

O conhecimento pelas mãos

Carlos Botazzo*

* Doutor, Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP)

Recebido em 31/08/2017. Aprovado em 23/10/2017.

RESUMO

Este artigo tem por escopo analisar os principais conteúdos político-pedagógicos do ensino odontológico no Brasil. Foi utilizado o método arqueológico foucaultiano, com uso de artigos, ensaios, correspondências e diferentes narrativas sobre o tema incluindo excertos de ementas. Não se procedeu a explicações alinhadas num único recorte temporal, apresentando-se de forma diacrônica. Assim, a narrativa textual apresenta rupturas e saltos, embora manifeste sincronia ao longo da explanação permitindo coerência e inteligibilidade ao texto. A profissão odontológica é caracterizada como tecnicista, com forte centramento dentário, enquanto o ensino é visto a partir da ênfase no trabalho de laboratório e no domínio de materiais e técnicas de confecção de próteses. Em vista deste recorte, o artigo se propôs analisar os conteúdos históricos presentes na grade curricular contemporânea da Odontologia. Tais conteúdos expressam o que no século XIX se denominou de “instrução do espírito pelas mãos”. O que significa educação do estudante de Odontologia por meio do exercício de habilidades manuais. Assim, apresenta-se em conjunto o antigo desenho da profissão, com seu limite dento-gengival, e se evidencia que os pilares políticos e as concepções do que seja o trabalho do cirurgião-dentista mantém-se em permanência até os dias de hoje.

Descritores: Ensino Odontológico. Bucalidade. História da Odontologia.

1 INTRODUÇÃO

Querido mestre como vc está? Estou com saudade de vc, das conversas e reflexões, mas cada dia a faculdade suga mais a alma e nossa energia, e vai mutilando os sonhos junto com as bocas que atendemos. Neste último ano de graduação a nossa formação está longe de ser resolutive. Aprendemos a pensar em lucro e produtividade com professores que pouco se importam com a nossa educação e muito menos com a

saúde do paciente. Quanto ao curso, este é o semestre mais puxado que já tive, com clínica todos os dias. Este semestre contraria tudo o que pensamos com relação à produção do cuidado. E infelizmente acabo me "corrompendo", entrando no jogo com o que está instituído na clínica, pois afinal a caneta para notas está na mão do "professor". Este tipo de cuidado traz angústia e sofrimento e está muito longe de ser resolutive. Vou terminar a narrativa com

um caso da urgência. Na urgência, só podemos tratar um único dente, mesmo que tenha outros comprometidos. Tratamos o que o paciente sente mais dor. Paciente chegou com dois molares com lesões pulpares, um com fístula e lesão periapical, e outro com pulpíte. O colega acessou o dente com fístula para drenar e pediu para o paciente vir no dia seguinte para acessar o outro. Eu recebi este caso e o paciente relatou que ninguém prescreveu nenhuma medicação e que ele não tinha dormido de dor a noite toda. Resumindo, foram 4 tubetes de anestésico com vasoconstritor, sem sucesso. O paciente urrava de dor e ainda me questionava que no dia anterior não tinha doído (era polpa morta, não era para doer mesmo). A professora para ajudar me questionou se não foi por erro na técnica anestésica que usei e toda cheia [de] razão também anestesiou com uma articaína. E mandou fechar com uma bolinha de paramono para mortificar a polpa e ele voltar outro dia. É um resumo de um dos muitos exemplos desse semestre.

Um forte abraço. (correspondente 1)

O texto acima me foi enviado por um estudante de Odontologia de universidade brasileira no 1º semestre de 2017. É uma espécie de epígrafe com a qual inicio este artigo. Ele permite diferentes interrogações e nos suscita reflexões acerca do ensino odontológico praticado no Brasil e também sobre as relações entre o paciente e a escola que, de certo modo, deveria ser modelar. Se decomposto e interpretado, o texto pode ser interpretado como narrativa a indicar, tal qual mensagem em garrafa de naufragos, problemas na formação do estudante que necessitam ser considerados.

Permite ainda formular algumas questões.

Que conteúdos práticos orientam a formação do cirurgião-dentista na contemporaneidade? Como funciona o currículo odontológico um século depois da definição das linhas gerais do 1º currículo em 1900? Qual a preocupação com o ensino da clínica e da relação paciente-profissional? Continuará o ensino odontológico centrado na lesão dentária e em técnicas de restauração protética?

Antes, todavia, de buscar responder a tais indagações, importa construir significados e buscar sentidos presentes na narrativa epigrafada. Primeiramente, emerge a ideia de *mutilação* de uma educação idealizada, a *deformação* desse ideal, e não formação, ou formação em direção contrária a certa expectativa prévia: “*cada dia a faculdade suga mais a alma e nossa energia, e vai mutilando os sonhos junto com as bocas que atendemos*”. Admite-se a mutilação do sonho, é verdade, mas admite-se, ainda mais, