melhor, na escala social, a opção pelo ofício de cirurgião. Uma análise dos tipos de praticantes dos ofícios da arte de curar, nessa primeira metade do século XIX, sugere uma certa hierarquia social, com os barbeiros, sangradores e dentistas possuindo um status social mais baixo que o dos cirurgiões, e estes mais baixo do que farmacêuticos e médicos.¹⁶ Essa hierarquia vai se perpetuar por todo século XIX, acentuando a diferença entre cirurgiões e barbeiros, pela aproximação dos primeiros aos médicos. Os dentistas ainda manterão uma forte

¹⁵ Na Idade Média, os físicos manifestavam desprezo diante do trabalho manual. A cirurgia lhes parecia ofício aviltante, indigno de um homem culto. Por outro lado, os nobres, prelados e pessoas comuns, acreditavam ser a cirurgia melhor exercida pelo iletrado, pois dependia de habilidade manual, que estaria mais desenvolvida nos indivíduos que não freqüentavam escolas (Nogueira, 1977).

¹⁶ Um historiador da segunda metade do século XIX escreveu que Tiradentes era um sujeito com pouco tirocínio e que por falta de conhecimento e habilidade dedicou-se às atividades de dentística, referindo-se ao dentista como algo que desqualificava e que não detinha nenhum prestígio (Figueiredo, 2002, p.167).

associação com os barbeiros até início do século XX, com sua imagem fortemente vinculada às atividades manuais, de baixa estima social, apesar das conquistas que foram incorporando, ao longo do tempo, à construção de uma identidade profissional.¹⁷

Embora a maioria dos dentistas - e barbeiros - se constituísse de libertos e escravos, também havia aqueles que faziam fortuna e gozavam de alguma “estima” com o ofício da arte dentária. Esses se dedicavam a outro tipo de serviços que não somente o de “tirar dentes”. Na verdade, nos séculos dezessete, dezoito até início do dezenove, apenas as pessoas de posse pagavam pelos dentes postiços (Santos Filho, 1977). Os dentistas do século XIX, que conquistaram uma clientela abastada, eram, quase que invariavelmente, estrangeiros, a maioria deles provenientes da França (especialmente na primeira metade do século dezenove) e dos Estados Unidos (a partir da segunda metade do século) ou brasileiros formados nesses países. Os nobres, os funcionários públicos e os abastados comerciantes eram atendidos em suas casas, geralmente por dentistas estrangeiros ou por brasileiros treinados por “cirurgiões-dentistas” da Europa e América, enquanto que os homens de poucos recursos eram atendidos em “lojas” ou, até mesmo, em plena rua, pelos barbeiros e sangradores, demarcando uma profunda diferenciação no interior desse campo de trabalho (Santos Filho, 1991).¹⁸ Por outro lado, a expedição de Cartas de licença de dentistas para escravos e alforriados não era por desejo das autoridades, mas por absoluta falta de opção, como pode ser visto nas palavras de um cirurgião-mor, em 1820, “porquanto, vivendo-se em hum paiz, onde os homens ingênuos – livres e libertos – se negam ao exercício de muitas ocupações” (*apud* Cunha, 1952, p. 91).

A partir do ano de 1832, as academias médico-cirúrgicas foram transformadas em faculdades de Medicina, instituindo-se três cursos: o de Medicina, o de Farmácia e o de Partos, concedendo-se, respectivamente, os títulos de médico, de farmacêutico e de parteira. Aboliu-se o título de cirurgião-sangrador. As faculdades também verificavam os títulos de médicos, cirurgiões e boticários expedidos por escolas estrangeiras, através de exames de suficiência. Segundo Santos Filho (1991), admitia-se também a

¹⁷ Para uma discussão sobre hierarquia e escala social dos profissionais da arte de curar no século XIX no Brasil, ver Figueiredo, 2002.

¹⁸ No Brasil, os dentistas da Casa Imperial eram geralmente de procedência estrangeira – o primeiro dentista de SS.MM. o Imperador e da nobreza, era francês e havia-se diplomado pela Faculdade de Medicina de Paris, recebendo sua Carta de licença de dentista em 1820, sendo permitido “tirar dentes, e curar de moléstias da boca e suas dependencias, fazendo as operações cirurgicas, relativas a esse Ramo somente” (*apud* Cunha, 1952, p. 98).

verificação do título de dentista expedido por escolas estrangeiras.¹⁹ Em momento algum, à época, fora cogitado a instalação de um curso de odontologia; logo, esse ofício continuou a ser amplamente exercido por barbeiros, sangradores e empíricos de toda sorte. Somente em 1856 é que os exames de dentistas passaram a ser oficial e regularmente realizados pelas Faculdades de Medicina. Enquanto isso, a atividade de extrair dentes, realizada pelos barbeiros, permaneceu, obedecendo a critérios já estabelecidos de “examinação” e licenciamento junto às câmaras municipais; por sua vez, as demais atividades dentárias (dentre elas a colocação de dentes artificiais, venda de produtos para aliviar a dor e para limpar e clarear os dentes) eram largamente praticadas pelos tiradentes, empíricos e todo tipo de aventureiros, sem qualquer licença ou exame de competência.

Por outro lado, é razoável supor que a chegada, cada vez mais freqüente, de dentistas estrangeiros, tenha exercido alguma influência sobre a oferta de serviços odontológicos, levando não apenas ao uso mais freqüente da denominação “dentista”, como também à diversificação dos serviços ofertados, acrescentando novos procedimentos ao rol de tarefas odontológicas, tais como os trabalhos de “limpar, chumbar e limar os dentes”, e os de colocar dentes artificiais. Ao longo do século, a imigração de dentistas deve ter servido também para elevar, em alguma medida, o status social da *arte dentária*, trazendo para esse campo pessoas de melhor nível social.²⁰ Com o tempo, a palavra ‘dentista’ passa a designar não só aqueles que tiravam dentes (ato tradicionalmente exercido com certa exclusividade pelos barbeiros e sangradores), mas principalmente aqueles que se dedicavam à dentisteria, demonstrando a construção de uma identidade profissional, que posteriormente vai reclamar para si a exclusividade do campo da boca, retirando dos barbeiros o direito de “tirar dentes”.²¹ Na verdade, na primeira metade do

¹⁹ O que deve ter acontecido somente a partir da década de 1840, data em que foi criada a primeira escola odontológica do mundo ocidental. É bom lembrar que muitos dos que se dedicavam à odontologia eram formados em escolas estrangeiras de cirurgia ou medicina e, de posse do diploma de médico ou de cirurgião, iam aprender o ofício com dentistas estrangeiros reconhecidos e famosos, vindo, posteriormente, a exercer a arte dentária no Brasil.

²⁰ Obviamente que, num país escravocrata, a nobreza e a classe mais endinheirada se servia dos dentistas com base no critério de cor e status social, abrindo suas portas para os dentistas estrangeiros, num primeiro momento, ou para aqueles brasileiros de “boa família” que foram adquirir seus conhecimentos no exterior, especialmente em direção ao final do século XIX, quando já se considerava a atividade odontológica como uma profissão atrativa também para os homens de posse.

²¹ Evidências mostram que no início do século XIX, a “arte de dentista” era referenciada de forma separada das “operações cirúrgicas” da boca (Cunha, 1952, p.106). A primeira referia-se à parte protética da odontologia; a segunda, certamente, às intervenções apenas cirúrgicas, como extrações, abertura de fistulas e outras intervenções sangrentas.

século XIX, essa identidade profissional já estava em adiantado processo de construção nos países europeus e na América, trazida ao Brasil pelos inúmeros dentistas que aqui aportavam em busca de um novo mercado. Foram tantos os que para aqui vieram, que chegaram a “saturar” o crescente mercado de serviços odontológicos.²² De qualquer forma, nessa época, inicia-se um processo, ainda tímido, que pretendia o agrupamento das atividades da boca e dos dentes em torno da *arte dentária*, destinada a um profissional especificamente treinado para isso. Tanto é que em 1832, por representação do secretário da Academia Imperial de Medicina, foi expedida uma Portaria que visava a impedir que os barbeiros e sangradores exercessem a arte dentária, numa primeira manifestação de apoio à demanda por monopólio profissional dos dentistas. Portaria que, no entanto, não foi executada com o devido rigor (Cunha, 1952).

2.2. Mudanças no sistema de licenciamento: as ocupações sanitárias na segunda metade do século XIX

O duplo sistema de licenciamento, realizado, de um lado, pelas faculdades de medicina, para os títulos de médico e farmacêutico e, de outro, pelas câmaras municipais das cidades e povoados brasileiros, para o licenciamento de cirurgião-barbeiro, de dentistas e, até mesmo, de médicos e cirurgiões, na falta de profissionais diplomados na localidade, durou cerca de um quarto de século, sendo profundamente modificado em 1850, com a criação da Junta de Higiene pelo Decreto 598 (Cunha, 1952, p.133).

O regimento da Junta de Higiene, estabelecido pelo Decreto 828, de 29 de setembro de 1851, determinou, em seu artigo 28, o registro dos médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e dentistas, incorporando a atividade do dentista no rol das ocupações sanitárias. Pode-se dizer que, por essa época, a “arte dentária” já era identificada no Brasil como especialidade do “dentista”, mas não propriedade exclusiva deste, uma vez que pelo menos a extração dentária continuava sendo amplamente praticada pelos barbeiros. Conforme o Decreto, podiam exercer as profissões sanitárias (i) os habilitados na forma da legislação nacional (por meio de exames de capacidade, realizados pelas faculdades de medicina ou pelas câmaras municipais), (ii) os

²² Segundo Santos Filho (1991, p.423) “eram tantos dentistas estrangeiros que o capitão inglês Richard Burton escreveu que em 1868, ao desembarcar no porto do Recife, qualquer estrangeiro passava pelo seguinte e ilustrativo interrogatório: É comerciante? Engenheiro? Naturalista? Doutor? – Não? Então,

professores de escolas estrangeiras reconhecidas pelos respectivos governos; (iii) os diplomados por escolas estrangeiras, que fossem autores de obras notáveis (Lopes da Costa, 1928, p.13-14).

Os profissionais listados pelo artigo 28, acima citado, deveriam registrar seu “diploma” na Junta de Higiene, quando residentes na Corte e na Província do Rio de Janeiro; e junto às comissões e aos provedores de saúde pública, quando residentes nas demais Províncias. Para ter validade, os diplomas receberiam, no verso, o visto do presidente da Junta ou do provedor. Para os médicos exigia-se o diploma das faculdades de Medicina oficiais existentes e, para os para os dentistas, exames de capacidade, os quais, no bojo dessa reforma, passaram a ser realizados pelas faculdades de medicina, a partir de 1856.²³ Assim, ao mesmo tempo em que se definiu o regimento para o funcionamento da Junta de Higiene, foram reformulados os estatutos das faculdades de medicina, concretizado no ano de 1854, pelo Decreto 1.387. O artigo 26 desse decreto previa, então, a realização de exames para os pretendentes à profissão de dentista, função finalmente normatizada pelo Decreto 1.764, de 1856 (Cunha, 1952, p.139).²⁴

É interessante destacar que para prestar os exames não mais se exigia a comprovação de aprendizado com um mestre; bastava a apresentação de documentos que comprovassem a moralidade do candidato, concedendo-se, após o exame, o título de “dentista aprovado” (Cunha, 1952, p. 140). Assim, em meados do século XIX, já havia uma definição legal sobre os critérios de licenciamento do exercício da atividade do dentista no Brasil, ou seja, a obtenção de um título - por escola estrangeira ou por exame em faculdade de medicina oficial - e o registro do diploma na Junta de Higiene - para os residentes na Corte e na Província do Rio de Janeiro - ou nas suas representações nas Províncias. O não-cumprimento desses requisitos acarretava multa para o infrator e, no caso de reincidência, prisão. Por outro lado, isso não impediu que as tarefas típicas da

deve ser dentista!”. Isso nos leva a refletir sobre duas possibilidades: excesso de dentistas no estrangeiro ou falta de dentistas treinados aqui, tendo-se em vista o mercado promissor de serviços odontológicos.

²³ Os diplomados em universidades ou escolas estrangeiras deveriam legalizar seus diplomas nas faculdades de medicina e só, então, registrá-los na Junta de Higiene. Conforme veremos adiante, a formação superior em odontologia no Brasil só teve início no final do século XIX, com a criação dos cursos de odontologia anexados às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, em 1884, pelo Decreto 9.311 (Cunha, 1952, p.157).

²⁴ Esses decretos normatizavam também os exames de sangradores, mas não faziam nenhuma menção aos barbeiros, o que nos leva a supor que este ofício estava definitivamente excluído de exercer qualquer atividade de cura, pelo menos do ponto de vista legal.

odontologia fossem praticadas de forma irregular, até porque, pode-se supor, não haveria “dentistas aprovados” em número suficiente para atender às demandas de serviços odontológicos, principalmente em relação aos estratos populacionais mais pobres e residentes fora da Corte.²⁵ De fato, a prática da odontologia voltada para o atendimento das classes populares e dos escravos não seria capaz de sustentar, por si só, um dentista titulado, até porque, para os indivíduos sem recursos, o único remédio era a extração dentária, o que acontecia sem a substituição dos dentes. A atividade de “tirar dentes” permaneceu, então, como uma atividade compartilhada com barbeiros, sangradores, cirurgiões ou outros empíricos de espírito “aventureiro”.

Conforme Cunha (1952), a maior parte dos dentistas que prestava exame na faculdade de medicina era formada por dentistas estrangeiros, havendo, a partir de meados do século XIX, um predomínio de dentistas americanos, que aqui vieram em busca de fama e fortuna. Os brasileiros que tinham posses, por sua vez, optavam pelo treinamento em universidades estrangeiras, geralmente, na Europa, tendo como preferência o curso de Medicina, mesmo que tivessem a intenção de exercer a odontologia como profissão. Dessa forma, era comum formar-se primeiro em Medicina e, em seguida, buscar aprendizado na *arte dentária*, junto a nomes já consagrados da Europa, para depois retornar ao Brasil e aqui prestar o exame de dentista. A partir da segunda metade do século XIX, tornou-se comum, para os que já planejavam atuar como dentista, buscar formação profissional nas escolas de odontologia dos Estados Unidos, cujo avanço educacional e tecnológico já superava o europeu (Cunha, 1952; Dussault, 1981).²⁶ Os demais, que escolhessem a profissão de dentista, mas sem recursos para subsidiar uma formação universitária no exterior ou mesmo para prestar exames nas faculdades de medicina do Brasil, logo passariam a ser identificados como charlatães.

²⁵ O registro na Junta de Higiene tinha importância relativa e nem sempre era praticado, mesmo por aqueles profissionais da elite da sociedade, que tinham diploma da faculdade de medicina. Um exemplo disso é o caso do Barão de Maceió, que tendo se diplomado na Faculdade de Medicina da Bahia em 1846 e exercendo a cátedra na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro desde 1858, só providenciou seu registro na Junta de Higiene em 1863. (Cunha, 1952, p.183).

²⁶ Na verdade, nessa época ainda não havia escolas especificamente voltadas para o ensino da odontologia na Europa; a formação odontológica, quando existia, estava vinculada às escolas de medicina ou de cirurgia. Na opinião de Gies (1926), esse era um fator de encarecimento da educação profissional da odontologia, desnecessário para se formar um bom dentista.

Assim, podemos considerar, pelo menos, três tipos de praticantes da arte dentária, na segunda metade do século XIX, no Brasil: o barbeiro, o sangrador e o dentista.²⁷ Um quarto profissional a ser incluído nessa lista é, sem dúvida, o cirurgião que, muitas vezes, tinha que se dedicar ao desempenho das tarefas do dentista, especialmente as de natureza cirúrgica. Por força das modificações impostas pela regulamentação das ocupações sanitárias, o barbeiro vai abandonando, aos poucos, suas múltiplas funções e passa a dedicar-se cada vez mais às atividades típicas da barbearia. No desenrolar deste processo consolida-se a distinção entre a figura do médico, do cirurgião e, especialmente, do dentista, que tradicionalmente vinha dividindo espaço com barbeiros e sangradores.²⁸

A conformação da profissão vai depender de inúmeros fatores, dentre eles, a identificação de um conjunto de tarefas com um determinado grupo ocupacional, e a relação que esse grupo mantém com o mercado, com o Estado e com as necessidades da sociedade (Larson, 1977; Abbott, 1988; Brown, 1992; Coelho, 1999). Os fatos sugerem que, no Brasil, a identificação da *arte dentária* com o dentista começou a se fazer mais evidente a partir de meados do século XIX, quando passou a ser reconhecida e regulamentada pelo Estado, por meio do Regimento de 1851, antes mesmo que a categoria tivesse se organizado para tal fim. Na verdade, a *arte dentária*, pelo menos no que diz respeito à sua regulamentação, teve seu nome anexado ao rol das ocupações sanitárias, obtendo os mesmos preceitos legais que a profissão médica e farmacêutica, mesmo detendo um status na sociedade muito inferior ao dessas profissões. Tal fato nos leva a pensar sobre as razões que justificariam essa inclusão, já que não se tem notícia de nenhum movimento associativo dos dentistas nessa época, nem mesmo a existência de escolas de odontologia.

²⁷ Essa divisão pode ser constatada na lista de profissionais exercendo a odontologia na segunda metade do século XIX, descrita por Cunha (1952, p. 197-208), cujos nomes foram encontrados nos “almanaques” administrativos e comerciais das províncias do norte do Brasil. Encontram-se listados profissionais que se anunciavam como dentistas e barbeiros; dentistas e sangradores e os que se diziam dentistas apenas, em geral, ostentando o título de “Dr.” na frente do nome. Já o cirurgião, quando se dedicava ao ofício de dentista, apostava ao nome o título de “cirurgião”.

²⁸ Os sangradores praticamente desaparecem na segunda metade do século XIX, em decorrência, principalmente, do desenvolvimento científico da medicina e da cirurgia. Segundo Abbott (1988), o desenvolvimento científico e tecnológico é um dos fatores que causam distúrbios no sistema de profissões e que determinam o aparecimento ou a substituição de grupos ocupacionais. Os barbeiros, no entanto, ainda vão ser encontrados no início do século XX, nas regiões interioranas e mais remotas do país.

As explicações para esse fato podem estar (i) primeiro, na tradição, ou seja, no fato de que no Brasil, todos os ofícios e atividades relativas à arte de curar já vinham sendo regulados, em conjunto, desde os tempos da Colônia, inclusive as extrações dentárias, (ii) segundo, no fato de terem os dentistas (titulados) elegido o Estado e as elites dirigentes como principais audiências na arena da opinião pública;²⁹ (iii) e, terceiro, na influência exercida pelos dentistas estrangeiros, especialmente os norte-americanos que, nesse período, já dominavam a odontologia ocidental (especialmente em relação às técnicas e fabricação de artigos e insumos odontológicos), tendo desenvolvido um modelo de profissão independente, elevando seu status e importância social.

Na verdade, em meados do século XIX, o processo de profissionalização da odontologia nos Estados Unidos já estava adiantado, especialmente no que diz respeito à sua identidade profissional e ao discurso da sua necessidade “vital” e utilidade social. O desenvolvimento e, especialmente, a divulgação da imagem profissional, com a adoção de um discurso fundamentado tanto na ciência dental, quanto na “utilidade social”, foram fatores que contribuíram para o processo de profissionalização e de reconhecimento do dentista. Por outro lado, a construção de uma indústria de equipamentos e insumos odontológicos encontrava-se em franca expansão, permitindo o desenvolvimento e a ampliação do mercado da odontologia.³⁰

Nessa época, duas descobertas foram fundamentais para o desenvolvimento da prática odontológica: a descoberta da anestesia, em 1846, e a introdução do “vulcanite”, em 1851. O vulcanite era um tipo de borracha vulcanizada que servia de base para as dentaduras, permitindo sua confecção de forma mais apropriada e custo mais baixo que as bases de metais usadas até então. O impacto da anestesia não foi menor; com apenas sete meses da sua descoberta nos Estados Unidos, a anestesia foi aplicada no Brasil, no

²⁹ Segundo Abbott (1988), alguns modelos de profissões adotam o Estado como principal audiência na arena da opinião pública para conquista da sua jurisdição legal; isso teria ocorrido na conformação das profissões na Europa.

³⁰ A S.S. White, por exemplo, foi fundada na Filadélfia, em 1843, tornando-se a maior indústria de artigos odontológicos do mundo. Foi a primeira fábrica a produzir porcelana e outros artigos de uso odontológico, possibilitando o desenvolvimento e disseminação dos avanços e descobertas das técnicas profissionais (Ring, 1985).

Hospital Militar do Rio de Janeiro (Santos Filho, 1991, p.337). Ambas as descobertas rapidamente tornaram a prática odontológica mais eficaz e eficiente.³¹

Pode-se, portanto, imaginar que as idéias em curso nos Estados Unidos, com respeito à identidade do dentista, tenham exercido alguma influência sobre a conformação da profissão no Brasil, idéias que foram certamente trazidas pela leva de dentistas que aqui aportaram em meados do século XIX.

2.3. Organizações profissionais do século XIX

As primeiras organizações associativas de dentistas surgiram no final do século XIX, assim como as primeiras revistas e periódicos, que congregavam e divulgavam as produções e opiniões em torno à *arte dentária*. De fato, em 1868 foi criada uma primeira agremiação de dentistas no Brasil – Instituto dos Cirurgiões-Dentistas, funcionando sob a cessão da Imperial Academia de Medicina. Porém, teve existência transitória, dissolvendo-se no ano seguinte. Em 1889, foi criada outra associação: o Instituto de Cirurgiões Dentistas do Rio de Janeiro, com o objetivo de lutar contra a atitude do governo de cobrar dois tipos de impostos sobre o trabalho do dentista - o imposto de indústrias e o imposto de profissão - que resultava no pagamento de valores muito superiores aos valores pagos por outros profissionais, como médicos, engenheiros e advogados (Cunha, 1952). A polêmica em torno ao imposto cobrado sobre o trabalho do dentista era recorrente. Pelo fato de o dentista realizar, ao mesmo tempo, um trabalho que compreende a manufatura de materiais e um serviço profissional, era comum que as autoridades quisessem taxá-los com dois impostos: o profissional, relativo à prestação de serviços e o de indústrias, relativo ao trabalho protético de fabricação de peças dentárias (Lopes da Costa, 1928).³²

O Instituto de Cirurgiões Dentistas do Rio de Janeiro também adotou um código de ética para a profissão, visando prioritariamente a combater o charlatanismo. Com vistas

³¹ Extrações, seguidas da confecção de dentadura, tornaram-se a alternativa para solucionar os problemas odontológicos, pois satisfaziam, de forma definitiva, o problema da dor de dente, da restauração da estética e, pelo menos em parte, da função mastigatória (Ring, 1985).

³² Esse tipo de polêmica revela e aprofunda o problema de identidade que os dentistas tradicionalmente tiveram (e ainda têm) que enfrentar, dado que a natureza do seu trabalho está diretamente envolvida com uma atividade que é manual e artesanal, ao mesmo tempo em que se tenta construir um corpo científico e teórico de conhecimento.

a obter distinção para os dentistas diplomados e licenciados, conseguiram, mediante decreto do Ministro do Império, o direito exclusivo de uso do título de cirurgiões-dentistas, ainda inexistente. Se, por um lado, essa organização, que tinha caráter científico e social, não teve que lutar diretamente pela legalização da prática odontológica, já definida no regimento das ocupações sanitárias de 1851, nas mesmas bases estabelecidas para a profissão médica, por outro, ela teve que lutar pela elevação do status social do dentista, numa sociedade repleta de praticantes não-qualificados para a *arte dentária*.

Em relação às publicações científicas da odontologia, a revista mais antiga de divulgação profissional parece ter sido a “Arte Dentária”, fundada em 1869 (Cunha, 1952). Anteriormente, no entanto, já haviam sido publicados manuais de orientação sobre a saúde da boca, dirigidos, especialmente, ao público leigo a exemplo do “Guia dos Dentes Sãos”, de Clinton Van Tuyl, publicado em 1849 e do “Dicionário de Medicina Popular” do Dr Chernovitz”, introduzido no Brasil em 1840 e amplamente utilizado durante o século XIX (Santos Filho, 1991; Figueiredo, 2002). As outras revistas odontológicas aparecem mais tarde, das quais podemos citar a “Revista Dentária”, em 1879, e a “Hygiene da Boca”, de 1885 (Cunha, 1952, p.233-254). As revistas e publicações serviam, sobretudo, para divulgar as técnicas e descobertas odontológicas, com vistas a explicar as patologias e conhecer suas formas de tratamento. Nos Estados Unidos, foram utilizadas tanto para a função científica quanto para divulgar a imagem da profissão ao público leigo, demonstrando os avanços científicos da profissão e justificando a necessidade de regulamentação profissional (Carvalho, 1994). Isso, todavia, parece não ter ocorrido com a mesma intensidade no Brasil.

3. O exercício da odontologia na Primeira República

Com a Proclamação da República, em 1889, instaurou-se o processo de constituição do Estado brasileiro, guiado, em princípio, por uma Constituição bastante liberal, promulgada em 1891. Em que pese sua orientação baseada em idéias liberais, sua estrutura organizacional foi, gradualmente, voltando-se para um modelo de centralização administrativa e intervenção estatal nas políticas e na economia

brasileiras.³³ Nessa conjuntura de conflitos, entre os princípios liberais estabelecidos pela República e a crescente centralização estatal, desenvolveram-se demandas por um aumento da capacidade regulatória do Estado, com extensos reflexos sobre as políticas públicas adotadas tanto na área da saúde quanto na da educação, especialmente a partir da segunda década do século XX. (Hochman, 1998; Silva & Szmrecsányi, 2002). Como resultado, o Estado passou a assumir um papel central na condução das políticas públicas nacionais, materializado por uma estrutura burocrática ampliada e especializada. Dentro desse contexto, os princípios liberais da República e da Constituição de 1891 foram, aos poucos, sendo questionados quanto à sua adequação para o que se denominou ser a “realidade do país” naquele início de século, embora não se possa dizer que eles tenham sido abandonados ou deixado de funcionar como uma orientação ideológica (Silva & Szmrecsányi, 2002).

Conforme veremos, uma série de desacertos foi imputada à Constituição de 1891, especialmente no que diz respeito à interpretação dada para o exercício das profissões liberais e para o funcionamento do ensino superior, que se tornou alvo de discussão e reforma em praticamente todo o período da República Velha (Cunha, 1980).

Na verdade, as mudanças ocorridas após a Proclamação da República incidiram fortemente sobre a regulação das profissões e sobre a educação superior. Várias reformas do ensino foram colocadas em prática e uma discussão interminável sobre a liberdade profissional, marcaram o curto período de tempo que durou a República Velha (1889-1930).³⁴ Esse foi também um período marcado pelo desenvolvimento das camadas sociais médias, da burocracia do Estado e empresarial, e do bacharelismo.³⁵

³³ Na verdade, a Constituição de 1891 era completamente liberal, tanto em espírito quanto em conteúdo explícito. O poder passou para os Estados e, neles, passou para os municípios. Os Estados tornaram-se autônomos para contrair dívidas no exterior e cobrar impostos, o que provocou uma verdadeira desordem financeira e administrativa nos primeiros anos da República, estabelecendo a necessidade de reduzir a autonomia estadual, garantida pela Constituição, voltando-se o país para um processo crescente de centralização, especialmente no que diz respeito às decisões econômicas e políticas (Santos, 1998).

³⁴ A influência do positivismo e dos positivistas no desenvolvimento da educação escolar no Brasil e, obviamente, no ensino superior, resultou na elaboração de uma Constituição marcada pela forte influência positivista. A Constituição procurou conciliar antigos projetos liberais de secularização e descentralização do ensino com as propostas positivistas de desligar o exercício das profissões dos privilégios concedidos pelos diplomas escolares (Cunha, 1980, p.151).

³⁵ A questão do bacharelismo tem sido estudada por historiadores e juristas, sendo incluída entre os temas fundamentais da História brasileira. A “praga do bacharelismo” no Brasil foi exemplar, centrada nas profissões liberais, com os bacharéis buscando na burocracia postos e rendimentos. Segundo Sérgio Buarque de Holanda (*apud* Vainfas, 2002, p.68-69), o verdadeiro objetivo seria a obtenção de empregos públicos. Para Queiroz (*apud* Vainfas, 2002, p.68-69), o bacharelismo era como extensão do domínio do

Esse processo de ampliação e constituição da burocracia (pública e privada) determinou o aumento da procura por educação escolar, especialmente de nível superior, pela qual se processava a formação profissional necessária ao desempenho das novas tarefas burocráticas. Cunha (1980), analisando o período, destacou que dentre as razões principais para o crescimento da demanda pela educação superior estavam (i) os latifundiários, que queriam filhos doutores, para manter o prestígio familiar e atenuar possíveis situações de destituição e (ii) os trabalhadores urbanos e colonos, que viam na escolarização um meio de ascensão social, através do ingresso de seus filhos numa ocupação burocrática. Assim, ao final do Império e no início da República, não só o título de “bacharel”, mas qualquer diploma de ensino superior, anel de grau, vestuário e fala passaram a conferir aos seus portadores, os “doutores”, um status muito especial na sociedade brasileira.

Em relação ao exercício profissional, ocorreram mudanças importantes. Uma delas diz respeito ao Código Penal de 1890, que passou a considerar como criminosa a prática da medicina, da odontologia e da farmácia por quem não possuísse títulos acadêmicos (artigo 156). O exercício ilegal da profissão passou a ser um delito contra a saúde pública. Entretanto, essa regulação estava longe de ser consensual. Na verdade, a Constituição de 1891 estabeleceu, no seu §24 do artigo 72, que “É garantido o livre exercício de qualquer profissão, moral, intelectual e industrial”, levantando duas possíveis interpretações, disputadas acirradamente, entre partidários da titulação acadêmica para o licenciamento (credencialistas) e defensores do livre exercício (anticredencialistas). Os primeiros consideravam o título acadêmico indispensável para a prática profissional enquanto que os anticredencialistas, de posição positivista, acreditavam que o título acadêmico não era garantia de qualificação e que qualquer restrição à liberdade profissional significava negar também ao cidadão o seu direito e a liberdade de consultar-se com quem melhor lhe conviesse (Coelho, 1999; Lopes da Costa, 1928). Entre o reconhecimento da liberdade absoluta e o reconhecimento do direito de o Estado restringir essa liberdade, quando essa se “opusse aos costumes públicos, à segurança e à saúde da população”, foi essa última que prevaleceu.³⁶ Dito de outra forma, prevaleceu a interpretação de que o §24 do artigo 72 queria apenas dizer que cada indivíduo tinha a liberdade de escolher sua ocupação ou seu emprego, sem a

latifúndio, tomando o bacharel como um continuador, nos centros urbanos, dos interesses dos senhores rurais. José Murilo de Carvalho aponta para a influência decisiva de grupos político-jurídicos minoritários (profissionais liberais da elite brasileira) nos acontecimentos do século XIX (*apud* Vainfas, 2002, p.68-69).

interferência de quem quer que seja, tendo o Estado o direito e o dever de velar pela segurança e pela saúde públicas. Foi essa a interpretação dada pela jurisprudência dos tribunais, ou seja, pela constitucionalidade da regulamentação das profissões.

Essa posição prevaleceu mesmo quando, em 1911, uma reforma do ensino, decretada pelo ministro Rivadávia Corrêa, tentou tornar livre o exercício de todas as profissões. O decreto, responsável pela reforma, assim definia: “A instrução superior e a fundamental, difundida pelos institutos criados pela União, não gozarão de privilégio de qualquer espécie”. Isto possibilitou, de um lado, a criação de inúmeras escolas particulares (escolas livres) e, de outro, o licenciamento profissional independente do credenciamento e da já estabelecida forma de certificação.³⁷ Esse estado de liberdade gerou inúmeros processos nos tribunais, tendo-se em vista a concessão de licenças para o exercício de profissões sanitárias, independentemente da exibição de diplomas e dos registros exigidos nos regulamentos dos departamentos sanitários estaduais (Lopes da Costa, 1928). Tal reforma educacional, de cunho positivista, que se baseava no pressuposto de que os títulos acadêmicos eram dispensáveis, mostrou-se inaceitável na realidade; resistências à liberdade profissional partiram de todos os lados, inclusive de dentro da burocracia do Estado. Na prática, os tribunais de Justiça, federais e estaduais, continuavam a respeitar os dispositivos legais que outorgavam privilégios ocupacionais aos portadores de certos diplomas escolares, mantendo-se a interpretação do §24 do artigo 72 da Constituição, ou seja, era dever do Estado estabelecer restrições que porventura o exigissem a segurança, a ordem e a saúde públicas. O próprio governo pôs fim à “liberdade profissional”, com a decretação, em 1915, de nova reforma educacional sobre a qual se assentou a necessidade de exigência do diploma ou de exame a todos, indistintamente.

Pela Constituição de 1891, as leis e regulamentos do ensino superior podiam ser federais ou estaduais. Era de competência da União legislar sobre o ensino superior no Distrito Federal enquanto que cada Estado tinha sua própria legislação educacional. A União podia, ainda, criar instituições federais em qualquer parte do território, regulando

³⁶ Assim definido no artigo 179 da antiga Constituição de 1824 e já há bastante tempo praticado no país.

³⁷ Segundo Lopes da Costa (1928), os cinco anos de duração desse decreto foram suficientes para estabelecer um estado de liberdade profissional generalizado, com o “Governo concedendo à larga, todos os dias, licença para o exercício das profissões sanitárias, independentemente de diplomas”. Ainda segundo o autor, “escolas surgiam por toda a parte, ministrando o ensino superior, chegando o escândalo a ponto de haver no Distrito Federal uma faculdade de medicina que vendia o diploma de médico por sessenta mil réis...” (Lopes da Costa, 1928, p. 34).

o ensino nelas ministrado. Os diplomas conferidos pelos estabelecimentos da União, ou a eles equiparados, valiam em todo o território. Já os conferidos pelas escolas estaduais tinham validade somente dentro da circunscrição dos respectivos Estados. Por outro lado, para que os poderes públicos conseguissem velar pela obediência ao disposto no artigo 156 do Código Penal - que criminalizava a prática da medicina, da odontologia e da farmácia por quem não possuísse títulos acadêmicos - era necessário que as autoridades sanitárias definissem regras para o reconhecimento dos títulos, em virtude dos quais os médicos ou os dentistas adquiriam o direito de trabalhar. Assim, para obter o licenciamento, os Estados exigiam registro dos diplomas nas suas repartições de higiene, sob pena de multa.

3.1. O reconhecimento dos diplomas

Nas primeiras décadas da República, o exercício da medicina e da odontologia estava condicionado à formação e titulação em escola profissional superior. Havia, então, três tipos de escolas: as escolas oficiais (mantidas e administradas pela União), as escolas estaduais (mantidas e administradas pelos governos estaduais) e as escolas livres (mantidas e administradas pelo sistema privado). Quando obtido por escola oficial, o título era válido em todo o território nacional. Entretanto, o reconhecimento do diploma obtido por escolas estaduais e livres dependia das regras estabelecidas pelas autoridades e constituições de cada Estado da nação. No Estado do Rio Grande do Sul, que era adepto à doutrina positivista, rejeitava-se os privilégios profissionais de qualquer diploma escolar. Em São Paulo, ao contrário, uma lei da Assembléia Estadual determinava que só poderiam exercer a odontologia os diplomados por faculdades oficiais, mas nunca os titulados por escolas privadas. Isto ocorreu, por exemplo, com os dentistas diplomados pela Universidade de São Paulo, criada em 1911; por ser uma instituição privada, seus diplomados não puderam exercer legalmente a profissão de dentista no Estado, ao passo que conseguiram registrar-se na repartição sanitária do governo federal, no Rio de Janeiro (Cunha, 1980).

Os problemas causados pelas diferenças em relação ao reconhecimento dos diplomas no país levaram o próprio governo a adotar medidas de controle e fiscalização, sobre o ensino superior, viabilizadas pelas reformas educacionais de 1915 e 1925 (Cunha, 1980). Na verdade, um movimento de maior centralização em relação ao sistema de

formação superior começou a ter êxito somente a partir da década de 20, quando se definiram mecanismos mais rígidos de controle do Estado sobre o ensino, incidindo, conseqüentemente, sobre o exercício profissional. Assim, de um lado, o sistema educacional passou a exigir a equiparação das escolas estaduais e livres às escolas oficiais e, de outro, um decreto federal, editado em 1921, passou a exigir que o exercício das profissões sanitárias fosse permitido apenas a quem se mostrasse habilitado por título conferido por faculdades oficiais ou equiparadas, na forma da lei.

Ainda assim, pode-se dizer que prevaleceu, ao longo desse período, a autonomia dos Estados para decidir sobre a validade dos diplomas das escolas superiores nos seus domínios. Em última instância, na vigência da Primeira República, o que conferia legalidade ao exercício profissional, era o reconhecimento do diploma no âmbito estadual.

3.2. As reformas do ensino da Primeira República

Conforme apontado, o movimento de regulação do sistema formador superior tem início com a Reforma de 1915, quando o Estado propõe a adoção de barreiras de entrada ao ensino superior, provocando, desde então, uma diminuição do número de candidatos aos cursos superiores (Cunha, 1980).³⁸ Nessa reforma foram estabelecidas normas para a fiscalização federal sobre as escolas particulares e para a equiparação das escolas livres e estaduais.³⁹ Se equiparada, a escola poderia reivindicar a validade do seu diploma em todo o território nacional.

Em 1925, outra reforma, conhecida como Rocha Vaz, veio aumentar ainda mais o controle do governo federal sobre o aparelho formador, tornando o processo de

³⁸ As barreiras de entrada são impostas pela adoção de exames vestibulares para a seleção dos candidatos aos cursos superiores. Além disso, foram criadas condições para a equiparação; escolas que funcionassem em cidades com menos de 100 mil habitantes, com exceção das capitais dos Estados, não podiam ser equiparadas, nem podia haver equiparação em mais de duas escolas de uma mesma profissão por unidade da Federação (Cunha, 1980).

³⁹ Para se tornar equiparada, uma escola deveria provar estar funcionando há mais de cinco anos, ter um sistema confiável de distribuição de notas, ter um currículo adequado, exame vestibular rigoroso, qualificação do corpo docente e adequação do material didático, entre outras (Cunha, 1980).

equiparação das faculdades livres ainda mais rígido.⁴⁰ Em que pese o processo de controle imposto pelo governo federal, muitas escolas livres e estaduais não se candidataram à equiparação, até porque não preenchiam os requisitos estabelecidos pela União, continuando a formar profissionais, cujos diplomas eram cada vez menos aceitos pelos órgãos reguladores dos Estados, até que na década de 1930, perderam totalmente a validade em qualquer parte do território nacional. Isso gerou profundo impacto à odontologia, uma vez que grande parte dos dentistas se formava pelas escolas livres ou estaduais. Conforme veremos adiante, esses dentistas irão, mais tarde, engrossar as fileiras dos “dentistas práticos”.

3.3. A regulação das profissões sanitárias de 1921

Em consonância com as reformas da educação, a regulação do exercício profissional também se tornou mais rigorosa, a partir da década de 20. Na área da saúde, o decreto federal n.º 15.003, de 15 de setembro de 1921, que regulamentou o serviço do Departamento Nacional de Saúde Pública, estabeleceu como requisito para o exercício das profissões sanitárias em todo o território nacional a apresentação de diplomas obtidos em escolas oficiais ou equiparados e limitou o uso dos diplomas das escolas livres ou estaduais aos seus respectivos Estados.⁴¹ Assim, o capítulo IV desse decreto, que tratava especificamente do serviço de “Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia”, estabeleceu permissão para o exercício da arte de curar, em todo o país,⁴²

- (i) aos que se mostrassem habilitados por título conferido pelas faculdades de medicina oficiais ou equiparadas, na forma da lei;
- (ii) aos que, sendo graduados por escolas ou universidades estrangeiras, se habilitassem perante as faculdades nacionais, na forma dos respectivos estatutos;

⁴⁰ A exemplo dos critérios que estabeleceram valor mínimo de patrimônio, currículo padronizado, sistema classificatório no vestibular e número fixo de vagas a cada ano.

⁴¹ O Departamento Nacional de Saúde Pública havia sido criado no ano anterior, pelo Decreto 14.189, em 26 de maio de 1920.

⁴² Como pode ser observado, o sistema de regulamentação do exercício da profissão médica, vigente na Primeira República, aplicava-se igualmente à odontologia (ainda “arte dentária”), que passa a ser citada nos dispositivos legais, quase que invariavelmente, juntamente com as profissões de médico, farmacêutico e de parteira.

- (iii) aos que, sendo professores de universidades estrangeiras, requeressem licença ao Departamento Nacional de Saúde Pública, concedida à vista de documentos autenticados e apenas de países onde gozassem de idêntico favor os professores de escolas brasileiras.⁴³

O decreto estabeleceu, ainda, a obrigatoriedade de registro do título no Departamento Nacional de Saúde Pública, sob pena de multa. Ficava claro, portanto, o direito de prática aos diplomados pelas escolas oficiais ou equiparadas em qualquer parte do país; os diplomas conferidos por escolas estaduais e, portanto, o exercício das práticas sanitárias só teria efetividade dentro das circunscrições dos respectivos Estados, segundo as regras já estabelecidas.

4. O ensino da odontologia no Brasil

Para falarmos do ensino da odontologia no Brasil, é preciso retornar ao momento de criação da primeira escola e, a partir de então, traçar a evolução do sistema formador dos dentistas brasileiros. Em 25 de outubro de 1884, pelo Decreto 9.311, do governo imperial, foi instituído o curso de odontologia nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (Cunha, 1952). Dois anos antes havia sido criado um laboratório de cirurgia e prótese dentárias nessas duas escolas (1882), tendo à frente um dentista, nomeado por concurso para esse cargo.⁴⁴ Com esse cargo, o dentista passou a fazer parte das bancas examinadoras dos candidatos ao título de dentista. Com a oficialização do ensino odontológico, dois anos mais tarde, acabaram-se os exames para obtenção do título de “dentista”, passando os candidatos a cursar três anos de odontologia para receberem o referido título.⁴⁵

⁴³ É interessante observar que esse decreto muda pouca coisa em relação ao Regimento da Junta de Higiene de 1851, no que diz respeito aos critérios de exercício das ocupações sanitárias.

⁴⁴ O laboratório de prótese odontológica era então utilizado pelos estudantes de medicina, cuja frequência era facultativa. Sua função consistia em atender pacientes da faculdade e encaminhá-los para o tratamento médico quando o caso assim o exigisse. O laboratório de odontologia da Faculdade de Medicina da Bahia, em função de obras e problemas financeiros, só começou a funcionar de fato no ano de 1891 (Cunha, 1952).

⁴⁵ O curso duraria três anos, com as seguintes disciplinas: na 1.^a série, Física, Química Mineral e Anatomia da Cabeça; na 2.^a série, Histologia Dentária, Fisiologia Dentária e Patologia Dentária e Higiene da Boca; e na 3.^a série, Terapêutica Dentária e Cirurgia e Prótese Dentária. Para se candidatar ao curso, era exigido que o candidato prestasse matérias preparatórias (Português, Francês, Inglês, Aritmética e Geometria), diferentemente do que ocorria antes, quando bastava apenas um atestado de moralidade para submeter-se ao curso. O candidato podia, pois, ser até iletrado (Cunha, 1952, p. 162).

Após nove anos de sua criação (1893), o curso de odontologia passou por uma primeira modificação, com a supressão de um ano, podendo ser realizado, então, em apenas dois anos.⁴⁶ O Decreto 1.482, de 1893, detalhava as disciplinas do curso de odontologia e as séries em que deveriam ser lecionadas definindo, ainda, o processo de avaliação dos estudantes. Outra modificação importante, ocorrida com base nesse decreto, foi a mudança do título, com a substituição do título de “dentista” pelo de “cirurgião-dentista”. O diploma passou a ser assinado no verso, com os dentistas obtendo “colação de grau”, fato que ainda não havia sido instituído para a profissão odontológica. Titulação e colação de grau são bens simbolicamente muito importantes no reconhecimento de uma profissão, principalmente porque contribuem para elevar o prestígio profissional perante a sociedade (Abbott, 1988; Brown, 1992); pode-se dizer que essas conquistas constituíram-se num passo importante para a consolidação da profissão odontológica no Brasil.

Apesar das conquistas obtidas pelos cirurgiões-dentistas, isso não significou que a profissão odontológica já tivesse adquirido, naquele momento, suficiente status que a pusesse no mesmo nível das profissões de medicina, engenharia e advocacia, permanecendo por muito tempo relegada a uma ocupação de posição inferior, considerada apenas *arte*, especialmente porque, conforme já vimos, ainda continuava a ser amplamente exercida por barbeiros e práticos, indivíduos na sua maioria iletrados, provenientes, em geral, dos estratos mais baixos da sociedade brasileira.⁴⁷

⁴⁶ Apenas para efeito de comparação sobre a duração dos cursos de Odontologia, nos Estados Unidos, com a organização da Associação Nacional de Faculdades de Odontologia, em 1884, com vistas a elevar os padrões acadêmicos das escolas de odontologia americanas, estabeleceu-se um padrão de ensino de dois anos com as seguintes disciplinas: 1.º ano – Anatomia, Química, Histologia, Odontologia Mecânica e Fisiologia; 2.º ano – Matéria Médica e Terapêutica, Odontologia Operativa, Patologia e Cirurgia (Gies, 1926, p.118).

⁴⁷ Segundo relata a historiadora Figueiredo (2002, p.172), no seu estudo sobre as artes de curar do século XIX, em Minas Gerais, ao contrário dos farmacêuticos e dos médicos, ela não encontrou na documentação consultada nenhuma referência sobre a nobreza da atividade do dentista, seja ele prático ou com formação acadêmica.

4.1. Expansão dos cursos de odontologia na Primeira República

No bojo do processo de expansão do ensino superior no Brasil, nos primeiros anos da República, foram criados vários cursos de odontologia, muitos deles associados a escolas de Farmácia. Entre 1891 e 1910 foram criadas 27 escolas superiores no Brasil, sendo 9 delas na área da saúde: dessas nove escolas, seis eram de odontologia, que se somaram às duas já existentes, as escolas oficiais do Rio de Janeiro e da Bahia.⁴⁸ Conforme dito, em 1911, a reforma Rivadávia Correa, de caráter positivista, facilitou a abertura de escolas superiores “não oficiais”, principalmente porque essas não seriam submetidas a qualquer tipo de fiscalização por parte do governo federal. Dessa forma, abriram-se inúmeras faculdades de odontologia, especialmente de natureza privada, durante a vigência da lei, entre 1911 e 1915.⁴⁹ Nesse período, foram criadas mais seis escolas de odontologia, sendo metade associada a três universidades.⁵⁰

O estabelecimento de mecanismos de controle sobre a criação e equiparação de escolas, ocorrido com as reformas de 1915 e 1925, dificultou e diminuiu o ritmo de abertura de escolas superiores no país, mas não impediu o seu crescimento. Sabemos que foram criadas muitas escolas livres de odontologia em vários municípios do país, na vigência da Primeira República, das quais não se tem uma informação consolidada, primeiro porque eram registradas apenas nos Estados e, segundo, porque tiveram curta duração, sendo definitivamente extintas após a Revolução de 30. Um exemplo ilustrativo é o da Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ubá, em Minas Gerais, fundada em 1923 e extinta na década de 30 (anexo 3).⁵¹

⁴⁸ Foram elas as Faculdades de Odontologia de Porto Alegre (1889), Faculdade de Farmácia e Odontologia de Juiz de Fora (1904), Escola Livre de Odontologia do Rio de Janeiro (1905), Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo (1905), Escola de Farmácia e Odontologia do Instituto Granbery/Juiz de Fora (1905) e Faculdade de Odontologia de Minas Gerais (1908) (Cunha, 1980, p.150-189).

⁴⁹ Esse período terminou com a Reforma de 1915, já comentada, que buscou aumentar o controle do Estado sobre o ensino superior no Brasil.

⁵⁰ Faculdade de Farmácia e Odontologia de Alfenas (1914), Faculdade de Odontologia do Pará (1914) e Faculdade de Odontologia de Pernambuco (1915). As outras três escolas pertenciam às universidades de Manaus (1909), de São Paulo (1911) e do Paraná (1912) (Cunha, 1980, p.150-189).

⁵¹ Outros exemplos de municípios que abriram faculdades de odontologia e farmácia na Primeira República são Ouro Preto e Pouso Alegre, em Minas Gerais, e Pindamonhangaba, e Itapetininga, em São Paulo (informações obtidas em artigos de história sobre escolas de farmácia e odontologia, divulgados em páginas da Web).

Também ilustrativo é o artigo publicado em "Nossa Revista - Publicação acadêmica de Ouro Preto - Científica e Cultural", em 1929, cujo autor aparece sob o pseudônimo de J. P.. O artigo exaltava o senador Furtado de Menezes, como defensor da Escola de Farmácia de Ouro Preto diante da concorrência desleal e injusta das escolas de farmácia e odontologia improvisadas e reconhecidas pelo Estado. Dizia o artigo que "o governo estava cometendo uma monstruosidade em fabricar, como no ano passado, 80 pharmaceuticos práticos e dentistas" e que "o dr. Furtado de Menezes, com aquella franqueza que até não parece franqueza, devido a sua sinceridade latente, é o único que não admite, não deixa passar estas anormalidades sem a sua cerrada critica patriótica e justa". O autor do artigo prossegue dizendo que o Dr. Antonio Carlos (governador do Estado) abarrotou Minas de escolas de farmácia e odontologia: "Há cidades que possuem duas de uma vez, reconhecidas pelo Governo do Estado (...) cavar um diploma no gênero em Minas, é canja. Carroceiros, engraxates, horrendos analphabetos - etc... Todos são doutores".⁵²

É importante destacar que grande parte dos dentistas formados pelas escolas livres e estaduais, criadas nas três primeiras décadas do século XX, passou, mais tarde, a demandar no legislativo a regulamentação dos dentistas práticos, posição a que foram relegados a partir da década de 30.

Conforme visto, o ensino levado a cabo por escolas livres e estaduais não-equiparadas permaneceu durante toda a República Velha, em que pese as reformas implementadas para controlá-lo. Da mesma forma, permaneceu o reconhecimento dos diplomas para o exercício profissional estabelecido pelas constituições estaduais, autônomas para julgar que tipo de profissional poderia exercer as artes de curar em suas jurisdições.

A transformação definitiva do sistema de regulação educacional e profissional no Brasil, com a padronização e controle por parte do governo federal para todo território nacional, só ocorreu no pós-30, iniciada na Era Vargas, com o processo de centralização administrativa e de criação do Estado Novo, e consolidada nas décadas de 50 e 60, com a instituição dos conselhos de profissões, pelo menos no que diz respeito às profissões da área da saúde, dentre elas, a odontologia.

⁵² Victor Vieira de Godoy (s/d). Cronologia na História da Escola de Farmácia. Centro de Memória da Escola de Pharmacia de Ouro Preto. <www.ef.ufop.br/CMPharmacia>.

5 . As profissões e a odontologia na Era Vargas

Em novembro de 1930, Getúlio Vargas tomou posse do Governo Provisório, inaugurando o período que ficou conhecido como “Era Vargas”. Desde o início, seu governo revelou uma profunda preocupação com a administração, sob a tônica da eficiência e da moralidade, contrapondo-se frontalmente à “desorganização administrativa e ao emperramento da máquina governamental” instaladas durante o decorrer da Primeira República (*apud* Wahrlich, 1983, p.6-7). Até a promulgação da Constituição de 1934, o Governo Provisório exerceu discricionariamente as funções e atribuições do Poder Executivo e do Poder Legislativo (Wahrlich, 1983, p.3-24).

Uma das primeiras medidas administrativas foi o desdobramento dos ministérios, criando dois novos: o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.⁵³ Interessa-nos especialmente o primeiro, que passou a regulamentar todas as questões relacionadas à formação e exercício das profissões sanitárias no Brasil. Dessa maneira, a reforma administrativa federal teve início pelo setor social (Wahrlich, 1983). De fato, ao findar-se o ano de 1930, estavam delineadas as principais preocupações desse novo governo, quais sejam, o fortalecimento da organização administrativa federal, partindo do setor social e a introdução de medidas de racionalização administrativa, visando a maior economia e eficiência. O Governo Provisório deu atenção especial ao recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública, principalmente no que se refere à reforma do ensino e à regulamentação das profissões.⁵⁴

Duas medidas importantes foram adotadas pelo novo ministério, com impacto sobre as profissões de saúde: o Decreto 19.852, editado em 11 de abril de 1931, portanto, cinco meses após a posse do novo governo, que tratou da organização da Universidade do Rio de Janeiro, determinando o funcionamento de todos os cursos superiores então existentes, incluindo o curso de odontologia; e o Decreto 19.851, editado na mesma data, que definiu as normas e diretrizes para a organização técnica e administrativa do

⁵³ As funções e repartições desses dois Ministérios recém-criados pertenciam anteriormente a três ministérios: o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o Ministério da Viação e Obras Públicas e o Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (Wahrlich, 1983).

⁵⁴ A educação e saúde ficaram sob a alçada de um só ministério até 1953.

ensino superior no Brasil, em especial o ensino universitário, estabelecendo o Estatuto das Universidades Brasileiras. Esse último definia que, para habilitação ao exercício legal das profissões universitárias, era imprescindível que o diploma fosse expedido por escola federal ou equiparada.⁵⁵

As disposições relativas ao funcionamento de cada curso foram especificadas no Decreto 19.852/31, que tratou da organização da Universidade do Rio de Janeiro, mas que se aplicaria a qualquer outra escola ou universidade. Os artigos 217 a 221 definiam o currículo mínimo para o curso de odontologia.⁵⁶ Outra medida adotada pelo decreto foi a transformação das escolas de Farmácia e Odontologia em faculdades autônomas, já que, até então, essas eram anexas às faculdades médicas federais. Por outro lado, o decreto assegurou o direito dos alunos das escolas de farmácia e de odontologia não fiscalizadas pelo Governo Federal, e cujo funcionamento estava impedido de continuar, de se transferirem para as séries correspondentes das escolas oficiais ou equiparadas, provado que as escolas de origem tivessem, pelo menos, dois anos de funcionamento efetivo.

Um dos artigos mais importantes do decreto para o exercício da odontologia, no entanto, foi o art. 314, que determinou que esse fosse objeto de regulação específica.

Reproduzimos a íntegra do referido artigo:

Art. 314. O Governo Federal expedirá decreto regulando no País o exercício da Odontologia, só o permitindo aos profissionais diplomados por Faculdades oficiais e equiparadas.

Parágrafo único. No regulamento a que se refere este artigo, o Governo Federal autorizará às repartições de Saúde Pública estaduais mediante provas de habilitação que entenderem convenientes, a expedição de licenças aos atuais práticos com mais de três anos de exercício da profissão e, ao mesmo tempo, discriminará a natureza da atividade que possa ser pelos mesmos exercida. (Brasil, Decreto n. 19.852 - de 11 de abril de 1931).

⁵⁵ As universidades estaduais ou livres poderiam ser equiparadas às universidades federais para efeitos da concessão de títulos, mediante inspeção prévia pelo Departamento Nacional de Ensino e pelo Conselho Nacional de Educação e atendendo aos critérios estabelecidos pelo Estatuto das Universidades Brasileiras.

⁵⁶ O currículo conteria as seguintes disciplinas: Anatomia, Histologia e Microbiologia, Fisiologia, Metalurgia e Química Aplicada, Técnica Odontológica, Clínica Odontológica (1.ª parte), Prótese, Higiene e Odontologia legal, Clínica Odontológica (2.ª parte), Patologia e Terapêutica Aplicadas, Ortodontia e Odontopediatria, Prótese Buco-Facial e estaria organizado em três anos. O diploma conferia o título de “cirurgião-dentista” (Decreto n.º 19.852, 11 de abril de 1931).

Essa foi a primeira vez, desde 1856, que se permitiu a realização de exames de habilitação em odontologia, independentemente da formação ou examinação universitária, ou seja, segundo critérios das repartições estaduais. De fato, de 1856 até a proclamação da República, os candidatos ao título de “dentista” só podiam ser examinados pelas faculdades de medicina oficiais (cujo título tinha validade em todo território nacional) e, após esse período, o título dependia da formação em escola superior, seja federal, estadual ou livre (nesse caso, a validade dependia do reconhecimento do título nos níveis estaduais).

Pode-se pensar em duas explicações para essa medida. Uma delas seria o reflexo da postura populista do novo governo, preocupado em resolver tanto questões sociais quanto administrativas. Assim, ao mesmo tempo em que apontava soluções eficientes e racionais para o problema da condução administrativa da nação, o governo se comprometia a atender as carências do povo. De um lado, negociava com a elite promovendo o fechamento das escolas livres e estabelecendo um único sistema de formação profissional, fortemente fiscalizado desde o nível central e, de outro, abria possibilidades alternativas de assistência aos indivíduos carentes, abrindo espaço para o exercício da odontologia pelos dentistas práticos. Outra explicação estaria no dimensionamento do problema específico da odontologia (e também da farmácia). O número de dentistas práticos e formados por escolas livres e estaduais era certamente muito superior ao dos diplomados pelas escolas oficiais ou equiparadas, necessitando de atenção especial do governo. A negação disso implicaria colocar na marginalidade, de uma só vez, um contingente expressivo de profissionais, especialmente nas localidades do interior e nas regiões menos desenvolvidas do país.

O exercício da odontologia pelos práticos não demorou a ser regulamentado, conforme estabelecido no “parágrafo único” do art. 314, acima citado. Em 28 de dezembro de 1931, foi editado o Decreto 20.862, tratando especificamente da situação dos dentistas práticos, conforme se observa na ementa:⁵⁷

⁵⁷ De onde se pode concluir que, entre a edição do artigo 314 do Decreto 19.852/31 (abril) e o Decreto 20.862/31 (dezembro), que o regulamentou, as repartições sanitárias estaduais tiveram ampla liberdade para realizar provas de habilitação para os dentistas práticos que comprovassem mais de três anos de exercício. Esse período correspondeu a nove meses.

Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos, de acordo com o parágrafo único, do art 314 do decreto 19.852, de 11 de abril de 1931. (Brasil, Decreto n.º 20.862, 28 de dez. de 1931).

Esse decreto estabeleceu os seguintes critérios para o exercício da odontologia pelos dentistas práticos: (i) comprovar mínimo de três anos de atividade na *arte dentária* e ser aprovado em exames de habilitação ou; (ii) possuir mais de dez anos de exercício ininterruptos da profissão, situação em que ficariam dispensados dos exames de habilitação.⁵⁸ Em relação a esse segundo critério, o decreto revelou-se extremamente favorável aos dentistas práticos, pois eliminou a necessidade de exame de qualquer natureza, fato inédito em toda história da regulamentação da odontologia no Brasil. Para obtenção da licença os dentistas práticos deveriam, ainda, apresentar atestado de vacinação contra a varíola, atestado de que não sofriam de moléstia contagiosa nem de defeito físico incompatível com o exercício da profissão e certificado de bom comportamento e idoneidade moral. Após o registro no Departamento Nacional de Saúde Pública (para os residentes no Distrito Federal), ou nas repartições sanitárias estaduais, os candidatos aprovados receberiam licença permanente, sendo denominados “dentistas práticos licenciados”. As taxas de exames e do licenciamento seriam determinadas pelas repartições sanitárias estaduais ou pela União.

Apesar da abertura dada aos dentistas práticos no que diz respeito à obtenção da licença profissional, o decreto impôs limites à localização dessa atividade, devendo esta obedecer às seguintes condições:

⁵⁸ Chama a atenção, nos decretos e documentos oficiais da época, o uso dos termos referentes às profissões ou campos de atuação profissional. Quando se tratava de dentistas práticos, os decretos faziam referência à “arte dentária”; quando se tratava das questões relativas ao cirurgião-dentista, ao médico ou ao médico-veterinário, os decretos faziam referência ao campo de trabalho, ou seja, “exercício da medicina”, exercício da “odontologia”; quando o assunto dizia respeito aos farmacêuticos, parteiras e enfermeiras, a referência vinha precedida das palavras profissões, não se referindo ao campo de prática, nos seguintes termos: “profissões de farmacêutico, parteiras e enfermeira”. Parecia existir um certo cuidado quanto ao uso dos termos quando se tratava de editar as leis e decretos sobre o exercício profissional, ora considerando o campo de atuação, ora o exercício de uma determinada profissão, revelando, possivelmente, a existência de um status diferenciado entre cada uma delas.

- a) os que residirem e exercerem a profissão há mais de dez anos em uma determinada localidade poderão continuar aí a exercê-la, ainda que na mesma esteja estabelecido algum dentista diplomado;
- b) os que não estiverem nessas condições só poderão se estabelecer em uma localidade onde não haja dentistas diplomados, não sendo dada licença a mais de um prático para o mesmo lugar;
- c) uma vez licenciado para uma determinada localidade, o dentista prático só poderá transferir-se, com licença da autoridade sanitária competente, para outra localidade onde não haja dentista diplomado;
- d) em qualquer desses casos, porém, não poderá o prático licenciado excursionar ou fazer serviço ambulante fora do distrito de sua residência. (Brasil, Decreto n.º 20.862, 28 de dez. de 1931).

Além disso, em seus anúncios e placas, os dentistas práticos habilitados seriam obrigados a declarar sua condição de dentistas práticos licenciados.⁵⁹

Ao mesmo tempo, foi editado outro decreto importante para a odontologia, o Decreto n.º 20.931, em 11 de janeiro de 1932, que regulamentou o exercício das profissões de saúde no Brasil. Esse decreto estabeleceu as condições e critérios para o exercício e fiscalização de todas as profissões de saúde: medicina, odontologia, medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil. No art. 3.º foram ainda mencionadas outras ocupações da saúde – optometristas, práticos de farmácia, massagistas e duchistas -, as quais estavam sujeitas à habilitação específica a juízo da autoridade sanitária; e, no art. 38, a ocupação dos ortopedistas que, juntamente com os enfermeiros, massagistas e optometristas, estavam proibidos de instalar consultórios para atender clientes, só podendo atuar mediante prescrição médica.

Dentre os critérios mais importantes da regulação dessas profissões e ocupações de saúde, destacamos os seguintes:

- (i) os profissionais poderiam exercê-las em todo território nacional, desde que habilitados de acordo com as leis federais e com o respectivo título registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e na repartição sanitária estadual competente;

⁵⁹ Nas mesmas bases desse decreto, e possuindo critérios e restrições semelhantes, estava o Decreto, de n.º 20.877, de 30 de dezembro de 1931, que estabeleceu diretrizes para o exercício da farmácia no interior dos Estados pelos farmacêuticos práticos licenciados.

- (ii) os médicos e os cirurgiões-dentistas estavam obrigados a notificar a sede dos seus consultórios ou residências às autoridades locais e ao DNSP;
- (iii) as autoridades municipais, estaduais e federais só poderiam receber impostos dos profissionais mediante apresentação de diploma devidamente registrado;
- (iv) os médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários portadores de diplomas expedidos por escolas reconhecidas e fiscalizadas pelos governos estaduais, bem como os diplomados por faculdades estrangeiras, com mais de 10 anos de atividade no país, caso comprovassem a idoneidade da escola onde tinham se formado poderiam, a juízo da autoridade sanitária, continuar a clinicar nos respectivos Estados.

Os artigos 30 a 33 referiam-se especificamente ao exercício da odontologia, determinando as seguintes condições para sua prática:

Art. 30 O cirurgião-dentista somente poderá prescrever agentes anestésicos de uso tópico e medicamento de uso externo para os casos restritos de sua especialidade.

Art. 31 Ao cirurgião-dentista é vedado praticar intervenções cirúrgicas, que exijam conhecimentos estranhos à sua profissão, bem como permitir o exercício da clínica odontológica, em seu consultório, a indivíduo não legalmente habilitado para exercê-la.

Art. 32 O material existente em consultório dentário, cujo funcionamento não esteja autorizado pela autoridade sanitária ou que seja utilizado por quem não tiver diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública, será apreendido e remetido para o depósito público.

Art. 33 É terminantemente proibida aos protéticos a instalação de gabinetes dentários, bem como o exercício da clínica odontológica. (Brasil, Decreto n.º 20.931, 11 de jan. de 1932)

Em seguida, foram editados mais três decretos referentes ao exercício da odontologia pelos dentistas práticos, todos eles com vistas à regulamentação da atividade no Distrito Federal. Foram eles os decretos 21.073, de fevereiro de 1932; 22.418, de janeiro de 1933; e 22.501, de fevereiro de 1933. O primeiro estabeleceu regras diferenciadas para o exercício dos dentistas práticos do Rio de Janeiro. Assim, para os práticos da capital federal, o tempo mínimo de atividade estabelecido para realização do exame de habilitação foi de cinco anos (contra apenas três anos, para o resto do país); ainda, os diplomados pelas escolas estaduais reconhecidas pelos governos dos estados, mas não equiparadas aos institutos federais, teriam que provar cinco anos de pleno exercício da

arte dentária na capital e prestar exames. Os demais artigos são semelhantes ao estabelecido para o resto do país, e referiam-se aos exames e respectivas taxas. O segundo decreto tratou apenas de estabelecer o aumento das taxas de exame cobradas aos candidatos a dentistas práticos no Distrito Federal. O terceiro, por sua vez, tornou extensivo aos dentistas práticos do Distrito Federal os favores concedidos pelo artigo 8.º do Decreto 20.862/31, que regulamentou o exercício da odontologia pelos dentistas práticos no país, revogando-se as condições diferenciadas estabelecidas para o licenciamento dos dentistas práticos da capital. Isso demonstra ter havido algum nível de insatisfação e de pressão por parte desses últimos em razão do tratamento diferenciado que receberam. Dessa forma, também no Distrito Federal ficaram dispensados do exame de habilitação os práticos que provassem dez anos de exercício ininterrupto da arte dentária e os dentistas formados por escolas estaduais, reconhecidas pelos respectivos governos, desde que contassem mais de dez anos de exercício da atividade na Capital.⁶⁰

Decorridos dois anos da promulgação dos decretos 20.862/31 e 20.877/31, que regulamentavam o exercício da odontologia e da farmácia respectivamente, pelos dentistas práticos e farmacêuticos práticos, foi editado novo decreto, n.º 23.540, em dezembro de 1933, limitando em seis meses o prazo para licenciamento dos práticos. Dessa forma, o decreto definiu que a partir de junho de 1934, não seria mais permitida a prática da odontologia e da farmácia por quem não fosse diplomado por escola federal ou equiparada. É razoável supor que as profissões de odontologia e de farmácia tenham exercido pressão conjunta para que fosse efetivada tal restrição, colocando fim a uma situação que, na verdade, estava produzindo dois tipos de profissionais para exercer uma única profissão: o cirurgião-dentista e o dentista prático licenciado – sendo o mesmo verdadeiro para o farmacêutico.

Em resumo, após junho de 1934, o licenciamento para o exercício da profissão odontológica passou a ser expedido somente aos portadores de diploma (i) obtido em instituição formadora federal ou equiparada, (ii) registrado no sistema federal de educação superior e (iii) registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública e nas repartições sanitárias estaduais, sendo válido para todo o território nacional.

⁶⁰ Como prova do exercício da profissão, era aceito “documento firmado por três profissionais, médicos ou cirurgiões-dentistas, ou fornecido por autoridades locais ou, ainda, apresentação dos talões de impostos de indústrias e profissão, pagos nas respectivas épocas normais de arrecadação” (Decreto n.º 21.073, de 22 de fevereiro de 1932).

5.1. Permanência do problema: necessidade de nova regulamentação

No que diz respeito à educação, a ação do governo federal, a partir da década de 1930, foi bastante enérgica e, no caso do ensino superior, voltada principalmente para o controle do ensino livre (privado) e para a criação de um regime universitário no Brasil. Para a odontologia isso representou, de um lado, a equiparação de alguns poucos estabelecimentos de ensino odontológico, que preenchiam os requisitos rigorosos de reconhecimento estabelecidos pelo governo federal e, de outro, o fechamento de inúmeras escolas livres. Conforme visto, os egressos das escolas livres e não-equiparadas que não buscaram licenciamento na data estipulada passaram a ser considerados também dentistas práticos, aumentando o número de praticantes sem habilitação no país.

Por outro lado, Cunha (1980), estudando sobre o desenvolvimento do ensino superior no Brasil, afirma que, mesmo impedidas de funcionar, as escolas livres continuaram, por muito tempo, formando profissionais para o mercado. Em que pese a adoção de medidas enérgicas e centralizadoras por parte do Estado, na prática, ainda permanecia, de um lado, o problema da dificuldade de implantação de medidas de controle sobre o sistema formador e, de outro, o problema da necessidade de profissionais diplomados em diversas áreas do trabalho, constituindo-se, em certa medida, em fatores determinantes do funcionamento das escolas livres. Pode-se dizer que essa situação foi especialmente verdadeira para a odontologia, principalmente porque essa não era uma das carreiras mais procuradas pelos interessados no diploma oficial; podemos citar várias razões: primeiro, porque dada a natureza do trabalho odontológico, era fácil e rápido se tornar um dentista pelo método mais simples de mestre-aprendiz ou pelas escolas livres, menos exigentes; segundo, a facilidade apontada acima gerava uma competição desigual com os dentistas que tinham que freqüentar três anos de curso e arcar com os custos para obtenção e manutenção do diploma e licença profissional; terceiro, a falta de prestígio e a baixa estima que a profissão detinha na sociedade, em virtude mesmo da existência de inúmeros dentistas práticos, licenciados ou não, muitos deles com pouca ou nenhuma escolaridade (Leitgeb, 1959).

O problema de se adotar leis incompatíveis com as condições de carência do país para atender aos anseios de grupos de interesse, geralmente das elites profissionais, de um lado, e a dificuldade de implantar uma nova cultura administrativa no país, com um imenso território, cheio de diversidades culturais, de outro lado, impediram que o processo de centralização e padronização administrativas se desenvolvesse plenamente. Ao contrário, ao dificultar a formação de cirurgiões-dentistas devidamente qualificados e diplomados, as medidas determinaram não apenas a escassez desses profissionais, como a impossibilidade de atender à enorme demanda existente no já consolidado mercado da odontologia. De fato, os dentistas práticos, sem recursos para prestar os referidos exames ou sem interesse em regularizar sua situação, continuaram, mesmo ilegalmente, a praticar a atividade que vinham exercendo havia anos, principalmente nos municípios do interior do país. Conforme veremos, a permanência dessa situação seria alvo, novamente, de regulamentação, em que se reconheceria, uma vez mais, o direito de prática dos dentistas formados por escolas livres ou estaduais não-equiparadas.

As reformas implementadas pelo Governo Provisório foram revistas no período que se seguiu à promulgação da Constituição de 1934, desta vez com participação do Poder Legislativo, que exerceu em toda a plenitude suas funções, debatendo, sob vários ângulos, as propostas de mudança administrativas do governo, apresentadas pelo Executivo. O Ministério da Educação e Saúde Pública foi um dos alvos dessas mudanças, com a publicação da Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que continha um plano geral de ação governamental para os setores da saúde e da educação.

Na educação, a reforma fixou as bases para um ensino superior de melhor qualidade, com orientação para um sistema universitário.⁶¹ O Decreto-lei 421, de 11 de maio de 1938, que regulou o funcionamento dos estabelecimentos de ensino superior, determinou que nenhum estabelecimento se abria no país sem prévia autorização do governo federal, e fixou as condições dessa autorização. Sobre os estabelecimentos livres ainda existentes, e que não tinham fiscalização federal, o decreto estipulou novo prazo para regularização, até dezembro daquele ano. Como consequência dessas medidas, muitos estabelecimentos de ensino superior foram obrigados a encerrar definitivamente suas atividades. Outros se submeteram às exigências legais e foram

equiparados às instituições oficiais. A principal consequência dessas medidas sobre o sistema de regulação profissional foi a garantia de que só exerceriam atividades profissionais no país, aqueles indivíduos formados por um sistema de ensino superior credenciado e fiscalizado pelos departamentos do Ministério da Educação e Saúde.

As modificações incorporadas pela Lei 378, de 1937, acabaram por centralizar ainda mais as ações de saúde no país. Em relação ao exercício das profissões sanitárias, a fiscalização passou a constituir uma seção própria do Departamento Nacional de Saúde – a Inspeção de Fiscalização do Exercício Profissional (art. 133) – sendo dirigida por um médico sanitário. Posteriormente, por meio do Decreto-lei 3.171 de 2 de abril, de 1941, que reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, a Inspeção foi transformada no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, que passou a cumprir essas funções fiscalizadoras. Para melhor funcionamento dos serviços de fiscalização profissional, foram criadas delegacias federais de saúde, em oito regiões, cobrindo todo o território nacional.⁶²

Conforme se afirmou, os decretos e leis relativos à formação e exercício profissional não impediram, na prática, que as escolas não-equiparadas pelo governo federal e, portanto, os profissionais por ela diplomados, continuassem a exercer sua atividade. Isso, de fato, pode ser verificado em relação à odontologia. O Decreto-lei 7.718, editado em julho de 1945, abriu exceção para os dentistas formados por aquelas escolas. Assim, permitiu-se que os portadores de diploma expedido até dezembro de 1944, por faculdade de odontologia reconhecida ou mantida pelos governos estaduais, inscrevessem-se nos seus departamentos estaduais de saúde, mediante prova de habilitação prático-oral. Os aprovados no exame, no entanto, só poderiam exercer a profissão nos seus respectivos Estados. Estava expressamente proibido o registro desses diplomas no Departamento Nacional de Saúde e no Departamento Nacional de Educação. Além disso, os dentistas autorizados com base nessa lei não poderiam

⁶¹ Foram tomadas medidas tanto no plano físico - construção de novas instalações -, quanto no plano administrativo - criação do regime universitário, limitação da matrícula, seleção do professorado, criação do ensino de filosofia, ciências e letras, entre outros.

⁶² Ainda em relação ao exercício profissional, foi editado o Decreto-lei 4.113, em fevereiro de 1942, que “regula(va) a propaganda de médicos, cirurgiões-dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos”. Nesse decreto, que tratava basicamente de aspectos éticos na relação dos profissionais com o público usuário, aplicaram-se normas iguais para médicos e cirurgiões-dentistas.

exercer cargo público federal, nem desempenhar as funções privativas dos dentistas diplomados por estabelecimentos de ensino superior federal ou reconhecidos.⁶³

Esse decreto-lei revela a permanência de um quadro de irregularidade relativamente à formação e ao exercício da profissão de odontologia. Pode-se dizer que, até a década de 40, a prática da odontologia, seja por indivíduos formados por escolas livres ou estaduais, seja por indivíduos não formados por nenhum sistema de ensino, continuava existindo em números provavelmente superiores à dos cirurgiões-dentistas diplomados pelo sistema oficial. O memorialista Leitgeb (1959) confirma essa situação, ao contar as histórias dos cirurgiões-dentistas e dos falsos dentistas do interior de São Paulo, nesse período.

(...) proliferavam na cidade e nos arredores os chamados "picaretas" ou "marretas". A maioria esmagadora era oriunda dos "aprendizados" que dentistas preguiçosos e sem princípios morais mantêm em seus consultórios. Alguns dentistas formados, mas inexperientes, completavam seus conhecimentos práticos, dando em troca, aos "aprendizes", conhecimentos teóricos. (Leitgeb, 1959, p. 49).

O conjunto de leis e decretos editados durante todo período da Era Vargas, ora promovendo o fechamento do campo da odontologia para os cirurgiões-dentistas, ora abrindo possibilidades de licenciamento para os dentistas práticos, demonstra uma regulação profissional ainda frouxa e pouco definida em relação ao que se pretendia para esse campo de trabalho, principalmente no que diz respeito ao monopólio profissional. Se, de um lado, os cirurgiões-dentistas se beneficiavam das mesmas normas estabelecidas para os médicos, o que, em parte, os colocava numa mesma escala de status profissional, de outro, eles se viam derrotados e fortemente ameaçados pelo reconhecimento oficial de profissionais não-qualificados, o que certamente os enfraquecia na disputa pelo monopólio da jurisdição odontológica.

⁶³ Nesse Decreto-lei não são especificadas as "funções privativas" dos dentistas diplomados que não poderiam ser exercidas pelos dentistas práticos licenciados. As restrições impostas até esse momento referiam-se à impossibilidade do exercício em todo o território nacional e em localidades onde houvessem dentistas formados. Quanto aos procedimentos que os dentistas práticos exerceriam, o decreto diz apenas que eles teriam que passar em exames prático-orais sobre "higiene, prótese e clínica odontológica", fazendo supor que eles podiam executar qualquer uma dessas atividades.

6. Demandas legais dos cirurgiões-dentistas: controle do campo de trabalho e autonomia técnica

A Era Vargas terminou, em 1945, sem que o problema da competição intraprofissional na jurisdição odontológica tivesse sido resolvida. Como última ação nesse campo, estava o reconhecimento dos dentistas formados por escolas livres e estaduais, levado a efeito pelo Decreto-lei 7.718, favorecendo, portanto, e mais uma vez, uma parcela dos “dentistas práticos”. Por outro lado, as bases para uma odontologia privativa dos cirurgiões-dentistas diplomados já estavam definitivamente assentadas, estabelecendo a possibilidade de que esses avançassem no seu processo de conquista do monopólio legal do campo de trabalho da odontologia. De fato, no processo de restauração da democracia que se sucedeu ao período da ditadura do Estado Novo (1937-1945), e restabelecimento do Congresso, abriram-se espaços também para novas disputas profissionais no legislativo (Lauerhass, 1986).

Em relação à odontologia, observou-se uma intensa luta pelo controle da jurisdição odontológica: de um lado, os cirurgiões-dentistas apresentavam proposições com vistas ao monopólio e controle sobre o campo de trabalho da odontologia e, de outro, os dentistas práticos buscavam a regulamentação da sua atividade, seja pelo reconhecimento dos diplomas das escolas livres ou estaduais, seja pelo licenciamento baseado no tempo de exercício ou nos exames de habilitação profissional.⁶⁴

Essa disputa fica evidente quando analisamos o Projeto de Lei n.º 73, apresentado pelo Deputado Paulo Fernandes, em 1948, com vistas à regulamentação do exercício da odontologia. Esse projeto partiu de uma iniciativa da profissão odontológica organizada, representada pela Federação Odontológica Brasileira e visou ao estabelecimento de uma lei específica para o exercício da odontologia no país. Na sua proposição estabelecia as condições de exercício de todas as ocupações relacionadas ao campo da odontologia, subordinando-as ao cirurgião-dentista, que passaria a exercer com plenitude e de forma privativa sua prática profissional.

Esse projeto de lei colocava em destaque duas situações ainda problemáticas para os cirurgiões-dentistas: uma no plano do monopólio legal sobre a jurisdição odontológica

⁶⁴ Os projetos de lei encaminhados pelos dentistas práticos ao Congresso Nacional demandando regulamentação da sua atividade profissional serão analisados no capítulo VI.

e, outra, no plano da autonomia técnica profissional. A primeira dizia respeito à falta de controle formal sobre o campo de trabalho da odontologia, o que incluía a falta de padronização com relação às ocupações relacionadas a esse campo: cirurgiões-dentistas, dentistas práticos licenciados e protéticos.⁶⁵ A segunda referia-se à restrição dos cirurgiões-dentistas de realizarem tarefas próprias da odontologia, decorrentes do desenvolvimento tecnológico e científico da área: por lei, não era permitido o uso de anestesia que não fosse local, assim como era proibida a prescrição de medicamentos de uso interno.

A primeira questão revelava uma disputa intraprofissional, pelo monopólio do campo de trabalho da odontologia. Os cirurgiões-dentistas sentiam-se ameaçados tanto pelos decretos e leis que permitiram a regulamentação dos dentistas práticos e o reconhecimento dos diplomas dos dentistas formados pelas escolas livres e estaduais quanto pela falta de padronização, no nível nacional, sobre as formas de ingresso, de reconhecimento dos diplomas e de exercício para as ocupações relacionadas ao campo de trabalho da odontologia. A segunda questão revela uma competição interprofissional, pelo direito de igualdade com os médicos no que diz respeito à aplicação de anestesia local, troncular e geral e pelo direito de prescrever medicamentos de uso interno. Com a primeira questão, objetivava-se principalmente impor limites sobre a atuação dos dentistas práticos licenciados e não-licenciados, bem como obter subordinação dos protéticos, por meio da regulação do seu exercício. Já com a segunda questão, objetivava-se incorporar autonomia técnica ao trabalho odontológico obtendo, ao mesmo tempo, equiparação e desvinculação em relação à profissão médica.⁶⁶

O projeto de lei foi aprovado, após dois anos de debates no Congresso, resultando na promulgação da Lei 1.314, em 17 de janeiro de 1951, com a seguinte ementa: “*Regulamenta o exercício profissional dos Cirurgiões-Dentistas*”. Essa lei, que

⁶⁵ O exercício profissional dos protéticos foi regulamentado pelo Decreto-lei 8.345, de 10 de dezembro de 1945, juntamente com outras ocupações da saúde, massagistas, óticos práticos, práticos de farmácia, práticas de enfermagem, parteiras práticas e profissões similares. A habilitação da ocupação dos protéticos seria emitida mediante prova de habilitação, na conformidade do regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

⁶⁶ Mais importante do que limitar a atuação de dentistas práticos e protéticos estava a possibilidade de administrar anestesia troncular e geral, o que foi justificado de forma detalhada pela comissão de especialistas designada pela Federação Odontológica Brasileira. Até então, os dentistas só podiam administrar anestésicos de forma tópica, por meio de fricção da substância na superfície da gengiva, o que impossibilitava a eliminação da dor nas extrações dentárias e em outros procedimentos odontológicos invasivos. A proposta de administrar anestésico local e troncular foi aceita; entretanto, o uso da anestesia geral foi vetado aos cirurgiões-dentistas.

representou a desvinculação da regulamentação odontológica da legislação profissional médica e farmacêutica, estabeleceu as atribuições e direitos dos cirurgiões-dentistas e as normas para o exercício profissional dos protéticos e dos dentistas práticos licenciados.

Na verdade, a Lei 1.314/51 reeditou o que já se encontrava estabelecido desde 1932, quando determinou, no seu art. 1.º que,

O exercício da profissão de odontologista, no território nacional, só será permitido aos que se acharem habilitados por título obtido em Escola de Odontologia, oficial ou legalmente reconhecida, devidamente registrado na Diretoria do Ensino Superior e anotado, sucessivamente, no Serviço Nacional da Fiscalização da Medicina e na repartição sanitária estadual competente. (Brasil, Lei 1.314, 17 de jan. de 1951).

Além disso, impôs restrições para os trabalhos de protéticos e dentistas práticos licenciados. Para os protéticos, estabeleceu o atendimento ao disposto na lei específica de exercício dessa ocupação, ditado pelo Decreto-lei 8.345, de 10 de dezembro de 1945: só era permitido o exercício das profissões de protéticos, em todo o território nacional, a quem estivesse devidamente habilitado e inscrito no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e nos respectivos serviços sanitários, nos Estados.

Para os dentistas práticos estabeleceu o reconhecimento apenas daqueles profissionais licenciados pelos Decretos 20.862/31, 21.073/32 e 22.501/33. Ao mesmo tempo, definiu os limites do seu trabalho profissional.⁶⁷ Assim, os práticos licenciados poderiam exercer qualquer trabalho dentário, sendo-lhes, no entanto, terminantemente vedadas “todas as intervenções sangrentas, que não forem simples exodontias na região gengivo-dentária”, bem como os procedimentos e funções abaixo relacionados, conforme art. 11 da Lei 1.314/51:

⁶⁷ Essa lei não faz qualquer referência ao Decreto 23.540/33, que limitou o prazo para habilitação dos dentistas práticos até junho de 1934, e ao Decreto-lei 7.718/45, que permitiu o exercício aos dentistas diplomados até 1944 por escolas que funcionaram com reconhecimento, subvenção ou manutenção dos governos estaduais, desde que nos limites dos seus Estados. Esse fato foi motivo de disputa no Congresso nas décadas seguintes, por meio da apresentação de projetos de lei reivindicando o “direito adquirido” por esses decretos, conforme veremos no capítulo VI.

- I - prescrever e administrar outro gênero de anestesia que não seja a local;
- II - prescrever e administrar medicamentos de uso interno;
- III - prescrever e administrar medicamentos de uso externo injetável;
- IV - ocupar como profissional, a partir da data da publicação desta lei, cargos públicos ou outros em instituições assistenciais como associações, fundações, preventórios, asilos, casas de saúde, colégios e fábricas. (Brasil, Lei 1.314, 17 de jan. de 1951).

Estavam definidos, dessa forma, os atos privativos do cirurgião-dentista, tanto pelas restrições impostas aos dentistas práticos licenciados quanto pelas definições das suas atribuições com relação à anestesia, de abrangência local e troncular, sendo-lhes negado, todavia, o uso da anestesia geral. Essa lei marcou uma maior autonomia da profissão odontológica em relação à profissão médica, uma vez que, a partir dessa legislação, a odontologia passou a ter sua própria regulamentação profissional, apesar de a sua fiscalização continuar sob a função do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. Em 1956, no entanto, pela Lei 3.062, de 22 de dezembro, o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina foi desdobrado, criando-se um setor próprio da odontologia, o Serviço Nacional de Fiscalização de Odontologia, outra vitória da profissão organizada.

Houve resistência à lei de parte dos práticos, visto que foram apresentados vários projetos de lei no Congresso Nacional propondo, sob diversas formas e condições, regulamentar a atividade dos dentistas práticos não-beneficiados pelos decretos anteriores e, em especial, dos formados por escolas livres e estaduais.⁶⁸

Pode-se observar, portanto, um intenso e crescente movimento de competição profissional na jurisdição odontológica, especialmente a partir da década de 40, após o restabelecimento da democracia e em reação às legislações odontológicas promulgadas nesse período, iniciando um longo processo de disputa profissional na arena do sistema legal, especialmente do poder legislativo, entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos de toda natureza. Enquanto os primeiros tentavam assegurar o monopólio do campo odontológico, os práticos lutavam principalmente pelo reconhecimento legal e pelo restabelecimento do “direito adquirido” obtido em dispositivos legais anteriores.

⁶⁸ Decretos 20.862/31; 21.073/21; 22.501/33; 23.540/33; Decreto-lei 7.718/45.

Conforme veremos, a partir de 1947, foram apresentados 30 projetos de lei com vistas à regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos, os quais serão analisados de forma detalhada no capítulo VI.

7. Demandas por auto-regulação: consolidação do monopólio legal do cirurgião-dentista

A lei de exercício da odontologia de 1951 (Lei 1.314) significou um importante passo em direção ao processo de auto-regulação profissional, o que veio a se estabelecer na década seguinte, tanto para a odontologia quanto para a maioria das profissões da saúde.⁶⁹ Na verdade, desde 1950 já havia um movimento da categoria odontológica com o objetivo de obter maior controle sobre essa jurisdição, quando foi apresentado, pelo deputado Eloy Rocha, o Projeto de Lei n.º 1.034, em dezembro de 1950, propondo a criação da “Ordem dos Cirurgiões-Dentistas”, cuja função principal seria promover a “seleção e disciplina da profissão de cirurgião-dentista no território da República”. A Ordem se constituiria em um serviço público federal, representado em cada Estado por uma seção própria, com sede nas respectivas capitais; disporia, ainda, de completa autonomia administrativa. O projeto de lei foi arquivado definitivamente, assim como foi arquivado o Projeto de Lei n.º 3.159, apresentado 1953, pelo Deputado Euzébio Rocha, que tinha a mesma finalidade, ou seja, a criação de uma “Ordem dos Cirurgiões-Dentistas do Brasil”.

Em 1960, os cirurgiões-dentistas tiveram novamente matéria no Congresso Nacional. Dois projetos de lei tratando da regulamentação da profissão odontológica no Brasil foram apresentados: o Projeto de Lei do Senado n.º 00019, do senador Paulo Fernandes - “Regula o exercício da Odontologia” - e Projeto de Lei n.º 02286, de autoria do Executivo Federal - “Institui o Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia”.

O projeto apresentado pelo executivo federal, representado pelo Ministério da Saúde, tinha o propósito de delegar poderes de auto-regulação à categoria profissional dos cirurgiões-dentistas através da instituição de um órgão que seria dirigido pelos próprios

dentistas, com vistas à disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão da odontologia em todo o país. Esse projeto foi elaborado nas mesmas bases da lei que instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Medicina - Lei 7.955, de 1945, configurando o modelo de regulação profissional que passou a vigorar para a maior parte das profissões regulamentadas da área da saúde.⁷⁰ O projeto de lei foi finalmente aprovado, em abril 1964, com a promulgação da Lei 4.324. A criação dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia estabeleceu os mesmos critérios de licenciamento profissional existentes, ou seja, de permitir o exercício da odontologia somente aos portadores de diploma registrado na Diretoria de Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura e no Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, do Ministério da Saúde.⁷¹ Além disso, o profissional deveria registrar-se em mais dois órgãos: Departamento Estadual de Saúde e Conselho Regional de Odontologia, sob cuja jurisdição se achasse sua atividade, passando esse último a ser responsável direto pela disciplina e fiscalização da prática odontológica em todo o território nacional. O art. 30 da Lei 4.324 conferia poderes ao próprio Conselho Federal de Odontologia para elaborar o projeto de sua regulamentação, o qual deveria ser apresentado ao Ministério da Saúde, para aprovação. Isso se efetivou somente em junho de 1971, por meio do Decreto 68.704. Com a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, delegavam-se, à profissão organizada, poderes de decisão sobre suas próprias normas de conduta e regulamentação.⁷²

Já o Projeto de Lei n.º 00019, do Senador Paulo Fernandes propunha algumas modificações nas condições de exercício da odontologia, definidas pelo dispositivo legal aprovado em 1951, a Lei 1.314. O projeto foi aprovado através da Lei 5.081, em 24 de agosto de 1966, revogando-se o Decreto-lei 7.718/45 e a Lei 1.314/51. Com a

⁶⁹ Na verdade, na área da saúde, esse processo tem início um pouco antes, com a instituição dos Conselhos de Medicina, em setembro de 1945, pela Lei 7.955. De qualquer maneira, a regulamentação dos Conselhos de Medicina, de fato, só aconteceu em 1957, pela Lei 3.268.

⁷⁰ As datas de criação de outros Conselhos profissionais na área da saúde foram: Farmácia (1960); Serviço Social (1962); Medicina-veterinária (1968); Psicologia (1971); Enfermagem (1973); Terapia Ocupacional (1975); Fisioterapia (1975); Nutrição (1978); Fonoaudiologia (1981), (Girardi et al., 2000).

⁷¹ O Ministério da Educação e Saúde foi dividido em dois ministérios em 1953, quando foram criados o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura.

⁷² O poder de auto-regulação constitui-se num atributo fundamental para uma profissão, garantidor não apenas do monopólio sobre um campo jurisdicional, mas especialmente garantidor das tomadas de decisões que envolvem a imagem, conduta, status e fiscalização da profissão perante a sociedade, o que deve(ria) ocorrer sempre com vistas à defesa dos interesses do público. Na verdade, é comum encontrarmos a situação inversa, com a preponderância da defesa dos interesses da própria corporação (Freidson, 1994; Abbott, 1988; Larson, 1977).

sanção da nova lei de exercício da odontologia e revogação dos dois dispositivos legais citados, negou-se, outra vez, qualquer possibilidade de reconhecimento legal aos dentistas práticos. Ao contrário, no art. 5.º, coibiu-se até mesmo o exercício dos dentistas práticos licenciados que, por força de autorização administrativa, encontravam-se, até aquele momento, habilitados para praticar a odontologia nos seus respectivos Estados e municípios. Assim, o artigo 5.º estabeleceu como “nula qualquer autorização administrativa a quem não for *legalmente habilitado* para o exercício da odontologia [grifo nosso]”. Entendia-se como *legalmente habilitado*, os profissionais formados por escola ou faculdade oficial ou equiparada, com registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior e no Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia. Revogaram-se, portanto, direitos anteriormente adquiridos, relativos, principalmente, àqueles dentistas práticos que haviam se registrados nas repartições sanitárias estaduais, segundo os critérios de reconhecimento de diplomas estabelecidos por cada Estado.

Revogaram-se também os direitos adquiridos pelos dentistas práticos licenciados pelos decretos da década de 30 - n.º 20.862/31; n.º 21.073/21; n.º 22.501/33; 23.540/33.⁷³ De fato, em relação ao capítulo “*Dos dentistas práticos licenciados*”, conforme descrito no seu projeto de lei, foram vetados todos os artigos - art. 9.º a 11 -, desconsiderando por completo os dentistas práticos, independentemente da sua condição de licenciado ou não. Por outro lado, asseguraram-se os direitos dos diplomados nas condições estabelecidas pelo Decreto-lei 7.718, com a restrição de que poderiam atuar somente nos limites territoriais do Estado onde funcionou a escola ou faculdade. Apesar de terem passado 33 anos desde que os Decretos 20.862/31, 21.073/32, 22.501/33 e 23.540/33 foram editados, muitos dentistas práticos licenciados, nessa época ainda se encontravam praticando. Esse fato gerou indignação por parte dos dentistas práticos licenciados; muitos deles em idade avançada e possuindo um longo tempo de dedicação aos serviços odontológicos foram colocados na ilegalidade. Em reação, vários projetos de lei foram apresentados no Congresso com vistas a reverter essa situação (cf. capítulo VI). De qualquer forma, quando da regulamentação da Lei 4.324/64 pelo Decreto 68.704, editado em junho de 1971, a questão dos dentistas práticos licenciados até 30 de junho de 1934 foi revista, incluindo-os novamente no rol dos profissionais habilitados. Reviu-se, da mesma forma, a situação dos dentistas práticos registrados nos órgãos de saúde pública até 14 de abril de 1964 (data da sanção da Lei 4.324), considerando-os

⁷³ Os dentistas práticos licenciados na década de 30, até então, não haviam tido seus direitos revogados, sendo autorizados pela lei de exercício anterior, Lei 1.314, de 1951.

habilitados, ao validar a certidão fornecida pelas repartições sanitárias, independentemente da apresentação de diploma. Permaneceu, entretanto, a condição de que se limitassem à localidade para a qual haviam sido licenciados.⁷⁴

Estava, portanto, delineado o novo modelo de regulação profissional da odontologia no Brasil, o qual dotou a profissão de poderes de auto-governo, delegados pelo Estado aos Conselhos Federal e Regionais de odontologia, instituições que constituem, em seu conjunto, segundo definição do art. 2.º do Decreto 68.704/71, que regulamentou a Lei 4.324,

(...) uma Autarquia, com personalidade jurídica de direito público, dotados (...) de autonomia administrativa e financeira, sem prejuízo da subordinação ao Conselho Federal. (Decreto 68.704, 3 de junho de 1971).

É preciso ressaltar que um decreto anterior já havia vinculado os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, o Decreto 67.057, de 1970, fato que implicou no estabelecimento da prestação de contas a esse ministério, mas que, no entanto, não interferiu em nenhuma outra questão relativa às normas disciplinares e éticas dos seus profissionais.

O poder de auto-regulação profissional no Brasil, no entanto, possui limites, especialmente no que diz respeito ao ingresso dos profissionais para o campo de trabalho da odontologia. Dessa forma, o governo manteve a prerrogativa de poder definir as condições de formação dos profissionais no Brasil, tanto no que se refere à quantidade (número de cursos e número de vagas) quanto à qualidade da oferta (normas de funcionamento das escolas, diretrizes curriculares, carga horária e conteúdos disciplinares, entre outras), sendo do Ministério da Educação essa função.⁷⁵ Assim, não é permitido aos Conselhos Profissionais controlar a oferta de cirurgiões-dentistas no país, sendo obrigados a inscrever todos os profissionais diplomados por escolas

⁷⁴ Essa falta de liberdade de transferir-se para qualquer localidade do país também será motivo de disputa na arena legal, conforme veremos nos projetos de lei dos dentistas práticos, no capítulo VI.

⁷⁵ Em outros países, como os Estados Unidos, que mantêm um sistema de exames, administrados após a formação universitária, a profissão tem maior capacidade de controle sobre a entrada de profissionais no seu campo de trabalho. No Brasil algumas profissões possuem exigência de aprovação em exame de habilitação para que os profissionais possam atuar no mercado de trabalho em determinadas áreas da profissão, dos quais podemos citar os advogados, os contadores e, na área da saúde, os médicos veterinários que possuem um “Exame Nacional de Certificação Profissional”, como um dos requisitos para obtenção de registro nos Conselhos Regionais de Medicina Veterinária.

credenciadas pelo sistema de educação superior no Brasil. Conforme se viu no capítulo III, essa prerrogativa tem sido uma das principais demandas da profissão odontológica na jurisdição legal.

CAPÍTULO V

A ATIVIDADE DOS DENTISTAS PRÁTICOS NO BRASIL

No capítulo anterior, vimos a história da regulamentação da profissão odontológica no Brasil, em especial, as conquistas dos cirurgiões-dentistas na jurisdição legal, demarcando e estabelecendo os limites do exercício da profissão no campo de trabalho da odontologia, e impondo restrições para o ingresso de “outros” na profissão, representados principalmente pelos dentistas práticos. Entretanto, conforme visto no capítulo III, a capacidade de prevenir a invasão de grupos competidores, segundo Freidson (2001) um dos critérios de demarcação do profissionalismo, parece questionável, uma vez que existem evidências sobre a existência de um contingente significativo de dentistas práticos exercendo a profissão em nosso país.

Esse capítulo buscou descrever, portanto, o perfil dos dentistas práticos que exercem a odontologia no Brasil, especialmente no que diz respeito à sua inserção no mundo do trabalho, incluindo as formas de aprendizado e de atualização, escolha da atividade, organização e escopo da prática. Além disso, buscou-se conhecer as opiniões dos dentistas práticos sobre o trabalho que desenvolvem, assim como suas aspirações e perspectivas quanto à regulamentação da atividade.¹ Uma atenção especial foi dada às falas dos entrevistados com vistas a revelar os argumentos e estratégias, presentes nos discursos, para justificar as disputas em torno à regulamentação da sua atividade profissional.

¹ Conforme estabelecido na metodologia, o objetivo não era obter uma caracterização de base estatística, não só pela inviabilidade, por se tratar de uma população que vive na ilegalidade, mas também porque nosso principal propósito era o de tentar construir uma tipologia sobre os dentistas práticos, abrangendo as mais variadas idades e gerações de praticantes.

1. Características gerais dos dentistas práticos entrevistados

Foram entrevistados 15 dentistas práticos da capital e do interior de um Estado brasileiro.² No entanto, a maior parte vive e trabalha no interior do Estado, em cidades de médio e pequeno porte, distantes cerca de 200 quilômetros da capital. Três entrevistados atuam na capital e região metropolitana. É importante salientar a maior facilidade encontrada na abordagem dos indivíduos do interior, que se mostraram mais receptivos do que os da região metropolitana. Além disso, muitos dentistas práticos procurados na capital e adjacências não mais se encontravam no local informado, fato que não ocorreu com os dentistas práticos do interior. É razoável supor que a fiscalização na capital seja mais eficiente do que no interior, tanto por parte do Conselho Regional de Odontologia, quanto dos serviços municipais de fiscalização e de expedição de alvará de funcionamento. Outra razão pode estar no fato de existir uma forte relação entre dentistas práticos e a comunidade atendida, situação que parece ser mais típica de cidades do interior. Também observados casos em que os dentistas práticos fazem parte direta do círculo das próprias autoridades municipais – ou são as próprias autoridades -, conseguindo que se faça “vista grossa” à sua atividade, obtendo acordos ou até suspensão dos processos de denúncia encaminhados ao sistema judiciário.³

A maior parte dos entrevistados é do sexo masculino com idades entre 29 e 73 anos, o que favoreceu um dos critérios metodológicos, o de obter depoimentos que pudessem abranger diferentes épocas e gerações. Apenas um dos dentistas práticos se achava

² As entrevistas foram realizadas durante o mês de julho de 2002. Por razões relacionadas à questão da ética na pesquisa com seres humanos e com o propósito de eliminar qualquer possibilidade de que os dentistas práticos sejam identificados, principalmente porque se encontram na condição de infratores, já que exercem ilegalmente uma atividade, iremos omitir qualquer informação referente a lugares e nomes que possam levar à identificação dos nossos entrevistados.

³ Na análise de 50 processos de um Conselho Regional de Odontologia, encontramos três dentistas práticos que se candidataram a vereadores. Dois deles foram eleitos, sendo que um desses dois é o presidente da câmara municipal da cidade. Os dois mantêm a atividade de dentistas práticos juntamente com a vereança. Também observamos várias situações em que os processos abertos pela promotoria foram suspensos no Fórum (3 casos) ou casos em que os dentistas práticos foram apenas intimados a depor (2), porém a maioria dos processos não vai além das denúncias do Conselho Regional à promotoria ou delegacia, uma vez que não existe qualquer abertura de processo ou de investigação. Finalmente, um dos conselhos de odontologia consultado via entrevista telefônica respondeu que um dos motivos para a existência de dentistas práticos é a “convivência de alguns órgãos fiscalizadores que detêm o poder de polícia, em face de muitos dentistas práticos ocuparem cargos políticos no interior do Estado”.

aposentado, encontrando-se os demais em pleno exercício da atividade odontológica.⁴ Os entrevistados também possuem tempos de prática bastante diferenciados, entre 10 e 53 anos; predomina, porém, os que trabalham na atividade há mais de 17 anos. Isso nos permitiu reunir informações sobre suas experiências de trabalho odontológico por várias décadas. A distribuição dos entrevistados segundo idade e tempo de exercício como dentistas práticos se encontra no quadro 1:

Quadro 1
Distribuição dos dentistas práticos entrevistados segundo idade e tempo de exercício da atividade.

| Dentista prático | Idade e tempo de exercício da atividade |
|---------------------|---|
| Dentista prático 8 | 29 anos, 11 anos de atividade |
| Dentista prático 11 | 30 anos, 17 anos de atividade |
| Dentista prático 2 | 32 anos, 13 anos de atividade |
| Dentista prático 7 | 36 anos, 17 anos de atividade |
| Dentista prático 1 | 37 anos, 21 anos de atividade |
| Dentista prático 15 | 38 anos, 10 anos de atividade |
| Dentista prático 10 | 38 anos, 18 anos de atividade |
| Dentista prático 3 | 44 anos, 18 anos de atividade |
| Dentista prático 5 | 49 anos, 20 anos de atividade |
| Dentista prático 6 | 52 anos, 28 anos de atividade |
| Dentista prático 12 | 55 anos, 42 anos de atividade |
| Dentista prático 13 | 57 anos, 35 anos de atividade |
| Dentista prático 9 | 58 anos, 46 anos de atividade |
| Dentista prático 14 | 70 anos, 46 anos de atividade |
| Dentista prático 4 | 73 anos, 53 anos de atividade |

Não constatamos qualquer padronização no que tange à idade com que os dentistas práticos iniciaram a atividade odontológica, pelo fato de nos haverem sido declaradas idades que oscilam entre 12 e 29 anos. No entanto, nove entrevistados começaram a trabalhar como dentistas práticos antes de completar 22 anos de idade.⁵ Assim, por ser uma atividade informal, é caracterizada pela falta de padronização em relação ao ingresso na mesma; em outras palavras, não existe idade certa para inserção no mercado

⁴ Interessante destacar que esse entrevistado, de 73 anos de idade, conseguiu sua aposentadoria como dentista prático, pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social). Segundo Carneiro (1981), na década de 70, por determinação do então Ministro da Previdência, permitiu-se contribuição dos práticos à Previdência Social, tendo muitos deles se aposentado com base nessa decisão ministerial; todavia, isso não é mais permitido no país (cf. capítulo III).

⁵ A maior parte dos cursos de Odontologia dura 4 anos, por ser esse o tempo mínimo necessário para o cumprimento do currículo odontológico. Mais recentemente, os currículos têm sido reformulados, aumentando-se o tempo de formação para 4 ½ ou 5 anos de duração. No Brasil, em geral, o aluno que completou o ensino fundamental e médio sem interrupções chega à universidade com a idade de 18 anos que, somada aos 4 anos mínimos de duração curricular da odontologia, coloca-o apto a ingressar no mercado de trabalho odontológico aos 22 anos de idade.

de trabalho, constituindo-se num importante fator de diferenciação em relação à profissão regulamentada, que exige tempo mínimo para formação. Não entrando no mérito do preparo e da competência de dentista prático não qualificado, para desenvolver o trabalho odontológico, o fato de iniciarem mais cedo na atividade, sem período definido de formação, nem requisito de escolaridade, sempre foi apontado pelos cirurgiões-dentistas como um fator de competição injusta e desigual.

Na verdade, é difícil precisar o exato momento de inserção dos dentistas práticos no mercado de trabalho. Em primeiro lugar, porque o início do processo de aprendizado não é marcado por qualquer formalidade ou ritual de iniciação educacional, podendo ocorrer sob a orientação e treinamento do pai ou de outro parente, também dentistas práticos ou, ainda, no exercício da atividade de auxiliar de um outro dentista, prático ou formado. Também não se estabelece um espaço de tempo para que se considere concluído o aprendizado. Os próprios entrevistados ora consideram o início da atividade desde quando começaram, ao se empregaram como ajudantes de outro dentista prático, ora o consideram a partir do momento em que passaram a trabalhar de forma autônoma, dentro do próprio estabelecimento.⁶ Nem sempre, porém, é possível diferenciar uma situação da outra, pois logo que iniciam o aprendizado com outro dentista prático, passam a auxiliar em algum tipo de atendimento. O que se observa, no entanto, é que a idade de ingresso para a ocupação está marcada pela condição de vida desses indivíduos, que, na maioria das vezes, não têm condições de prosseguir nos estudos e, desde cedo, encontram-se trabalhando, sem terem a chance concluir nem mesmo o ensino fundamental.

Da mesma forma que não existe padrão com relação à idade de ingresso na atividade, não existem níveis padronizados de escolaridade. Quatro entrevistados não chegaram a completar o primeiro grau, quatro possuem segundo grau incompleto e cinco afirmaram ter segundo grau completo, enquanto que dois informaram ter freqüentado o nível superior de escolaridade, ambos na área do direito; um deles completou o curso e teve que abandoná-lo logo no início. Além disso, um dos dentistas práticos informou que

⁶ Isso ocorre com as respostas dos entrevistados. Alguns declararam terem iniciado na atividade com a idade de 12 – 13 anos; outros com 19 – 20 anos. No caso dos primeiros, constata-se, provavelmente, uma determinação de se ser dentista prático desde o início, provavelmente para seguir a “profissão” do pai; ou, por outro lado, isto é fruto da necessidade de conseguir trabalho desde cedo, sendo essa atividade uma simples oportunidade.

possuía dois cursos técnicos profissionalizantes, um em Patologia Clínica e, outro, em Radiologia.

1.1. Escolha da atividade

Os relatos dos entrevistados sugerem que a escolha da atividade está associada à necessidade de sobrevivência e oportunidade de trabalho ou à existência de uma tradição familiar. Em relação à dificuldade de prosseguir os estudos, determinada pela necessidade de conseguir um trabalho, observa-se que, embora a maior parte dos entrevistados tenha pelo menos atingido o nível médio de formação (onze dentistas práticos), poucos tiveram a chance de completá-lo ou de prosseguir em uma carreira de nível superior, como afirmam os dentistas práticos entrevistados:

(...) por eu ser uma pessoa de família de poucos recursos, eu tinha vontade de fazer o curso superior, ser um dentista formado, ter condições de exercer minha profissão de forma legal, ser habilitado para trabalhar, por aí. Como eu não tive acesso, então, já rapazinho, através de amizades, surgiu a oportunidade de um trabalho e esse trabalho era nesse laboratório (...) e lá dentro descobri a arte de prótese e comecei a fazer vários serviços (...). (44 anos, 18 anos de atividade).⁷

Primeiro, eu comecei a fazer Direito. A situação muito difícil naquela época. A maioria dos pais de vocês nem havia nascido. Foi em 48. E a situação muito difícil, emprego difícil. Fraturei a perna, (...) e com aquilo perdi a oportunidade, perdi a faculdade, perdi dinheiro, perdi emprego, perdi tudo. Então, quando foi justamente em 51, 52, eu me optei pela profissão, pela arte dentária. Porque naquele tempo as pessoas falavam na prática. (73 anos, 53 anos de atividade, aposentado).

Nem sempre o trabalho como dentista prático foi, para os dentistas práticos entrevistados, resultado de uma motivação pela odontologia, ou seja, de uma opção individual pela profissão de dentista como passo seguinte às etapas de escolarização do indivíduo. Ao contrário, são escolhas feitas ao acaso, em virtude da oportunidade de trabalho, numa situação em que as condições de vida exigem, desde cedo, a busca por um meio de subsistência, como pode ser visto em alguns dos relatos,

⁷ Todas as falas foram transcritas buscando-se preservar a autenticidade da linguagem dos entrevistados.

Na verdade eu escolhi mais pela oportunidade que foi me dada, entendeu? Porque desde os treze anos de idade que eu comecei a trabalhar com este dentista prático, fazendo limpeza do consultório, essas coisas todas, entendeu, como office-boy e na medida que eu fui ficando assim..., adulto, eu me encontrei dentro do consultório entendeu, e passei a fazer aquilo e fui aprendendo e acabei tendo isso como profissão. (32 anos, 13 anos de atividade).

Olha, eu por já ter trabalhado como auxiliar de um dentista, lá na minha cidade, no consultório, então, eu sempre fazia alguma coisa também, e estava ali ajudando, né? E achei melhor, mudar (...) eu não pude estudar, não tinha condições de participar de uma escola, né? (52 anos, 28 anos de atividade).

Olha, eu pretendia estudar né, porém as condições não eram favoráveis, né. Aí, eu acabei trabalhando com ele [um primo] para poder aprender uma profissão na vida, com certeza, né? (29 anos, 11 anos de atividade)

(...) eu, na realidade queria ser advogado. E não podendo, tive que apelar pra uma coisa mais urgente, mais, assim, uma coisa mais rápida. (73 anos, 53 anos de atividade, aposentado).

Assim, cada história contada representa o relato de uma circunstância de vida pautada menos pela escolha individual do que pela necessidade econômica vivida; marcada também pela dificuldade de acesso à educação profissional, devido às desigualdades sociais.

Por outro lado, algumas entrevistas sugerem que pode existir uma certa tradição familiar na reprodução da atividade, quando o aprendizado acontece dentro do próprio núcleo familiar.⁸ Encontramos quatro dentistas práticos que herdaram a profissão do pai e outros três que aprenderam o ofício, respectivamente com um tio, um cunhado e um primo. Outros dois relataram ter iniciado a profissão com amigos da família. Em relação à “herança familiar”, torna-se interessante o destaque ao relato de um dos dentistas práticos, que aprendeu a atividade com o pai que “já tinha uma tradição clínica de muitos anos”, mas, que por um tempo, buscou outra atividade profissional:

⁸ Essa é uma idéia compartilhada pelos cirurgiões-dentistas. Um dos conselhos de odontologia consultados afirmava que a existência dos dentistas práticos devia-se ao fato de que “eles [dentistas práticos] gostam mesmo de trabalhar como dentistas. O ofício, quase sempre, é passado de pai para filho”. Um outro representante de conselho de odontologia concorda e afirma que esse é um problema cultural, “que faz com que várias gerações de uma mesma família recebam tratamento odontológico de um prático que, por sua vez, passa seus conhecimentos empíricos para seus descendentes”.

Fui, vamos dizer assim, forçado a ter uma outra profissão, em função de que a profissão de dentista prático era muito perseguida. Então, fui trabalhar em grandes empresas (...) e aí eu vi que, trabalhar, você sendo seu próprio patrão seria o mais interessante e devido aos meus conhecimentos [aprendera a atividade com o pai desde pequeno], e o salário muito bom como dentista prático, eu resolvi optar pela profissão de dentista prático. (38 anos, 18 anos de atividade).

Nesse caso, mesmo tendo aprendido a atividade com o pai, o entrevistado tentou se inserir em outro tipo de serviço, evitando o trabalho ilegal. Porém, entre a escolha de ganhar a vida na legalidade, como trabalhador assalariado ou continuar o trabalho do pai, ele preferiu esse último, que lhe dava autonomia e maior retorno financeiro.

Esse é também o caso de outro dentista prático que, tendo experimentado o trabalho formal, assalariado, por algum tempo, preferiu trocá-lo pelo trabalho autônomo, inspirado pelo antigo emprego, como auxiliar de um cirurgião-dentista:

Trabalhei só dois anos fichado, nunca mais trabalhei [fichado], até hoje. Tô vivendo minha vida, tranquilo, dentro da minha profissão. Trabalhando sossegado, tô aí, velho, desgramado (...), tô na luta. Tive tudo daqui pra formar eles aí [os filhos]. Formou em outras coisas pra lá, porque nenhum quis [ser prático como ele] (58 anos, 46 anos de atividade).⁹

Assim, a escolha pode estar também associada ao fato de ser essa uma prática autônoma, mais bem remunerada, especialmente motivada pela experiência familiar positiva de um parente ou amigo, como observa esse outro entrevistado, cujo aprendizado foi com um prático, amigo da família: "espelhei nesses caras e achei que a profissão era digna".

1. 2. Formação e atualização na atividade odontológica

No que diz respeito à formação, a característica mais comum entre os entrevistados é o fato de terem aprendido a atividade com outro dentista prático, geralmente um parente ou um conhecido. Nessa categoria, estão 7 dos entrevistados. Do total de indivíduos entrevistados, apenas quatro não aprenderam o trabalho com outro dentista prático:

desses, dois iniciaram o aprendizado como funcionários de laboratório de prótese dentária, um como auxiliar de cirurgião-dentista (profissional formado) e o outro por conta própria, estudando nos livros.¹⁰

O dentista prático que disse ter aprendido por conta própria, narra como perdeu o emprego e a oportunidade de pagar seus estudos, tendo que abandonar a faculdade de Direito, optando pela atividade odontológica:

(...) fracturei a perna e com aquilo perdi a oportunidade, perdi a faculdade, perdi dinheiro, perdi emprego, perdi tudo. Então (...) eu optei pela profissão, pela arte dentária. Porque naquele tempo as pessoas falavam na prática, né? Esse foi o primeiro passo. Segundo passo (...) comprei os livros de uns autores muito bons, americanos e estudava enquanto estava com a perna fraturada, entendeu? Então, como havia perdido a faculdade, meus amigos eram os livros. Então eu comecei, corria os pastos, via a caveira da vaca, a arcada dentária. Papai matava um capado e eu ia lá ver como é que era. Optei por caveira de burro, de vaca, de porco e de cavalo. E eu morava perto do cemitério. Lá tinha o tal do M., que era coveiro, né? Então eu dava a ele uma gratificaçãozinha. Ah! Ele costumava abrir cova de gente que acabava de ser enterrado pra pegar dinheiro. Eu me aventurei e comecei o meu trabalho. (73 anos, 52 anos de atividade, aposentado).

Além da possibilidade de adquirir aprendizado prático também como empregado de laboratório de prótese dental, situação apontada por dois dos dentistas práticos entrevistados, um outro disse, ainda, ter tentado se profissionalizar em um curso de técnico em prótese dentária como forma de legalizar sua atividade:

⁹ Segundo esse entrevistado, dos três filhos que tem, apenas um se interessou em aprender o trabalho do pai: “Tem um que sabe fazer tudo que eu faço aqui, o outro sabe fazer tudo, mas trabalha em construção de obra, e o outro é técnico em manutenção [de uma empresa de grande porte]”.

¹⁰ Essa informação está coerente com uma pesquisa realizada junto a 17 dentistas práticos, em 1984, na qual se apurou que 7 dentistas práticos iniciaram sua formação com familiares práticos, outros 6 aprenderam com outro dentista prático, 2 foram auxiliares de cirurgião-dentista, portanto, diplomado; sobre os dois restantes, não havia informação (Braga et al., 1984).

O curso do M. M. [nome da instituição que oferece curso de Técnico em Prótese Dental] eu não pude concluir por falta de condição financeira, porque o curso é caro demais e eu com mulher, minha condição não dava e eu tive que abandonar o curso; tranquei a matrícula, né? (...) o superior não cheguei nem a começar. (37 anos, 21 anos de atividade).

Parece que, mesmo os cursos de nível intermediário, como o de técnico em prótese dentária, não são acessíveis aos candidatos a dentistas práticos; a razão disso pode estar no fato de ser pequena a oferta desses cursos e, quando existente, os cursos são realizados nas capitais; segundo, porque esse curso tem uma duração relativamente extensa (geralmente três anos); além disso, o custo da mensalidade não é baixo (geralmente, acima de 200 reais)¹¹; e tem como exigência o segundo grau completo, condição nem sempre preenchida pelos dentistas práticos, como é o caso dos nossos entrevistados, em que apenas sete possuem segundo grau completo.¹²

De fato, os depoimentos dos entrevistados apontam para uma maior facilidade de acesso aos livros em detrimento de outras formas de aprendizado e de atualização:

Não fiz nenhum curso. Foi na prática mesmo. Eu me atualizo geralmente em alguns livros que sai, né? Livros de estética, de obturação, mas curso mesmo eu não faço não. (32 anos, 13 anos de atividade).

Livros eu compro e gosto. Principalmente porque eu gosto muito de ler. Mas curso não. A gente não tem acesso a nenhum curso voltado para esta área. Falou que é um congresso, falou que é um cursinho voltado para essa área, a gente não tem acesso a ele, então não tem como fazer. (...) Agora, leitura é uma área que o acesso a gente tem o direito de ter. A leitura me ajuda com certeza porque é o único veículo hoje que eu ainda tenho (...) e, pessoas da minha área, ainda tem um direito, é a leitura, não tem outro veículo. (44 anos, 18 anos de atividade).

Assim, para atualização e aperfeiçoamento, os entrevistados utilizam-se, principalmente, de livros e revistas de odontologia. Em que pese terem se formado basicamente por meio do aprendizado empírico, geralmente com outro dentista prático, 11 entrevistados afirmam se atualizar nos livros e revistas de odontologia. Um deles

¹¹ Informação verbal, obtida junto à secretaria de um curso de técnico em prótese dentária.

¹² É interessante ressaltar que, na análise dos 50 processos de autuação de dentistas práticos, não encontramos nenhum que tenha realizado ou alegado ter frequentado o curso de técnico em prótese dentária. No entanto, em relação ao curso de técnico em higiene dental, encontramos um que era

informou-nos que os adquiria em livrarias especializadas ou de usados, conforme depoimento abaixo:

E a gente lê livro. A gente procurava as lojas de livros usados, onde todo tipo de material aparece ali, né? E também aquelas lojas especializadas em livros para profissionais e estudantes a nível superior. E a gente procurava os livros que estavam mais dentro do alcance da gente e lia. (37 anos, 21 anos de atividade).

Outro entrevistado confirma o depoimento acima, e acrescenta que a leitura desses livros possibilitou-lhe incorporar os mesmos conhecimentos teóricos que o cirurgião-dentista utiliza para realizar sua atividade profissional:

Porque eu não tenho essa questão, não escondo essa questão que eu sou prático. Se sentar com ele [o dentista formado] e discutir teoria da odontologia, eu conheço tanto. A primeira coisa que acontece, você pega o melhor professor de odontologia, o melhor professor de Endodontia, foi o João de Deus, não é? O que ele ensinou, ele escreveu. Então, as melhores aulas dos melhores professores estão escritas em algum livro e eu aprendi a ler antes de fazer a 1.^a série primária.(...) em matéria de teoria da odontologia eu sei tanto quanto eles; sei tanto quanto eles, porque eu leio. Livros sobrando... e não tenho livros na estante. Os livros que estão na estante, eu os li antes de coloca-los lá.¹³ (49 anos, 29 anos de atividade, grifos nossos).

O livro aparece como um instrumento bastante acessível, que possibilita a aquisição de conhecimento teórico, caracterizando uma importante fonte de saber e de autonomia técnica, o que, para alguns teóricos de profissões (Freidson, 2001; Larson, 1977), constitui um atributo profissional a ser compartilhado apenas por iniciados, sendo a universidade e a literatura especializada as principais fontes de iniciação e manutenção do saber profissional, que os diferencia do leigo. Ao utilizar-se pelo menos de uma dessas fontes, dos livros, os dentistas práticos demonstram que também podem ter acesso ao conhecimento especializado, o que, associado com a experiência prática que adquirem nos consultórios de seus “mestres”, os tornam conhecedores, em parte, desse saber.

estudante de um curso ofertado por instituição pública e outro que era técnico em higiene dental e trabalhava no consultório do pai.

¹³ O João De Deus a que o dentista prático se refere é o professor Quintiliano Diniz De Deus, cujo livro, editado até a 5.^a edição, na década de 80, durante muito tempo foi adotado como leitura básica em

praticamente todas universidades do país, sendo ainda utilizado nas disciplinas de Endodontia de muitas escolas e faculdades.

Um dos entrevistados exemplifica como a leitura de livros especializados pode promover a melhoria do desempenho da atividade aprendida na prática, não obstante toda a precariedade e risco das condições nas quais ela se realiza:

Faço leitura, tenho um livro de técnicas de anestesia; que eu lembro, chegava cliente aqui e eu arranquei o dente dele, não gastei 5 minutos, ele não acreditou. Porque a técnica de anestesia que eu tenho hoje [aprendida por meio do livro], você olha o ponto certo e na hora pega. Antes não, o paciente sofria muito, você picava, picava, e a anestesia não pegava e falava: tá infeccionado... E hoje é fantástico, se você lê o livro, é inexplicável, porque o cliente chega aqui, achando que vai sofrer muito com o dente doendo, infeccionado. Não acha que vai chegar ali e, com um passe de mágica, o dentista vai resolver o problema. (38 anos, 18 anos de atividade).

Assim, com o conhecimento adquirido nos livros, o dentista prático do exemplo acima acredita que pôde “aperfeiçoar” sua técnica, antes realizada pelo sistema empírico de “tentativa e erro”, possibilitando-lhe obter maior credibilidade e autonomia técnica para no seu trabalho.

Em relação ao uso de livros, dos 15 entrevistados, apenas 3 declararam nunca utilizá-los, considerando a experiência prática suficiente para exercerem sua atividade. De fato, nem todos se preocupam em usar o livro como fonte de aprendizado teórico e aperfeiçoamento profissional, conforme demonstra o dentista prático que afirmou ser normal gastar 10 tubetes de anestésico para realizar uma exodontia:

(...) fazer cirurgia [de sisó], tem que dar anestesia, preparar o paciente psicologicamente, tem que conversar, perguntar se está tudo bem com o paciente, porque (...) o normal de dar é 10 tubetes [de anestésicos]; passou daí, extrapola a potência do paciente, então até 10 é beleza, mas, por exemplo, se o paciente for fazer uma anestesia com mais de 10 tubetes, chega tontura depois da cirurgia, na hora em que vai levantar, aí é só usar a técnica que é afamada na faculdade, e colocar a cadeira mais o paciente com a perna pra cima, de preferência, colocar até almofada para o sangue vir para a cabeça. (38 anos, 10 anos de atividade).

Alguns depoimentos deixam claros não somente os limites do conhecimento teórico e técnico dos dentistas práticos quanto o próprio distanciamento de uma linguagem técnico-científica, adquiridos pela formação acadêmica profissional. Além disso, a ética que orienta a prestação dos serviços é simplesmente a da solução dos conflitos entre as

partes envolvidas, não envolvendo o julgamento em bases científicas. O depoimento abaixo é ilustrativo:

(...) me apareceu uma cliente, inclusive de uma família que toda é cliente meu e indicou a menina pra poder me procurar. Ela, numa situação financeira bem ruim, me procurou pra fazer duas coroazinhas em dois dentes centrais superiores pra ela. Porém os dentes com os canais tratados, tudo belezinha, só pra fazer as coroas. Ela chegou, conversou comigo e eu parcelei pra ela em quatro parcelas. Aí o que ocorreu, quando eu coloquei as peças na boca dela, claro que tem que ficar forçando um pouquinho a carne que é pra poder sumir a emenda. Fica um pouquinho sensível aí uns dois ou três dias. Então ela aproveitou daquele rebú que eles estavam fazendo, foi no Conselho, me denunciou e veio no meu consultório com o senhor Alves. Aí, foi a primeira e a última. Até então, a única vez que tive uma denúncia. Aí o que eu fiz: devolvi pra ela a primeira parcela que ela havia me dado. Ela foi embora. Tenho certeza que ela está com o serviço que eu fiz pra ela na boca até hoje. Espero que ela esteja feliz e eu também. Pelo menos eu tenho certeza que eu não devo nada pra ela. (44 anos, 18 anos de atividade).

2 - Atividade de tempo integral e dedicação exclusiva

Uma característica que deve ser destacada no trabalho do dentista prático é a dedicação em tempo integral à atividade da odontologia, considerada, por estudiosos de profissões, um importante atributo profissional, além de constituir-se numa condição para o processo de profissionalização de uma dada ocupação. Dito de outra forma, a possibilidade de dedicação em tempo integral a uma atividade tem sido tratada historicamente como um fator de profissionalização, porque é um indício de que existe suficiente demanda para sustentar-se o indivíduo financeiramente e ocupar integralmente os membros de uma profissão, mobilizando disputas entre grupos ocupacionais e definição de estratégias de monopólio de mercado e fechamento do campo jurisdicional (Abbott, 1988; Larson, 1977; Freidson, 1970, Wilensky, 1958).

Pode-se dizer, em relação ao grupo de dentistas práticos entrevistados que, assim como outros profissionais, eles exercem a atividade odontológica em tempo integral e de forma exclusiva, vivendo da atividade para seu próprio sustento. Além disso, consideram que realizam um trabalho socialmente relevante, visto que prestam um serviço necessário e útil à sua comunidade. Por outro lado, não admitem a possibilidade

de realizar qualquer outro serviço, assumindo a atividade da odontologia como um trabalho definitivo e permanente, uma “profissão”.¹⁴

Gostar a gente gosta, vou trabalhar e ganhar meu dinheiro é aqui mesmo. Se eu for sair daqui, vou fazer o quê? Igual fechar, não tem condições. Tô velho, sujeito com 58 anos na cacunda, ninguém pega [emprega] ele não, só gente nova. (58 anos, 46 anos de atividade).

No aspecto financeiro a gente se empenhou muito. Nos momentos que a gente trabalhava bem assim, atendia bem as pessoas, a gente tinha um retorno. Não resta dúvida. Eu pude fazer esta casa, né? E o que eu tenho hoje é resultado do meu trabalho como dentista. Não tenha nada mais, é só isso mesmo. (37 anos, 21 anos de atividade).

Eu nunca fiz outra coisa na vida a não ser trabalhar como dentista, certo? Agora eu não posso? Paguei imposto, INPS, trabalhei abertamente porque nunca me escondi e agora não posso mais porque chegou os meninos [dentistas recém-formados] aí. (70 anos, 46 anos de atividade).¹⁵

Dessa forma, quase todos os entrevistados têm a atividade da odontologia como única fonte de renda e trabalho; apenas dois dentistas práticos declararam exercer outra ocupação; um deles é empregado de uma escola estadual, no cargo de técnico administrativo, e o outro, que afirmou ter sempre mantido outra atividade paralela, no ramo de vendas – segundo disse, sempre vendeu “alguma coisinha daqui e dali” -, mas, assim mesmo, como uma atividade complementar à sua ocupação principal de dentista prático. Na verdade, dos dentistas práticos entrevistados, apenas quatro afirmaram já ter exercido, em algum momento de suas vidas, outro tipo de ocupação não-relacionada à odontologia, antes de adotarem definitivamente essa atividade.

O fato de dedicar-se integralmente à atividade odontológica, de tê-la praticado por longo tempo, de ter investido recursos consideráveis na montagem do consultório e de

¹⁴ Conforme veremos no próximo capítulo, essa é, na verdade, a principal razão das justificativas apresentadas nos projetos de lei que tiveram como propósito a regulamentação dos dentistas práticos no Brasil, ou seja, os práticos alegam que dependem do exercício da odontologia para sua sobrevivência e que não saberiam nem teriam como se inserir em qualquer outra atividade no mercado de trabalho, situação agravada pela idade avançada - o que não é verdade, pelo menos para o conjunto dos nossos entrevistados, muitos deles jovens ainda.

¹⁵ A referência aos “meninos” que estão chegando é uma preocupação comum de alguns dos entrevistados. De fato, acreditam que estão se formando dentistas em grandes quantidades, e o que antes acontecia, especialmente no interior, de não haver nenhum dentista formado, deixando um caminho livre e tranquilo para o trabalho do dentista prático, não acontece mais. Esta situação reflete a saturação do

obter um bom retorno financeiro relativamente ao nível de escolaridade e de treinamento que possuem, são questões que podem explicar, em grande medida, por que os dentistas práticos defendem a impossibilidade de exercer qualquer outra atividade ocupacional.

3. Organização da atividade e escopo de prática

Todos os entrevistados são proprietários tanto de seus consultórios quanto de seus equipamentos e atuam de forma autônoma, oferecendo seus serviços em salas de prédios comerciais, em estabelecimentos com porta para a rua ou dentro da própria residência, em geral num cômodo especificamente destinado para isso.¹⁶

O trabalho geralmente é organizado em prática individual, não existindo entre os dentistas práticos entrevistados nenhum tipo de parceria com outro dentista prático. Por outro lado, encontramos duas situações em que os dentistas práticos respectivamente contratam e alugam seus consultórios para cirurgiões-dentistas, que acabam funcionando como “fachada”, protegendo-os da fiscalização.¹⁷ Nesses dois casos, os dentistas práticos possuíam alvará de funcionamento e localização do consultório, o que pode ser obtido somente mediante apresentação do número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia.¹⁸

mercado de trabalho, especialmente nos grandes centros urbanos, tendo-se em vista a multiplicação de escolas e vagas de odontologia (Ferreira, 1997).

¹⁶ O trabalho no interior da residência é comum, já que essa é uma forma de escapar da fiscalização de rotina exercida pelas autoridades competentes, que só podem entrar em uma residência com mandado judicial.

¹⁷ Em dois casos analisados, um referente à única dentista prática do sexo feminino que entrevistamos, na região metropolitana da capital e, outro, a um praticante do interior do Estado, constatamos a existência de dentistas práticos “associados” a um dentista formado. No primeiro caso, a dentista prática emprega um CD três vezes por semana no horário diurno, coloca seu consultório no nome desse profissional formado (como fachada) e trabalha convenientemente nos horários noturnos, atendendo à sua clientela particular. No segundo caso, o dentista prático possui dois consultórios, trabalha em um deles e aluga o outro para um dentista formado. Esse tipo de procedimento foi-nos confirmado, também por uma dentista recém-formada, que trabalha numa clínica popular, cujo dono é protético. Ele contrata dentistas formados, mas quando se trata de executar serviços de prótese total e parcial, é ele que realiza todo o trabalho.

¹⁸ A “parceria” entre dentista prático e dentista formado é antiga. Encontramos vários relatos interessantes sobre essa situação nas décadas de 1940 e 1950, quando esse esquema de associação funcionava de forma a proporcionar ao dentista recém-formado, não só uma clientela já constituída, mas também a experiência prática que as faculdades e escolas de odontologia raramente propiciavam aos seus estudantes. Para os dentistas práticos, funcionava como forma de “legitimação” da sua prática, que começa a ser fiscalizada com maior freqüência (Leitgeb, 1958).

A maior parte dos entrevistados possui consultório bem montado, com equipamentos novos ou seminovos, incluindo aparelhos de esterilização. Foram observados 10 consultórios pertencentes aos dentistas práticos entrevistados: 9 consultórios eram bem montados e equipados, em estabelecimentos amplos, com sala de espera e porta para a rua: 7 deles ostentando placa de “dentista”, 3 com laboratório de prótese anexo e 2 com funcionários (um em cada laboratório) e 1 consultório que era muito simples, sem nenhuma condição de higiene aparente e sem aparelho para esterilização. Dos restantes, 2 consultórios eram dentro da própria residência, em cômodo especificamente destinado para consulta, todavia não foram mostrados, e outros 2, que ficavam fora da residência, também não foram observados porque as entrevistas ocorreram em outro local. Um dos dentistas práticos era aposentado; portanto, não tinha mais o seu consultório.¹⁹ Para concluir, os consultórios observados são geralmente bem-organizados e possuem equipamento adequado ao atendimento clínico básico, como afirma uma dos entrevistados:

Eu não tenho luxo no meu consultório, mas tem higiene, entendeu? Aqui tenho o material, aquilo que eu preciso, aquilo que é necessário pra manter o consultório limpo. Material de assepsia, tudo perfeito. Então o que eu preciso é isso, pra atender na profissão. (49 anos, 20 anos de atividade).

Nem todos os entrevistados empregam pessoal auxiliar em seus consultórios e, quando o fazem, é comum contratar apenas a recepcionista; nos 3 casos em que foi encontrado um laboratório de prótese anexo ao consultório, havia auxiliares em apenas 2 deles no momento da entrevista.

Em relação à compra de material e instrumental odontológico, os entrevistados os adquirem nas “dentais”, casas de artigos odontológicos. Um dos entrevistados informou que, além das dentais, também adquire material odontológico por meio de representantes do comércio e da indústria de produtos e insumos odontológicos. No

¹⁹ Na análise dos 50 processos de notificação de dentistas práticos de um Conselho Regional de Odontologia, encontramos relatos e fotografias de consultórios novos e bem-montados, na maioria dos casos, demonstrando uma preocupação dos dentistas práticos em manterem-se atualizados em matéria de tecnologia, conforto e higiene, pelo menos na aparência, já que não podemos constatar condições de higiene e biossegurança apenas visualmente.

Brasil, diferentemente de outros países, como os Estados Unidos, é possível adquirir equipamentos e materiais de consumo livremente, pois não existem normas legais que restringem a venda de produtos odontológicos ao leigo, podendo este realizar a compra desses artigos sem apresentação da carteira de habilitação profissional. Por esse meio, podem manter-se equipados e atualizados sobre os novos produtos ofertados no mercado, embora nem sempre o façam, por entenderem que é uma atividade que implica risco financeiro – o fechamento do consultório e a apreensão dos equipamentos por meio de ordem judicial – conforme demonstrado nas declarações dos dentistas práticos abaixo:

Sempre que a gente queria melhorar o consultório, (...), comprava um equipamento novo, vinha um fiscal. Então a gente tinha que vender, mudar. Então a gente nunca conseguiu investir no serviço da gente. Quando você começava a falar, vou melhorar, vou investir, vou aperfeiçoar meu equipamento, aí vinha a fiscalização e aí você tinha que parar. (37 anos, 21 anos de atividade).

Eu tenho o básico necessário. Não tenho hoje um consultório hiperatualizado, até mesmo porque eu não seria nenhum louco de fazer um grande investimento em cima de uma coisa que tá todo mundo tentando me jogar para trás (...) Eu tenho o básico necessário para fazer e atender exatamente o que eu faço. (44 anos, 18 anos de atividade).

Dessa forma, os dentistas práticos entrevistados procuram manter o equipamento básico necessário para realização das suas tarefas, geralmente constituídas de procedimentos de baixa complexidade. Para melhor caracterizar o perfil do dentista prático, é necessário, portanto, conhecer o trabalho odontológico por eles ofertado, ou seja, que tipo de atividade executam e em que condições de trabalho. Sabemos que os dentistas práticos executam os mesmos procedimentos que os cirurgiões-dentistas utilizam para resolver os problemas de saúde bucal, recorrendo às tecnologias e equipamentos reconhecidos pela literatura científica, sendo por essa razão enquadrados no exercício ilegal da odontologia. Assim, dentro do rol de atividades odontológicas existentes, buscamos conhecer os procedimentos que executam e de que forma os executam, assim como os valores cobrados por esses procedimentos, conforme veremos a seguir.

Quadro 2
Características pessoais e da atividade dos dentistas práticos entrevistados.

| Categoria | Questões | Dentistas práticos entrevistados | | | | | | | | | | | | | | | T |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| Características pessoais | Idade. | 37 | 32 | 44 | 73 | 49 | 52 | 36 | 29 | 58 | 38 | 30 | 55 | 57 | 70 | 38 | - |
| | Sexo. | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | F | - |
| | Idade com que começou na atividade. | 16 | 19 | 26 | 20 | 29 | 24 | 19 | 18 | 12 | 20 | 13 | 13 | 22 | 24 | 28 | - |
| | Anos de atividade. | 21 | 13 | 18 | 53 | 20 | 28 | 17 | 11 | 46 | 18 | 17 | 42 | 35 | 46 | 10 | - |
| | Aprendeu com algum familiar? | S | N | N | N | S | N | N | S | N | S | S | N | S | S | N | 7 |
| | Atualiza-se com livros? | S | S | S | S | S | S | N | N | - | S | S | N | S | S | S | 11 |
| | Já trabalhou em outra ocupação? | S | N | S | S | S | N | N | N | S | S | - | N | S | S | S | 9 |
| | Tem outra atividade paralela? | S | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | S | N | N | 2 |
| | Informa que é dentista prático? | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 15 |
| Características da atividade | Trabalha no interior. | N | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | N | 13 |
| | Trabalha na própria residência. | S | N | N | A | N | N | N | N | S | N | N | S | N | S | 4 | |
| | Consultório possui placa. | N | N | S | A | S | S | S | S | S | N | N | D | N | S | D | 7 |
| | Compra material em dentais? | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 15 |
| | Tem relação com dentista prático? | S | N | S | S | N | S | N | - | N | N | S | S | S | S | S | 9 |
| | Tem relação com cirurgião-dentista? | N | N | N | N | S | N | N | N | N | N | N | S | S | S | S | 5 |
| Consultório | Consultório “bem-montado”. (*) | N | S | S | A | S | S | S | S | N | S | - | S | - | S | N | 9 |

(T) Total de respostas afirmativas às questões formuladas e/ou observadas.

(M) Masculino; (F) Feminino.

(S) Sim; (N) Não.

(A) Aposentado; (D) Emprega ou aluga consultório para cirurgião-dentista.

(*) Consultório “bem-montado”, significa que possui todos os equipamentos básicos necessários ao atendimento odontológico, os equipamentos são seminovos ou novos, o material e instrumental encontram-se organizados e o ambiente aparenta limpeza e higiene. Essa classificação está baseada na observação dos entrevistadores, no momento da entrevista.

3.1. Procedimentos executados pelos dentistas práticos

Os procedimentos que os dentistas práticos entrevistados relataram executar são basicamente os mesmos, com poucas variações. Todos os entrevistados realizam em comum os seguintes serviços: prótese total e parcial removível, (respectivamente, “dentadura” e “roach”); restaurações plásticas (obturações) e próteses fixas de um ou mais elementos dentários (respectivamente “peça metálica” e “ponte fixa”). Pode-se dizer que essas tarefas constituem o centro do trabalho dos dentistas práticos, conforme eles mesmos anunciam:

Faço obturações, limpezas simples que não abrange o lado assim de mexer na área de gengiva, entendeu? Teria também algumas peças, restaurados, preparos, alguma coisa assim, por que eu mexo também na área da prótese odontológica, e isso é a minha especialidade e é só. (32 anos, 13 anos de atividade).

Aqui trabalho na área de prótese e dentística... É, as duas áreas que eu mais desenvolvo aqui são prótese e dentística. (44 anos, 18 anos de atividade).

(...) a prótese [dentadura] eu ainda faço, (...) canal, coroa, dente de jaqueta, todas essas coisas a gente fazia. Eu não me aventurava muito na área de aparelho ortodôntico, alguns tratamentos de canais mais complicados, extrações de siso, dente siso incluso, por exemplo, a gente não fazia, né? (37 anos, 21 anos de atividade).

Aqui, mais é prótese, né, dá mais serviço de prótese. (36 anos, 17 anos de atividade).

Faço mais, é dentadura, roach, prótese removível, restaurados, não faço canal, raramente extração, mais é obturação e prótese. (30 anos, 17 anos de atividade).

As diferenças aparecem quando o procedimento é cirúrgico, ou seja, quando se trata de extrações dentárias ou de cirurgia periodontal. Nem todos os entrevistados realizam extrações dentárias ou, pelo menos, nem todos assumem que o fazem, já que apenas 10 dentistas práticos afirmaram realizar esse procedimento.²⁰ Assim mesmo, quando o fazem, realizam apenas extrações simples e, raramente, extrações de terceiro molar (“siso”). Assim, apenas três dos quinze dentistas práticos entrevistados fazem extrações de dente “siso”. Aqueles que executam as extrações dentárias mencionaram que, freqüentemente, utilizam radiografias dentárias, especialmente quando suspeitam de um caso mais complicado. Como quase nenhum deles possui aparelho de radiografia no consultório, solicitam a tomada radiográfica de terceiros (geralmente clínicas especializadas em radiografias dentárias), procedimento adotado também entre os dentistas formados, que nem sempre possuem aparelho de radiografia em seus consultórios.

²⁰ As extrações simples fazem parte do tratamento básico e precedem, geralmente, a colocação de próteses; é muito difícil pensar que eles não executam este procedimento, até porque historicamente essa tem sido uma das tarefas principais dos empíricos (Carvalho, 1994; Cunha, 1952, Hillam, 1991, Carneiro, 1981). É interessante lembrar que a lei que regulamentou o exercício da odontologia pelos dentistas

Os dentistas práticos que não realizam extrações dentárias complexas ou de dente “siso”, afirmaram que indicam o procedimento para um cirurgião-dentista. Esse é o caso também para procedimentos de maior complexidade, como os tratamentos de canal, as cirurgias periodontais e a ortodontia.

Meu negócio aqui é mais de protético dentário, dentaduras, “roachs”. Pequenas extrações, coisa mais séria eu mando pra os colegas formados. (55 anos, 42 anos de atividade).

Cirurgia na gengiva, cirurgia no próprio dente, uma extração complicada, uma cirurgia inclusa, canal, extrações simples, isso aí geralmente eu indico para profissionais da minha confiança e eles fazem. (32 anos, 13 anos de atividade).

Dentre os entrevistados, o tratamento de canal é realizado com maior frequência que a cirurgia de dente “siso”; assim, enquanto apenas três dentistas práticos realizam extração do terceiro molar, oito deles fazem tratamento de canal, com a ressalva de que fazem apenas os mais simples, ou seja, tratamento endodôntico unirradicular (“canal de apenas uma raiz”). Para os casos de dentes com mais de uma raiz adotam o procedimento de indicar o paciente a um dentista formado.

Eu faço obturação, extração e a parte de prótese (...) dentadura, “roach”, né? Muitas vezes eu peço para o cliente que faça o tratamento de canal fora. Trabalho com serviço de ponte fixa. (52 anos, 28 anos de atividade).

Por alto, eu mexo com prótese fixa e móvel, obturações simples, alguma questão de canal ou coisa mais séria, eu indico pra um colega meu que é formado, e ele executa. (38 anos, 18 anos de atividade).

A radiografia, procedimento indispensável para o tratamento de canal é, segundo informaram alguns dos entrevistados, solicitada a terceiros, conforme explica o entrevistado:

(...) só não tenho equipamentos mais sofisticados como laser, não tenho RX. Quando precisa de uma radiografia, a gente pede e tira em outro local. (30 anos, 17 anos de atividade).

práticos licenciados, em 1951, não proibia a realização das extrações simples, mas os impedia de realizar qualquer outra intervenção sangrenta (Cf. capítulo IV).

De fato, para a realização do tratamento endodôntico, independentemente da sua complexidade, é necessário que o profissional possua um aparelho de radiografia. Dos oito dentistas práticos entrevistados que afirmaram realizar o tratamento de canal, apenas 1 possui aparelho de RX. No entanto, em dois casos não foi possível obter esta informação (quadro 3).

O tratamento da doença periodontal foi citado por apenas um dos entrevistados. Parece que esse não é um procedimento comumente realizado pelos dentistas práticos. Na verdade, esse é um tipo de procedimento que envolve menor habilidade e maior conhecimento teórico dos profissionais da odontologia. Trata-se de uma doença crônica, de difícil diagnóstico e tratamento; para que se obtenham bons resultados, é necessário acompanhamento permanente do especialista e adesão do paciente ao tratamento. A exigência de um conhecimento especializado para o controle da doença e de tratamento cirúrgico complexo nos casos de acometimento mais grave do tecido periodontal pode explicar, em parte, o fato de não ser esse um procedimento citado pelos dentistas práticos entrevistados. Outra especialidade referida por apenas um dos dentistas práticos é a ortodontia, área dominada por especialistas e considerada uma atividade odontológica de maior complexidade.

Ainda com relação aos procedimentos pouco executados pelos entrevistados, está a prescrição de medicamentos de uso sistêmico, o que na visão de um deles “é uma coisa muito perigosa” (73 anos, 53 anos de atividade, aposentado). Dois deles relataram “receitar” antibióticos e anti-inflamatórios. Um informou que receita anti-inflamatório e outro disse que se limita a prescrever analgésicos. Os demais negaram realizar tal atividade. Essa era uma das três atividades vetadas aos dentistas práticos licenciados, segundo a Lei 1.314, que regulamentou o exercício da odontologia em 1951 (cf. capítulo V).

Conforme observado, a maior parte dos dentistas práticos entrevistados não realiza procedimentos odontológicos de maior complexidade. Quando isso se faz necessário, eles encaminham o paciente principalmente aos cirurgiões-dentistas. Dessa forma, os cirurgiões-dentistas parecem funcionar como uma referência especializada para o dentista prático, como na declaração abaixo, em resposta à pergunta “*O senhor encaminha pacientes para outros dentistas?*”:

Com certeza, com certeza. Jamais eu... esse é um lado da coisa que eu vejo com muito carinho, é não me atrever àquilo que está 100% fora do meu alcance. Então, se não está ao meu alcance, a primeira coisa que eu acho que qualquer um deveria proceder, seria isso (...) Aqui o local que eu tenho mais costume de encaminhar é pra clínica do D.[nome do cirurgião-dentista], aqui no C.[nome do bairro], entendeu? O nome da clínica eu até esqueci...mas eu tenho aqui anotado... que é uma clínica que tem variedades de profissionais, entendeu? Variados, para várias especialidades, o dono da clínica é meu conhecido. Quer dizer, isso já é meio caminho andado, (...) chega um cliente meu lá, com o meu nome, ele já vai dar uma força. Vai ver o que pode ser feito e passar para o profissional à altura.(44 anos, 18 anos de atividade).

Da mesma forma que as radiografias, os serviços de laboratório de prótese também são solicitados a terceiros. Assim, a maioria dos dentistas práticos entrevistados contrata trabalhos de prótese dentária, especialmente quando o caso exige procedimentos que envolvem a fundição de peças metálicas e serviços com porcelana, enviando-os para laboratórios da região ou da capital. Esse é também o procedimento usual entre os cirurgiões-dentistas. Alguns deles preferem, no entanto, fazer os trabalhos de prótese removível, como a montagem de dentes e a estrutura acrílica, que exigem equipamentos e estrutura laboratorial mais simples, no próprio laboratório:

O serviço em acrílico eu mesmo faço, tenho um lugar específico para trabalhar porque faz muita bagunça; toda parte metálica e em porcelana eu mando para [capital].(38 anos, 18 anos de atividade).

Segundo um dos dentistas práticos, o fato de ter clientela numerosa faz com que seja necessário terceirizar o trabalho protético, promovendo economia de tempo e de custo para o serviço odontológico.

Que o dentista vai se profissionalizando e aumentando clientela. Então, às vezes ele não agüenta atender toda a clientela. Então, alguns trabalhos eu mandava para o laboratório. Mas aqueles trabalhos (...) que precisava de um conhecimento assim mais profundo, eu mesmo fazia ele, viu? Tinha casos que o laboratório não resolvia, entendeu? Porque, assim, eles entendem às vezes muito de alguma coisa, mas a estética... A estética nasce na gente (...).(73 anos, 53 anos de atividade, aposentado).

Quadro 3
Procedimentos, serviços e recursos utilizados pelos dentistas práticos entrevistados.

| Categorias | Questões | Dentistas práticos entrevistados | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | T |
| Procedimentos | Executa extrações simples? | S | N | N | S | S | S | N | S | S | S | N | S | - | S | S | 10 |
| | Executa extração de siso? | N | N | N | N | S | N | N | S | N | N | N | N | N | S | - | 3 |
| | Faz prótese total removível? | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 15 |
| | Faz prótese parcial removível? | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 15 |
| | Faz restaurações simples? | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 15 |
| | Faz prótese fixa? | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 15 |
| | Faz tratamento endodôntico? | S | N | N | S | S | N | S | S | S | N | N | N | N | S | S | 8 |
| | Faz ortodontia? | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | S | N | 1 |
| | Faz tratamento periodontal? | N | N | N | - | N | N | N | N | N | N | N | N | N | S | - | 1 |
| Medicamento | Prescreve medicamentos? | - | N | N | N | S | S | N | S | - | N | N | - | N | S | - | 4 |
| Recursos | Possui aparelho radiográfico? | - | S | N | N | N | N | N | N | N | N | S | N | N | - | S | 3 |
| | Utiliza pessoal auxiliar? | - | S | N | S | N | S | - | N | - | N | N | S | N | - | N | 4 |
| | Possui laboratório de prótese? | N | N | N | N | N | S | N | S | N | S | S | N | S | S | N | 6 |

(T) Total de respostas afirmativas às questões formuladas.

(S) Sim; (N) Não.

Em relação à qualidade dos serviços prestados, não se pode dizer quase nada; primeiro, porque não há como avaliar esse trabalho e, segundo, pela suposição de que, sendo uma atividade aprendida pelo sistema “mestre-aprendiz”, ela está fora do padrão mínimo de treinamento, aceitável para a formação do cirurgião-dentista. Não se pode negar, por outro lado, que o fato de constituírem boa clientela, baseada, principalmente, no sistema de “indicação”, dedicarem-se integralmente ao trabalho odontológico, e permanecerem, durante muito tempo, numa mesma localidade, sejam fatores importantes para atestar que o trabalho que realizam está resolvendo, pelo menos em parte, o problema da clientela que atendem. Nesse caso, no entanto, o julgamento da qualidade do trabalho é realizado pela própria clientela, que o compra com base na sua própria satisfação.

Esse é um ponto crucial para as teorias das profissões, as quais consideram fundamental que a própria profissão, e apenas ela, possa julgar o resultado do trabalho realizado. É interessante analisarmos essa questão segundo os critérios de profissionalização

definidos por Freidson (2001). Para esse autor, o "profissionalismo refere-se às circunstâncias nas quais os membros da ocupação e não os consumidores ou os gerentes controlam o trabalho" (Freidson, 2001, p.12). No caso analisado, da profissão da odontologia no Brasil, parece existir uma falha de controle desse trabalho, quando observamos os consumidores comprando serviços odontológicos dos dentistas práticos à revelia da profissão. Dentro dessa concepção, o julgamento e o controle da qualidade do trabalho está sendo realizado pelos consumidores e não pela própria profissão. Isso revela disputa e contestação dos dentistas práticos no espaço do trabalho, onde se realiza a compra de serviços odontológicos, fato que ocorre às expensas da profissão, responsável legal pela padronização, avaliação e controle da qualidade dos serviços odontológicos ofertados à população.

3.2. Valores dos serviços prestados e estratégias de mercado

Conforme apontado, a atividade do dentista prático está organizada sob a forma individual e autônoma do trabalho, não existindo qualquer intermediação entre o prestador de serviço e o consumidor, nesse caso, entre o dentista prático e o paciente. Embora seja uma forma cada vez mais rara na compra de serviços de saúde, ainda é a forma predominante na área da odontologia.²¹ No caso dos dentistas práticos, pode-se afirmar que o serviço é pago, exclusivamente, pelo sistema de "desembolso direto", ou seja, os pacientes pagam diretamente pelos serviços segundo preços previamente combinados. Quando perguntados sobre o sistema de cobrança, os entrevistados informaram que procuram estabelecer preços baixos e facilitar a forma de pagamento para sua clientela, considerada por eles mesmos, de baixa renda.

Numa análise dos preços cobrados pelos dentistas práticos entrevistados, podemos encontrar valores muitas vezes semelhantes aos dos cirurgiões-dentistas, porém abaixo dos valores da tabela de convênios definida pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC), uma comissão constituída por representantes de entidades

²¹ Mais recentemente, a odontologia tem sido alvo de convênios e credenciamentos por parte de operadoras e planos de saúde, mas esse formato ainda não é predominante nesse campo de trabalho (Pinto, 2000).

oficiais da categoria profissional.²² Por outro lado, são valores que muito se assemelham aos preços pagos pelas operadoras de serviços de saúde bucal para os cirurgiões-dentistas conveniados. No entanto, em comparação com as clínicas populares, presentes nos centros urbanos de maior porte e nas capitais e que, geralmente, atendem à população de baixa renda, os preços dos dentistas práticos são mais altos.²³ O quadro abaixo compara preços médios praticados por operadoras de planos de saúde bucal, preços praticados por clínicas populares e preços informados pelos entrevistados, com os Valores Referenciais para Convênios e Credenciamentos (VRCC) definidos pela CNCC, para três procedimentos odontológicos básicos.

Quadro 4
Preços praticados por diversos provedores de serviços de odontologia e valores referenciais para convênios e credenciamentos odontológicos.

| Procedimento | Valores da VRCC* | Preço médio pago por operadoras de planos e seguros de saúde bucal** | Preço médio informado pelos dentistas práticos entrevistados | Preço médio de clínica popular de odontologia*** |
|---------------------|-------------------------|---|---|---|
| Dentadura | 329,05 | 239,65 | 148,75 | 75,00 |
| Restauração | 32,40 | 22,11 | 24,28 | 12,50 |
| Extração simples | 46,94 | 27,09 | 17,50 | 5,00 |

* Valores de Referência para Convênios e Credenciamentos em Odontologia; ** Travaglini, F., matéria publicada no Jornal da APCD, Ano 37, N.º 545, Set., 2002, p.19; *** Preços obtidos em propagandas distribuídas nas ruas do centro de uma capital.

²² A Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos é formada por representantes das entidades nacionais de odontologia: CFO (Conselho Federal de Odontologia), ABO (Associação Brasileira de Odontologia), FIO (Federação Interestadual de Odontologia) e FNO (Federação Nacional de Odontologia).

²³ As clínicas populares são clínicas odontológicas que empregam vários dentistas, geralmente recém-formados, numa relação informal de trabalho e que, em virtude da rapidez e do volume de atendimentos realizados diariamente, oferecem serviços odontológicos a preços muito baixos: extração a R\$ 5,00; obturação a R\$ 10,00; dentadura a R\$ 55,00, cirurgia de “siso” a R\$ 30,00 (Coelho Jr., 2002).

Apenas quatro dos dentistas práticos entrevistados consideram que os preços que cobram, abaixo dos valores praticados no mercado, são importantes para atrair sua clientela, conforme explica um deles:²⁴

Vou colocar assim, em relação ao dentista formado, o dentista formado antigamente, quando a gente começou, era muito visado, cobrava um absurdo, era muito caro, foi quando surgiu bastante cliente pra gente, que é prático, no sentido do preço que a gente trabalhava, que era inferior, porque o preço da prótese era X, o dentista cobrava 3X, por causa do laboratório. A gente cobra mais barato. E por esse mercado nós estamos trabalhando até hoje, firme e forte o pessoal [os práticos]. (38 anos, 18 anos de atividade).

Um dos entrevistados considera, no entanto, que seus valores não são baixos e que não é o preço que determina sua clientela:

Exatamente porque eu faço questão de avisar pra todo mundo que eu sou prático. O meu cliente não vem aqui porque meu serviço é muito mais barato, porque não é. Têm formados por aí, trabalhando com preço mais abaixo do meu. (...) Mas meus preços nunca foram baixos. (49 anos, 20 anos de atividade).

Em contrapartida, muitos deles informaram que procuram facilitar o pagamento, dividindo-o em várias parcelas, como atesta um dos entrevistados sobre o seu sistema de cobrança: “Aí depende do valor, né. A gente facilita até 3 vezes” (36 anos, 17 anos de atividade). Outro entrevistado informou que sua condição de pagamento “varia de 3 a 6 vezes” (29 anos, 11 anos de atividade). Para um dos dentistas práticos, entretanto, o pagamento não deve ser a única preocupação do profissional:

(...) muitas pessoas não podem pagar muito caro. E tem muitas vezes que chega pessoa aqui que não pode. Vem aqui, deita na minha cadeira e eu falo. Quer extrair o dente? Tá doendo? Vou e não cobro um centavo dele. Não vai fazer falta pra mim nunca, viu? Acho importante, às vezes, o cara chega assim... não pode, não tem jeito de fazer, se chegar e tiver ao meu alcance, eu faço, não ligo não. Pra mim tá tudo certo (...). Divido de 2 vezes, 3 vezes, o importante é a pessoa sair feliz. (58 anos, 46 anos de atividade).

²⁴ Conforme veremos adiante, outros fatores foram apontados como estratégia para atrair clientela, além de preços baixos – simpatia, acessibilidade, garantia, qualidade – mas o único fator apontado por todos, considerado o mais importante é a “indicação”, ou seja, a propaganda realizada boca a boca, pelos clientes.

Por outro lado, existem aqueles que se preocupam mais em garantir o pagamento que, por essa razão, é realizado de acordo com as condições de pagamento do “cliente”, como relatou um dos nossos entrevistados:²⁵

E forma de pagamento, você pode pagar a vista para ganhar um desconto, você pode pagar parcelado, e aí dar uma entrada e mais tantas parcelas; divido pra você, mas a parcela tá cara? Você pode pagar uma parcela elástica, até 10 vezes, se você quiser, só que vai demorar 10 meses você vai demorar pra terminar esse trem seu entendeu? Porque você só vai terminar o tratamento na hora em que você terminar de pagar a última parcela (...) pra mim, tanto faz, você vai vir aqui e não vai fazer nada, vai polir, vai colocar um curativozinho, vai olhar e vai embora, semana que vem você vai vir e não vai fazer nada, por que você não pagou nada. (38 anos, 10 anos de atividade).

Uma análise mais genérica das repostas dos dentistas práticos entrevistados permite-nos constatar que eles procuram se mostrar sempre acessíveis à sua clientela. Assim, independentemente da probabilidade de seus clientes efetuarem ou não o pagamento dos serviços no instante da consulta, eles procuram estar sempre disponíveis para realizar os serviços, especialmente os de urgência, como exemplificado nos depoimentos abaixo:

A pessoa chega aqui com dor de dente, o paciente vai ser atendido, com dinheiro ou sem dinheiro ele é atendido, é uma norma que a gente tem aqui. (...) paciente chegou com dor de dente, com ou sem dinheiro ele vem, vamos dar um crédito para ele, entendeu (...) se não pagar Deus dá a gente em dobro. E se ficou satisfeito com a gente, creio que vai pagar quando puder. (38 anos, 10 anos de atividade).

Hoje a importância do prático só está nisso, porque no meu caso, eu sou muito mais acessível... Pra começar, eu trabalho na minha casa. Qualquer hora que me procurar, ele me acha. Ele me acha no celular, ele me acha no telefone, me acha onde quiser. Segundo, aqui, o camarada, ele não passa por duas, três secretárias, não tem que marcar, não tem essa burocracia toda. Depois, pra poder sentar na minha cadeira pra fazer orçamento, ele não tem que enfiar a mão no bolso. Terceiro, se o dente dele tiver doendo, ele vai voltar [ir embora] sem estar doendo do mesmo jeito, se ele tiver ou não dinheiro. (49 anos, 20 anos de atividade).

²⁵ O termo mais utilizado entre os dentistas práticos para se referirem às pessoas que atendem é “cliente”, no lugar de pacientes.

4. Clientela, credibilidade e reconhecimento social

A clientela dos dentistas práticos é formada, basicamente, por “indicação”, ou seja, o cliente faz propaganda “boca-a-boca” dos serviços. A formação da clientela depende, portanto, do grau de satisfação do cliente. Para os dentistas práticos entrevistados, é imprescindível a realização de um trabalho “de qualidade”, pois isso assegura a possibilidade de sustentação e permanência na localidade em que presta serviços. Como numa relação “comercial”, o importante é atender às expectativas do cliente: preços baixos, garantia do serviço, simpatia e acessibilidade compõem o rol de estratégias citadas pelos entrevistados para conquistar sua clientela.

O forte da gente é a indicação, o pessoal procura a gente através do outro cliente que veio. Então é indicação, até porque com a situação da gente, não pode pôr placa, não pode ter cartão, fazer propaganda. É boca-a-boca, o pessoal vai indicando... 'Vai ali, ele trabalha direitinho'. A pessoa viu uma prótese e gostou. (30 anos, 17 anos de atividade).

Clientela a gente conquista da seguinte forma, né, a partir do momento que a gente faz o serviço pra pessoa, então essa pessoa agrada do serviço e, conseqüentemente, essa pessoa já faz a propaganda pra frente. (29 anos, 11 anos de atividade).

Eu trabalho com meu cartão que é o cartão de visita, né? Com meu nome, endereço e telefone. Então, cada cliente que eu atendo leva um cartão. Sempre ele manda mais dois. (52 anos, 28 anos de atividade).

Embora na pergunta direta sobre as formas de conquistar a clientela, o quesito “acessibilidade” tenha sido citado apenas uma vez, fica claro, no decorrer das entrevistas, que todos acreditam que o dentista prático é muito mais acessível do que o cirurgião-dentista a determinados grupos populacionais, não apenas pelos preços baixos que cobra, mas porque causa menor constrangimento social. Isso significa dizer que a população tem como certo poder arcar com os serviços dos práticos, mas duvida dessa possibilidade em relação aos profissionais formados e, por isso mesmo, nem chegam a consultá-lo.

É razoável supor que existe, realmente, uma relação de identificação e confiança entre dentista prático e clientela, pelo fato de serem pessoas próximas, do mesmo convívio

social. Um forte argumento, presente no discurso dos dentistas práticos para justificar o reconhecimento da clientela, é o vínculo existente entre dentistas práticos e a comunidade para a qual oferecem seus serviços. Um dos entrevistados analisa a questão:

(...) muitas pessoas, elas têm assim, muita dificuldade de encarar um dentista formado. Elas assim, aquele quebra-gelo, aquela... ela não tem muita intimidade. E com a gente elas podiam chegar, conversar, falar o que sentiam, reclamar. Enfim, elas tinham mais liberdade com a gente do que com o dentista formado. Então por causa disso, muitos até hoje procuram a gente. (37 anos, 21 anos de atividade).

Outro depoimento, que reforça essa crença é o seguinte:

Pra comunidade, olha, o dentista prático é mais útil. Quando fala em comunidade, nós estamos falando o povão. (...) E o povão não aguenta pagar o preço do formado, tá certo? Outra coisa: o povão não tem coragem de chegar lá meia-noite, na casa do dentista, do cirurgião e bater. Mas, na minha casa, ele vem. Chega aqui meia-noite, chega aqui domingo: 'Ô S. J.!' . Na minha casa ele tem coragem de vir, viu? (73 anos, 53 anos de atividade, aposentado).

Assim, considerando-se que muitos deles vivem na própria comunidade onde oferecem seus serviços, o vínculo é inevitável e, com isso, obtêm credibilidade e reconhecimento social.

Outra questão que ajuda a confirmar essa suposição é o fato de os entrevistados não esconderem da clientela sua condição de dentistas práticos. Ao contrário, alguns disseram que isso pode ser um fator de credibilidade perante a comunidade. Na verdade, encontramos dois dentistas práticos que faziam questão de informar sua condição de não-habilitados, exibindo uma placa na sala de espera dos seus consultórios com os seguintes dizeres:

“Atenção: o profissional deste estabelecimento é dentista prático não possuindo curso formal”.

Um deles explica:

Ainda tem essa grande vantagem, porque nenhum cliente meu entra aqui dentro aqui sem saber que eu sou prático. Porque é o seguinte: existe uma questão que eu até falei há um tempo atrás com um cidadão relacionado à fiscalização da região, que ele chegou a falar no rádio sobre a questão do falso dentista. E eu conversei com ele e deixei pra ele bem claro, e deixo pra qualquer um, eu não sou falso dentista. Eu não sou habilitado. Eu não sou falso. Porque falso eu seria se eu tivesse todo fantasiadinho de dentista aqui sem nada avisando do contrário (...). Então, eu não vendo falsa identidade. Essa é a minha verdade. Quem entrar aqui, entra com consciência que ele tá entrando num consultório de um prático. Não está entrando, sendo enganado por ninguém não. (44 anos, 18 anos de profissão).

(...) porque no fundo, a preocupação deles [cirurgiões-dentistas] não é a população, não é a sociedade. A preocupação deles é o valor que eles pagaram no curso deles (...) e o retorno financeiro que eles estão tendo. (...) Porque eu cobro esses preços, mas eu trabalho com a maior honestidade. E às vezes eles não me pagam nem um terço do que é meu valor de tabela. E por isso, meu consultório está sempre lotado. (49 anos, 20 anos de atividade).

De fato, o fator honestidade é sempre importante para estabelecer uma relação de credibilidade. Conforme vimos, esse é um dos pontos que diferencia o exercício ilegal da profissão do charlatanismo, ou seja, o fato de não enganar o usuário com base em propaganda e identidade falsas (cf. capítulo III).

Outro exemplo do reconhecimento que podem desfrutar junto à comunidade está nos casos de candidatura a cargos municipais, em que os práticos utilizam-se da atividade de “dentista” para fazer propaganda eleitoral. É o caso, por exemplo, do “Z. Dentista” e do “G. Dentista”, ambos candidatos nas últimas eleições municipais, em cidades do interior do Estado, respectivamente, de pequeno e grande porte.²⁶ Esse último, após a posse, foi eleito também presidente da Câmara Municipal, mantendo, paralelamente, sua atividade de dentista prático. Essa situação revela, de um lado, o prestígio que muitos dentistas práticos alcançam nas suas comunidades, mas, de outro lado, demonstra a tolerância das autoridades públicas para com o exercício ilegal da odontologia.

²⁶ Essas informações foram obtidas dos processos de visita a dentistas práticos, mantidos por um Conselho Regional de Odontologia, onde constam, ainda, fotos das faixas eleitorais, com o nome do

Ainda presente no discurso dos dentistas práticos está o argumento da competência profissional. Os dentistas práticos entrevistados reivindicam para si a mesma capacidade de trabalho que tem um cirurgião-dentista; assim, procuram convencer a população que os procura de que são tecnicamente capazes, conforme pode ser observado nas declarações abaixo:

Falo, falo abertamente. Deixo muito claro pra eles, entendeu? E aqueles que acham que eu sou formado, eu também não tenho vergonha de dizer para eles que sou prático, entendeu? Eu falo com ele: "Olha, você me chamou, pensou que eu fosse formado, mas não sou formado. Mas aquilo que eu pegar pra você, eu vou pegar e dar conta do recado". (32 anos, 13 anos de atividade).

(...) a gente faz o serviço igual ao do formado, se não for igual, não vai perder de muito em relação aos formados recentes, entendeu? (29 anos, 11 anos de atividade).

Pode-se, também, supor que a capacidade dos dentistas práticos é, muitas vezes, avaliada pela clientela, a partir de alguma experiência ruim vivida durante o tratamento com um cirurgião-dentista, como exemplifica o entrevistado abaixo:

(...) eu acho que eu sou assim tão importante (...) tem um cliente que tinha passado assim por 3 consultórios de dentista formado e ele não sabia assim o que fazer. Ele chegou aqui, executei o serviço, coloquei um serviço muito bonito de porcelana nele. Ele ficou todo alegre. A minha satisfação é muito maior que o dinheiro que ele me pagou. Eu não quero competir com o dentista formado, mas eu coloco para mim mesmo que eu sou capaz, e isso me engrandece como pessoa, como ser humano e pra mim é formidável. (38 anos, 18 anos de atividade).

Por outro lado, nem sempre é possível esconder da comunidade sua condição de práticos, ou porque vivem e trabalham na própria comunidade onde foram criados e onde seus pais trabalharam como dentistas práticos, ou porque já foram vítimas da fiscalização. A maioria dos nossos entrevistados reside há bastante tempo na mesma comunidade, sendo conhecidos da população local. Um deles nos relatou sua experiência com as autoridades e como ficou conhecido na cidade em que atuava, sem que isso tivesse prejudicado sua atividade profissional:

partido e número eleitoral; uma dessas faixas encontrava-se pregada na fachada do consultório do

(...) porque antes eu falava que estava estudando, que eu tinha começado e parado. Porque a gente tinha medo, a gente agia com medo, né? Mas, assim que eu percebi que eu era evangélico e que eu tinha um compromisso com Deus também, e não podia mais falar mentira, então eu comecei a falar com todo mundo que eu era prático, mas que a gente tava sempre se informando, estudando (...). Então, logo todo mundo ficou sabendo na cidade que a gente não era formado, né (...). Eles [os clientes] continuaram vindo a mesma coisa. Aliás, hoje a cidade inteira já sabe que eu sou prático porque eu já fui fiscalizado, fui parar na delegacia de polícia, todo mundo ficou sabendo. A gente recebeu muito apoio assim, muita cesta básica, muita visita dos amigos e, assim muita solidariedade com a gente. (37 anos, 21 anos de atividade).

5. Fiscalização e “direito” de exercer a odontologia

Dos 15 dentistas práticos entrevistados, dez já tinham sido visitados pelo Conselho Regional de Odontologia do respectivo Estado e denunciados às autoridades competentes para as providências legais.²⁷ As denúncias são feitas à delegacia de polícia, à promotoria pública e ao serviço de vigilância sanitária do município, órgãos encarregados da fiscalização e investigação do exercício ilegal das profissões de saúde. Para apenas dois entrevistados, as denúncias tiveram resultados imediatos: um deles foi preso em flagrante e o outro foi chamado a depor na delegacia de polícia.²⁸ Em ambos os casos, não houve continuidade do processo judicial e os dentistas práticos foram rapidamente liberados, continuando a exercer a atividade. Um deles, no entanto, passou a trabalhar no interior de sua residência.

De fato, podem ocorrer várias situações em decorrência das denúncias efetuadas pelos Conselhos Regionais de Odontologia às autoridades competentes. Primeiro, os inquéritos são abertos pela delegacia de polícia e promotoria pública, mas são posteriormente suspensos ou, simplesmente, ficam parados por muito tempo (ou, mesmo, para sempre). Segundo, eles pagam fiança ou fazem algum tipo de acordo com

²⁷ É importante esclarecer que os Conselhos de Odontologia não têm nenhuma jurisdição sobre os dentistas práticos. Conforme visto no capítulo III, são órgãos responsáveis pela fiscalização da odontologia exercida pelo cirurgião-dentista. Entretanto, por denúncia ou durante a fiscalização de rotina, eles podem encontrar pessoas não habilitadas.

²⁸ Conforme descrito na metodologia, a maioria dos dentistas práticos entrevistados foi encontrada por meio de endereços dos respectivos consultórios, constantes dos processos de fiscalização do Conselho Regional de Odontologia de um dos Estados do país. Uns foram indicados pelos próprios dentistas

as autoridades locais para serem, em seguida, liberados. Terceiro, o caso vai a julgamento em primeira instância e aplica-se a culpa, mas não a punibilidade. Finalmente, e menos freqüente, eles vão a júri popular e a pena de prisão para o exercício ilegal da profissão, que é de 6 meses a 2 anos, é substituída por serviços comunitários ou doações de cestas básicas. Em todos os casos, no entanto, é comum o dentista prático voltar a praticar a atividade, em outra localidade ou no interior de sua residência.

Segundo os fiscais dos Conselhos Regionais, muitas vezes, as denúncias efetuadas não chegam sequer a ser investigadas, não havendo nem mesmo a abertura de inquérito policial.²⁹ Algumas respostas de fiscais dos Conselhos Regionais de Odontologia exemplificam isso:

Em 40% das vezes, [tomam providências]. Nas cidades pequenas, o prático é amigo do Promotor, do Delegado ou do Prefeito, aí não fazem nada.

Sim [tomam providência]. Mas a gente provoca eles diretamente, vai lá. Se deixar por conta deles, não fazem nada.

Na maioria das vezes, as denúncias não são apuradas por alguns órgãos competentes, ou seja, os que têm poder de polícia. Diante dessa triste realidade, o próximo passo (...) será denunciar a omissão dos órgãos competentes.

É importante ressaltar que a maioria dos Conselhos Regionais de Odontologia respondeu afirmativamente em relação à tomada de providência das autoridades competentes, correspondendo a 12 dos 19 conselhos regionais entrevistados. No entanto, todos eles também responderam que, apesar das providências, os dentistas práticos sempre retornam à atividade. Segundo informou um dos fiscais “*o processo fica rolando, o prático acha que não vai dar em nada e volta a trabalhar*”.

Além disso, há que se considerar o fato de que muitos dentistas práticos, ao serem notificados pelos fiscais dos conselhos de odontologia, mudam rapidamente de localidade ou passam a atender no interior de suas residências, dificultando o processo de investigação policial que acaba, por isso mesmo, não sendo levado adiante.

práticos entrevistados, e outros foram encontrados por indicação de conhecidos, geralmente dentistas, que souberam da pesquisa.

Em relação à situação na qual os dentistas práticos permanecem na mesma localidade e no mesmo consultório, sem que nada lhes aconteça, principalmente pelas suas relações de amizade com as autoridades, podemos citar o depoimento de um dos nossos entrevistados:

Eles moveram um processo, de repente chega um policial aqui que, por ironia, são todos conhecidos meus. Aqui eu recebo direto (...) durante a semana, três, quatro vezes, chega uma viatura trazendo presos que eu trato. Eu trato o pessoal da cadeia, eu trato o pessoal do presídio, eu trato o pessoal da Sociedade São Vicente de Paulo (...) por morar em [nome da cidade] há 20 anos, e por ter vivido muito bem aqui, então eu conheço todo mundo. (...) Eu chego na Delegacia, a primeira coisa que eu ouço, o delegado G.M. - estudou junto comigo e foi criado junto comigo aqui - você vê o delegado na sala xingando, porque está lá com viatura quebrada, faltando policial pra trabalhar e expressão dele: (...) e os f. d. p. perseguindo quem está trabalhando. (...) Chegou no juiz (...) ele virou pra mim e falou: "Ó rapaz, de acordo com a lei (...) você tem direito a suspender o processo. Você paga 800 alimentos básicos de quantidade diferente e acaba o processo aqui". (...) E paguei e acabou. (49 anos, 20 anos de atividade).

Para os casos que vão a julgamento, em primeira instância, nas comarcas locais, temos a seguinte explicação, ouvida de um juiz: quando levados aos juízes de comarcas, em primeira instância, os dentistas práticos ou são punidos com penas menores (doação de cesta básica e serviços comunitários) ou são liberados da pena, com base no que se denomina "exclusão da ilicitude", ou seja, existe o crime, mas não há punibilidade, justificada pelo "estado de necessidade".³⁰ Nesse caso, na aplicação da pena, o juiz leva em conta que o dentista prático agiu sob uma situação de necessidade de sobrevivência, isto é, ele foi "levado" a exercer (ocasionalmente) a prática ilegal para seu próprio sustento. Constatando-se que não houve danos, o réu (confesso) aceita a condição de que não mais exercerá a atividade ilegal.³¹

²⁹ Essas informações resultam da entrevista telefônica feita a todos os Conselhos Regionais de Odontologia do Brasil; 19 desses conselhos nos responderam.

³⁰ O artigo 23 do Código Penal Brasileiro estabelece a exclusão da ilicitude para três situações: I) estado de necessidade; II) legítima defesa e III) estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular do direito (Gomes, 2001).

³¹ Informações obtidas na palestra proferida pelo juiz Geraldo Claret Arantes, no 2.º Fórum Nacional de Fiscalização do Exercício Profissional da Odontologia, 22 a 25 de maio de 2002, Belo Horizonte, MG. Ainda, com base na informação desse juiz, no Estado de Minas Gerais, não houve nenhum recurso da decisão tomada em primeira instância, não havendo nenhum caso levado ao Tribunal de Alçada nos últimos dez anos.

Quando analisamos 50 processos de visita e notificação a dentistas práticos realizados, entre os anos de 1999 e 2002, por um dos Conselhos Regionais de Odontologia do país, contatamos, em relação ao acompanhamento dos processos de denúncias às autoridades policiais e jurídicas, os seguintes resultados, apresentados no quadro 5:

Quadro 5

Distribuição dos resultados das denúncias feitas pelo Conselho Regional de Odontologia às autoridades policiais e jurídicas, segundo o número de casos de dentistas práticos denunciados.

| Resultados das denúncias feitas pelo Conselho Regional de Odontologia | N.º de dentistas práticos |
|---|----------------------------------|
| Processo aberto no fórum da comarca | 4 |
| Suspensão no fórum da comarca | 2 |
| Intimação/prisão (liberado mediante fiança) | 2 |
| Intimação (liberado mediante acordo e indenização de paciente) | 1 |
| Intimação dos fiscais do Conselho Regional de Odontologia para depor no inquérito policial (não houve prosseguimento) | 4 |
| Busca e apreensão de equipamento | 1 |
| Condenação (serviços comunitários) | 1 |
| Não encontrado pelas autoridades/consultório desmontado | 11 |
| Sem qualquer ação das autoridades | 22 |
| Outros | 2 |
| Total | 50 |

Fonte: Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

Apesar de os cirurgiões-dentistas considerarem ineficazes as ações das autoridades policiais e jurídicas e demandarem atitudes mais enérgicas com relação ao exercício ilegal da profissão, os dentistas práticos, por sua vez, consideram rigorosas as investidas feitas contra eles pelos cirurgiões-dentistas, seja de forma direta, pelas visitas de rotina dos fiscais dos conselhos de odontologia, seja de forma indireta, acionando os delegados de polícia para investigá-los. Assim, reclamam da “perseguição” que já sofreram – e que ainda sofrem - por parte dos cirurgiões-dentistas, revelando um sentimento de humilhação e de indignação com o que consideram “abuso de poder”, como podemos observar no testemunho abaixo:

Já teve época deles abusarem um pouquinho do poder. Atualmente eu acho que eles estão agindo razoavelmente, dentro de um padrão aceitável (...). Mas já teve época que eles abusavam do poder... Eles armavam (...) para poder pegar o camarada num flagrante. Chegavam na porta de um cidadão trabalhando (...)... o cara não é um bandido. Ele pura e simplesmente está cometendo uma contravenção penal. (...) por mais de uma vez eu já vi eles chegarem na porta do consultório do sujeito trabalhando e pegavam um carro de polícia (...), com repórter, com televisão, (...). Quer dizer, é uma forma de desmoralizar o homem (...) é muito assim abusado você chegar, mandar "matar" [no sentido de acabar com seu trabalho] um cidadão... você não está correndo não é atrás de traficante, não é atrás de bandido não. Então atualmente está razoável, eu vejo assim como um período bom. (73 anos, 53 anos de atividade, aposentado).

Sempre reconhecendo como legítimo o direito do cirurgião-dentista, os entrevistados apresentam um discurso em defesa da sua atividade, alegando ser a única atividade que sabem fazer, à qual dedicaram toda sua vida profissional, e da qual dependem para sobrevivência e sustento da família:

Não tem como eu parar de trabalhar hoje e amanhã eu sair na rua sem saber trabalhar nem como servente, por exemplo. Nem como servente eu vou arranjar serviço porque eu não sei trabalhar. (32 anos, 13 anos de atividade).

Eu acho que ele [o dentista prático] não abusando e já tem tantos anos assim, eu acho que ele devia até quando ele parasse é bom. Outras pessoas iniciar eu não acho certo não. (57 anos, 35 anos de atividade).

Outro discurso em defesa própria é o da "utilidade social". Nesse sentido, os entrevistados afirmam que estão realizando um bem para a comunidade, desprovida de qualquer atenção básica em saúde bucal.

A importância [do dentista prático] é grandiosa. Porque se tivesse igualdade para todos, e isso é utopia, isso não existe, então nós estamos aqui mais é pra atender a classe mais baixa que não pode pagar um tratamento dentário, é onde que a comunidade precisa do dentista prático. (38 anos, 18 anos de atividade).

Eu acho que o prático atende todas as classes. O formado, se não tiver dinheiro não atende. A gente se tiver com dinheiro ou sem dinheiro, tá atendendo né. Ajuda um pouco o paciente. O mais pobre, de menos recurso. (57 anos, 35 anos de atividade).

(...) a sociedade precisa do nosso trabalho. Porque nem todas as pessoas que nós atendemos têm condição de ir no consultório do dentista formado. Já aconteceu diversas vezes, da pessoa chegar aqui sentindo dor e eu fazer uma extração pra ele. Ele não morreu, como nunca matei ninguém, né? E nem dinheiro para me pagar teve. Daí, ele saiu, foi embora tranquilo. Enquanto que se ele procurar um consultório de um dentista formado, aí ele jamais faria. Porque ele olha mais pro lado do capital do que pro lado do ser humano. (52 anos, 28 anos de atividade).

Por outro lado, os entrevistados reconhecem a necessidade do trabalho de fiscalização que, na opinião de um deles, deveria ser estendido também aos dentistas práticos, desde que sua atividade fosse regulamentada:

O que eu acho é que o dentista prático tem direito, porque ele não está roubando. (...) eu acho que o dentista prático precisa de oportunidade, ele precisa de direitos, ele não tem direitos, direito algum. (...) Olha bem, o dentista formado faz uma coisa errada com o cliente, o CRO tá ali pra proteger. (...) No caso do advogado, a OAB tá ali pra proteger. O dentista prático precisa de um apoio. (...) Vamos supor que é aprovada, hoje, uma lei lá, autorizando o dentista prático a fazer curso de aperfeiçoamento e tudo; se ele não está adaptado, não tá preparado pra essa modernização, como ele vai fazer o curso de capacitação? Não tem jeito. Se tiver oportunidade, tá dentro do mercado. O dentista prático tem que tá sempre na ponta, porque ele não tem diploma, não tem curso. Então, quando vier falar mal do dentista prático, ele pode falar: eu sou um bom dentista. (38 anos, 18 anos de atividade).

É interessante destacar a forma como a questão do direito, consubstanciada na existência de um órgão legal de controle e representação (os conselhos profissionais), é relacionada com a proteção do profissional. Se ele não está roubando, ele julga ter direito, mas ao mesmo tempo ele não tem direito *de fato*, e o direito *de fato* que ele reclama é de proteção do praticante. A questão da proteção do público sequer é concebida. Essa é, de fato, uma contradição inerente às profissões: a elas é garantido o monopólio sobre o mercado justamente porque irão defender os interesses do público contra erros e danos, mas ao mesmo tempo, é possibilitada a defesa de interesses corporativos, uma vez que os profissionais são julgados pelos próprios pares.

No discurso dos entrevistados, observamos duas estratégias de convencimento das suas audiências para que essas reconheçam o “direito” de praticarem a odontologia: a utilidade social da sua atividade e a necessidade de sobrevivência por meio do ofício

que escolheram. Nossos entrevistados consideram como razão de indignação duas situações: (i) não serem reconhecidos pelos serviços que prestam às comunidades carentes, (ii) ao fato de receberem tratamento de “falsos”, “ilegais” ou até mesmo “criminosos”, quando estão, na verdade, tentando trabalhar e sobreviver. Conforme ilustra um dos entrevistados: “Eu não sou delinqüente, eu não sou bandido, vai me buscar no consultório com polícia por quê?” (49 anos, 20 anos de atividade).

Complementando esse cenário de contestação, os dentistas práticos entrevistados atacam a profissão odontológica, ao acusarem o Conselho de Odontologia de conivência e cumplicidade, como demonstra o depoimento abaixo:

Olha, no caso de leis, eu acho que o meu direito que eu tenho de exercer a profissão... eu tenho bastante tempo que trabalho. Se for olhar pelo outro lado, como se diz, o exercício ilegal da profissão é um crime. Eles batem muito nisso aí, né? Mas se for um crime, eles me deixaram eu permanecer no crime até hoje. Então o próprio Conselho Regional de Odontologia, ele é cúmplice no meu trabalho, de 30 anos de trabalho. O crime tem que ser punido é no início. Se for um crime, eu já cumpri pelo crime, porque eu já tenho 30 anos de trabalho. Então minha pena foi concluída. Eu agora estou livre pra poder trabalhar mais 30 anos. Eu acho que a pena máxima no Brasil é 30 anos, então eu já fiz 30 anos. (52 anos, 28 anos de atividade).

Assim, nem se regulamenta a ocupação dos dentistas práticos, nem se consegue punir e impedir a prestação dos seus serviços, permanecendo um intenso conflito nessa jurisdição. Segundo Abbott (1988), o sistema judiciário é um dos locais de disputa jurisdicional da profissão, que faz parte das conquistas no sistema legal e as complementa. Parece que aqui também existe forte contestação da profissão odontológica.

6. Identidade profissional: altruísmo e acessibilidade

Apesar de não existir reconhecimento legal em relação aos dentistas práticos, o mesmo não pode ser dito sobre o reconhecimento social, ou seja, sobre o crédito que mantêm junto à clientela e comunidade que atendem. É razoável supor que o reconhecimento social do dentista prático pela clientela deve-se, em parte, ao fato de que essa, já acostumada com uma vida de exclusão, pode contar com esses serviços para aliviar sua

dor, independentemente de ter recursos disponíveis para pagá-los, nos momentos de maior necessidade e sofrimento. Considerando a falta de serviços públicos e os altos níveis da doença “cárie” nas camadas populares, a solução dos problemas de saúde bucal pelos dentistas práticos acaba sendo a melhor e única alternativa.

Cruz et al. (1997) realizaram um estudo de representação social sobre as imagens do cirurgião-dentista e constataram que uma das angústias dos indivíduos sobre a odontologia refere-se ao custo do tratamento. Os relatos dos indivíduos por eles entrevistados sugerem uma “*não-conformação com os preços do tratamento odontológico*”. Os resultados mostraram que o dentista é, algumas vezes, identificado como “*mercenário, uma pessoa que só pensa em dinheiro*” e o custo elevado do tratamento é identificado como falta de caridade e de consciência social da profissão” (Cruz et al., 1997, p. 309-311).³² Liu (1992, *apud* Cruz, 1997, p.312) considera que a falta de consciência social da odontologia tem exercido um grande papel no declínio da confiança do público.³³ Pode-se supor, com base nessa imagem negativa do cirurgião-dentista que parte da população carrega a crença de que não pode pagar pelos serviços de um cirurgião-dentista. Existe, de fato, uma enorme barreira social entre as pessoas carentes, que vivem numa situação de exclusão, especialmente em relação ao tratamento odontológico básico e os serviços profissionais da odontologia, caracterizados por uma prática hegemonicamente privada, organizada de forma individual, portanto, cara e inacessível às populações de baixa renda.³⁴

Em seu discurso, o dentista prático defende o direito de exercer seus serviços com base no discurso da utilidade social, ou seja, na defesa de que sua atividade é necessária para prover serviços de odontologia às pessoas carentes, tradicionalmente alijadas de pacote básico da saúde pública, inclusive dos serviços de urgência, isto é, do atendimento à dor de dente, como eles mesmos atestam.

³² Caridade que parece existir por parte dos dentistas práticos ou que, pelo menos, é por eles anunciada.

³³ Ver também edição especial da revista “The Journal of the American College of Dentists”, vol. 32, n.o. 3, Julho de 1965, que relata os resultados de um “workshop” dedicado ao melhoramento da imagem da odontologia nos Estados Unidos, realizado em St., Louis, em janeiro de 1965, onde os problemas da imagem negativa dos dentistas são exaustivamente discutidos.

³⁴ Existe, de fato, uma enorme deficiência na assistência em saúde bucal no Brasil, principalmente no atendimento à população adulta, que mais necessita de serviços de urgência e de procedimentos curativos básicos, incluindo as próteses removíveis (“dentadura” e “roach”). Inúmeros estudos refletem sobre esse problema e quanto ao fato de esses serviços, quando existentes, estarem concentrados em zonas urbanas de médio e grande porte (ABOPREV, 1997; Pinto, 2000).

O sindicato [dos agricultores] é uma burocracia, só arranca um dente por vez, prefeitura a mesma coisa. Uma mulher tava com dois dentes doendo, tirou um [na prefeitura] e aí eles falaram, daqui a dez dias a senhora volta pra arrancar o outro, porque não tem vaga não. Imagina ficar dez dias com o dente doendo. Então, quando o pequeno tem ajuda, é até humilhante. Isso é pura realidade. Fica três horas na fila pra arrancar um dente e só. Lá tira só um [de cada vez] e manda daqui a trinta dias voltar. É um problema sério. Em nosso país, o pobre, quando consegue uma vantagenzinha, é na maior humilhação. (70 anos, 46 anos de profissão).

Porque se tivesse igualdade para todos e isso é utopia, isso não existe, então, nós estamos aqui mais é pra atender a classe mais baixa que não pode pagar um tratamento dentário, é onde que a comunidade precisa do dentista prático. (...), por exemplo, no outro consultório que eu tenho em outra cidade, lá é muito mais simples e eles [a comunidade atendida] ficam deslumbrados de ter consultório naquele local. Porque quando eles tinham problema de dente, tinham que andar quilômetros pra achar dentista, então, consultório para a comunidade lá, é importantíssimo. (38 anos, 18 anos de atividade).

(...) o prático é pessoa que relaciona mais próximo à realidade de nossa comunidade de baixa renda. Então ele acaba sendo uma pessoa que abre mais espaço à comunidade de baixa renda ao acesso ao seu trabalho de urgência. (44 anos, 18 anos de atividade).

Em outras palavras, o lugar social e a condição de carência da clientela podem interferir na credibilidade e, portanto, “opção” pelo dentista prático. Essa crença é compartilhada pelos dentistas práticos, sujeitos também a essa própria condição de vida:

(...) muitas pessoas, elas têm assim, muita dificuldade de encarar um dentista formado. Elas assim (...) elas não têm muita intimidade. E com a gente, elas podiam chegar, conversar, falar o que sentem, reclamar. Enfim, elas têm mais liberdade com a gente do que com o dentista formado. Então, por causa disso, muitos até hoje procuram a gente. (37 anos, 21 anos de atividade).

A clientela que mora no morro sente segurança, porque pra ir no dentista [formado] tem que por roupa bonita e, aqui não; sai do jeito que ele fica em casa, ele se sente bem aqui. (38 anos, 18 anos de atividade).

Pra comunidade, o dentista prático é mais útil. Quando fala em comunidade, nós estamos falando o

povão. Por que o grande não forma comunidade, você sabia disso? O grande é individual. Quando vamos falar em comunidade, nós vamos falar é do povão. E o povão não agüenta pagar o preço do formado, tá certo? Outra coisa: o povão não tem coragem de chegar lá meia-noite, na casa do dentista, do cirurgião e bater. Mas na minha casa, ele vem. Chega aqui meia-noite, chega aqui domingo (...) Na minha casa ele tem coragem, viu? (73 anos, 53 anos de atividade).

Esse aspecto do discurso dos dentistas práticos, veiculado no seu espaço de trabalho e na arena da opinião pública, junto às comunidades que assistem, é reclamado também na arena legal, conforme veremos no próximo capítulo. Vários projetos de lei, que propõem a regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos, justificam a iniciativa com base na necessidade de resolver a situação odontológica dos estratos mais carentes da sociedade, o que revela uma característica altruística no discurso dos entrevistados. Na verdade, o altruísmo é considerado um atributo importante do trabalho “profissional”, gerador de credibilidade, especialmente no processo de profissionalização de determinado grupo ocupacional. O aparecimento e a sustentação de um grupo profissional dependem do estabelecimento de algum crédito social. O crédito social tanto pode basear-se no saber científico, quanto no trabalho desinteressado e devotado do prestador. Segundo Larson (1977), no século dezanove, época da conformação das profissões *modernas*, o ideal de serviço e o altruísmo estavam muito mais presentes e disseminados do que a racionalidade científica – componente indispensável hoje - até porque o desenvolvimento tecnológico de então não produzia “bons resultados” na área médica, como é capaz de produzir agora. Poder confiar no profissional era, então, um pré-requisito fundamental para o estabelecimento de um grupo ocupacional. Esse componente parece permanecer como um resíduo importante de “profissionalismo” na sustentação de uma relação de credibilidade entre dentistas práticos e comunidade atendida. Parece ser um forte componente do seu discurso do dentista prático também nas outras arenas de disputas jurisdicionais, segundo nos ensina Abbott (1988).

O cirurgião-dentista, por sua vez, sempre esteve ameaçado (e essa ameaça ainda parece existir) pela imagem de mercenário e comerciante e pela caracterização de possuir um trabalho essencialmente manual e artesanal. Tais características, contrárias ao ideal de profissionalismo e que definiram, no passado, a ocupação dos dentistas, parecem permanecer, especialmente, junto àqueles indivíduos que não tiveram acesso a uma

odontologia científica e tecnologicamente desenvolvida. Conforme visto no capítulo II, a profissão do cirurgião-dentista lutou para estabelecer uma imagem de altruísmo em torno da sua prática profissional com as metáforas em torno ao sofrimento e à dor de dente, mas com esforços também para torná-la “científica” junto à opinião pública.³⁵ De fato, a ciência da dor-de-dente, a anestesia e a teoria de infecção focal estiveram presentes nos discursos dos dentistas, que desejavam para si a organização de uma profissão (Carvalho & Girardi, 1993; Brown, 1992). No entanto, a construção de meios, inclusive científicos, para solucionar os problemas decorrentes de uma demanda odontológica crescente, só começou a mostrar resultados mais recentemente, nas últimas décadas do século XX, com o desenvolvimento de soluções eficazes para o problema epidemiológico da cárie dentária (Fejerskov & Thylstrup, 1988; Nadanovsky, 2000; ABOPREV, 1997).³⁶

Com relação à profissão odontológica, prevaleceu, porém, uma imagem historicamente adquirida, de que o dentista visa, sobretudo, ao lucro, atribuindo valores exorbitantes ao seu trabalho profissional, um fato que, se não superado na sua prática profissional, pode levar à perda da credibilidade depositada na profissão, principalmente por parte daqueles que não tiveram acesso aos benefícios científicos e tecnológicos alcançados.³⁷ O dentista prático, por necessidade de sobrevivência e pela própria condição de excluído social, defende a ocupação desse espaço de trabalho, não preenchido pela odontologia oficial.³⁸

³⁵ De fato, no século XIX, os dentistas enfrentaram a imagem negativa com discursos dirigidos ao público com vistas a demonstrar sua vocação social e utilidade profissional, mas sobretudo eles visavam à igualdade com os médicos, incorporando as ciências biomédicas à formação odontológica.

³⁶ Pode-se dizer que, atualmente, nos países desenvolvidos, esse problema está controlado, principalmente na população infantil. De fato, a evolução teórica sobre a cárie dentária e a descoberta e implementação de medidas eficazes de controle da doença tiveram um grande avanço a partir de meados do século XX, tornando a odontologia mais acessível a todos, com tecnologia de baixo custo operacional (ABOPREV, 1997).

³⁷ A população de baixa renda, de fato, acaba conhecendo a odontologia mutiladora (das extrações dos serviços públicos de saúde) e cara (das próteses ofertadas pelos serviços odontológicos privados) e, por isso, opta pelos dentistas práticos, que lhe oferecem os serviços com um custo mais baixo, já que a odontologia oficial não lhe possibilitou melhor alternativa.

³⁸ Os médicos, pelo menos, transferiram para o poder público uma parte dos seus serviços, demonstrando, assim, “desinteresse” corporativo em prol da benevolência para com os mais necessitados.

(...) o prático atende todas as classes. O formado, se não tiver dinheiro não atende. A gente, se tiver com dinheiro ou sem dinheiro, tá atendendo, né? Ajuda um pouco o paciente. O mais pobre, de menos recurso. (57 anos, 35 anos de atividade).

Assim, a maior parte dos dentistas práticos entrevistados procurou demonstrar sua vocação e dedicação à odontologia, a despeito da questão econômica. Os depoimentos abaixo respondem à questão sobre o que acham da sua "profissão",

Eu acho uma arte a profissão da odontologia. Eu faço muito mais pelo prazer do que pelo dinheiro. Acho que o melhor pagamento que tem não é o dinheiro que eu recebo, é a satisfação do meu cliente. E eu acredito, começando que eu tenho vários amigos que são dentistas, odontólogos formados e que, com certeza, eu não conheço um dentista que tem um índice de satisfação maior do que eu. (49 anos, 20 anos de atividade).

Eu tenho muita habilidade, faço tudo com muito amor, dedico mesmo a fundo e a pessoa quando dedica a profissão com amor, ele faz sucesso, mas quando dedica pra ganhar dinheiro só, ele não sai do lugar. Isso é toda profissão, né, sujeito também formar pra uma coisa que ele não tem dom, não adianta, sabe. Tinha que fazer um curso de eficiência, pra ver se tem dom. (70 anos, 46 anos de atividade).

(...)porque eu atendo várias classes sociais. Mas a maioria, uns 70%, são de classe social baixa. Devido a minha simplicidade, humildade, eu consigo planejar um orçamento que o paciente possa pagar (...) Eu trato todo mundo igual, não faço diferença. Pra mim, minha clientela é homogênea. (38 anos, 18 anos de atividade).

Tem clientes (...) que pra ele fazer uma dentadura daquela ali [apontando para um par de dentaduras], de 100 reais, eu tenho que dividir pra ele de 4 vezes porque senão ele vai ficar sem dente pro resto da vida, então essa é a verdade. (44 anos, 18 anos de atividade).

7. Formas associativas e perspectivas de regulamentação do dentista prático

A maior parte dos dentistas práticos entrevistados (11 entrevistados) já participou da tentativa de organizar uma associação para defesa dos seus interesses. Na visão dos entrevistados, os esforços para formar uma associação são realizados em épocas de "maior perseguição". De qualquer forma, nenhuma dessas tentativas obteve sucesso.

Uma das razões apontadas é a falta de apoio das autoridades; outros argumentam, contudo, que o problema é a “falta de união dos próprios colegas práticos”, como pode ser observado nos relatos a seguir:

(...) alguém tomou essa iniciativa de abrir uma associação, só que nós não tivemos apoio das lideranças, por exemplo, o prefeito da cidade. A verdade é que eles não quiseram tomar essa iniciativa (...) porque é um caso polêmico (...) E, muitas vezes, não gera voto. (32 anos, 13 anos de atividade).

Nós já tentamos por umas 2 ou 3 vezes. (...) Tentar organizar, fazer com que alguma coisa proteja os direitos da gente trabalhar, você entende? Agora, muitas das vezes isso acontece por falta (...) de união dos próprios colegas dentistas práticos. A gente começou e não conseguiu. (52 anos, 28 anos de atividade).

(...) por mais de uma vez já houve essa corrida por uma associação. Porque de tempos em tempos (...) vem uma apreensão em cima do pessoal que está exercendo a profissão de forma ilegal. E quando isso ocorre, normalmente, quem está dentro da área assusta, aí quer saber de aproximar. (...) iniciamos umas reuniões aí pra criar uma associação. Ficamos sabendo que havia uma associação registrada lá no Espírito Santo. Veio inclusive um presidente da associação de lá aqui pra fazer uma reunião com a gente. (...) Aí, ficamos sabendo dessa associação em Belo Horizonte (...) Só que as pessoas que iniciaram isso aqui são umas pessoas que têm uma visão totalmente fora daquela realidade que qualquer pessoa normal, comum aceita. (...) Então, já começaram a achar que a partir do momento que criasse aquela associação eles já podiam fazer o mundo e fundo e que problemas não iam ter mais. Uma visão totalmente irreal sobre o dentista prático. (...) Agora, eu não acho que eu vou ter condições de chegar aqui e querer fazer tudo (...) e ter os direitos que ele [dentista formado] tem, não. (...) ela [a associação] durou 60, 90 dias (...) aí ela acabou. (44 anos, 18 anos de atividade).

Eu já encabecei um grupo de dentista prático que queria, assim legalizar... não legalizar, mas abrir uma associação de dentistas práticos. (...) Tava tudo organizado, todo material, o advogado de [nome da cidade], vai pra lá, um puxa pra um lado, outro puxa pro outro. Então depois desta coisa de 6 anos, desta associação de dentistas práticos aqui de [nome da cidade], eu fiquei muito decepcionado com os dentistas práticos, eu achei que eles deveriam ser mais unidos. (38 anos, 18 anos de atividade).

De fato, a criação de associações e a perspectiva de legalização da atividade do dentista prático são duas questões vistas com muito descrédito pelos entrevistados. A maioria, mesmo considerando a regulamentação da atividade uma medida justa e necessária, não

vê qualquer possibilidade de que essa venha a ser efetivada. A pretensão, na verdade, é de obter mais uma chance para os que estão praticando, ou seja, de regulamentar somente a atividade dos dentistas práticos que já se encontram praticando por algum tempo a odontologia, proibindo o ingresso de novos candidatos, como demonstram os argumentos:

(...) eu acho que devia, no Congresso, colocar uma lei lá, que esses que já tem 20 - 30 anos, terminar seus dias, porque vai fazer o quê? Não sabe fazer mais nada, só isso. (55 anos, 42 anos de atividade).

(...) teve uma certa vez, eu dei uma idéia até para a associação levar uma proposta para o Conselho Regional de Odontologia. Que eles cadastrassem todos que estivessem já envolvidos nessa profissão, porque nós já vivemos disso. Não tem como eu parar de trabalhar hoje e amanhã eu sair na rua sem saber trabalhar nem como servente, por exemplo. (...) Eu havia dado uma idéia para que a associação se reorganizasse, cadastrasse todas as pessoas que já estivesse e que a partir daquele momento não surgissem mais dentistas práticos, certo? E os que fossem cadastrados, se parassem de trabalhar, perdia os direitos e acabou. (32 anos, 13 anos de atividade).

Porque se criasse hoje uma forma de dar um certo apoio ao dentista prático, um certo suporte pra ele poder trabalhar dentro da especialidade que ele tenha condições de exercer. Registrasse esse cidadão lá. Então esse foi registrado, esse pessoal aqui foi registrado lá. Pronto, fechou. A partir de hoje ninguém mais será registrado aqui. Quer dizer, não vai entrar mais ninguém, ninguém mais vai se atrever a aprender isso na base da prática e daqui a 20 anos (...) não tem mais nenhum dentista prático. (44 anos, 18 anos de atividade).

É interessante notar que, mesmo os mais jovens, defendem a regulamentação apenas para regularizar sua situação e não para torná-la permanente. Conforme veremos no próximo capítulo, a idéia de legalizar apenas os que já estão praticando por algum tempo não é nova, tendo sido proposta na maior parte dos projetos de lei, apresentados no Congresso Nacional, com vistas à regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos, ou seja, a maior parte das proposições buscava apenas regularizar a situação dos que já estivessem praticando, fechando definitivamente o campo para a atuação dos dentistas práticos. Apenas três entrevistados, justamente os mais velhos, tinham conhecimento ou ouviram falar sobre as proposições apresentadas no Poder Legislativo.

As opiniões sobre as condições de legalização da atividade do dentista prático são, na verdade, divergentes. Enquanto alguns dos entrevistados consideram que deveriam regulamentar apenas aqueles que já trabalham há bastante tempo na ocupação, conforme demonstrado acima, outros consideram que deveriam receber treinamento ou prestar exames para receber uma licença que lhes permita exercer a ocupação:

(...) [deveria] obrigar o dentista prático (...) ter uma placa dentro do consultório avisando que você é dentista prático, e capacitar, fazer tipo um teste prático com ele e aí ia ver [se] tá apto para fazer isso e isso. (30 anos, 17 anos de atividade).

Tinha que fazer um curso de eficiência, pra ver se de fato a pessoa [o dentista prático] em condições de exercer. Como também tem uns dentistas formados que também precisava de passar por essa também. (70 anos, 46 anos de idade).

De qualquer forma, poucos acreditam na possibilidade de regulamentação da atividade, totalizando apenas seis entrevistados. Para os que não acreditam na legalização as razões apresentadas são as de que o número de formados tem aumentado bastante, a necessidade de prótese tem diminuído e os dentistas práticos estão ficando velhos.³⁹

(...) sem dúvida não vai haver mais espaço para o prático. Nem na prótese, porque hoje tem muitos cursos de prótese excelentes e o prático é um profissional despreparado. Na grande maioria dos casos o prático não pode fazer muito bem, mas hoje ninguém mais tá fazendo dentadura, né? Hoje eles ensinam a não arrancar dente mais, né? Então vai diminuir o número de dentaduras, e então o prático vai ficando cada vez mais sem espaço. As pessoas com o passar do tempo não vão mais procurar o dentista prático. (37 anos, 21 anos de atividade).

Acho difícil, porque tudo pesa contra. (...) porque a quantidade de dentista que tá formando, né? Tem muito dentista formado, mais formado que prático. A corda sempre arrebenta do lado mais fraco. Acho muito difícil. (30 anos, 17 anos de atividade).

A legalização, eu vou ser sincero, pelo meu pequeno conhecimento, eu acho que estes que já estão, nos últimos dias, devia deixar ele aposentar e pra frente aí, os práticos, acho que ta chegando no fim. (55 anos, 42 anos de atividade).

³⁹ Essa razão contradiz o fato de encontrarmos dentistas práticos bastante jovens, com 29 - 30 anos de idade, e com pouco tempo de exercício na atividade: 10 - 11 anos.

8. Situação atual: aumento da competição e “perseguição” dos cirurgiões dentistas

Conforme observado nos depoimentos acima, o espaço no mercado de trabalho tem diminuído em função do excesso de profissionais, diminuindo as perspectivas de legalização da atividade. Segundo a opinião de um dos entrevistados, “o número de formados vai aumentando e isso é bom para o país, e é ruim para nós” (37 anos, 21 anos de atividade). Essa observação pode ser confirmada pelo aumento do número de escolas de odontologia no Brasil, gerando uma força de trabalho extremamente jovem, correspondendo a 25% de todos os cirurgiões-dentistas ativos no país (CFO, 2003). Além do impacto que essa força de trabalho pode exercer sobre o mercado, provocando a procura por novos espaços de trabalho, ela também aumenta a denúncia e a pressão sobre os órgãos fiscalizadores, quando esses jovens defrontam-se com a competição com os dentistas práticos na arena do espaço de trabalho.

Em relação à primeira questão, observa-se um movimento, ainda tímido, de cirurgiões-dentistas para a periferia dos grandes centros urbanos e para os municípios de pequeno porte, do interior, onde é mais comum a presença dos dentistas práticos, fato observado, inclusive, por alguns dos nossos entrevistados, conforme visto. A pressão exercida pelos cirurgiões-dentistas sobre as autoridades responsáveis tem resultado em duas situações: demanda pelo aumento do poder de polícia dos conselhos profissionais, por meio de proposições no legislativo, e o reforço dos esquemas de fiscalização direta, dos próprios conselhos. Essa situação faz com que muitos dentistas práticos mudem de lugar ou passem a trabalhar escondido, em locais menos visados, ou no interior das suas residências. Os dentistas práticos entrevistados nos dão alguns exemplos dessa situação, a que denominam de “perseguição”:

Nunca mudei [de lugar] não, agora é que tô sendo perseguido. Agora tem excesso de dentista formado (...) Eles querem tirar a gente de qualquer maneira. (70 anos, 53 anos de atividade).

Depois que eu fiz 20 ou 30 anos de profissão comecei a ser perseguido. Me acharam e não me dão sossego não. (55 anos, 42 anos de atividade).

Tem um pouquinho [de perseguição]. Trabalhava na avenida, agora não trabalho mais né. Trabalho mais escondido. (30 anos, 17 anos de atividade).

Por questões de prevenção, eu mudei. Mudei sim. Mas foi a mudança que não mudou praticamente nada, porque eu mudei dali pra aqui e o que aconteceu, quando era na semana seguinte, o camarada já tava vindo atrás de mim de novo. Aí o fiscal vinha atrás de mim e eu falava: "eu mudei pra não te ver e você já está me achando, rapaz?". (44 anos, 18 anos de atividade).

(...) eles [fiscais do Conselho] vêm e fiscaliza, dá multa, intimação, inclusive eu tô com problema na delegacia, fui depor, respondi direitinho. Eles fica perturbando a gente. Eles nunca dá folga. Eu sou um dos mais velhos, com mais clientes, eles ataca estas pessoas. (...) Eu trabalho sem placa, o consultório na garagem, muito bem montado, mas quem vê o lado de fora, não sabe o que tem dentro. Moro aqui há muitos anos, meu pai aposentou aqui. A gente [os dentistas práticos] é muito visado. (38 anos, 18 anos de atividade).

Tomando por base os depoimentos dos dentistas práticos entrevistados, podemos afirmar que eles continuam exercendo a atividade básica da odontologia, mesmo e, apesar de toda a fiscalização, ora mudam-se de lugar, para se esconderem dos fiscais dos Conselhos Regionais de Odontologia, ora sofrem punições leves ou se beneficiam das brechas encontradas no sistema jurídico, ora se aliam às autoridades locais, sempre garantindo seu espaço no local de trabalho, ofertando tratamento odontológico, de forma incondicional, à sua clientela.

Segundo Abbott (1988), as contestações jurisdicionais nas arenas da opinião pública e do local de trabalho podem abrir espaço para disputas também na arena do sistema legal, possibilitando rearranjos no sistema das profissões.

CAPÍTULO VI

DEMANDAS DOS DENTISTAS PRÁTICOS NO LEGISLATIVO: 1947 – 1997

Segundo Abbott (1988), a arena do sistema legal é um dos três cenários de disputas jurisdicionais, tanto para as ocupações candidatas à profissionalização quanto para aquelas que pretendem manter ou expandir seu status profissional. Na verdade, o Poder Legislativo pode ser considerado um dos espaços mais importantes de disputa, na arena do sistema legal.¹ É exatamente esse o tema deste capítulo, ou seja, as disputas jurisdicionais travadas entre dentistas práticos e cirurgiões-dentistas no Congresso Nacional, local onde se definem as leis que regulamentam as profissões no Brasil.

Assim, analisamos, neste capítulo, as demandas para regulamentação da atividade dos dentistas práticos, no Poder Legislativo, no período compreendido entre os anos de 1947 e 1997.² Os dentistas práticos apresentaram, nesse período, trinta projetos de lei, visando à sua regulamentação, mais especificamente, candidatando-se a dividir espaço com os cirurgiões-dentistas na mesma jurisdição profissional. O longo período de disputas e demandas por reconhecimento pode ser explicado por uma série de fatores e circunstâncias históricas e sociais, destacando-se (i) a perda do direito de exercer a atividade odontológica, especialmente para aqueles que haviam se diplomado pelas

¹ Como vimos no Capítulo I, para Abbott (1988), a arena legal comporta três esferas ou espaços de disputas jurisdicionais: o espaço de produção de leis, o espaço do judiciário, onde as leis são interpretadas, e o espaço do administrativo, onde se definem normas e regimentos das condutas relativas ao exercício profissional.

² A escolha desse período sustenta-se no fato de ser a partir do ano de 1946 que estão disponibilizadas as bases textuais do Sistema de Informação do Congresso Nacional (SICON) utilizadas para esse estudo e que se referem aos projetos de lei em tramitação ou com tramitação encerrada no Senado Federal, na Câmara dos Deputados e no Congresso Nacional (cf. “Abordagem metodológica”, no capítulo III). É importante ressaltar que esse foi o ano de restabelecimento da democracia no Brasil, após o longo período da ditadura do Estado Novo (1937 – 1945), quando os projetos de lei eram examinados pelo Departamento Administrativo do Serviço (Dasp), uma vez que o Congresso Nacional se encontrava fechado (Wahrlich, 1983).

escolas livres ou estaduais; (ii) a existência de um segmento expressivo de mercado odontológico não-coberto, representado pela população de baixa renda, sem acesso a serviços odontológicos privados e excluída dos pacotes públicos de atenção básica de saúde bucal; (iii) a possibilidade de dirigir o “próprio negócio”, ou seja, um trabalho autônomo e melhor remunerado; (iv) a dificuldade de acesso ao sistema de educação superior; (v) a credibilidade e o reconhecimento social desfrutados nas suas comunidades.

Na verdade, por um curto período de tempo, os dentistas práticos tiveram a chance de regulamentar sua atividade profissional no Brasil. Isso ocorreu entre os anos de 1931 e 1933, pelos decretos 20.862/31, 21.073/32 e 22.501/33. Entretanto, essa possibilidade foi fechada por um decreto posterior, n.º 22.540/33, que estabeleceu seis meses de prazo (até 30 de junho de 1934) para que os dentistas legalizassem sua situação. Esse processo, que excluiu, definitivamente, os dentistas práticos do exercício da odontologia foi retomado mais tarde, pelo Decreto-lei 7.718/45 e pela Lei 1.314/51, confirmando-se a posição tomada anteriormente, de negar aos dentistas práticos a possibilidade de regulamentação da sua atividade. Desde então, eles vêm lutando pelo reconhecimento legal de sua atividade profissional, por meio de representantes no Congresso Nacional. De fato, num período de cinquenta anos, iniciado no final da década de 40, foram apresentados trinta projetos de lei no Legislativo, conforme demonstra o quadro 6:

Quadro 6
Distribuição dos Projetos de Lei (PLs) dos dentistas práticos
segundo década e ano de apresentação no Congresso Nacional.

| Década (Séc. XX) | Ano | N.º de PLs |
|-------------------------|------------|-------------------|
| 40 | 1947 | 1 |
| 50 | 1951 | 1 |
| | 1952 | 1 |
| | 1956 | 1 |
| | 1958 | 1 |
| 60 | 1960 | 2 |
| | 1961 | 1 |
| | 1967 | 1 |
| | 1968 | 1 |
| 70 | 1971 | 4 |
| | 1974 | 1 |
| | 1975 | 1 |
| | 1976 | 3 |
| | 1977 | 2 |
| | 1979 | 3 |
| 80 | 1981 | 1 |
| | 1984 | 1 |
| | 1985 | 1 |
| 90 | 1995 | 2 |
| | 1997 | 1 |
| Total | - | 30 |

Fonte: Sistema de Informações do Congresso Nacional (SICON), 2003.

Dos 30 projetos de lei analisados, 28 tiveram origem na Câmara dos Deputados e apenas 2 no Senado Federal. Todos tiveram como destino o arquivamento definitivo, a maioria ainda durante o período de tramitação, em conformidade com as normas estabelecidas pelo Regimento Interno do Congresso Nacional. Apenas dois projetos de lei chegaram a ser votados no plenário, como “rejeitados”; os demais, que não chegaram a ser votados no plenário, foram arquivados por diversas razões, destacando-se a rejeição nas Comissões do Congresso Nacional, o fim da legislatura, a condição de “prejudicado” pela tramitação de projeto semelhante e a falta de quorum, como as mais comuns.³

³ Vale ressaltar que, nesse período, foram apresentados outros dois projetos de lei, que propunham, respectivamente, a ampliação das funções do técnico em higiene dental e do técnico em prótese dentária. No que se refere à primeira ocupação, o projeto de lei propunha a realização de extrações dentárias simples e, à segunda ocupação, a idéia era permitir que os profissionais prestassem assistência direta aos pacientes em alguns procedimentos protéticos, a exemplo dos ajustes em próteses removíveis. Essas duas proposições não se enquadram na classificação dos projetos de lei com vistas à regulamentação dos dentistas práticos, por se tratar de ocupações já legalizadas, mas confirma a existência de intensa disputa jurisdicional no campo de trabalho da odontologia.

Diferentemente do que é comum propor quando se demanda a regulamentação de uma profissão, os dentistas práticos não reivindicaram, em nenhum momento, o monopólio profissional. De fato, eles sempre reconheceram o direito dos cirurgiões-dentistas diplomados. Seus argumentos, contudo, estiveram voltados para a defesa do direito de subsistir como ofício complementar, em razão da existência de uma demanda reprimida na população, não-coberta pelos cirurgiões-dentistas. Por outro lado, em todos os momentos em que os cirurgiões-dentistas conquistaram alguma prerrogativa de monopólio profissional, os dentistas práticos reagiram contra o que consideravam “usurpação” do direito, historicamente adquirido, da prática da odontologia. De fato, em todas as vezes que os cirurgiões-dentistas foram bem-sucedidos em aprovar uma legislação que estabelecia o fechamento do campo de trabalho odontológico, os dentistas práticos contra-atacaram com a apresentação de projetos de lei que demandavam o reconhecimento do direito de exercerem a atividade odontológica.

1. Projetos de Lei das décadas de 40 e 50

O primeiro Projeto de Lei correspondente ao período analisado foi o “PL 01187”, de autoria do deputado Pedrosa Júnior, apresentado em janeiro de 1947, que propunha “*Autoriza(r) aos dentistas práticos o exercício da Odontologia*”. Tinha como proposta básica atender às aspirações dos dentistas práticos licenciados, sobre a possibilidade de transferir seu domicílio.⁴ Apesar de não termos tido acesso à íntegra do texto, podemos supor, baseados na data em que foi apresentado e no conteúdo exposto na publicação da matéria, que ele tratou apenas de modificar o conteúdo dos decretos que regulamentaram a atividade dos dentistas práticos na década de 30, e que proibiu os mesmos, então licenciados, de exercerem sua atividade em outras áreas do território nacional que não fossem o Estado ou a localidade para a qual sua licença tivesse sido expedida.⁵ O projeto foi arquivado nos termos do Regimento Interno da Câmara dos Deputados e, nessa década, nenhum outro foi apresentado.

⁴ A base de dados utilizada não disponibiliza esse projeto de lei na íntegra; da mesma forma, os dados textuais concernentes à sua última ação limitam-se a informar que o PL foi “arquivado definitivamente nos termos do Regimento Interno”, não informando sob quais “termos” seriam.

⁵ Os decretos 20.862/31, 21.073/32 e 22.501/33, expedidos no três primeiros anos do Governo Provisório, na Era Vargas, definiam que os dentistas práticos só poderiam atuar nos seus respectivos Estados e os que tivessem prestado exame de habilitação só poderiam exercer sua atividade na localidade onde residissem.

O “PL 00973”, de autoria do deputado Dilermando Cruz, apresentado em agosto de 1951, possuía a seguinte matéria: “*Estabelece igualdade entre os dentistas formados pelas faculdades estaduais e os diplomados por estabelecimentos federais ou escolas com inspeção federal*”.⁶ Nesse caso, pretendeu-se o estabelecimento de igualdade entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos licenciados (formados por escolas não equiparadas), tanto com respeito à licença para atuar em todo o território nacional, quanto com relação às tarefas odontológicas permitidas aos práticos. É interessante destacar que esse projeto foi apresentado no mesmo ano em que foi editada a Lei 1.314 (janeiro de 1951), que proibiu a prática de alguns procedimentos odontológicos pelos dentistas práticos licenciados e impediu o dentista formado pelas escolas estaduais e registrado nos departamentos estaduais de saúde de exercer a atividade em todo o território nacional.⁷ Esse projeto de lei, da mesma forma que o anterior, foi arquivado; nesse caso, com base nos termos do art. 104 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.⁸

O “PL 01997”, apresentado pelo deputado Brigido Tinoco, em maio de 1952, representou nova tentativa de legalização dos dentistas práticos, desta vez criando oportunidade para aqueles que exerciam a odontologia independentemente de ter passado por alguma formação profissional, seja por escolas livres ou por escolas estaduais. Passados dezoito anos desde que foi dada a possibilidade de licenciamento dos dentistas práticos (estabelecida pelos decretos já citados nos primeiros anos da Era Vargas), esse projeto propunha “*Revigora(r) até 30 de junho de 1954 o prazo previsto no Decreto n.º 23.540, de 4 de dezembro de 1933, de que trata o Decreto n.º 20.862, de 28 de dezembro de 1931, que regula a profissão odontológica por dentistas práticos*”. Assim, o projeto propunha estender por 20 anos, a contar a partir de junho de 1934, os favores concedidos pelo Decreto 23.540/33, que permitiu o licenciamento dos dentistas práticos, pela via do exame de habilitação ou pela comprovação do tempo de atividade até aquela data. Tratou-se de um projeto de lei inclusivo, que beneficiava não somente aqueles dentistas práticos que à época não tiveram tempo hábil para se registrar, mas

⁶ Também com relação a esse projeto de lei não tivemos acesso à íntegra do texto.

⁷ As tarefas odontológicas proibidas eram extrações dentárias que não fossem simples; anestesia que não fosse local; e prescrição de medicamentos de uso interno.

⁸ O art. 104 do Regimento Interno de 1949, vigente nessa época, dizia o seguinte: “A emenda à redação final só será admitida nos casos previstos no § 6.º do art. 145”; por sua vez, os casos previstos no § 6.º do art. 145 diziam respeito à “incorreção de linguagem, incoerência notória, contradição evidente, ou

também os que iniciaram sua atividade posteriormente ao prazo estipulado. Conforme exposto na *justificação* do projeto, o curto prazo dado pelo Decreto 23.540/33 para legalização dos dentistas práticos, de apenas seis meses,

(...) causou sérias dificuldades para os habitantes de pequenas localidades do interior. Em primeiro lugar, porque a carreira odontológica é das menos procuradas pelos que fazem curso superior; em segundo lugar, porque os dentistas formados nunca se instalam em pequenos lugares. Ficam nas capitais, ou vão para as cidades mais adiantadas. (BRASIL, Projeto de Lei n. 1.997 - 27 maio 1952)⁹

É interessante observar no discurso do autor do projeto a menção que se faz à carreira odontológica, como uma “das menos procuradas”. É possível que, comparativamente às outras carreiras profissionais, a odontologia ainda fosse vista como uma profissão de baixo prestígio social, em parte, talvez, pelo fato de existir um contingente expressivo de dentistas práticos, estabelecendo uma concorrência desigual entre esses e aqueles que ingressavam na profissão pela via formal do sistema de educação superior, mais cara e mais demorada.

A proposição de estender o prazo para legalização do dentista prático por mais vinte anos não chegou a ser votada no plenário do Congresso Nacional. O “PL 01997” recebeu parecer contrário em todas as comissões em que foi distribuído, sendo, por esta razão, definitivamente arquivado (art. 87 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados).

Em 1956 foi submetido ao Congresso o “PL 02130”, de autoria do deputado Lerner Rodrigues, cuja ementa propunha “*Altera(r) o regulamento para o exercício da profissão de cirurgião-dentista*”. O regulamento referido na ementa era a Lei 1.314, de 1951, que dispunha sobre a regulação do exercício da odontologia no país. Esse projeto de lei propunha que, além dos diplomados por escola de odontologia, oficial ou legalmente reconhecida, pudessem exercer a profissão, os

absurdo manifesto”. Com base nessas informações, é difícil estabelecer os motivos pelos quais esse projeto de lei foi arquivado.

⁹ “*Justificação*” ou “*Justificativa*” consiste na exposição de motivos do autor, que acompanha o texto do projeto de lei, com vistas a defender os artigos estabelecidos pela proposição.

- a) dentistas práticos, licenciados de acordo com os decretos 20.862, de 28 de dezembro de 1931, 21.073, de 22 de fevereiro de 1932 e, 22.501, de 27 de fevereiro de 1933;
- b) os dentistas práticos, não-licenciados, mas que venham exercendo, a qualquer título, por mais de 15 (quinze) anos, a profissão;
- c) os dentistas práticos não-licenciados que, não contando o tempo estabelecido na letra 'b', se submetam a exame prático, junto à repartição sanitária estadual. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.130 - 27 nov. 1956)

Além disso, o projeto propunha que aos dentistas práticos licenciados fossem impostas as restrições do art. 8.º ao 12.º estabelecidas pela Lei 1.314/51. Essas restrições correspondiam à proibição de exercer determinadas atividades odontológicas (intervenções sangrentas, prescrição de medicamentos de uso interno, e anestesia que não fosse local) e à impossibilidade de ocupar cargos públicos ou outro emprego de qualquer natureza (cf. Capítulo VI). As justificativas apresentadas foram de duas ordens: uma, de cunho prático e operacional, que propunha legalizar “*uma situação de fato*”, conforme salienta o autor da proposição. A outra, de cunho mais social, visava a atender as zonas interioranas do país, uma vez que muitos municípios não comportavam a presença de um dentista formado em escola superior reconhecida. Nas palavras do autor do projeto de lei,

(...) a falta de conforto, a falta de recursos, a falta de alguma perspectiva de lucro e a falta de comunicações, tudo isso, não compunha ambiente para um profissional formado exercer, lá naquelas lonjuras, sua profissão, fosse de dentista ou de outra profissão. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.130 - 27 nov. 1956).

Acrescentava o autor que sua proposição visava a facilitar e estimular a colonização das regiões do interior do país, “*permitindo, assim, a conquista do Brasil pelos brasileiros*”. O projeto foi arquivado definitivamente nos termos do Regimento Interno; entretanto, as informações sobre os termos por conta dos quais ele foi arquivado não se encontram disponíveis na base textual.

Já no final da década de 50 (1958), foi enviado ao Congresso Nacional, o “PL 03745”, de autoria do deputado José Miraglia, que tinha como proposição “*Revoga(r) o artigo nono do Decreto 20.862, de 28 de dezembro de 1931, que regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos, de acordo com o parágrafo único do artigo 314, do Decreto 19.852, de 11 de abril de 1931*”. O artigo nono foi o que definiu as regras

que impediam a transferência dos dentistas práticos de uma localidade a outra e, principalmente, de exercerem sua atividade onde já tivesse se estabelecido um dentista diplomado (cirurgião-dentista). Além disso, estabeleceu a impossibilidade de expedir licença para mais de um prático por localidade. A proibição de transferir-se de uma localidade a outra parece ter gerado algum nível de inconformismo entre os dentistas práticos licenciados, pela discriminação que tal medida provocava. A *justificativa* desse projeto de lei destacava a elevada experiência profissional dos dentistas práticos: decorridos mais de 26 anos da promulgação dos decretos que regulamentaram a atividade dos dentistas práticos, era de se esperar que os mesmos já tivessem acumulado experiência e conhecimentos suficientes para praticar em qualquer lugar. Argumentava-se, portanto, que um tempo tão longo de experiência profissional conferia

(...) título e habilitação (...) superior mesmo ao diploma, não parecendo justo (...) deixar um dentista já com toda uma longa vida de dedicação incessante ao trabalho, ao confinamento numa localidade de onde não poderá sair nem mesmo atendendo aos interesses de sua saúde ou de sua família. (BRASIL, Projeto de Lei n. 3.745 - 01 mar. 1958).

Não tivemos acesso aos termos do Regimento Interno por força dos quais esse projeto de lei, como os outros anteriores, foi arquivado definitivamente.

Resumidamente, podemos dizer que dos projetos de lei apresentados nessas duas décadas (de 40 e de 50), três pretendiam apenas retirar as restrições impostas aos dentistas práticos licenciados, especificamente relacionados ao impedimento de praticar odontologia em todo o território nacional. Os outros dois visavam ao licenciamento dos dentistas práticos que se encontravam em situação de exercício ilegal da profissão, utilizando-se de exames de habilitação ou comprovação de tempo de serviço, conforme quadro abaixo:

Quadro 7

Projetos de Lei para regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos apresentados nas décadas de 40 e 50, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições.

| Projeto de Lei | Ano | Ementa | Principais proposições |
|----------------|------|---|--|
| PL 01187 | 1947 | Autoriza aos dentistas práticos o exercício da Odontologia | Validade da licença em todo o território nacional. |
| PL 00973 | 1951 | Estabelece igualdade entre os dentistas formados pelas faculdades estaduais e os diplomados por estabelecimentos federais ou escolas com inspeção federal | Validade da licença em todo o território nacional; Prática de todos os procedimentos odontológicos. |
| PL 01997 | 1952 | Revigora até 30 de junho de 1954 o prazo previsto no Decreto n.º 23.540, de 4 de dezembro de 1933, de que trata o Decreto n.º 20.862, de 28 de dezembro de 1931, que regula a profissão odontológica por dentistas práticos | Licenciamento dos dentistas práticos, segundo tempo de serviço e exame de habilitação. |
| PL 02130 | 1956 | Altera o regulamento para o exercício da profissão de cirurgião-dentista | Licenciamento dos dentistas práticos, segundo tempo de serviço e exame de habilitação; Restrições para exercer determinados procedimentos e para ocupar cargos ou empregos públicos e privados. |
| PL 03745 | 1958 | Revoga o artigo nono do Decreto 20.862, de 28 de dezembro de 1931, que regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos, de acordo com o parágrafo único do artigo 314, do Decreto 19.852, de 11 de abril de 1931 | Validade da licença em todo o território nacional. |

2. Década de 1960

No ano de 1960 foram apresentados dois projetos de lei; o “PL 02213”, da deputada Ivete Vargas e o “PL 02240”, do deputado Norberto Schimdt.

O “PL 02213” foi apresentado em agosto de 1960 e tinha como proposição “*Dispor sobre o licenciamento para exercício da profissão odontológica aos portadores de diplomas ou certidões de vida escolar fornecidos pelas extintas Faculdades de Farmácia e Odontologia*”. O projeto, que propunha reconhecer o diploma dos formados por escolas livres ou estaduais, fundamentava sua justificativa numa argumentação anteriormente utilizada, de resgatar os “direitos adquiridos” dos dentistas práticos que

freqüentaram as escolas não-equiparadas às escolas oficiais e, por essa razão, extintas. Esse projeto de lei conta, no texto da sua *justificativa*, uma história interessante e oportuna para compreendermos em que situação se encontravam os dentistas práticos e os diplomados por escolas estaduais extintas.

No corpo da sua justificativa, a deputada Ivete Vargas revelou que, no Estado de São Paulo, com a promulgação do Decreto-lei 7.718, em 1945, muitos dentistas formados por faculdades estaduais conseguiram registro no Serviço de Fiscalização Profissional, após o exame prático-oral, conforme estabelecido pelo decreto-lei; outros, porém, foram dispensados do exame, obtendo seu registro após um parecer favorável da Secretaria de Saúde daquele Estado. Em ambos os casos, os praticantes foram registrados como “dentistas práticos licenciados”. Nessa situação ficaram os dentistas práticos do Estado de São Paulo até que, em virtude de um inquérito administrativo instaurado pelo Ministério da Educação e Cultura, ficou constatado que várias certidões, emitidas em razão do Decreto-lei 7.718/45, eram ideologicamente falsas, especialmente em relação à idade dos profissionais. Como resultado desse inquérito, a autoridade administrativa ministerial invalidou todos os títulos adquiridos face ao decreto-lei, por meio de dois Avisos Ministeriais n.ºs. 282/57 e 1009/57.¹⁰

Conforme dito, o projeto de lei da deputada Ivete Vargas propunha reverter esse quadro, dando oportunidade para que esses profissionais, que tiveram seus títulos cassados, pudessem reaver seus registros, mediante novo exame prático-oral. Esse projeto nos dá uma dimensão do conturbado processo de regulamentação da profissão odontológica no período, assim como da situação problemática gerada pelas medidas de controle do sistema de educação superior no Brasil. Como consta do capítulo IV, muitas faculdades de odontologia foram extintas por não se enquadrarem nos critérios de equiparação estabelecidos pelo governo federal; ainda assim, continuaram por algum tempo formando profissionais para o mercado. A situação relatada na justificativa desse projeto de lei refere-se especificamente ao Estado de São Paulo, mas é razoável supor que a cassação do título e do registro de dentistas práticos licenciados deve ter ocorrido também em outros Estados, não apenas dos dentistas formados pelas escolas livres e estaduais, mas também dos dentistas práticos sem qualquer formação escolar, que, como ocorreu em São Paulo, obtiveram sua certidão mediante parecer favorável da Secretaria

de Saúde, sem prestarem os devidos exames de habilitação, passando ao largo do que havia sido estabelecido pelo decreto-lei.

O projeto de lei foi arquivado, tendo sido considerado “prejudicado”, pela tramitação de matéria semelhante na Casa, o “PL 2.286/60”, apresentado pelo Executivo Federal, e que foi transformado na Lei 4.324/64, que instituiu o conselho federal e os conselhos regionais de odontologia no país.

Já o “PL 02240”, apresentado pelo deputado Norberto Schimdt, ainda no ano de 1960, tinha como propósito o licenciamento de qualquer dentista prático, independentemente de sua formação escolar, como demonstra sua ementa: *“Estabelece condições para habilitação de dentistas práticos não-licenciados”*. Dessa forma, esse projeto trazia no seu texto a proposta de licenciar não só os dentistas práticos que não se habilitaram no prazo estipulado pelos decretos e regulamentos anteriores, mas também os que iniciaram sua profissão posteriormente àqueles, conforme justificativa abaixo:

(...) dar cunho de legalidade, foros de direito, a uma situação de fato existente desde há quase três decênios. Sim, porque após 1931, quando dispositivo semelhante foi previsto no artigo 314 do Decreto n.º 19.852, de 11-4-1931, regulamentado pelo Decreto n.º 20.862, de 28-12-1931, continuaram as atividades já então ilegais de muitos que não se habilitaram então, havendo iniciação ainda de outros tantos novos. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.240 - 22 out. 1960).

Alegando a escassez de profissionais habilitados no país, especialmente no interior, o autor propunha o licenciamento dos dentistas práticos com base nos critérios tempo de atividade (5 anos) e aprovação em exames de habilitação; a licença estaria condicionada, ainda, ao exercício da atividade somente nas localidades onde não houvesse dentistas diplomados. Na opinião do autor, sua proposição representava a solução para um problema recorrente, causado pelas restrições impostas ao licenciamento dos dentistas práticos pelos decretos editados entre 1931 e 1933. Ao mesmo tempo em que criticava os decretos, como razão da situação de irregularidade dos dentistas práticos, o deputado Norberto Schmidt ressaltava que esses mesmos decretos já haviam apresentado o que seria a solução:

¹⁰ O texto do projeto de lei não revela de quem partiu a instauração do inquérito administrativo, nem se a situação aconteceu somente no Estado de São Paulo. Os avisos ministeriais não constam das bases textuais pesquisadas.

(...) a irregularidade que se criou naturalmente e que pretendemos corrigir mediante a proposição que estamos fazendo, já era positiva, procurando-se, por isso, naquele diploma legal, permitir aos práticos capazes a sua habilitação e sua legalização face às leis vigentes. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.240 - 22 out. 1960).

Dois pontos abordados na justificativa desse projeto de lei merecem nossa atenção. O primeiro, que constitui, hoje, objeto de debate entre os estudiosos de profissões, corresponde ao direito à oportunidade de exercer uma profissão qualquer, condição nem sempre acessível a todos os cidadãos, em função das barreiras impostas pelos padrões profissionais. Este é, de fato, o caso da maioria das profissões regulamentadas no Brasil, especialmente aquelas que detêm monopólio e poder de auto-regulação, como é o caso da odontologia, cujo acesso implica uma formação de elevado custo financeiro. Relativamente a essa questão, defende o autor do projeto a necessidade de reconhecer o direito dos dentistas práticos:

A medida tomada em 1931 tinha, como a tem a que pretendemos, a finalidade saneadora e que acautela, e o que se poderia classificar de "direito adquirido", em decorrência do exercício pacífico da profissão dentária que vinha sendo exercida pelos práticos não habilitados legalmente. (...) deu-se aos capazes uma situação legal, de tranqüilidade, e eliminou-se aqueles que não estavam em condições de exercerem a profissão (sic). (...) Sobre ser uma medida de inteira equidade, nos parece seria um real benefício que se prestaria à nossa valorosa e abnegada gente interiorana. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.240 - 22 out. 1960).

O segundo ponto refere-se à "utilidade social" da atividade que se pretende regulamentar. Como argumentam os estudiosos da área, trata-se aqui de debater técnica e, politicamente, os objetivos e interesses do grupo ocupacional e as necessidades sociais da população assistida. Assim, o autor apresenta como justificativa, ademais da defesa dos interesses "do homem, chefe de família numerosa, trabalhador", a defesa dos interesses da população, uma vez que,

(...) tais dentistas-práticos não licenciados, quase sem exceção, exercem suas atividades em localidades longínquas, no interior dos municípios, na roça, no sertão, na colônia, como dizemos no Sul, e a sua eliminação sumária traria graves problemas, sociais e econômicos, ao bom homem interiorano, já assoberbado com as dificuldades hodiernas, tantas vezes retratadas com fidelidade por representantes do povo neste Congresso. Homem ao qual se promete: nada se-lhe dá. Ao contrário, o pouco que tem, ainda se retira. Bastaria citar que conhecemos práticos que exercem sua profissão em vilas ou distritos distantes 70, 80 ou mais quilômetros da sede, e fazê-los buscarem recursos dentários na cidade lhes custaria mais o transporte, a alimentação, que o próprio tratamento a que se sujeitar. Sem considerar-se o tempo perdido, no mínimo, um dia roubado às suas lides lavoureiras. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.240 - 22 out. 1960).

O autor do projeto continua acusando as autoridades locais de “certa cumplicidade” por ignorarem a atuação dos dentistas práticos, dada a insuficiência de cirurgiões-dentistas em muitas regiões "interioranas" do país, “fazendo o que se poderia chamar de vista grossa”:¹¹

Nem mesmo com o advento da Lei n.º 1.314 de 17-1-1951, que selou definitivamente a sorte dos que não se achavam habilitados, foram de pleno tomadas pelas autoridades as medidas cabíveis à cessação das atividades consideradas ilegais, e como infringentes da lei. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.240 - 22 out. 1960).

O destino do “PL 02240”, após longos debates nas comissões da Câmara dos Deputados, foi o arquivamento definitivo, em novembro de 1969, decorridos nove anos de sua apresentação. Da mesma forma que o projeto de analisado anteriormente, esse também foi considerado “prejudicado”.¹²

O problema do reconhecimento dos títulos dos dentistas formados por escolas livres ou estaduais foi alvo de mais dois projetos de lei, ainda nessa década: o “PL 03058” e o

¹¹ Anexo ao projeto, o autor encaminhou cartas de autoridades e representantes locais - vereadores, padres, estudantes etc. - e abaixo-assinado de moradores de diversos municípios do Sul do país, demonstrando também a solidariedade da população local para com os dentistas práticos.

¹² Isso ocorre quando existe outro PL na Casa, com matéria idêntica ou semelhante, que tenha sido rejeitado ou aprovado na mesma sessão legislativa (art. 182 do Regimento Interno). De fato, encontramos nesse mesmo período - portanto, na mesma sessão legislativa, outros dois PLs, já citados: o “PL 02213”, da deputada Ivete Vargas, que acabou sendo também “prejudicado”, em função exatamente da tramitação de um outro, o “PL 02286”, aprovado e transformado na Lei 4.324/64, que instituiu os conselhos federal e regionais de odontologia.

“PL 00501”, apresentados, respectivamente, em 1961 e em 1967. O primeiro, do deputado Último de Carvalho, tinha como proposição “*Revalida(r) os registros de títulos ou diplomas de dentista ou cirurgião-dentista, expedidos por escolas estaduais até o ano de 1936, efetuados nas repartições competentes*” e, o segundo, do deputado Rozendo de Souza, pretendia “*Autoriza(r) aos portadores de diplomas de Farmacêuticos e Dentistas expedidos, até o ano de 1930, por faculdades fiscalizadas pelos governos estaduais, o exercício da profissão em todo o território nacional*” [grifos nossos].

O autor do “PL 03058”, deputado Último de Carvalho, não apenas confirma como fornece informações adicionais sobre a situação abordada anteriormente, no “PL 02213”, da deputada Ivete Vargas: os profissionais formados entre 1925 e 1936, pelas escolas de odontologia sob o patrocínio ou com a autorização dos governos estaduais, tiveram seus direitos de prática restritos aos estados onde localizavam as respectivas escolas. Conforme o autor, esses profissionais jamais tinham sido molestados no seu trabalho, até a promulgação do Decreto-lei 7.718, de 9 de junho de 1945, que determinou o exercício regular da atividade do dentista prático apenas no âmbito estadual, referente à escola ou faculdade do formado, e mediante a realização de prova prático-oral.¹³ Muitos, sem discutir ou impugnar o ato, prestaram os exames, e, sendo aprovados, registraram o título no Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e, em seguida, no Departamento de Saúde do estado onde seria exercida a profissão. Outros, porém, respaldados por um parecer jurídico emitido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, recorreram da decisão do decreto-lei, conseguindo isenção dos exames e registro do diploma ou certidão no Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional de São Paulo. A razão da proposta de extensão do prazo para reconhecimento do título, sem exame de habilitação, para o ano de 1936, presente no PL do deputado Último de Carvalho, deveu-se, provavelmente, ao fato de a Lei 420, promulgada em 10 de abril de 1937, ter extinguido todas as escolas estaduais não-fiscalizadas pelo governo federal.¹⁴

¹³ Diz o art. 1.º, do decreto-lei 7.718: “Os portadores de diploma de dentista, expedido até 31 de dezembro de 1944, por faculdade de odontologia que estiver funcionado com reconhecimento, subvenção ou manutenção dos governos estaduais, poderão inscrever-se no respectivo Departamento Estadual de Saúde, mediante prévia habilitação em prova prático-oral”.

¹⁴ Essa lei também revogou o Decreto 19.682, de 9 de fev. de 1931, que permitiu, no nível dos Estados, o reconhecimento dos diplomas de escolas não-autorizadas pelo governo federal.

Já no entendimento do Deputado Rozendo de Souza, o reconhecimento dos diplomas das escolas estaduais, sem exames, deveria ser aplicado apenas aos que obtiveram titulação até o ano de 1930, sendo a mesma válida para todo território nacional. Isso porque, a partir da promulgação do Decreto 19.682, de 1931, os diplomas das escolas estaduais não-equiparadas passaram a valer apenas nos seus respectivos Estados (até serem extintas, por lei, em 1937).¹⁵ Na verdade, sua preocupação estava em reconhecer esses títulos em todo o território nacional, igualando-os aos dos dentistas formados por escolas oficiais ou escolas equiparadas.

Em resumo, todos os três projetos de lei que, nessa década, propuseram a validação dos diplomas das escolas estaduais ou livres, buscavam restabelecer um “direito adquirido”, que teria sido cassado pelos referidos Avisos Ministeriais, relegando dentistas práticos, já licenciados pelas repartições sanitárias estaduais, à ilegalidade, muitos deles em idade avançada demais para recomeçar em uma nova ocupação.

Os projetos de lei dos deputados Último de Carvalho e Rozendo de Souza foram, como os demais, arquivados definitivamente. O primeiro, com base no art. 91 do Regimento Interno, que definiu seu arquivamento em decorrência do fim da legislatura e, o segundo, nos termos do art. 182, que significava projeto “prejudicado”.

No ano seguinte, em 1968, foi apresentado o “PL 01241”, de autoria do deputado José Esteves, com a seguinte ementa: “*Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos e dá outras providências*”. Dessa vez, em uma outra conjuntura política para a profissão odontológica. Em 1964 havia sido editada a lei de criação dos conselhos federal e regionais de odontologia (Lei 4.324), delegando poderes de autogoverno para a corporação, o que a tornava mais fortalecida e organizada. Como consequência, tornava-se mais difícil e distante, para os dentistas práticos, as chances de obterem regulamentação ou de serem ouvidos pelas autoridades legislativas. Além disso, em 1966, havia sido promulgada outra norma jurídica, a Lei 5.081, que regulamentou o exercício da odontologia no país, beneficiando, mais ainda, os cirurgiões-dentistas. Embora na *Justificativa* do projeto de lei não exista qualquer referência explícita às duas leis acima referidas, recém-promulgadas à época, sua argumentação evidencia essa nova

¹⁵ Nesse caso, o diploma emitido até 1930, pelas escolas não-equiparadas, teriam validade em todo o território nacional, independentemente da prestação de exames de habilitação. Embora o PL anterior, do deputado Último de Carvalho tivesse estipulado um prazo maior, até 1936, sua proposta previa que as atividades dos dentistas práticos continuariam restritas aos seus Estados.

conjuntura profissional, ao “denunciar” que os dentistas práticos estavam sendo alvo de “perseguição” pelos cirurgiões-dentistas. É razoável supor que, com a criação dos conselhos federal e regionais de odontologia, essa “perseguição” aos dentistas práticos tenha, de fato, se intensificado, na medida em que a fiscalização da prática odontológica passou a ser exercida diretamente pela própria categoria. Assim, o autor revelava sua preocupação com a extensão das medidas adotadas pela profissão regulamentada, em franca campanha contra o exercício ilegal da profissão:¹⁶

Ocorre que os dentistas práticos, a maioria desses, com longos anos de exercício da profissão, com grandes e relevantes serviços prestados à coletividade, sobretudo, nas cidades do interior, sofrem uma campanha por parte dos dentistas formados, razão por que se impõe a apresentação do presente Projeto de Lei, que visa a regulamentar a referida profissão, sem prejuízo dos nobres dentistas formados. (BRASIL, Projeto de Lei n. 1.241 - 19 abr. 1968).

O projeto de lei visava, basicamente, a “amparar” aqueles que se dedicaram ao exercício da odontologia sem, contudo, terem tido a oportunidade de freqüentar uma escola, protegendo-os dessa nova conjuntura profissional. O próprio conteúdo do texto previa autorização do exercício apenas aos dentistas práticos que comprovassem vinte anos de exercício profissional, argumentado que

(...) os dentistas práticos, de um modo geral, são homens idosos e no fim da vida, que precisam ser amparados e somente através de uma lei, lhes será dado esse direito. (BRASIL, Projeto de Lei n. 1.241 - 19 abr. 1968).

Da mesma forma que outros projetos de lei dessa mesma década, esse também foi considerado “prejudicado” pela aprovação das leis referentes à organização e exercício da profissão odontológica no Brasil.

Pode-se concluir que, na década de 60, o padrão de demanda jurisdicional efetuado pelos dentistas práticos continuou basicamente o mesmo das décadas anteriores. Assim, dos cinco projetos de lei apresentados, três buscavam a validação dos diplomas das escolas não-equiparadas e dois propunham o licenciamento dos dentistas práticos em atividade, independentemente de terem sido formados por uma escola profissional, credenciada ou não, conforme quadro abaixo:

¹⁶ Uma medida estratégica contra invasores, comumente adotada por aqueles que estão em processo de

Quadro 8

Projetos de lei para regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos apresentados nas décadas de 60, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições.

| Projeto de Lei | Ano | Ementa | Principais proposições |
|----------------|------|---|--|
| PL 02213 | 1960 | Dispõe sobre o licenciamento para exercício da profissão odontológica aos portadores de diplomas ou certidões de vida escolar fornecidos pelas extintas Faculdades de Farmácia e Odontologia | Validade do diploma expedido pelas escolas livres ou estaduais não-equiparadas. |
| PL 02240 | 1960 | Estabelece condições para habilitação de dentistas práticos não-licenciados | Licenciamento dos dentistas práticos, segundo tempo de serviço e aprovação em exames de habilitação; Proibição de exercer odontologia em localidades onde houvessem dentistas diplomados. |
| PL 03058 | 1961 | Revalida os registros de títulos ou diplomas de dentista ou cirurgião-dentista, expedidos por escolas estaduais até o ano de 1936, efetuados nas repartições competentes | Validade do diploma expedido por escolas estaduais nos respectivos Estados. |
| PL 00501 | 1967 | Autoriza aos portadores de diplomas de Farmacêuticos e Dentistas expedidos, até o ano de 1930, por faculdades fiscalizadas pelos governos estaduais, o exercício da profissão em todo o território nacional | Validade do diploma expedido por escolas livres ou estaduais em todo o território nacional. |
| PL 01241 | 1968 | Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos e dá outras providências | Licenciamento dos dentistas práticos por tempo de serviço (mínimo 20 anos), com validade em todo território nacional. |

Podemos observar, até esse momento, duas categorias de “dentistas práticos” demandando regulamentação profissional: (i) aqueles que não freqüentaram nenhum sistema de formação profissional, tendo provavelmente aprendido seu ofício no sistema mestre-aprendiz, passado de geração para geração; (ii) aqueles que freqüentaram as escolas livres ou estaduais, existentes em muitos municípios do interior dos Estados e que não foram reconhecidas ou equiparadas pelo sistema formal de educação superior, a partir da reforma administrativa da Era Vargas.

3. Os projetos de lei da década de 70

Pode-se dizer que a década de 70 foi um período de grande movimentação em torno da demanda por regulamentação da atividade dos dentistas práticos. Nesse período foram

fechamento e controle do campo de trabalho profissional (Abbott, 1988).

apresentados quinze projetos de lei relacionados a disputas internas na jurisdição odontológica, dos quais quatorze estavam diretamente relacionados com a legalização do dentista prático e um com a ampliação das funções do técnico em higiene dental, permitindo que esses exercessem sua atividade de forma autônoma.¹⁷ É possível afirmar que esse foi o período de maior competição intraprofissional no campo de trabalho da odontologia.

A década iniciou com a regulamentação da Lei 4.324, de 1964, que instituiu os conselhos federal e regionais de odontologia, por meio do Decreto 68.704, editado em 1971, consolidando o atual modelo de regulação profissional do dentista, ou seja, de uma profissão auto-regulada, com poder delegado pelo Estado para fiscalização e normatização da prática profissional.¹⁸ Essa lei manteve o processo de exclusão dos dentistas práticos, já observado nas leis anteriores, sobre o exercício da odontologia. Além do direito exclusivo de exercício da odontologia, garantiu também o domínio dos cirurgiões-dentistas sobre as demais ocupações que atuam nessa área, a saber, o técnico de higiene dental, o atendente de consultório dentário, o técnico em prótese dentária e o auxiliar de prótese dentária. Esse conjunto de leis é, com poucas modificações, o mesmo que regulamenta até hoje o exercício da odontologia no Brasil.

Conforme veremos, praticamente todos os projetos de lei apresentados durante a década de 70 surgiram como forma de reação ao conjunto de leis e decretos que regulamentou o exercício da odontologia no Brasil, assegurando o monopólio desse campo aos cirurgiões-dentistas, ou seja, aos dentistas diplomados por escolas credenciadas pelo governo federal.¹⁹

No ano de 1971 foram apresentados quatro projetos de lei, entre os meses de novembro e dezembro. O “PL 00484”, de autoria do deputado Walter Silva, foi o primeiro,

¹⁷ O técnico em higiene dental atua sob supervisão do cirurgião-dentista, executando tarefas auxiliares no tratamento odontológico. É vedado a essa ocupação exercer atividade de forma autônoma e sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista. (Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, 2000) Por ser uma ocupação reconhecida e regulada pelo Conselho Federal de Odontologia (Resolução CFO 157, de 31.07.87), esse projeto de lei não será incluído no conjunto das demandas de regulamentação do dentista prático.

¹⁸ As leis que definiram o modelo vigente de regulação profissional do cirurgião-dentista foram promulgadas e regulamentadas no período que vai de 1964 a 1971.

¹⁹ De fato, dos quatorze projetos de lei apresentados nessa década, nove estabeleceram, como critério de licenciamento do dentista prático, a comprovação de que os mesmos já estivessem praticando a odontologia no período anterior à promulgação das Leis 4.232/64 e 5.081/66.

possuindo a seguinte ementa: “*Regula a profissão de dentista prático e dá outras providências*”. Esse projeto agrupou os dentistas formados por escolas livres e os demais dentistas práticos numa só categoria, estabelecendo os critérios de idade mínima (40 anos) e tempo mínimo de atividade odontológica (15 anos) como requisitos para o licenciamento dos profissionais, desde que esses já a exercessem antes da vigência da Lei 4.324/64.

O projeto também estabelecia algumas restrições aos licenciados, ficando vedado aos dentistas práticos:

- a) cirurgias que não sejam simples exodontia na região gengivo-dentária;
- b) prescrever e administrar anestesia que não seja local;
- c) prescrever ou administrar medicamentos de uso interno;
- d) ocupar, como profissional, cargos públicos ou outros em instituições assistenciais, exceto nas localidades onde não existam profissionais diplomados ou, existindo-os, não se interessem expressamente por tais cargos. (BRASIL, Projeto de Lei n. 484 - 13 nov. 1971).²⁰

Conforme descrito na *Justificativa* do projeto, com a regulamentação da Lei 4.324/64 pelo Decreto 68.704, em junho daquele ano, “*centenas de práticos em todo o Brasil passaram a viver uma aflitiva e grave condição de marginalizados legais*”. A proposta, então, visava a manter o “direito” daqueles que já o possuíam antes da regulamentação da profissão, com base em suas aptidões e qualificações “de fato”. Ressalta-se aqui que, na interpretação do autor desse projeto de lei, o “direito” de exercício estava qualificado pela experiência de anos de prática profissional, independentemente de o conhecimento ter sido adquirido pelas extintas escolas de odontologia. Na mesma linha dos argumentos apresentados nos projetos da década anterior, o autor denunciava que os dentistas práticos passaram a ser “perseguidos” com maior intensidade depois da lei que delegou poderes de autogoverno à profissão odontológica:

²⁰ Essas proibições são as mesmas estabelecidas pela Lei 1.314, de 1951, que regulamentou o exercício da odontologia no Brasil até o ano de 1966, quando a Lei 5.081 a substituiu, revogando-a.

(...) desde a promulgação da Lei n.º 4.324/64, que regulamentou a profissão de dentistas (...) os práticos de todo o Brasil têm sofrido toda a sorte de constrangimentos e coações, com o objetivo único de segregá-los, profissionalmente, na sociedade. Seus gabinetes dentários e até seus lares têm sido invadidos, seus instrumentos de trabalho têm sido apreendidos, a par de viverem constantemente sob a ameaça de se verem processados e lançados ao cárcere pelo exercício "irregular" de uma profissão que já exerciam muito antes da lei que a regulamentou. (...) Não é necessária a reafirmação de que são todos homens maduros, com famílias e compromissos numerosos, sem condições de mudarem suas atividades. (...) O Poder Legislativo, hoje, apresenta-se como o único e último meio para que se estabeleça a justiça, restabelecendo-se a paz e a tranqüilidade de milhares de famílias. (BRASIL, Projeto de Lei n. 484 - 13 nov. 1971).

A tônica do segundo projeto apresentado nessa década, o "PL 00511", do deputado Jairo Magalhães, foi a mesma, tanto no que diz respeito às condições para legalização dos práticos quanto em relação às justificativas apresentadas. Esse projeto de lei, cuja ementa era "*Acréscimo de artigos à Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia*", propunha considerar licenciados todos os dentistas práticos que já exerciam a atividade antes da Lei 4.324 de 1964, independentemente do tempo de exercício. Como o projeto anterior, vedava os procedimentos odontológicos já citados, que impunham restrições para realização de extração dentária, de anestesia e prescrição de medicamentos. Adicionava, contudo, outras condições: a obrigação de mencionar, em seus impressos, anúncios ou placas, a qualidade de dentista prático licenciado e restrição do exercício a localidades onde não houvesse cirurgiões-dentistas habilitados.

Em defesa desse projeto de lei, o deputado apontava a possibilidade de corrigir uma injustiça, conforme explicado na sua *Justificativa*:

(...) até o advento da Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966 (o mais recente diploma dispendo sobre o exercício da Odontologia), para os dentistas práticos havia sempre dispositivos pertinentes ao exercício profissional, com restrições severas, aliás; mas sempre os havia. A partir da Lei n.º 5.081, com os vetos totais aos artigos 9 a 11, é que foram excluídos os dentistas práticos licenciados do exercício da odontologia. (BRASIL, Projeto de Lei n. 511 - 26 nov. 1971).

Além da argumentação de que a lei vigente feria os direitos adquiridos pelos dentistas práticos, o autor apresentava argumento adicional, de que o ensino superior no Brasil

ainda não se mostrava suficiente para atender à necessidade de profissionais liberais, especialmente nas cidades do interior, ou seja, prescindir-se dos dentistas práticos, nessa conjuntura, não traria benefício algum ao povo e, sim, consideráveis prejuízos.

Seguindo a ordem cronológica, no mês seguinte, foi apresentado o “PL 00509”, pelo deputado J. G. de Araújo Jorge, com a seguinte ementa: “*Regulamenta o exercício da atividade profissional dos dentistas práticos ou dos formados por escolas livres, e dá outras providências*”. Para esse projeto de lei foi estabelecida, como condição para o licenciamento, a idade mínima de 35 anos e a prática da odontologia por mais de quinze anos, aplicada apenas àqueles que já a exerciam antes da vigência da Lei 4.324/64. Como restrição à prática, impunha a proibição aos procedimentos odontológicos já mencionados (cirurgias complexas, uso de anestesia troncular e prescrição de medicamentos) e à ocupação de cargos. À guisa de justificativa, o autor apresentava a íntegra de uma carta enviada pela diretoria da Associação dos Dentistas Práticos do Estado de Minas Gerais.²¹ O conteúdo da carta expressava os mesmos argumentos utilizados na justificativa do “PL 00484”, enfatizando que os dentistas práticos não desejavam ferir os preceitos legais estabelecidos para as profissões e para a qualificação profissional; desejavam apenas restabelecer um direito, adquirido pela longa experiência de atividade prática da odontologia.

Ainda no ano de 1971, foi encaminhado ao Congresso Nacional o “PL 00540”, do deputado Sinval Boaventura, com a seguinte ementa: “*Dispõe sobre o exercício da Odontologia por Dentista prático licenciado e pelos profissionais diplomados por escolas livres*”. As condições de licenciamento estabelecidas no texto desse projeto foram as mesmas do “PL 00484”, ou seja, idade mínima de quarenta anos e comprovação de quinze anos de prática da odontologia e, novamente, aplicava-se apenas aos práticos que exerciam atividade odontológica antes da vigência da Lei 4.324/64. As restrições também eram iguais, isto é, as proibições com relação a cirurgias que não fossem simples exodontias, à prescrição de medicamentos internos e ao uso de anestesia que não fosse local, assim como o impedimento de ocupar cargos públicos ou outros de qualquer natureza assistencial. A justificativa não apresentou nenhuma novidade, limitando-se a reforçar a idéia de que os “direitos” dos dentistas práticos deveriam ser reconsiderados, como pode ser observado no trecho abaixo:

²¹ Conforme vimos no capítulo III, os dentistas práticos criaram várias associações estaduais durante a década de 70, inclusive uma associação de caráter nacional.

Não cabe aqui a enumeração dos fatores econômico-sociais que amparam a justa pretensão dos dentistas práticos. (...) Também não se justificaria, hoje, que se salientasse seu direito constitucional de continuarem exercendo a profissão que exerciam antes da lei que a regulamentou, o que aconteceu com várias profissões técnicas como as de contabilistas, advogados, farmacêuticos, e até mesmo com a de dentistas, na espécie tratada pelo Decreto n.º 23.540, de 4 de dezembro de 1933. (BRASIL, Projeto de Lei n. 540 - 01 dez. 1971).

A esses projetos de lei seguiu-se forte reação da categoria dos cirurgiões-dentistas que, representados por diversas entidades odontológicas estaduais e nacionais, enviaram um “Manifesto da Odontologia Brasileira” ao deputado Baldacci Filho, que procedeu à sua leitura na tribuna da Câmara dos Deputados, e pronunciou-se em defesa da categoria odontológica.²²

Desejo, nesse instante, desta tribuna, solidarizar-me com toda a classe odontológica nessa luta que se inicia de combate a medidas que, ao invés de resolver problemas, agravam-nos, pois desestimulam a escolaridade, agridem a população, quando por lei querem dar formação profissional de odontologia àqueles que não a possuem, além de induzirem a que outros venham, no futuro, a continuar cometendo crimes na prática ilegal das mais variadas profissões sem a habilitação necessária, na esperança de que um dia venham a ter regularizada sua situação. (Diário do Congresso Nacional. Comunicação - agosto 1972, p. 2905).

²² Assinaram o Manifesto as seguintes entidades: Conselho Federal de Odontologia, Federação Nacional dos Odontologistas, Confederação Nacional dos Odontologistas, Sindicato dos Odontologistas de São Paulo, Associação Brasileira de Odontologia, Associação Brasileira de Odontopediatria, Associação Paulista de Odontopediatria, Associação Paulista de Ortodontia, Sociedade Brasileira de Cirurgia Buço-Maxilo-Facial, Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas e Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.

Em defesa da categoria odontológica, também se pronunciou o deputado Diogo Nomura, do qual apresentamos trecho do discurso proferido na Casa:

A odontologia, convenhamos, é um ramo especializado da ciência médica, cujo exercício implica grande responsabilidade na defesa da saúde pública, sendo um absurdo, um inconcebível retrocesso, pretender considerá-la uma habilitação artesanal permitida "a quem tenha prática", pois a odontologia é a medicina da boca (...). Trata-se (...) de uma especialização de nível universitário, que só no estágio da faculdade consome cinco anos de labuta e de estudo. E ninguém chega às universidades sem haver, antes, percorrido a longa, áspera e difícil estrada das letras primárias e do curso de humanidades. (Diário do Congresso Nacional. Comunicação - setembro de 1972, p. 1972).

Todos os quatro projetos de lei acima analisados tramitaram no Congresso Nacional até o ano de 1975, quando foram arquivados definitivamente, com base no art. 117 do Regimento Interno, que estabelecia que o projeto tinha algum impedimento para ser encaminhado à votação.²³ É importante lembrar que, durante os anos em que esses projetos de lei estiveram em tramitação, os dentistas práticos tentaram se organizar, por meio de associações estaduais e nacional, tendo-se reunido, em número expressivo, por pelo menos duas vezes, em Brasília, com o propósito, inclusive, de acompanhar os debates sobre os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional (cf. Capítulo III).

Antes mesmos que os projetos de lei anteriores fossem arquivados, foi apresentado o "PL 02296", em 1974, pelo deputado Nogueira de Rezende, com a ementa "*Regula o exercício da profissão de dentista prático, e dá outras providências*". O texto desse projeto é muito diferente dos dispositivos anteriores, estabelecendo como condição de licenciamento, estar exercendo a odontologia há mais de dois anos, em localidades desprovidas de dentistas diplomados ou onde o número desses fosse insuficiente ao atendimento da população. Estabelecia, ainda, o direito do dentista prático se inscrever como autônomo no Instituto Nacional da Previdência Social, e o direito de matricular-se na primeira série de qualquer faculdade de odontologia, independentemente do exame vestibular e da prova de conclusão de ensino médio. Conforme esclarecido na *Justificativa* do projeto, o direito de contribuir como dentista prático para a previdência social já vinha sendo admitido, embora o órgão da

²³ Dentre as razões de impedimento, estabelecidas no artigo 117 do Regimento Interno, estão o pedido de adiamento e a falta de quorum para requerimento de votação.

Previdência estivesse sendo pressionado por entidades representativas dos diplomados para que os dentistas práticos fossem excluídos desse direito. O discurso apresentado em defesa dos práticos não tinha nada de novo em relação aos anteriores, ressaltando a necessidade de reconhecer o direito adquirido e a relevância dos serviços prestados às populações do interior do país.²⁴ Esse projeto de lei foi arquivado no mesmo ano que os quatro anteriores, em 1975, com base no mesmo artigo do Regimento Interno (artigo 117), ou seja, foi impedido de ser encaminhado para votação.

O “PL 01459”, de autoria do deputado Walber Guimarães, foi apresentado no ano de 1975: “*Dispõe sobre a habilitação de dentistas práticos para o exercício da odontologia, nas condições que especifica e dá outras providências*”. Especificava como condição a comprovação de o dentista prático ter prestado serviço profissional, ininterruptamente, durante pelo menos dez anos, anteriormente a 24 de agosto de 1966 (data de promulgação da Lei 5.081). Restringia os três procedimentos odontológicos relativos à extração, anestesia e uso de medicamentos internos, mas não fazia qualquer menção a ocupar cargos públicos ou outro emprego de caráter assistencial. Por outro lado, exigia que fosse afixado o documento de licença em local visível do consultório.

Segundo o autor, o projeto de lei pretendia “corrigir a injustiça praticada” e “odiosa discriminação” com relação aos dentistas práticos, conforme podemos observar no texto da sua *Justificativa*:

É como se a lei [5.081/66] tivesse vindo para dizer-lhes: “até aqui vocês foram dentistas e gozaram de um certo **status** na comunidade, contribuindo com o seu trabalho diuturno para amenizar os problemas de saúde da população; agora, porém, vão ser o que quiserem, ‘carroceiros’ inclusive, menos dentistas”. (BRASIL, Projeto de Lei n. 1.459 - 04 nov. 1975).

O discurso indignado do autor não foi, todavia, suficiente para sensibilizar os parlamentares, sendo o projeto de lei rejeitado em votação no plenário, no ano de 1978.

²⁴ É interessante destacar que, nessa época, os dentistas práticos estimavam o seu contingente profissional em cerca de 42.000 dentistas práticos no Brasil (Carneiro, 1981), enquanto que em 1970 havia no país cerca de 27.000 cirurgiões-dentistas, a maior parte em municípios maiores e nas regiões Sul e Sudeste (Porto, 1967). É provável que o número de dentistas práticos, nessa época, fosse realmente muito superior ao de dentistas diplomados e que esses estivessem presentes em grande parte das cidades desprovidas de cirurgiões-dentistas.

Em 1976 o Congresso Nacional recebeu mais três projetos de lei: “PL 01972”, “PL 02324” e o “PL 03117”. Apenas o primeiro e o último dispunham de matéria específica para regulamentação dos dentistas práticos. O “PL 02324”, na verdade, objetivava licenciar um outro tipo de profissional, o “dentista rural”, conforme veremos adiante.

Pela ordem cronológica, o primeiro a ser apresentado foi o PL 01972, do deputado Aloysio Santos, com a seguinte proposição: “*Regula o exercício da Odontologia por dentistas práticos, e dá outras providências*”. Esse projeto não apresentou modificações substanciais em relação aos anteriores. Seus requisitos reportavam-se à idade mínima (35 anos) e ao tempo de atividade (12 anos), sendo aplicados apenas aos que já praticavam a odontologia antes da Lei 4.324/64. Houve, também, os vetos para os procedimentos cirúrgicos, prescrição de medicamentos e anestesia, e para a ocupação de cargos públicos ou outros, assim como a proibição de transferência para municípios onde houvesse dentistas diplomados. Os licenciados estariam, ainda, obrigados a anunciar sua condição de dentistas práticos. Na justificativa, o autor expressava novos argumentos: que o número de práticos no Brasil era superior ao dos cirurgiões-dentistas formados; que os práticos de farmácia teriam sua atividade regulamentada; que, em muitas nações, mais evoluídas que o Brasil, os dentistas práticos eram amparados legalmente, a exemplo da Alemanha Ocidental, União Soviética, Itália e Estados Unidos; que cerca de metade dos municípios brasileiros eram desprovidos de cirurgiões-dentistas e, por fim, que, em 1971, o próprio Ministério da Educação e Cultura teria se manifestado favoravelmente à regulamentação dos dentistas práticos. Tantos argumentos não foram suficientes para convencer os parlamentares sobre a necessidade de legalizar a atividade dos dentistas práticos. De fato, esse projeto foi considerado “prejudicado”, pela tramitação, na Casa, de projeto semelhante – o “PL 01459”, apresentado em 1975, pelo Deputado Walber Guimarães, que obteve rejeição, no processo de votação, em 1978, conforme analisado nesse capítulo.

Já o “PL 02324”, do deputado Inocêncio Oliveira, tinha uma proposição alternativa para solucionar duas questões problemáticas: a falta de assistência odontológica no interior e a dificuldade de acesso à formação profissional. O projeto propunha “*Autoriza(r) as universidades e os estabelecimentos isolados de ensino superior a criarem cursos para a formação de dentistas e enfermeiros, com a duração de 2 (dois) anos, e dá outras providências*”. Assim, após dois anos de formação profissional superior, os concluintes receberiam o título de “dentista rural”, sendo-lhes vedado o exercício da profissão nas

idades com mais de 20.000 habitantes. Como se observa, o objetivo desse projeto não era propriamente regulamentar a atividade do dentista prático, mas formar um profissional que iria realizar os mesmos tipos de procedimentos executados pelo cirurgião-dentista. Na visão do autor, seu projeto beneficiaria tanto a população residente na zona rural e nas cidades de menor porte, quanto os candidatos, de poucos recursos, à profissão de dentista:

Com vistas ao atendimento dessa clientela [habitantes das regiões interioranas], propomos a criação de cursos universitários de curta duração, objetivando a formação de profissionais que se destinem aos pequenos centros, o que propiciará, paralelamente, oportunidade de acesso à universidade a tantos quantos, por exigüidade de tempo ou de recursos, são privados de cursar uma escola superior. (BRASIL, Projeto de Lei n. 2.324 - 20 maio 1976).

Esse projeto de lei chegou a ser votado no plenário do Congresso Nacional sendo, entretanto, rejeitado.

Ainda em 1976, temos um terceiro projeto de lei, o “PL 03117”, do deputado Eduardo Galil, que *“Restabelece a habilitação para o exercício da odontologia aos dentistas práticos e aos formados por escolas livres, na forma que especifica”*. Esse projeto retomou proposições anteriores, isto é, comprovação de tempo mínimo de serviço (10 anos), veto aos procedimentos cirúrgicos, ao uso de medicamentos e ao uso de anestesia (conforme os já vistos), obrigação de mencionar em seus impressos a condição de prático e exercício restrito às localidades de residência, sendo impedidos de transferir-se para onde houvesse dentistas formados. Não havia, porém, impedimentos quanto ao emprego em instituições públicas ou privadas, com vistas à assistência odontológica. O ponto de vista do autor do projeto mostrava-se bastante claro, e defendia, ao mesmo tempo, o reconhecimento dos dentistas práticos ativos e a necessidade de extinção dessa atividade:

Que é necessário extinguir o surgimento de novos dentistas práticos licenciados, todos concordamos! Contudo, não respeitar o direito adquirido dos que já exerciam a profissão de odontólogos, não providenciando uma situação jurídica para os mesmos, todos discordamos! (...) São as chamadas leis injustas que, não obstante assim consideradas, fazem-se tão imperativas quanto as mais justas e nobres. (BRASIL, Projeto de Lei n. 3.117 - 27 out. 1976).

Esse projeto inseriu-se no rol de projetos considerados “prejudicados” pela tramitação do “PL 01459”, do deputado Walber Guimarães, apresentado no ano anterior, e que tratava de matéria semelhante, conforme já vimos.

Em 1977 foram apresentados dois projetos de lei. O primeiro, do deputado César Nascimento, o “PL 03882”, que *“Acréscenta(va) dispositivos à Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia”*. Esse projeto de lei propunha regulamentar o exercício da profissão de “dentista provisionado”. Dentista provisionado para efeitos desse projeto era aquele que exerceria a profissão de dentista prático em conformidade com o disposto nos Decretos 20.862/31, 21.073/32 e 22.501/33. Sua atividade seria supervisionada por cirurgião-dentista, sendo necessário renovar a licença a cada dois anos. O cirurgião-dentista, por sua vez, seria remunerado pelo trabalho de supervisão. Aos dentistas provisionados seriam proibidos os procedimentos cirúrgicos, a anestesia que não fosse local e a prescrição de medicamentos de uso interno. A justificativa desse projeto enfatiza, particularmente, o problema da escassez de profissionais habilitados no Brasil, apresentando, como solução para esse problema, um argumento de cunho econômico:

Já se tentou evitar que tais profissionais trabalhassem, mas em seu favor veio a demonstração da indispensabilidade de sua atuação (...) eles - os dentistas práticos - existiam àquela época [em 1966] e ainda existem, sendo certo que inúmeros, em plena atividade. Ao contrário de constituírem um problema social, eles apresentam solução certa - e mais barata - para o problema da insuficiente assistência dentária em nosso País. Representam, pois, inescandida utilidade social. (BRASIL, Projeto de Lei n. 3.882 - 29 jun. 1977).

O projeto tramitou até o ano de 1979, quando foi arquivado definitivamente com base no art. 117 do Regimento Interno que, conforme se disse, significava ter recebido parecer contrário em alguma comissão da Casa, sendo automaticamente arquivado, ao término da legislatura.

O outro projeto de lei que deu entrada no Congresso, no ano de 1977, foi o “PL 03949”, do deputado Altair Chagas. Esse projeto apresentava uma proposta alternativa para a regulamentação do exercício dos dentistas práticos, conforme se observa na sua ementa: *“Permite o aproveitamento de dentistas práticos nos sistemas públicos de saúde”*. Assim, ao contrário de muitos projetos, que proibiam o dentista prático de ocupar cargo

público, o autor propunha que eles atuassem justamente e exclusivamente nos serviços públicos de saúde, desde que supervisionados por órgãos voltados especificamente para essa função. Os dentistas práticos admitidos nos serviços públicos exerceriam uma odontologia simplificada. O texto, entretanto, não estabelece quais procedimentos estariam incluídos nesse tipo de atividade; a definição desses procedimentos caberia do Ministério da Saúde. Essa proposta ia, porém, em direção contrária à maioria dos projetos apresentados na década, que estabelecia exatamente o oposto, ou seja, a proibição de os dentistas práticos licenciados atuarem nos serviços públicos. De fato, o veto ao emprego seria, talvez, uma forma de tornar a proposição de regulamentar os práticos mais aceitável frente aos cirurgiões-dentistas, uma vez que isso estaria mais relacionado com o projeto profissional de estabelecer controle sobre o mercado de trabalho, sendo mais compatível com os interesses corporativos da profissão organizada.

Porém, o discurso do autor embasava-se na certeza de que, ao agir dessa forma, estaria levando assistência odontológica ao homem do campo; nas palavras do autor “*isso somente é possível utilizando o dentista prático, responsável na realidade pelo maciço atendimento na zona rural*”. Mais uma vez, os argumentos em defesa da utilidade social do dentista prático não foram ouvidos e o projeto recebeu parecer contrário enquanto tramitava nas Comissões, sendo arquivado definitivamente pelo término da legislatura, no ano de 1979.

A década de 70 terminou com a apresentação de mais três projetos de lei, no ano de 1979. O primeiro deles, o “PL 01115”, do deputado Walter Silva, retomou propostas anteriores: “*Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático ou formado por escolas livres*”. Este projeto estabeleceu condições semelhantes à maioria dos projetos de lei dessa década: idade mínima de 40 anos, tempo de prática de 15 anos e veto quanto aos três procedimentos clínicos já mencionados. As prerrogativas aplicariam apenas aos dentistas práticos que já exercessem a odontologia antes da Lei 4.324/64. Ainda de acordo com a proposição, os licenciados poderiam ocupar cargos públicos ou outro emprego, desde que isso ocorresse nas localidades onde não trabalhassem profissionais diplomados, ou onde esses não se interessassem por tais cargos. Em sua justificativa não apresenta nenhum argumento novo, porém é possível observar uma mudança no foco do debate, que passa a enfatizar mais o problema da falta de assistência odontológica no interior e nas zonas rurais do que a perspectiva de “corrigir

injustiças” e restabelecer “direitos adquiridos”, argumentos que haviam constituído o centro da defesa dos interesses dos dentistas práticos no início dessa década.²⁵

(...) é comum nos lugares mais distantes dos grandes centros urbanos as populações não contarem com nenhuma assistência dentária (...) são poucas as escolas formadoras de odontólogos e, sendo assim, os formados preferem permanecer nas grandes cidades (...) mesmo que eles se interiorizassem, não seriam suficientemente numerosos para preencherem nossas enormes necessidades. (BRASIL, Projeto de Lei n. 1.115 - 31 maio 1979).

O “PL 01688” foi apresentado pelo deputado Adhemar de Barros Filho, também no ano de 1979, propondo “*Regula(r) o exercício da Odontologia por dentista prático*”. A única diferença desse projeto em relação ao anterior é a ampliação do limite de idade e do tempo de serviço, isto é, a idade mínima passou a ser de cinquenta anos e o tempo de prática odontológica de vinte e oito anos, visando claramente a atender apenas os profissionais mais velhos, que já exerciam a odontologia havia bastante tempo. Impuseram-se restrições à realização dos três procedimentos clínicos já citados em outros projetos e à ocupação de cargos públicos, ou qualquer emprego de natureza assistencial. Sua justificativa, bastante sucinta, citava os inestimáveis serviços que os práticos prestavam às “*coletividades mais pobres, nos mais longínquos rincões*” e a justa medida de legalizá-los.

Finalmente, o último projeto de lei apresentado em 1979 foi o do deputado Celso Peçanha, o “PL 01827”: “*Regula o exercício da profissão de dentista prático nas condições que estabelece*”. O projeto estabeleceu critérios diferentes para o licenciamento: (i) prova de identidade civil; (ii) certidão de aptidão em exame de sanidade físico-mental; (iii) certidão de bons antecedentes; e (iv) prova de atividade profissional por mais de quinze anos. Como nos projetos anteriores, também proibiu a realização das cirurgias complexas, da anestesia que não fosse local e a prescrição de medicamentos. Chamando os dentistas práticos de “*verdadeiro exército da saúde*”, por se situarem exatamente nas regiões rurais, onde a maioria dos formados se recusava a trabalhar, ele defendia o projeto de lei como uma saída viável para resolver dois problemas: a falta de assistência odontológica às populações carentes e rurais e um tratamento justo aos dentistas práticos.

²⁵ É possível que esse argumento tenha se colocado como mais estratégico nesse momento, até porque os movimentos de medicina comunitária e de reforma sanitária têm início nessa época, com uma

As três proposições apresentadas no ano de 1979 foram arquivadas definitivamente, com base no já citado art. 116 do Regimento Interno, que se refere ao fim da legislatura.

Quadro 9

Projetos de Lei para regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos apresentados nas décadas de 70, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições.

| Projeto de Lei | Ano | Ementa | Principais proposições |
|----------------|------|---|--|
| PL 00484 | 1971 | “Regula a profissão de dentista prático e dá outras providências”. | Licenciamento dos dentistas práticos segundo idade mínima (40 anos) e tempo de atividade (15 anos). Licenciamento dos dentistas práticos que exerciam atividade antes da Lei 4.324/64. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Vedado ocupar cargos públicos ou outro emprego de natureza assistencial. |
| PL 00511 | 1971 | “Acrescenta artigos à Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia” | Licenciamento dos dentistas práticos que exerciam atividade antes da Lei 4.324/64. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Obrigado a anunciar a condição de dentista prático licenciado. Obrigado a trabalhar em localidades onde não existissem dentistas diplomados. |
| PL 00509 | 1971 | “Regulamenta o exercício da atividade profissional dos dentistas práticos ou dos formados por escolas livres, e dá outras providências” | Licenciamento dos dentistas práticos segundo idade mínima (35 anos) e tempo de atividade (15 anos). Licenciamento dos dentistas práticos que exerciam atividade antes da Lei 4.324/64. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Vedado ocupar cargos públicos ou outro emprego de natureza assistencial. |
| PL 00540 | 1971 | “Dispõe sobre o exercício da Odontologia por Dentista prático licenciado e pelos profissionais diplomados por escolas livres” | Licenciamento dos dentistas práticos segundo idade mínima (40 anos) e tempo de atividade (15 anos). Licenciamento dos dentistas práticos que exerciam atividade antes da Lei 4.324/64. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Vedado ocupar cargos públicos ou outro emprego de natureza assistencial. |
| PL 02296 | 1974 | “Regula o exercício da profissão de dentista prático, e dá outras providências” | Licenciamento segundo tempo de atividade (2 anos). Obrigado a trabalhar em localidades desprovidas de dentistas formados. Direito de se inscrever no Instituto Nacional de Previdência Social. Direito de se matricular na primeira série da faculdade de odontologia sem prestar exame vestibular. |

preocupação forte em atender as populações desassistidas dos pequenos municípios e da zona rural do país.

(Continuação)

| Projeto de Lei | Ano | Ementa | Principais Proposições |
|----------------|------|---|--|
| PL 01459 | 1975 | : “Dispõe sobre a habilitação de dentistas práticos para o exercício da odontologia, nas condições que especifica e dá outras providências”. | Licenciamento dos dentistas práticos segundo tempo de serviço (10 anos) desde que anterior à Lei 5.081/66. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Obrigado a anunciar a condição de dentista prático licenciado. |
| PL 01972 | 1976 | “Regula o exercício da Odontologia por dentistas práticos, e dá outras providências”. | Licenciamento segundo idade mínima (35 anos) e tempo de atividade (12 anos). Licenciamento dos dentistas práticos que exerciam atividade antes da Lei 4.324/64. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Vedado ocupar cargos públicos ou outro emprego de natureza assistencial. Obrigado a anunciar a condição de dentista prático licenciado. Proibido transferir para localidades onde houvessem dentistas diplomados. |
| PL 02324 | 1976 | “Autoriza as universidades e os estabelecimentos isolados de ensino superior a criarem cursos para a formação de dentistas e enfermeiros, com a duração de 2 (dois) anos, e dá outras providências” | Dois anos de formação profissional universitária. Título de “dentista rural”. Obrigado a exercer a profissão em cidades com menos de 20.000 habitantes. |
| PL 03117 | 1976 | “Restabelece a habilitação para o exercício da odontologia aos dentistas práticos e aos formados por escolas livres, na forma que especifica” | Licenciamento segundo tempo de atividade (10 anos). Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Obrigado a anunciar a condição de dentista prático licenciado. Proibido transferir para localidades onde houvesse dentistas diplomados. |
| PL 03882 | 1977 | “Acrescenta dispositivos à Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia” | Licenciamento de “dentista provisionado”. Obrigado a trabalhar sob supervisão de um cirurgião-dentista. Licença renovada a cada 2 anos. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. |
| PL 03949 | 1977 | “Permite aproveitamento de dentistas práticos nos sistemas públicos de saúde” | Licenciados para trabalhar nos serviços públicos de saúde sob supervisão. Obrigados a exercer uma odontologia simplificada (“que fosse até a extração”) |
| PL 01115 | 1979 | “Dispõe sobre o exercício da profissional de dentista prático ou formado por escolas livres”. | Licenciamento dos dentistas práticos segundo idade mínima (40 anos) e tempo de atividade (15 anos). Licenciamento dos dentistas práticos que exerciam atividade antes da Lei 4.324/64. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Permitido ocupar cargos públicos ou outros onde não houvesse dentista diplomado. |

(Conclusão)

| Projeto de Lei | Ano | Ementa | Principais Proposições |
|-----------------------|------------|--|---|
| PL 01688 | 1979 | “Regula(r) o exercício da Odontologia por dentista prático” | Licenciamento dos dentistas práticos segundo idade mínima (50 anos) e tempo de atividade (28 anos). Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. Vedado ocupar cargos públicos ou outro emprego de natureza assistencial. Obrigada a anunciar a condição de dentista prático licenciado. Obrigada a permanecer na sua localidade sendo permitida a transferência apenas para onde não houvesse dentista diplomado. |
| PL 01827 | 1979 | “Regula o exercício da profissão de dentista práticos nas condições que estabelece”. | Licenciamentos segundo prova de identidade civil; certidão de aptidão em exame de sanidade físico-mental; certidão de bons antecedentes e prova de prática profissional por mais de 15 anos. Vedados os procedimentos: a anestesia que não fosse local, a prescrição de medicamentos de uso interno e as cirurgias que não fossem extrações simples. |

Diferentemente das décadas anteriores, em que parte dos projetos objetivou validar os diplomas das escolas livres ou estaduais não-equiparadas, na década de 70, as proposições estavam todas voltadas para o licenciamento do dentista prático, independentemente da sua formação profissional. De fato, dos quatorze projetos analisados, apenas um tinha como proposta a regulamentação de profissional de nível universitário, o dentista rural; os demais buscavam o licenciamento dos dentistas práticos existentes.

Conforme exposto no quadro 9, a maior parte dos projetos de lei da década de 70 apresentou critérios semelhantes para o licenciamento: idade mínima dos praticantes, tempo mínimo de atividade odontológica, proibição sobre os três procedimentos clínicos (referentes à cirurgia, anestesia e prescrição de medicamentos), proibição de ocupar cargos públicos ou outro emprego de natureza assistencial, proibição de transferência para localidades onde houvesse dentistas formados e, em alguns casos, obrigação de anunciar a condição de dentistas práticos licenciados. Em relação à idade mínima e ao tempo de prática, na maior parte das vezes, ficava clara a intenção de beneficiar apenas os dentistas práticos mais antigos, com longo tempo de atividade profissional, exercida, principalmente, no período anterior à Lei 4.324/64 e 5.081/66.

As restrições impostas sobre a realização de determinados procedimentos clínicos foram comuns a quase todos os projetos dessa década e eram, na verdade, as mesmas

estabelecidas pela Lei 1.314, que regulamentou o exercício dos cirurgiões-dentistas, dos protéticos e dos dentistas práticos licenciados, a partir de 1951.

Em relação à proibição de ocupar cargos ou empregos públicos ou privados, o consenso foi menor entre as proposições, existindo, até mesmo, um projeto de lei que tratou do aproveitamento do dentista prático apenas nos serviços públicos de saúde. De qualquer forma, essa proibição também se inspirou na Lei 1.314/51, sendo amenizada pela exceção colocada às *“localidades onde não existam profissionais diplomados ou, existindo-os, estes não se interessem expressamente por tais cargos”*.

Foram poucos os projetos de lei que tinham como proposta proibir a transferência dos dentistas práticos para outras localidades. Na verdade, esse é um fator de discriminação social, que fere os direitos constitucionais do cidadão e, por essa razão, uma proposta rechaçada pelos dentistas práticos nas décadas anteriores.

A análise das justificativas que compunham o texto dos projetos de lei, nessa década, é reveladora da intensa disputa entre os práticos e os cirurgiões-dentistas. Foi muito enfatizado o argumento sobre a perda de “direitos adquiridos” em função da promulgação das leis de exercício profissional da odontologia - a Lei 4.324/64, que criou os conselhos federal e regionais de odontologia, e a Lei 5.081/1966, que regulou o exercício da odontologia. Essa última lei ignorava, inclusive, o licenciamento adquirido com base nos regulamentos anteriores. Conforme o texto abaixo, a Lei 5.081/66 proibiu a prática da odontologia dos que tinham obtido autorização e registro nas repartições estaduais, conforme revela um o deputado Jairo Magalhães no seu projeto de lei:

A partir da Lei número 5.081 (...), ficou, inclusive, declarada: “nula qualquer autorização administrativa a quem não for legalmente habilitado para o exercício da Odontologia”. (Brasil, Projeto de Lei n. 511, 26 nov. 1971).

Também foi reforçado, na década de 70, o argumento de que a atividade em questão era a única fonte de sobrevivência de milhares de dentistas práticos e de seus familiares, que não teriam como enfrentar a situação de ter que arranjar outro trabalho, especialmente em função da já avançada idade.

Credite-se, afinal, a iniciativa do projeto, mais especificamente, a nossa sensibilidade frente às angústias e aflições hoje vividas por uma classe que se encontra no exercício irreversível da profissão. Credite-se, igualmente, no fato de já se estar em vias de equacionamento a situação, sob todos os aspectos, dos farmacêuticos práticos, através do Projeto número 2.340/70 (...). (Brasil, Projeto de Lei n. 511, 26 nov. 1971).

Outro problema mencionado nos discursos de defesa dos dentistas práticos foi o constrangimento que se instalou em relação aos mesmos, quando foram instituídos os conselhos regionais de odontologia, órgãos fiscalizadores da profissão, comandados pelos próprios cirurgiões-dentistas, que passaram a “perseguir” e “coagir”, com maior intensidade, dentistas práticos de todo o país, muito embora não fosse esse o propósito da função fiscalizadora dos conselhos de odontologia.²⁶ Assim, nas justificativas apresentadas no Congresso Nacional, destacava-se o quadro de agressividade e intolerância com relação aos dentistas práticos.

Por outro lado, os cirurgiões-dentistas, por meio de seus representantes parlamentares, também se posicionaram, apresentando argumentos contrários aos projetos de lei, como o desprestígio causado à profissão frente à concorrência de profissionais não-qualificados para o exercício dessa atividade profissional e o desestímulo dos candidatos à profissão da odontologia, como ilustra o trecho abaixo, proferido pelo deputado Diogo Nomura:

(...) é indispensável lembrar ao legislador em potencial as graves conseqüências de medida assim danosa e nociva, entre elas se incluindo o desestímulo dos moços pela indispensável profissão, com o natural esvaziamento de nossas faculdades especializadas, e o desprestígio da classe, que muito naturalmente se sente lesada ante uma concorrência injusta, desleal, ilegítima de falsos e pretensos colegas, falsos e pretensos pois nenhum deles recebeu o preparo científico adequado e indispensável ao exercício de tão nobre profissão. (Diário do Congresso Nacional. Comunicação - setembro de 1972, p. 1972).

²⁶ O poder de fiscalização dos conselhos profissionais, conforme dito, está direcionado somente para a vigilância e punição dos cirurgiões-dentistas nele inscritos. Cabe somente ao poder público, por meio dos serviços de vigilância sanitária, a fiscalização de estabelecimentos que prestam serviços de saúde de forma irregular, e às promotorias públicas e delegacias, as providências relacionadas ao ato ilícito de tal natureza.

É interessante ressaltar, ainda, que, no decorrer da década, foi se tornando mais evidente a preocupação com os problemas das populações carentes do interior e das zonas rurais, privadas da atenção odontológica básica, e cuja solução poderia estar na regulamentação dos dentistas práticos. Essa questão, de fato, foi predominante nas proposições levadas ao Congresso na década seguinte, conforme veremos a seguir.

4. Demandas da década de 80

Uma década inteira de tentativas mal sucedidas parece ter enfraquecido o movimento pela legalização dos dentistas práticos, tendo ocorrido um certo esvaziamento na apresentação de novas propostas de regulamentação da sua atividade; apenas três projetos de lei foram apresentados nos anos 80. Na verdade, os projetos apresentados nessa década pareciam refletir uma nova fase no campo das políticas de saúde no Brasil. A estratégia de disseminação da atenção primária, conclamada pela Conferência de Alma Ata, em 1978, de um lado, e a crise do sistema de saúde brasileiro, de outro, possibilitaram algumas mudanças nas ações de saúde, especialmente no que diz respeito ao aumento de cobertura e ao uso de tecnologias apropriadas, com o uso mais intensivo de pessoal auxiliar. De fato, observou-se, nos projetos de lei dessa década, uma preocupação maior com a expansão da cobertura dos serviços de odontologia às populações privadas desse tipo de atenção, refletindo, em certa medida, essa nova conjuntura política. O foco de atenção das proposições estava no aproveitamento de dentistas práticos como auxiliares importantes na tarefa de sanar, de forma simplificada e eficiente, o acúmulo de problemas odontológicos, especialmente nos estratos populacionais de baixa renda e de levar o atendimento até às regiões mais distantes dos serviços de saúde bucal.²⁷

Nessa perspectiva esteve o primeiro projeto apresentado nessa década, o “PL 05683”, apresentado em 1981, pelo deputado Louremberg Nunes Rocha, que propunha a regulamentação dos dentistas práticos na região amazônica: *“Regulamenta o exercício da Odontologia pelos dentistas práticos, pioneiros na região amazônica, e determina outras providências”*. Segundo o projeto, os dentistas práticos que já estivessem

²⁷ No campo da odontologia, foram várias as propostas de “desmonopolização do saber”, com o aproveitamento de recursos informais, ou seja, do treinamento de pessoal auxiliar para atender à demanda de atenção básica da população, independentemente do nível de escolaridade (Menéndez, 1979; CEBES/DF, 1981).

praticando a odontologia por pelo menos cinco anos, nas localidades onde não existissem dentistas formados, seriam habilitados para praticar a profissão.

Em sua justificativa, o autor citava a Lei 6.229/75, que institucionalizou o Sistema Nacional de Saúde “*em bases concretas e realistas, (...) incorporando profissionais práticos aos serviços de saúde conforme peculiaridades regionais e econômicas*”. Ao mesmo tempo, reforçava a idéia de utilizar recursos informais segundo propostas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, como forma de resolver os problemas de saúde das populações carentes. Como exemplo, citava o caso do aproveitamento das parteiras práticas e dos auxiliares de enfermagem sem habilitação profissional nos serviços de saúde. Comparativamente, o dentista prático foi colocado como “*único recurso compatível com sua [da população interiorana e rural] situação cultural e econômica*”, conforme se observa no texto:

(...) o que se poderia fazer, a exemplo do que tem sido feito em relação às parteiras práticas e outros profissionais leigos, é orientar o seu trabalho, promovendo-se campanhas de esclarecimentos dos dentistas práticos, simplificando o tratamento dentário, da mesma forma como são simplificadas as outras ações de saúde, e fornecendo-lhes condições mínimas de profissionalização nos locais onde o seu trabalho ainda é essencial. (Brasil, Projeto de Lei n. 5.683, 28 nov. 1981).

Em 1984 foi encaminhado o “PL 04670”, em bases semelhantes, principalmente no que diz respeito à simplificação da atenção, com vistas a efetivar a necessária medida de expansão da cobertura dos serviços de saúde, preconizada tanto pelo Sistema Nacional de Saúde, quanto pelos defensores da reforma sanitária. Tinha como ementa o seguinte: “*Dispõe sobre a habilitação e o provisionamento de dentistas práticos, regulamenta o exercício dessa profissão, e dá outras providências*”. Segundo estabelecido no projeto, para se habilitarem, os dentistas práticos deveriam comprovar quinze anos de prática odontológica ou, caso comprovassem prática entre cinco e quinze anos, poderiam ser inscritos em programas de treinamento a ser criado pelo poder público. A estes dentistas práticos, por outro lado, seria permitido apenas o exercício de atividades odontológicas simplificadas, definidas como

(...) atos odontológicos de menor complexidade (...) realizáveis com materiais e equipamentos insofisticados e voltados para o atendimento das populações rurais e das periferias dos centros urbanos de reduzido poder aquisitivo. (Brasil, Projeto de Lei n. 4.670, 19 nov. 1984).

As atividades simplificadas estavam definidas no próprio projeto de lei e eram a restauração de cáries primárias, remoção de tártaros, aplicação de anestésicos gengivais, extração simples, prescrição de medicamentos anódinos e moldagens para dentaduras e pontes removíveis. Os locais de prática desses profissionais seriam definidos pelo Ministério da Saúde.

Na justificativa do projeto, o autor, o deputado Elquisson Soares, argumentava que “*dar assistência à saúde do povo brasileiro [era] tarefa fundamental, e intransferível do Governo*”, e que esse mesmo governo, ao legitimar o exercício da odontologia no Brasil,

(...) esqueceu-se por completo de instituir-se qualquer medida efetiva que pudesse ampliar as possibilidades de atendimento odontológico às populações desassistidas. Como resultado, todo o imenso espaço vazio de odontólogos continuou a ser preenchido pelos dentistas práticos, tão naturalmente quanto o vinham fazendo antes de qualquer regulamentação, e a despeito de toda a repressão que se instalou contra eles, sobretudo após a criação dos Conselhos Federais e Regionais de odontologia (...) E, o que é mais grave: ainda embora dispondo de odontólogos, o achatamento salarial de um lado, e, do outro, a incrível sofisticação a que atingiu a odontologia, inviabilizam qualquer tentativa popular de tratamento oral. (Brasil, Projeto de Lei n. 4.670, 19 nov. 1984).

Ainda na década de 80, foi apresentado o “PL 05094”, do deputado Wilson Vaz, no ano de 1985. Esse projeto de lei também propunha a regulamentação dos dentistas práticos para a execução de atividades de baixa complexidade. A proposição, apresentada com a ementa “*Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático, e determina outras providências*”, pretendia que todos os candidatos à regulamentação fossem habilitados por meio de programas especiais de treinamento implantados pelo poder público e destinados a trabalhar em áreas suburbanas ou rurais. O tipo de tratamento, de equipamento e material a ser utilizado estaria voltado para as atividades de menor

complexidade, e seriam especificados pelo Ministério da Saúde, assim como seriam especificados por esse órgão os locais de prática desses dentistas práticos.

Como justificativa, dizia o autor que,

(...) não tem sido outra a orientação da Organização Mundial de Saúde, que, em face das alarmantes condições econômicas mundiais, tem preconizado, como condição indispensável para o sucesso do seu plano de "Saúde para todos no ano 2000", o aproveitamento de todos os recursos e técnicas de que possam dispor as comunidades. Assim é que a acupuntura, a homeopatia, as ervas medicinais, as práticas terapêuticas populares, passaram a ser oficialmente requisitadas para desempenhar seu papel fundamental de medicina alternativa. (Brasil, Projeto de Lei n. 5.094, 13 mar. 1985).

De fato, o uso de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas foi preconizado por diversas organizações voltadas para a questão da saúde, dentre elas, a Organização Mundial da Saúde.²⁸

Segundo o deputado, os próprios organismos oficiais de saúde, no Brasil, já se mostravam menos resistentes à incorporação de profissionais de menor qualificação nos serviços, mas que faltava apenas a compreensão "*da classe inteira dos odontólogos, cujas instituições representativas [mostravam-se] absolutamente insensíveis diante de uma questão que os próprios odontólogos não têm a menor condição de resolver*". Na verdade, na área da saúde bucal, fizeram-se algumas tentativas, levadas a cabo principalmente pelos órgãos públicos de saúde, propondo a incorporação nos serviços de pessoal auxiliar, devidamente treinados para desenvolver ações de saúde de baixo custo e alta eficácia, visando ao aumento da cobertura dos serviços públicos odontológicos. Mas estas não tiveram muito sucesso no seu desenvolvimento e implementação, em parte pela forte resistência da profissão odontológica (Carvalho, 1999).

²⁸ É dessa época a publicação do livro "Where There is no Dentist", de Murray Dickson, 1983, que tinha como propósito servir aos indivíduos que vivessem em vilas e áreas rurais, onde não houvesse profissionais. Isso encorajou as pessoas a tomarem cuidado com sua própria saúde, a partir de ensinamentos sobre diagnóstico e tratamento odontológico.

Os três projetos de lei apresentados na década de 80 foram arquivados com base no art. 116 do Regimento Interno, o primeiro, no ano de 1983 e, os outros dois, no ano de 1987, ao final das respectivas legislaturas.

Quadro 10

Projetos de Lei para regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos apresentados na década de 80, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições.

| Projeto de Lei | Ano | Ementa | Principais Proposições |
|----------------|------|--|---|
| PL 05683 | 1981 | Regulamenta o exercício da Odontologia pelos dentistas práticos, pioneiros na região amazônica, e determina outras providências. | Licenciamento dos dentistas práticos da região amazônica segundo tempo de atividade (5 anos) para atuarem em localidades desprovidas de dentistas formados. |
| PL 04670 | 1984 | Dispõe sobre a habilitação e o provisionamento de dentistas práticos, regulamenta o exercício dessa profissão, e dá outras providências. | Licenciamento dos dentistas práticos segundo tempo de atividade (15 anos), e treinamento profissional dos dentistas práticos com tempo de atividade entre 5 e 15 anos de prática. Permitido exercer apenas atividades odontológicas simplificadas: restauração de cáries primárias, remoção de tártaros, aplicação de anestésicos gengivais, extração simples, prescrição de medicamentos anódinos e moldagens para dentaduras e pontes removíveis. Locais de prática definidos pelo Ministério da Saúde. |
| PL 05094 | 1985 | Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático, e determina outras providências. | Licenciamento dos dentistas práticos habilitados por meio de programas especiais de treinamento implantados pelo poder público. Obrigados a trabalhar em áreas suburbanas ou rurais a serem especificadas pelo Ministério da Saúde. Obrigados a exercer atividades de menor complexidade, e serem especificadas pelo Ministério da Saúde. |

5. Demanda no legislativo nos anos 90

Na década de 90, foram apresentados três projetos de lei, dois no ano de 1995 e um em 1997. A tônica dos projetos de lei dessa última década foi praticamente a mesma dos anos 80, o que se configura como um interesse maior pela falta de assistência odontológica dos habitantes das “áreas suburbanas e rurais”.

Os dois projetos de lei apresentados no ano 1995 tiveram origem no Senado Federal, sendo apresentados pelo mesmo autor, senador Odacir Soares, com a seguinte ementa: “*Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático e dá outras providências*”. Na verdade, trata-se do mesmo projeto de lei, que foi apresentado duas vezes. Isso

porque, durante sua primeira tramitação no Senado, identificado como “PLS 00003”, em janeiro de 1995, deu-se o fim da legislatura, sendo, por essa razão, arquivado. Tendo sido empossado para a legislatura seguinte, naquele mesmo ano, o autor do projeto o reapresentou, agora sob a identificação de “PLS 00097”. Os dois projetos de lei, de texto idêntico, portanto, propunham que os dentistas práticos com pelo menos quinze anos de prática se cadastrassem para habilitação profissional dentro de um prazo de 180 dias, a contar da publicação da lei. Além de comprovarem os anos de exercício da atividade, os dentistas práticos deveriam estar em situação regular com o serviço militar e com a justiça eleitoral. Poderiam exercer sua prática apenas no local onde já estivessem praticando, ou transferir-se para localidades onde não houvesse nenhum profissional diplomado. Foram vedadas as cirurgias que não fossem extrações simples, o uso de anestésico que não fosse local e a prescrição de medicamentos de uso interno, e proibida a ocupação de cargos ou funções públicas ou qualquer emprego em instituições assistenciais, exceto nas localidades onde não existissem profissionais diplomados ou que esses não se interessem expressamente por tais cargos.

Retomava, na sua justificativa, as mesmas questões levantadas pelos projetos de lei na década de 80, ou seja, de seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde, “*de incentivar o aproveitamento de todos os recursos e técnicas de que possam dispor as comunidades*”. O autor ressaltava que essa postura já havia sido adotada no Brasil com relação às parteiras práticas e aos fitoterapeutas populares, e a outros segmentos da medicina alternativa, tais como acupuntura e homeopatia. Assim, o autor defendia a necessidade de também legalizar o dentista prático, prestador de “*relevantes serviços às nossas populações interioranas (...) que trabalham no contexto de uma realidade social que os próprios odontólogos não têm condições de resolver*”.

O último e mais recente projeto de lei apresentado em benefício dos dentistas práticos foi o “PL 02734”, de autoria do deputado Pinheiro Landim, em 1997. Apresentava a seguinte ementa: “*Dispõe sobre a habilitação e o provisionamento de dentistas práticos, regulamenta o exercício dessa profissão e dá outras providências*”. Como no projeto anterior, esse também propunha um prazo de 180 dias para cadastramento dos dentistas práticos que quisessem obter licenciamento. Exigia-se a comprovação de pelo menos quinze anos de prática, ou, no caso da comprovação, de cinco a quinze anos de experiência profissional, a formação em programas de treinamento a ser oferecido pelo poder público. Acrescentava, porém, uma outra condição, a de que, em qualquer um dos

casos acima citados, os dentistas práticos teriam que prestar exames práticos de aptidão, perante os órgãos sanitários competentes. Estabeleceu que as atividades praticadas deveriam ser de menor complexidade, que os locais da prática seriam definidos pelos órgãos sanitários responsáveis e que os profissionais deveriam informar nos seus anúncios sua condição de dentista prático licenciado.

Como justificativa, retomou a questão sobre o aproveitamento desse recurso humano como única forma de sanar o problema do acesso à atenção básica de determinadas populações, uma vez que os profissionais de saúde encontravam-se “*concentrados nos grandes centros urbanos litorâneos (...) inacessíveis às populações interioranas, quando não desconhecidos por elas*”. É o primeiro projeto que reconhece a existência de profissionais diplomados em quantidade suficiente para atender à demanda populacional, mas pondera sobre sua má distribuição, impedindo com que os objetivos de atender as populações do interior e das zonas rurais sejam alcançados:

Costuma-se argumentar que o Brasil já conta, por exemplo, com número suficiente de médicos, porque atingiu a proporção recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Considera-se, no entanto, que já se reconheceu que o problema não é tanto de números, mas de distribuição equitativa de profissionais. Se a grande maioria dos profissionais liberais, por motivos óbvios, estão concentrados nos grandes centros urbanos, não é senão porque o interior não o oferece quaisquer condições para o exercício regular dessas profissões, não só do ponto de vista econômico, mas também do ponto de vista social e cultural. (Brasil, Projeto de Lei n. 2.734, 07 fev. 1997).²⁹

²⁹ De fato, segundo a pesquisa “Perfil do Cirurgião-Dentista no Brasil”, divulgada recentemente pelo Conselho Federal de Odontologia, numa amostra representativa dos cirurgiões-dentistas de todo o Brasil, 52% dos entrevistados responderam NÃO à pergunta sobre a disposição de participar de um programa de interiorização da odontologia, via Sistema Único de Saúde, no Brasil. A pesquisa foi organizada pelas entidades odontológicas: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO E FNO, Abril/2003, podendo ser acessada pela página da web: <www.cfo.org.br>.

O autor afirmou que o próprio Ministério da Saúde havia mudado de posição em relação ao aproveitamento do dentista prático, conforme relatou no trecho da sua justificativa:

Em resposta a expediente encaminhado àquela Pasta pelos dentistas práticos, reconheceu o Ministério da Saúde que, se bem não contestasse à atuação legal dos conselhos de odontologia, e dada a "falta de cirurgiões-dentistas e do reduzido número de faculdade de odontologia, especialmente em certas regiões do país, particularmente no norte e no nordeste, tem havido uma certa tolerância e até mesmo incentivo, para o que chamamos exercício ilegal da odontologia, tendo em vista não só o caráter sanitário como também o caráter sócio-econômico do problema. (Brasil, Projeto de Lei n. 2.734, 07 fev. 1997).

Não encontramos o documento acima citado (não existe referência no texto do projeto de lei) que atestasse a posição do Ministério da Saúde; portanto, não temos informação sobre a data em que foi escrito, em qual gestão ministerial, assim como sobre a íntegra do documento. É possível supor-se que o Ministério tenha se manifestado a esse respeito na década de 70, quando os dentistas práticos estavam mais mobilizados em torno à sua demanda por regulamentação.

Por outro lado, o autor acusava os cirurgiões-dentistas de agirem de forma corporativa atendendo a interesses próprios, em detrimento das necessidades maiores da população:

(...) pratica-se odienta campanha de perseguição aos chamados dentistas-práticos, em nome dos interesses da elite de nível superior que monopoliza esse campo de atividade, ainda que contrariando o interesse maior do povo. (Brasil, Projeto de Lei n. 2.734, 07 fev. 1997).

Finalmente, o autor do projeto de lei, na sua defesa pela regulamentação dos dentistas práticos, tentou demonstrar a “naturalidade” da situação, comparando-a com a de outras ocupações:

Na verdade, esta situação não se constitui em nenhum demérito para os odontólogos. Antes, pelo contrário, trata-se de um fenômeno natural e universal, de controle praticamente impossível em países como o nosso, onde a carência de profissionais liberais é suprida por leigos, em todas as áreas. Onde faltam - e como faltam! - os advogados, os médicos, os odontólogos, os engenheiros, os farmacêuticos, os agrônomos, os veterinários, os contadores, eles são sempre substituídos por leigos autodidatas que se arvoram em rábulas, em curandeiros, em parteiras, em dentistas-práticos, em mestre-de-obra, em oficiais de farmácia, em técnico agrícola, em tratadores de animais, em guarda-livros, simplesmente porque nenhuma comunidade pode prescindir destas funções ou esperar que o progresso atraia os profissionais de nível superior para a sua região. (Brasil, Projeto de Lei n. 2.734, 07 fev. 1997).

Em relação à tramitação desse projeto de lei nas comissões da Câmara dos Deputados, tivemos acesso aos relatórios que deram parecer contrário à sua aprovação e que resultou no arquivamento do projeto, em novembro de 2000. O parecer da Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, relatado pela Deputada Vanessa Grazziotin, fazia as seguintes ponderações:

(...) apesar da dramaticidade do quadro descrito, a aprovação de projeto como o ora analisado viria, ao invés de minorar, agravar a situação existente. De fato, como concordar (...) que se permita a dentistas práticos - profissionais por definição destituídos de formação adequada - realizar ações como restauração de cáries, remoção de tártaros, extrações simples e aplicação de anestésicos? Trata-se de procedimentos que envolvem riscos para a saúde. (...) a solução para o problema da assistência dentária (...) depende - todos o sabemos - de uma alteração radical da política pública de investimentos, ações em sentido exatamente oposto ao daquelas hoje levadas a efeito em nosso País. (Brasil, Parecer da Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, 14 de abr. 2000).

Já o parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, relatado pelo deputado Rafael Guerra, apresentava argumentos diferentes, afirmando, primeiro, que o fato de existir má-distribuição dos cirurgiões-dentistas nas áreas mais carentes não representa

justificativa para que essas comunidades sejam expostas a serviços odontológicos de pior qualidade, por profissionais não habilitados; e, segundo, que não faz sentido utilizar pessoal não-habilitado, com métodos ultrapassados e perigosos, uma vez que existe número suficiente de escolas de formação profissional de nível superior, espalhadas por todo o país. Assim, segundo o relator do parecer,

(...) ao invés de constituir-se em uma vantagem para as populações carentes, a regulamentação do exercício da odontologia por leigos configura-se mais como um desrespeito aos grupos sociais mais pobres, pois, hoje em dia, nenhum cidadão melhor informado, em sã consciência, se entregaria aos cuidados dentários de um prático. (...) Os avanços da ciência e da tecnologia permitem intervenções menos mutilantes e mais eficazes nos tratamentos bucais. Nossa luta deve ser para que todos os cidadãos, através do nosso sistema de saúde, tenham acesso a profissionais qualificados e à tecnologia mais adequada e eficiente. (Brasil, Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, 02 de ago. 1999).

Tendo recebido pareceres contrários, quanto ao mérito, em todas as comissões a que foi distribuído, o projeto de lei foi enquadrado como “rejeitado” nos termos do art. 133 do Regimento Interno e arquivado definitivamente.

Quadro 11

Projetos de lei para regulamentação do exercício da odontologia pelos dentistas práticos apresentados na década de 90, segundo ano de apresentação no Congresso Nacional, ementa e principais proposições.

| Projeto de Lei | Ano | Ementa | Principais Proposições |
|----------------|------|---|--|
| PL 00003 | 1995 | Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático e dá outras providências. | Licenciamento dos dentistas práticos segundo tempo de atividade (15 anos); Prazo de 180 dias para cadastramento dos candidatos ao licenciamento; Permitida a prática apenas no local onde já estivessem praticando, ou em localidades onde não houvesse nenhum profissional diplomado; Vedadas as cirurgias que não fossem extrações simples, o uso de anestésico que não fosse local e a prescrição de medicamentos de uso interno; Proibido ocupar cargos ou funções públicas ou qualquer emprego em instituições assistenciais, exceto nas localidades onde não existe profissional diplomado ou que esse não se interesse expressamente por tais cargos. |
| PL 00097 | 1995 | Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático e dá outras providências. | Licenciamento dos dentistas práticos segundo tempo de atividade (15 anos); Prazo de 180 dias para cadastramento dos candidatos ao licenciamento; Permitida a prática apenas no local onde já estivessem praticando, ou em localidades onde não houvesse nenhum profissional diplomado; Vedadas as cirurgias que não fossem extrações simples, o uso de anestésico que não fosse local e a prescrição de medicamentos de uso interno; Proibido ocupar cargos ou funções públicas ou qualquer emprego em instituições assistenciais, exceto nas localidades onde não existe profissional diplomado ou que esse não se interesse expressamente por tais cargos. |
| PL 02734 | 1997 | Dispõe sobre a habilitação e o provisionamento de dentistas práticos, regulamenta o exercício dessa profissão e dá outras providências. | Licenciamento dos dentistas práticos segundo tempo de atividade (15 anos), ou, dos que, comprovando-se entre 5 e 15 anos de prática, fossem formados em programas especiais de treinamento profissional. Prazo de 180 dias para cadastramento dos candidatos ao licenciamento; Obrigatoriedade de prestar exames práticos de aptidão, perante os órgãos sanitários; Permitido exercer somente atividades de menor complexidade; Locais da prática definidos pelos órgãos sanitários responsáveis; Obrigados a informar nos seus anúncios sua condição de dentista prático licenciado. |

Conforme visto, os dentistas práticos vêm tentando, por mais de cinquenta anos, regulamentar sua prática profissional. Através de seus representantes parlamentares, apresentaram proposições das mais variadas formas, ora restringindo suas ações ora demandando o exercício da atividade em igualdade com o cirurgião-dentista. Destaca-se a década de 70 como o auge do movimento pela legalização dos dentistas práticos,

quando esses, de fato, organizaram-se para reclamar seus “direitos”. Entretanto, apenas dois dos trinta projetos de lei apresentados em todo o período chegou, de fato, a ser votado no plenário; os demais foram, por motivos diversos, impedidos de ser votados, em grande parte por ter obtido parecer contrário durante o processo de tramitação, demonstrando, em certa medida, a força da corporação odontológica.

Assim, pelo menos na arena do Poder Legislativo, foram dos cirurgiões-dentistas as conquistas profissionais na jurisdição da odontologia. Mas, o mesmo não pode ser afirmado com relação a outros espaços de disputa jurisdicional, onde a presença marcante dos dentistas práticos, na oferta de serviços de saúde bucal, continua a desafiar a profissão odontológica. Conforme nos ensinam Abbott (1988) e Freidson (2001), não é só na arena legal que se define uma profissão.

CAPÍTULO VII

CONCLUSÕES

O propósito desta tese foi analisar a disputa entre cirurgiões-dentistas e dentistas práticos, como um problema do processo de profissionalização da odontologia no Brasil. A disputa entre grupos ocupacionais no sistema de profissões é permanente e intrínseca ao processo de aquisição e manutenção do monopólio legal sobre o campo de trabalho, e depende da capacidade do grupo dominante de estabelecer limites e demarcações que impeçam outros grupos de atuar sem a sua aprovação e de usurpar esse monopólio. No Brasil, a disputa profissional no campo da odontologia está determinada pela competição, entre outros, com o grupo dos dentistas práticos, que exerce a atividade em alguns segmentos do mercado de trabalho odontológico. Esse grupo atua de forma ilegal, uma vez que não possui as credenciais educacionais estabelecidas pela legislação brasileira como requisito para o exercício profissional da odontologia.

A odontologia praticada por empíricos já se encontra abolida, pelo menos na forma da lei, na maior parte dos países do Ocidente, sendo consenso nas diversas sociedades que, para o exercício dessa profissão, são necessários mecanismos regulatórios de proteção do público, contra os riscos envolvidos no tratamento dentário. A história da regulamentação da profissão odontológica teve início no século XIX. Até então, a arte dentária (como era conhecida) era amplamente praticada por empíricos e assim permaneceu até meados desse século, quando se iniciaram movimentos em vários países buscando sua profissionalização, seja como profissão independente, seja como profissão subordinada à medicina.

As estratégias utilizadas pelos dentistas para estabelecer monopólio profissional para o cirurgião-dentista estiveram embasadas numa série de atitudes adotadas pela profissão

ao longo da sua história, das quais destacamos três: (i) o desenvolvimento de um sistema formal de conhecimentos odontológicos, especialmente fundamentado na ciência biomédica, (ii) a adoção de um discurso baseado na necessidade da ciência dental e na utilidade social da profissão, e (iii) a criação de instituições formadoras e regulatórias que assegurassem autoridade e autonomia sobre o campo de trabalho somente aos profissionais credenciados.

Nesta tese analisamos o processo de profissionalização da odontologia nos Estados Unidos, na primeira metade do século XIX, onde a conquista pelo monopólio legal, baseado em credenciais educacionais, teve sua maior expressão, e onde a odontologia primeiro se desenvolveu como profissão independente da medicina. Esse movimento influenciou a conformação do modelo brasileiro de profissão odontológica, embora nosso sistema de regulação profissional tenha seguido outro curso, diferente do americano. Assim, enquanto que nos Estados Unidos o sistema de profissão se desenvolveu de forma descentralizada do Estado e a conquista de privilégios profissionais dependeu diretamente do reconhecimento da profissão em várias audiências públicas, no Brasil, a participação do Estado na elaboração das regulamentações foi relativamente independente dos movimentos associativos profissionais e do reconhecimento social, sendo decisiva para definir os critérios de demarcação profissional, estabelecendo desde o início um modelo burocratizado de profissões.

Destacou-se, no processo americano, a intensa disputa intraprofissional, entre os grupos partidários da arte dental, de caráter mecânico, e os defensores da ciência dental, baseada na formação acadêmica como única possibilidade de enfrentar os problemas de saúde bucal da população. A disputa nesse campo de trabalho da odontologia envolveu também a eliminação da competição interprofissional, entre dentistas e irregulares de todos os tipos, para eliminação de invasores não-qualificados; e entre dentistas e médicos, pela igualdade de status e privilégio profissional, com o sucesso dos defensores da ciência dental sobre todos os concorrentes.

No Brasil, desde que passou a ser considerada um ofício, denominado “arte dentária”, e desde que sua prática passou a ser identificada como objeto de trabalho do “dentista”, em meados do século XIX, a odontologia foi incorporada e regulamentada nas mesmas bases do sistema de regulação de profissões tradicionais, como a medicina e a farmácia,

independentemente de já possuir credenciais educacionais como requisito de ingresso profissional. De fato, a formação educacional odontológica só se desenvolveu muito depois, a partir da criação de escolas de odontologia, em 1884. Entretanto, foi somente na década de 30, do século seguinte, que observamos um sistema mais rígido de distribuição de credenciais educacionais para o exercício das profissões, controlado diretamente pelo Estado, com a formação profissional em escolas reconhecidas e fiscalizadas pelo governo federal sendo estabelecida como um requisito indispensável para a prática profissional.

No caso específico da odontologia e por força de vários decretos, o fechamento em torno às credenciais educacionais foi acompanhado da abertura temporária do licenciamento de empíricos, entre os anos de 1931 a 1934, na categoria de dentistas práticos licenciados. Após esse período, os dentistas práticos foram excluídos do direito de prática, sendo sua atividade considerada exercício ilegal da odontologia, sujeita, portanto, às penalidades estabelecidas no Código Penal, que a definiu como crime contra a saúde pública. Isso não impediu, todavia, que os dentistas práticos continuassem exercendo a atividade da odontologia e, ainda, que assumissem uma posição de contestação, demandando a legalização da sua atividade, o que foi demonstrado pela variedade de projetos de lei enviados ao Congresso Nacional ao longo da segunda metade do século XX, sendo que o mais recente deles foi apresentado na última década, no ano de 1997.

Portanto, é razoável dizer que, no Brasil, a profissão odontológica enfrenta sérios problemas com relação ao controle sobre o seu campo de trabalho. Do ponto de vista legal e estrutural, os cirurgiões-dentistas conquistaram as mesmas prerrogativas de profissões tradicionais como a medicina e a engenharia, tais como o direito exclusivo de exercício sobre a sua jurisdição e o poder de auto-regulação. A profissão também conquistou o domínio legal sobre o exercício das outras ocupações regulamentadas que atuam na área da saúde bucal – o técnico em higiene dental, o técnico em prótese dental, e respectivos auxiliares. Contudo, no que diz respeito à capacidade de prevenir a invasão de grupos não-credenciados, não seria correto afirmar-se que a profissão odontológica brasileira seja bem sucedida. A existência de um contingente significativo de dentistas práticos é prova irrefutável disso.

As razões para a permanência dos dentistas práticos, excluídos do direito de praticar a odontologia há quase 70 anos, foram buscadas na história da conformação do modelo de regulação profissional no Brasil e nas circunstâncias que permearam o processo de profissionalização da odontologia. Na verdade, em praticamente todo o período analisado, especialmente a partir da proclamação da República, observamos a presença ativa do Estado na elaboração e na sanção de regulamentos para as tarefas da saúde e para os grupos encarregados de prestá-las. Por outro lado, o Estado não teve a mesma participação no estabelecimento de medidas efetivas de implementação, na prática, das definições estabelecidas nos dispositivos legais. Isso pode ser explicado, em parte, porque, em muitas situações, foram estabelecidas condições de exercício profissional incompatíveis com o nível de desenvolvimento da sociedade brasileira, dificultando o cumprimento dos regulamentos na arena do espaço do trabalho. Um exemplo disso está no fato de o dispositivo legal especificar que só se admitiriam para o exercício da odontologia os dentistas formados em escolas reconhecidas, ou equiparadas às escolas oficiais, quando, na verdade, não existiam nem escolas credenciadas nem dentistas titulados em número suficiente para atender à demanda existente, inviabilizando o cumprimento da legislação. Por outro lado, o Estado não tomou nenhuma medida para financiar ou incentivar a abertura de escolas de odontologia para esse fim, permanecendo, durante muito tempo, um contingente de dentistas práticos superior ao de dentistas formados. Na década de 1970, estimava-se a existência de cerca de 42 mil dentistas práticos no Brasil, ao passo que os órgãos responsáveis pelas estatísticas oficiais davam conta de cerca de 27 mil dentistas diplomados.

A situação mudou bastante desde então. Não se pode dizer quantos práticos existem nos dias atuais, mas é possível estimar-se que esse número chegue perto de, pelo menos, 27 mil, contra os cerca de 170 mil cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia, um número que pode ser considerado adequado para o enfrentamento das necessidades epidemiológicas da população. É razoável afirmar-se, portanto, que a existência dos dentistas práticos não está vinculada à escassez de cirurgiões-dentistas no país, representada por um contingente expressivo de profissionais credenciados, em que pese sua má-distribuição ser um fator, pelo menos em parte, responsável pela presença de dentistas práticos nas cidades de menor porte populacional localizadas no interior e nas regiões distantes, com menor presença de cirurgiões-dentistas. De fato, esses últimos se concentram nos grandes centros urbanos e, em especial, na região sudeste do país; e, nas pesquisas exploratórias, apresentadas no capítulo III, encontramos indícios

de que os dentistas práticos tendem a se concentrar em municípios que se situam na faixa de 20 a 50 mil habitantes. Por outro lado, constatamos que essa atividade não está circunscrita somente às localidades pequenas, ou onde não existem cirurgiões-dentistas, nem pode ser vista como uma situação isolada, típica de determinadas regiões ou localidades menos desenvolvidas do país, sendo encontrados também nas cidades de porte médio e grande, bem como nas periferias dos grandes centros urbanos. Assim, outros fatores são determinantes dessa situação.

O problema da falta de acesso dos segmentos populacionais de baixa renda à assistência pública odontológica é um elemento que merece destaque. É fato a não-inclusão de serviços odontológicos na pauta dos serviços básicos de saúde definidos pelas políticas públicas no Brasil. Não existe um sistema de atenção em saúde bucal que dê conta dos problemas odontológicos da população, especialmente no que diz respeito à população adulta e ao tratamento curativo. Os serviços públicos de saúde bucal são bastante limitados quanto à universalidade da atenção e, especialmente, quanto à integralidade. São quase que invariavelmente restritos à população infantil escolarizada. Ainda assim, concentram esforços em atividades primárias e de urgência, existindo raros serviços públicos de atenção secundária. Por sua vez, a prática odontológica permanece centrada no trabalho autônomo e individualizado do cirurgião-dentista, o que encarece os serviços de odontologia e impede que os mesmos sejam acessíveis à maioria da população. Isso deixa espaço livre no mercado de trabalho para a oferta de serviços de baixo custo, cuja resolutividade é medida e julgada pela capacidade de aliviar a dor e restabelecer a estética.

Outro fator que pode explicar a permanência de empíricos refere-se à imagem e credibilidade da profissão da odontologia junto à opinião pública. Aqui observamos a combinação de dois elementos. Primeiro, a imagem negativa da profissão do cirurgião-dentista, estabelecendo uma crença de que são profissionais que visam apenas ao lucro e, portanto, inacessíveis pelos valores que cobram. Segundo, os dentistas práticos, além de acessíveis nos quesitos preço e localização, possuem o crédito da tradição e da “utilidade social”. Acrescenta-se a natureza do objeto de trabalho da odontologia, considerado pela população, pela própria experiência, de baixo risco à saúde. Os serviços odontológicos ofertados à população carente são basicamente os mesmos de gerações passadas, importando o alívio da dor e o restabelecimento, ainda que parcial, da estética. É razoável dizer-se que boa parte da população não experimentou o

desenvolvimento científico da odontologia, servindo-se, amplamente, de procedimentos tradicionais, como as restaurações e extrações dentárias simples e próteses removíveis. Dessa forma, comparativamente ao que a população acredita que a profissão do cirurgião-dentista pode proporcionar em termos científicos e tecnológicos, o preço é um importante fator de demarcação da capacidade de consumo do “bem odontologia”.

Enquanto os benefícios das medidas coletivas de promoção da saúde, especificamente o flúor da água e da pasta de dente tiveram uma abrangência significativa na população, resultando inclusive na diminuição da incidência e prevalência da doença, os demais serviços odontológicos permaneceram inacessíveis. Apenas para citar um exemplo, a “dentadura” não é considerada pelo SUS um serviço básico de saúde bucal, sendo listada no rol das atividades de nível especializado, a despeito do tamanho da demanda e da relativa facilidade de execução, haja vista o fato de ser ela um dos procedimentos mais tradicionais da odontologia, amplamente executada pelos dentistas práticos. Enquanto a tradição e a experiência determinam, aos olhos do público, a crença de que o trabalho odontológico básico é um serviço de baixo risco, que envolve mais técnica (medida pela destreza) do que ciência, não importando, portanto, a formação profissional científica, as categorias de “beneficência” e “altruísmo” adicionam confiança à imagem do dentista prático. Isso é o que os dentistas práticos entrevistados procuraram enfatizar nos seus depoimentos, como argumento de defesa da sua atividade. Várias de suas falas reportam ao fato de que independentemente de o “cliente” possuir ou não recursos para o tratamento, eles estão sempre disponíveis para resolver o problema, especialmente quando se trata de aliviar a dor. Esse é um componente importante na oferta de serviços profissionais.

Na verdade, os discursos proferidos em defesa da legalização dos dentistas práticos se fundamentam na sua utilidade social, uma vez que chamam a atenção para o fato de esse grupo direcionar, quase sempre, suas atividades, aos estratos populacionais privados de serviços de saúde bucal, especialmente os residentes nas zonas rurais e nas pequenas cidades do interior. Esse foi o centro da argumentação presente nas justificativas de quase todos os projetos de lei que demandavam a regulamentação dos dentistas práticos no país. Os dentistas práticos entrevistados reforçam esse coro, afirmando que, ao contrário dos cirurgiões-dentistas, agem por vocação e pelo interesse de “servir” à sua clientela, uma clientela de baixa renda, sem acesso aos serviços de odontologia, públicos ou privados. De fato, eles dão um sentido “altruísta” ao seu discurso, a fim de

justificar a adoção de uma atividade ilegal. Na perspectiva dos entrevistados, os dentistas práticos não pretendem disputar os mercados de trabalho dos cirurgiões-dentistas, que consideram distintos dos seus, mas colaborar com a atenção odontológica às camadas populares, não atendidas pelos profissionais formados.

Considerando os problemas enfrentados pela profissão dos cirurgiões-dentistas, e analisando os critérios que utilizamos para definir profissão e profissionalização (Freidson, 2001, Abbott, 1988) podemos afirmar, com base nas teorias existentes, que a profissão do cirurgião-dentista, no Brasil, não preenche completamente esses critérios, tendo que enfrentar contestações nas três arenas jurisdicionais do sistema de divisão do trabalho especializado: do *espaço do trabalho*, onde os dentistas práticos oferecem seus serviços para um segmento do mercado de trabalho odontológico; na arena da *opinião pública*, em que a população aceita e consome os serviços dos dentistas práticos e, portanto, reconhece-os, e do *sistema legal*, em que os dentistas práticos apresentam projetos de lei visando ao reconhecimento e à legalização da sua atividade, e no qual suas ações ilegais são vistas com tolerância pelas autoridades públicas responsáveis pela sua fiscalização e punição.

Em geral, as jurisdições públicas e as legais tendem a ser mais firmes que a jurisdição do espaço de trabalho, ou seja, as conquistas obtidas na arena legal e na arena da opinião pública, sejam elas representadas pela sociedade, sejam representadas pelo Estado, são mais permanentes do que aquelas realizadas no mundo do trabalho. É principalmente no espaço do trabalho que a profissão precisa eliminar competidores para atingir o propósito de monopólio, tanto das tarefas quanto da clientela. Abbott (1988) concebe a conquista do espaço do trabalho como ponto central de sua análise, estabelecendo que quanto mais forte a profissão, menor compartilhamento de tarefas e clientelas e, portanto, maior o grau de profissionalização.

No caso da odontologia, é nítida a contestação nas três arenas, mas o sucesso dos dentistas práticos no espaço do trabalho é o mais significativo para esse grupo, pois é nele que prestam serviços a segmentos da população que legalmente deveriam ser atendidas pelos cirurgiões-dentistas, e é lá que executam tarefas que, por direito, são exclusivas dos cirurgiões-dentistas. Por outro lado, os dentistas práticos não foram bem sucedidos na contestação realizada na arena do sistema legal, em que os projetos de lei apresentados têm sido sistematicamente negados. Nas arenas da opinião pública e do

espaço do trabalho, o sucesso é restrito a alguns segmentos e implicam na atuação informal e clandestina, sujeitando-os às penalidades impostas pela lei.

As questões aqui discutidas demandam a necessidade de uma avaliação criteriosa da jurisdição odontológica, seja pelo problema de a assistência odontológica ser ofertada às populações de baixa renda por praticantes não-qualificados, seja pelos riscos envolvidos na atividade, seja pela falta de oportunidade à profissionalização de grande parte da população brasileira. Um agravante dessa situação está na constatação de que os dentistas práticos não se limitam aos procedimentos básicos; conforme relatado em algumas entrevistas, eles executam procedimentos invasivos e de maior complexidade e risco, como o tratamento de canal, a extração de terceiro-molar (siso), a tomada de radiografia, entre outros. A falta de assistência básica às populações carentes não justifica a existência de atendimento não-qualificado, principalmente aos que já estão em posição de desvantagem na sociedade. Os avanços da ciência e da tecnologia devem servir igualmente a todos e assegurar, de fato, o direito de todo cidadão a uma atenção em saúde digna e qualificada.

As soluções encontradas em outras sociedades, a fim de diminuir os custos tradicionalmente altos da atenção profissionalizada e tecnicamente complexa da odontologia, visando aumentar a cobertura desses serviços podem ser exemplos importantes para repensarmos o sistema de profissões na área da saúde, especialmente da saúde bucal no Brasil. Assim, podemos citar o caso do Canadá e de outros países que o seguiram (Austrália, Estados Unidos, Finlândia), que encontraram na atividade do *Denturist* uma possibilidade de tornar acessível, a custos mais baixos, o atendimento de parcela significativa da população, demandante da prótese total removível. A formação desses profissionais exige em um tempo de treinamento menor e custos mais baixos do que a formação odontológica de nível superior.

É preciso pensar-se no conjunto das profissões de saúde e no conjunto de soluções terapêuticas, a partir dos interesses da população, distanciando-se da lógica corporativa que costuma prevalecer nas discussões de demarcação das jurisdições profissionais. Os atos de saúde deveriam ser classificados segundo seus riscos e segundo a capacidade e os limites de intervenção profissional dos grupos ocupacionais envolvidos, privilegiando-se direitos “reservados” e compartilhados ao invés dos direitos “exclusivos” de exercício profissional que, geralmente, levam ao corporativismo.

ANEXOS

1 – Certificado da Associação dos Dentistas Práticos do Brasil. Fonte: Carneiro, 1981.

2 – Roteiro de Entrevistas.

3 – Escola de Pharmacia e Odontologia de Ubá [escola livre]. Fonte: Gonçalves et al., 1980.

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1 – Características pessoais

Idade, escolaridade, tempo de exercício da profissão, escolha da atividade, formas de aprendizado e de atualização, origem social e formas de inserção no mercado de trabalho, dedicação integral à profissão, outras experiências ocupacionais, localização do trabalho e esquemas de migração.

2 – Organização da atividade

Características do consultório odontológico, capacidade tecnológica instalada (equipamentos, Raio X, laboratório de prótese), trabalho autônomo, localização do consultório, aquisição do material odontológico, procedimentos odontológicos que executa, procedimentos que não executa, prescrição de medicamentos, utilização de pessoal auxiliar, valores dos serviços prestados e formas de cobrança, sistemas de referência para procedimentos complexos (encaminhamento para o cirurgião-dentista)

3 – Clientela e reconhecimento social

Conquista da clientela, necessidades da clientela e acessibilidade ao tratamento, relação com a comunidade, credibilidade quanto ao tratamento realizado, origem social da clientela, época do ano em que é mais procurado, problema de má prática e acordos com a clientela.

4 – Fiscalização profissional

Relação com os cirurgiões-dentistas, relação com os conselhos regionais de odontologia, experiências de denúncia e relação com as autoridades administrativas e judiciárias, respectivamente, a vigilância sanitária e a promotoria pública.

5 – Identidade profissional

Discurso dos dentistas práticos em relação à sua acessibilidade e utilidade social; anúncio da condição de dentista prático, formas de construção da credibilidade na comunidade e reconhecimento social, importância do dentista prático para a comunidade.

6 – Formas associativas e regulamentação da atividade

Relação com outros dentistas práticos, existência de associações de dentistas práticos, conhecimento dos projetos de lei para regulamentação dos dentistas práticos, opinião sobre o direito de exercer a odontologia.

7 – Situação atual

Benefícios da atividade na melhoria das condições de vida e de trabalho, avaliação das tendências do mercado de trabalho e perspectivas de continuidade da atividade do dentista prático.

FONTES

SENADO FEDERAL – PESQUISA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

1. BRASIL. Decreto N.º 3.987 – 2 Jan. 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública.
2. BRASIL. Decreto N.º 14.189 – 26 Maio 1920. Dá regulamento para a execução do decreto legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública.
3. BRASIL. Decreto N.º 14.354 – 15 set. 1920. Approva o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920.
4. BRASIL. Decreto N.º 15.003 – 15 set. 1921. Faz modificações no regulamento aprovado pelo decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920.
5. BRASIL. Decreto N.º 19.851 – 11 abr. 1931. Dispõe que o ensino superior no Brasil obedecerá, de preferência, ao sistema universitário, podendo ainda ser ministrado em institutos isolados, e que a organização técnica e administrativa das universidades é instituída no presente decreto, regendo-se os institutos isolados pelos respectivos regulamentos, observados os dispositivos do seguinte Estatuto das Universidades Brasileiras.
6. BRASIL. Decreto N.º 19.852 – 11 abr. 1931. Dispõe sobre a organização da Universidade do Rio de Janeiro.
7. BRASIL. Decreto N.º 20.862 – 28 dez. 1931. Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos, de acordo com o parágrafo único, do art. 314 do decreto n. 19.852, de 11 de abril de 1931.
8. BRASIL. Decreto N.º 20.877 – 30 dez. 1931. Regula o exercício da farmácia no interior dos Estados pelos práticos licenciados.
9. BRASIL. Decreto N.º 20.931 – 11 jan. 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.
10. BRASIL. Decreto N.º 21.073 - 22 fev. 1932. Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos no Distrito Federal.
11. BRASIL. Decreto N.º 22.418 - 31 jan. 1933. Altera o artigo 7.º do Decreto 21.073, de 22 de fevereiro de 1932.

12. BRASIL. Decreto N.º 22.501 - 27 fev. 1933. Torna extensivos aos dentistas práticos do Distrito Federal os favores do artigo 8.º do Decreto 20.862 de 28 de dezembro de 1931.
13. BRASIL. Decreto 23.540 – 4 dez. 1933. Limita, até 30 de junho de 1934, os favores concedidos pelos Decretos ns. 20.862 e 20.877, respectivamente, de 28 e 30 de dezembro de 1931, n.º 21.073, de 22 de fevereiro de 1932, e 22.501, de 27 de fevereiro de 1933.
14. BRASIL. Lei N.º 378 - 13 jan. 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.
15. BRASIL. Decreto-lei N.º 421 – 11 maio 1938. Regula o funcionamento dos estabelecimentos de ensino superior.
16. BRASIL. Decreto-lei N.º 2.848 - 7 dez. 1940. Código Penal.
17. BRASIL. Decreto-lei N.º 3.171 – 2 abr. 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e dá outras providências.
18. BRASIL. Decreto N.º 9.810 – 1 jul. 1942. Aprova o regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.
19. BRASIL. Decreto-lei N.º 4.113 – 14 fev. 1942. Regula a propaganda de médicos, cirurgiões-dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.
20. BRASIL. Decreto-lei N.º 5.452 - 1 maio 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.
21. BRASIL. Decreto-lei N.º 5.545 – 4 jun. 1943. Estabelece as medidas destinadas à regularização da vida escolar de alunos que freqüentam ou hajam freqüentado curso superior não reconhecido e bem assim de diplomados por curso superior igualmente não reconhecido.
22. BRASIL. Decreto-lei N.º 7.401 – 20 mar. 1945. Institui uma junta especial com atribuições referentes à aplicação dos Decretos-leis nº 5.545, de 4 de junho de 1943, nº 6.273, de 14 de fevereiro de 1944, e nº 6.896, de 23 de setembro de 1944.
23. BRASIL. Decreto-lei N.º 7.718 – 9 jul. 1945. Dispõe sobre a situação profissional de dentistas diplomados por faculdades que funcionaram com autorização dos governos estaduais.
24. BRASIL. Decreto-lei N.º 7.955 – 13 set. 1945. Institui Conselhos de Medicina e dá outras providências.
25. BRASIL. Decreto-lei N.º 8.345 – 10 dez. 1945. Dispõe sobre habilitação para exercício profissional.

26. BRASIL. Lei N.º 609 – 13 jan. 1949. Provê a validação dos cursos realizados pelos alunos das escolas superiores não reconhecidas.
27. BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS – 20 ago. 1949. Regimento Interno da Câmara dos Deputados. *Diário do Congresso Nacional*, 20 ago de 1949, p. 7.377.
28. BRASIL. Lei N.º 1.314 – 17 jan. 1951. Regulamenta o exercício profissional dos Cirurgiões Dentistas.
29. BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS – 23 ago. 1951. Alterações ao Regimento Interno. *Diário do Congresso Nacional*, 23 Agosto de 1951, p. 6.859.
30. BRASIL. Lei N.º 3.062, 22 dez. 1956. Desdobra o atual Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina em Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e Serviço Nacional de Fiscalização de Odontologia, e dá outras providências.
31. BRASIL. Lei N.º 3.268, 30 set. 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.
32. BRASIL. Lei N.º 3.999, 15 dez. 1961. Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.
33. BRASIL. Lei N.º 4.324 - 14 abr. 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências.
34. BRASIL. Lei N.º 5.081 - 24 ago. 1966. Regula o exercício da Odontologia.
35. BRASIL. Decreto N.º 67.057, 14 ago. 1970. Dispõe sobre vinculação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Odontologia.
36. BRASIL. Decreto 68.704 - 3 jun. 1971. Regulamenta a Lei n.º 4.324, de 14 de abril de 1964.
37. BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS – 1.º nov. 1972. Dispõe sobre o Regimento Interno. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, Novembro de 1972, p.4.690.
38. BRASIL. Lei N.º 5.965 - 10 dez. 1973 - Acrescenta parágrafos ao art. 13 da Lei n.º 4.324 de 14 de abril de 1964.
39. BRASIL. Lei N.º 6.215 - 30 de jun. 1975. Altera a redação do item III, do art. 6.º da Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966.
40. BRASIL. Decreto 79.137, 18 jan. 1977. Inclui na classificação de órgãos de deliberação coletiva, aprovada pelo Decreto nº 69.907, de 7 de janeiro de 1972, as Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões liberais.

41. BRASIL. Lei N° 6.710 - 5 nov. 1979. Dispõe sobre a profissão de Técnico em Prótese Dentária e determina outras providências.
42. BRASIL. Decreto N.º 87.689 - 11 out. 1982. Regulamenta a Lei n° 6.710, de 5 de novembro de 1979, que dispõe sobre a profissão de Técnico em Prótese Dentária, e determina outras providências.

CONGRESSO NACIONAL – CÂMARA DOS DEPUTADOS - DIÁRIOS

1. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.187 – 22 jan. 1948. Autoriza aos dentistas práticos o exercício da odontologia. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, janeiro de 1948.
2. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 73 - 7 abr. 1948. Regulamenta o exercício profissional dos cirurgiões-dentistas. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, abril de 1948.
3. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.034 - 12 dez. 1950. Cria a Ordem dos Cirurgiões-Dentistas. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, dezembro de 1950.
4. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 973 - 9 ago. 1951. Estabelece igualdade entre os dentistas formados pelas faculdades estaduais e os diplomados por estabelecimentos federais ou escolas com inspeção federal. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, agosto de 1951.
5. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.997 – 26 maio 1952. Revigora até 30 de junho de 1954, o prazo previsto no Decreto n.º 23.540, de 4 de dezembro de 1933, de que trata o Decreto número 20.862, de 28 de dezembro de 1931, que regula a profissão odontológica por dentistas práticos. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, maio de 1952, p.4343.
6. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.159 - 28 maio 1953. Cria a Ordem dos Cirurgiões-Dentistas do Brasil e estabelece as Caixas de Assistência. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, maio de 1953, p.4558.
7. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 2.130 - 27 nov. 1956. Altera o regulamento para o exercício da profissão de cirurgião-dentista. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1956, p. 11882.
8. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.745 – 1.º mar. 1958. Revoga o artigo nono do Decreto 20.862 de 28 de dezembro de 1931, que regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos, de acordo com o parágrafo único do artigo 314, do Decreto 19.852, de 11 de abril de 1931. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, março de 1958, p. 490.
9. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 2.213 - 30 ago. 1960. Dispõe sobre o licenciamento para exercício da profissão odontológica aos portadores de diplomas ou certidões de vida escolar fornecidos pelas extintas Faculdades de Farmácia e Odontologia. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, agosto de 1960, p. 5862.

10. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 2.240 – 21 out. 1960. Estabelece condições para habilitação de dentistas práticos não licenciados. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, outubro de 1960, p.7561.
11. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 19 – 13 abr. 1960. Regula o exercício da Odontologia. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, abril de 1960, p.1018.
12. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 2.286 – 12 out. 1960. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, outubro de 1960, p.7175.
13. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.058 - 14 jun. 1961. Revalida os registros de títulos ou diplomas de dentista ou cirurgião-dentista, expedidos por escolas estaduais até o ano de 1936, efetuados nas repartições competentes. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, junho de 1961, p.4020.
14. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 501 – 13 set. 1967. Autoriza aos portadores de diplomas de Farmacêutico e Dentistas expedidos, até o ano de 1930, por faculdades fiscalizadas pelos governos estaduais, o exercício da profissão em todo o território nacional. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, setembro de 1967, p.5339.
15. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.241 – 17 abr. 1968. Regula o exercício da odontologia, pelos dentistas práticos e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, maio de 1968, p.1.983.
16. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 484 – 13 nov. 1971. Regula a profissão de dentista prático e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1971, p.6811.
17. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 540 – 6 nov. 1971. Dispõe sobre o exercício da Odontologia por Dentista prático licenciado e pelos profissionais diplomados por escolas livres. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, dezembro de 1971, p.7523.
18. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 509 – 24 nov. 1971. Regulamenta o exercício da atividade profissional dos dentistas práticos ou dos formados por escolas livres, e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, dezembro de 1971, p.7511-12.
19. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 511 – 25 nov. 1971. Acrescenta artigos à Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, dezembro de 1971, p.7512.
20. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 2.296 – 3 set. 1974. Regula o exercício da profissão de dentista prático e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, outubro de 1974, p.7939.

21. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.459 – 4 nov. 1975. Dispõe sobre a habilitação de dentistas práticos para o exercício da odontologia, nas condições que especifica e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1975, p.10263.
22. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 2.324 - 20 maio 1976. Autoriza as universidades e os estabelecimentos isolados de ensino superior a criarem cursos para a formação de dentistas e enfermeiros com a duração de 02 (dois) anos e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, maio de 1976, p.4055.
23. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.972 – 8 abr. 1976. Regula o exercício da odontologia por dentistas práticos e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, abril de 1976, p. 2.219.
24. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.117 - 26 out. 1976. Restabelece a habilitação para o exercício da odontologia aos dentistas práticos e aos formados por escolas livres, na forma que especifica. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1976, p. 11.166.
25. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.882 - 3 ago. 1977. Acrescenta dispositivos à Lei n.º 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da odontologia. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, agosto de 1977, p. 5.978.
26. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.949 - 10 ago. 1977. Permite o aproveitamento de dentistas práticos nos sistemas públicos de saúde. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, agosto de 1977, p. 7.100.
27. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 4.565 – 27 out. 1977. Confere atribuição ao Técnico em Higiene Dental e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1977, p. 11.858.
28. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.115 - 31 maio 1979. Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático ou formado por escolas livres. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, maio de 1979, p. 4896.
29. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.688 - 22 ago. 1979. Regula o exercício da Odontologia por dentistas práticos. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, agosto de 1979, p. 8296.
30. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 1.827 - 19 set. 1979. Regula o exercício da profissão de dentista prático nas condições que estabelece. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, setembro de 1979, p. 9691.
31. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 5.683 - 5 dez. 1981. Regulamenta o exercício da Odontologia pelos dentistas-práticos, pioneiros na região amazônica, e determina outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, dezembro de 1981, p. 14.564.

32. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 5.271 – 29 set. 1981. Dispõe sobre a denominação dos profissionais que exercem a odontologia e dá outras providências. Passa a denominar-se cirurgião-dentista. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, setembro de 1981, p. 10.526.
33. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 4.670 - 6 nov. 1984. Dispõe sobre a habilitação e o provisionamento de dentistas-práticos, regulamenta o exercício dessa profissão, e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1984, p.14.413.
34. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 5.094 - 22 mar. 1985. Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático, e determina outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, março de 1985, p.1.562.
35. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 03 – 18 jan. 1995. Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, janeiro de 1995, p.778.
36. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 97 - 31 mar. 1995. Dispõe sobre o exercício da profissão de dentista prático e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, abril de 1995, p. 4.445.
37. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 2.734 - 3 dez. 1996. Dispõe sobre a habilitação e o provisionamento de dentistas-práticos, regulamenta o exercício dessa profissão, e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, fevereiro de 1997, p. 4.249.
38. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.805 - 4 nov. 1997. Altera o artigo quarto da Lei 4.324, de 14 de abril de 1964, que institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências, incluindo dentre as competências dos Conselhos de Odontologia, o pronunciamento a respeito dos pedidos apresentados aos órgãos competentes para criação e reconhecimento de cursos de graduação em Odontologia, em instituições de ensino superior. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1997.
39. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 4.557 - 3 jun. 1998. Altera a redação da Lei 6.710, de 5 de novembro de 1979, e dá outras providências, permitindo ao Técnico em Prótese Dentária prestar assistência direta a clientes, desde que os mesmos tenham suas oficinas e inscrição no Conselho Regional de Odontologia na jurisdição em que estejam instalados. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, junho de 1998, p. 15.048.
40. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.618 - 20 set. 1997. Dispõe sobre o processo de autorização de novos cursos de Medicina e Odontologia. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, novembro de 1997, p. 29.119.
41. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 4.230 – 14 mar. 1998. Dispõe sobre o processo de autorização de novos cursos de Medicina e Odontologia. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, março de 1998, p. 6.436.

42. BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei N.º 3.789 – 22 nov. 2000. Cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Técnicos em Prótese Dentária, disciplinando o funcionamento de seus órgãos de fiscalização e determina outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, novembro de 2000.

CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE ODONTOLOGIA

1. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO 157, de 31 de jun. 1987.
2. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 185, de 25 de abr. 1993. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.
3. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - *Caderno de programação do II Fórum Nacional de Fiscalização do Exercício Profissional da Odontologia* (2.º FISO). Belo Horizonte: Conselho Federal de Odontologia, 22 a 25 de maio de 2002.
4. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Perfil do Cirurgião-Dentista no Brasil*. Pesquisa realizada para as entidades nacionais de odontologia: ABO, ABENO, ACBO, FIO, FNO, pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas socioeconômicas/INBRAPE, abril 2003.
5. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. *Manual de orientação profissional*. Belo Horizonte, CROMG/Gestão 1999-2001, 2000.
6. *CFO Informa*, fev/97, ano IV.
7. *Jornal da Odontologia*, CROMG, mar/abr. 1997.
8. *Jornal da Odontologia*, CROMG, jan/fev. 1998.
9. *Jornal da Odontologia*, CROMG, mar/abr. 1998.
10. *Jornal da Odontologia*, CROMG, set/out. 1998
11. *Jornal do CFO*, Rio de Janeiro, ano VIII - Nº 38, jan/fev. 2000.
12. *Jornal do CROMG*, ano XX, N.º 114, março 2001

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.499/98*. Proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. *D.O.U.*, Poder Executivo, Brasília, DF, nº 169, 3 set. 1998, Seção 1, p. 101.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

1. DISTRITO FEDERAL. Supremo Tribunal Federal. *Parecer ADI 1.717-DF*. Relator: Ministro Sidney Sanches. 7 nov. 2002.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, BETHESDA, ESTADOS UNIDOS

1. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. I, n.º I, 1839.
2. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. I, n.º III, 1839.
3. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. I, n.º I, 1840.
4. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. I, n.º II, 1840.
5. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. I, n.º III, 1840.
6. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. II, n.º 2, dec. 1841.
7. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. II, n.º 8, 1842.
8. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. II, n.º 9, 1842.
9. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. III, n.º 1, 1842.
10. *The American Journal of Dental Science (AJDS)*. vol. III, 1842-3.
11. *The Dental News Letter*. vol. I, n.º 1, october 1847.
12. *The Dental News Letter*. vol. III, n.º 2, january 1850.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABBOTT, A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press, 1988.
2. ABOPREV. *Promoção de saúde bucal*. Kriger, L. (Coord.), São Paulo: Artes Médicas, 1997.
3. ARCHER, W. *The History of the development of anesthesia, oral surgery and hospital dental service in the United States of America*. Pittsburgh, 1971.
4. ASGIS, A. J. The historical significance of professor Gies' 1927 study in the Stomatologic Movement. *Journal of Dental Research*, V.IX, 1929.
5. BALAN, J. & JÉLIN, E. La estructura social en la biografía personal. *Serie Estudios CEDES*, vol. 2, n.º 9, 1980.
6. BECKMAN, S. Professionalization: borderline authority and autonomy in work. In: BURRAGE M. & TORSTENDAHL, R. *Professions in Theory and History: rethinking the study of the professions*. SAGE Publications, 1990.
7. BERGER, P. *Perspectivas sociológicas: uma visão humanística* (Tradução de Donaldson M. Garschagen). 15.ª edição. Petrópolis: Vozes, 1995 [1963].
8. BERTAUX, D. Life stories in the Baker's Trade. In: *Biography and Society: the life story approach in the Social Sciences*. London: Sage, 1981.
9. BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: HUCITEC, FAPESP, 2000.
10. BRAGA, C. P. A. et al. *Os dentistas práticos na conjuntura sócio-econômica atual: problema ou solução?* Monografia do Curso de Especialização em Odontologia Social da PUC Minas, Belo Horizonte, 1984.
11. BRANTE, T. Professional types as a strategy of analysis. In: BURRAGE M. & TORSTENDAHL, R. *Professions in Theory and History: rethinking the study of the professions*. SAGE Publications, 1990.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação Federal do Setor Saúde*. volume I, 3.ª edição. Consultoria Jurídica. Brasília, D.F., 1978.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação Federal do Setor Saúde*. volume II, 3.ª edição. Consultoria Jurídica. Brasília, D.F., 1978.
14. BRAUDEL, F. *The structures of everyday life: Civilization & Capitalism: 15th – 18th century*. vol. 1, Perennial Library, 1981.

15. BROWN, E. R. *Rockefeller Medicine Men: Medicine & Capitalism in America*, University of California Press, 1979.
16. BROWN, J. "Professional Language: Words that Succeed", *Radical History Review*, 34, p.33-51, 1986.
17. BROWN, J. "*The Definition of a Profession: The Authority of Metaphor in the History of Intelligence Testing, 1890 – 1930*", New Jersey, Princeton University Press, 1992.
18. BURRAGE M. & TORSTENDAHL, R. *Professions in Theory and History: rethinking the study of the professions*. SAGE Publications, 1990.
19. CAMPANHOLE, H. L. & CAMPANHOLE, A. *Profissões Regulamentadas: Leis, Decretos-leis, Decretos e outros atos específicos*. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1996.
20. CAMPBELL, J. M. *From a trade to a profession: byways in Dental History*, Robert Cunningham and Sons, Ltda, Alva, 1958.
21. CARNEIRO, J.C. *Dentista prático: a luta, a legalização*. Goiânia: Tipografia e Editora Bandeirante, 1981.
22. CARR-SAUNDERS, A.M.; WILSON, P.A. *The Professions*. Great Britain: Oxford University Press, 1933.
23. CARVALHO, C. L. *The Professionalization of Dentistry: the authority of images and metaphors in the definition of the dental profession*. Baltimore, The Johns Hopkins University, 1994 (Dissertação, Pós-doutorado em Saúde Pública).
24. _____. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. *Ação Coletiva*, ano 2, v.2, n.º 1, jan/mar 1999. p.25 a 33
25. _____, GIRARDI, S. N. *The Science of Toothache: a factor in professional practice building: 1839 – 1860*. Baltimore, 1993, 17 p. (Mimeogr.)
26. _____, MARTINS, E. M. *Perfil dos Cirurgiões-dentistas especialistas do Estado de Minas Gerais*. Relatório de Pesquisa do Projeto FIP 08/97 - PUC Minas. Belo Horizonte, 1999. (Mimeogr.)
27. CEBES/DF. Simplificación y desmonopolización en odontología; simposium sobre "política nacional de salud" en Brasil. Caracas, Venezuela: *Rev. CERON*, 6 (2), agosto 1981.
28. CHAVES, M. *Odontologia Social*. 3.ª edição. Livraria Editora Artes Médicas Ltda., 1986.
29. CIGRAND, B. J. *The Rise, Fall and Revival of Dental Prosthesis*. Second Edition, The Periodical Publishing Co., Chicago, 1892.

30. COELHO, E. C. *As profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930*. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999.
43. COELHO JR., P. G. P. *A caracterização do trabalho do cirurgião-dentista em clínicas populares de Belo Horizonte – MG*. Monografia do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da PUC Minas, Belo Horizonte, 2002 (Mimeogr.)
44. COLLINS, R. Changing conceptions in the sociology of the professions. In: TORSTENDAHL, R. & BURRAGE, M. *The formation of professions: Knowledge, State and Strategy*. Sage Publications, 1990.
45. CRUZ, J. S. et al. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Rev Odontol Univ São Paulo*, vol. 11 n.º 4. São Paulo out/dez. 1997.
46. CUNHA, E. S. *História da Odontologia no Brasil (1500 - 1900)*. 2.ª edição. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1952.
47. CUNHA, L. A. *A universidade temporã: o ensino superior da Colônia à Era de Vargas*. Rio de Janeiro : Editora Civilização Brasileira S.A., 1980.
48. CURTIS, E. Inscriptions. *Journal of the Arizona Dental Association*, 12 (8): 5, february 1999.
49. CUSSON, M. Desvio. In: BOUDON, R. (direção); BAECHLER, J. et al. (Cols). *Tratado de Sociologia*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996, p. 413 - 448.
50. DEMO, P. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. 3ª Edição. São Paulo: Atlas, 1995.
51. DICKSON, M. *Where There is no Dentist*. California: The Hesperian Foundation, 1983
52. DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.
53. DUSSAULT, G. *The professionalization of dentistry in Britain: a study of occupational strategies, (1900 – 1957)*. London: Beldford College, University of London, 1981, 377 p. (Tese, Doctor of Philosophy).
54. ECO, U. *Semiotics and Philosophy of Language*, Indiana University Press, 1986.
55. FAUCHARD, P. *The Surgeon Dentist or Treatise on the teeth* (translated from the second edition, 1746, by Lilian Lindsay), Milford House Inc., Pound Ridge, New York, 1969.
56. FEE, E., ACHESON, R.M. *A history of education in Public Health: Health that mocks the doctors' rules*. Oxford University Press, 1991.
57. FEJERSKOV O., THYLSTRUP A. *Tratado de Cariologia*. Editora Cultura Médica Ltda, 1988.

58. FERREIRA, R. A. O “Milagre” da multiplicação dos cursos. *Revista da APCD*, v.51, n.º 4, jul/ago, 1997.
59. FIGUEIREDO, B. G. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.
60. FOX, J. *The Natural History and Diseases of the Human Teeth*. Second Edition, 1814.
61. FRANÇA, J. et al. *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas*. 4.ª ed. Rev. e aum. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
62. FREIDSON, E. *Profession of Medicine: a study in the sociology of applied knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988 [1970].
63. _____. *Professionalism Reborn: theory, prophecy and policy*. The University of Chicago Press, 1994.
64. _____. *Professionalism: the third logic on the practice of knowledge*. Chicago : The University of Chicago Press, 2001.
65. _____, LORBER, J. (ed.) *Medical Men and their Work: a sociological reader*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1972.
66. GARANT, P.R. Voltaire, medicine and dentistry. *Quintessence International*, 22 (5): 405-11. may, 1991.
67. GEVITZ, N. (ed.) *Other healers: unorthodox medicine in America*. 2.a. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1990.
68. GIES, W. *Dental Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin 19, 1926.
69. GIRARDI, S. N. *Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista*. Belo Horizonte, 2002. (Mimeogr.)
70. _____, CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B., FARIA, R., VIANA, A. L. D. (org.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Instituto de Economia, 2002.
71. _____, CARVALHO, C. L. FERNANDES Jr., H. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*. v.2, n.º 1, dez. 2000.
72. _____. *A flexibilização do trabalho no setor saúde: impactos da reforma setorial e da transição regulatória*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 1998. 35p. (Mimeogr.)

73. _____, (coord.), CARVALHO, C. L., CHERCHIGLIA, M. *Sinais de Mercado e Regulação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil dos anos 90*. CGDRH - Ministério da Saúde, 1995, 135 p. (Mimeogr.)
74. GODOY, V. V. *Cronologia na História da Escola de Farmácia*. Centro de Memória da Escola de Farmácia de Ouro Preto, S/d <www.ef.ufop.br/CMFarmacia> .
75. GOMES, L. F. (Org.) *Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal*. 3.^a ed. revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.
76. GONÇALVES, P. X. et al. (org.) *Ubá: cidade carinho*. Edição histórica. Ubá, 1980.
77. GOTTFRIED, R. S. *Doctors and Medicine in Medieval England: 1340 – 1530*. Princeton - New Jersey: Princeton University Press, 1986.
78. GRANGER, G. G. *A ciência e as ciências*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.
79. HARRIS, R.R. *Dental Science in a new age: a history of the National Institute of Dental Research*. Iowa State University Press / Ames, 1992.
80. HILLAM, C. *The Roots of Dentistry*. British Dental Journal, 1990.
81. _____. *Brass Plate and Brazen Impudence: Dental Practice in the Provinces 1755-1855*, Liverpool University Press, 1991.
82. HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento*. São Paulo: HCITEC/ANPOCS, 1998.
83. JADA, *Anniversary Commemoration Edition*, vol. 108, Abril, 1984.
84. JESUS, D. E. de, *Código Penal Anotado*. 4.^a edição. São Paulo : Saraiva, 1994.
85. JOHNSON, T. J. *Professions and Power*. London: MacMillan, 1967.
86. JONES, C. Pulling Teeth in Eighteenth Century Paris. *Past & Present: a journal of historical studies*. N.º 166: Oxford Press for Past & Present Society, February 2000.
87. KANG, S. *The body as culture: medical perspectives of the East and the West*. (Dissertação). <<http://kangsi1957.hihome.com>>, 1998.
88. KRAUSE, E. A. *Death of the guilds: professions, states, and the advance of capitalism, 1930 to present*. New Haven and London: Yale University Press, 1996.
89. LAKATOS, E. & MARCONI, M. de A. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Ed. Atlas, 1991, p. 84-99.

90. LARSON, M. *The rise of Professionalism: a sociological analysis*. University of California Press, 1977.
91. LAUERHASS Jr. L. *Getúlio Vargas e o triunfo do nacionalismo brasileiro*. Belo Horizonte : Itatiaia; São Paulo : Editora da Universidade de São Paulo, 1986.
92. LE GOFF, J. *Para um Novo Conceito de Idade Média: Tempo, Trabalho e Cultura no Ocidente*, Estampa, Lisboa, 1980.
93. _____. (Apresentador) *As doenças têm história*. Portugal: Terramar, 1985.
94. LEITGEG, G. M. *Memórias de um dentista do interior*. São Paulo: Edigraf, 1959.
95. LOPES DA COSTA, A. A. *Direito das profissões sanitárias: direito profissional do cirurgião-dentista*. São Paulo: Livraria Acadêmica, Saraiva & C. Editores, 1928.
96. LUZ, M. L. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo : Dynamis Editorial, 1996.
97. MACHADO, M. L. (org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
98. McCLELLAND, C. E. *The German experience of professionalization: modern learned professions and their organizations from the early nineteenth century to the Hitler era*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
99. McKINLEY J. B., ARCHES, J. Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services*, 15 (2) : 161-95., 1985.
100. MINTZ, S. W. *Sweetness and Power: the place of sugar in modern history*, Penguin Books, 1986.
101. MENÉNDEZ, O. R. Simplificación y Desmonopolización en Odontología; su significación social. Caracas, Venezuela: *Rev. CERON*, vol. 4, n.º 3, agosto, 1979.
102. MORRIS A. L. Changing the Dentist's Image of His Own Profession. *The Journal of the American College of Dentists*, julho, 1965.
103. MORRIS, D. B. *The Culture of Pain*. University of California Press, 1991.
104. NADANOVSKY, P. Declínio da Cárie. In: PINTO, V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000, p. 341-351.
105. _____. Promoção da Saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000, p. 293 -310.

106. NAVARRO, V. Profession dominance or proletarianization? Neither. *The Milbank Quarterly*, vol. 66, suppl. 2, 1988.
107. NETTLETON, S. *Power, Pain and Dentistry*. Open University Press, 1992.
108. NOGUEIRA, R. P. *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.
109. NUNES, E. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., Brasília, DF; ENAP, 1997.
110. O'CONNOR, S., LANNIN, J.A. The end of autonomy? Reflection on the postprofessional physician. *Health Care Manage Rev.*, 17 (1), 63-72, 1992.
111. PERNICK, M. A. *Calculus of suffering: Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth-century America*, Columbia University Press, 1985.
112. PINTO, V. *Saúde Bucal Coletiva*. 4.^a edição. São Paulo: Santos, 2000.
113. PORTO, R (coord). *Pesquisa sobre os profissionais de nível superior no Brasil* (por municípios). Centro de Estudos e Treinamento dos Recursos Humanos. Ministério da Educação e Cultura (Convênio MEC/FGV), 1967.
114. QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L.V. *Manual de investigação em ciências sociais*. (Tradução de Marques, J. et al.) Lisboa: Gradiva, 1995.
115. RAMSEY, M. *Professional and popular medicine in France, 1770-1830*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
116. RING, M.E. *Dentistry: an illustrated history*. New York: Abradale Books, 1985.
117. ROBINSON J. B, *The Foundations of Professional Dentistry*. Baltimore: Waverly Press, 1940.
118. RUESCHEMEYER, D. Doctors and Lawyers: a comment on the theory of the professions. In: FREIDSON, E., LORBER, J. (ed.) *Medical Men and their Work: a sociological reader*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1972.
119. SANTOS FILHO, L. C. *História geral da medicina brasileira*. vol. 1 São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo – HUCITEC, 1977.
120. _____. *História geral da medicina brasileira*. vol. 2 São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo – HUCITEC, 1991.
121. SANTOS, W. G. *Décadas de Espanto e uma apologia democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
122. SCHWARTZMAN, S. (org.) *Estado Novo, um Auto-retrato* (Arquivo Gustavo Capanema). Editora Universidade de Brasília, Brasília, D.F., 1982.

123. SCHWARTZ, L. L. The Historical Relations of American Dentistry and Medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 28, 1954.
124. SELANDER, S. Associative strategies in the process of professionalization: professional strategies and scientification of occupations. In: BURRAGE M. & TORSTENDAHL, R. *Professions in Theory and History: rethinking the study of the professions*. SAGE Publications, 1990.
125. SEVERINO, J. A. *Metodologia do Trabalho Científico*. 20^a Edição. São Paulo, Cortez, 1996.
126. SHEIHAM, A. Changing Trends in Dental Caries, *International Journal Epidemiology*, vol. 13, n.º 2., 1984.
127. SILVA, J. A., DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
128. SILVA, S. S., SZMRECSÁNYI, T. (Org.) *História Econômica da Primeira República*. 2.^a ed. revista. São Paulo: HUCITEC/Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica / Editora da Universidade de São Paulo/ Imprensa Oficial, 2002.
129. STACEY, J. *Inside the New Temple: the high cost of mistaking medicine for religion*. Winnetka, Illinois: Conversation Press, 1993.
130. STARR, P. *The social transformation of American Medicine*. Basic Books, 1982.
131. SVENSSON, L. G. Knowledge as a professional resource: case studies of architects and psychologists at work. In: TORSTENDAHL, R. & BURRAGE, M. *The formation of professions: Knowledge, State and Strategy*. Sage Publications, 1990.
132. TORSTENDAHL, R. & BURRAGE, M. *The formation of professions: Knowledge, State and Strategy*. Sage Publications, 1990.
133. TRAVAGLINI, F. Se você considera os valores da VRCC baixos, compare-os com as tabelas de alguns convênios. *Jornal da APCD*, ano 37, n.º 545, setembro de 2002.
134. VAINFAS, R. (Dir.) *Dicionário do Brasil Imperial (1822 – 1889)*. Rio de Janeiro : Objetiva, 2002.
135. VAITSMAN, J. *Flexíveis e Plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1994.
136. VERNER, P. *L'Exercice Illegal de L'Art Dentaire*. Masson & Cie, Editeurs, 1973.
137. WAHRLICH, B. M. S. *Reforma Administrativa na Era de Vargas*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1983.

138. WEAR, A. *Medicine in Society: historical essays*. Cambridge University Press, 1992.
139. WEBER, B.T. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-grandense – 1889 – 1928*. Santa Maria: UFSM; Bauru: EDUSC, 1999.
140. WILENSKY, H. L., LEBEAUX, C. N. *Industrial society and social welfare: the impact of industrialization on the supply and organization of social welfare services in the United States*. New York: Russell Sage Foundation, 1958.
141. WILENSKY, H. L. The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70: 137-58, 1964.
142. WOODFORDE J. *The Strange Story of False Teeth*. Routledge & Kegan Paul, 1968.
143. WEBSTER'S ENCYCLOPEDIA UNABRIDGED DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE. New York: Portland House, 1989.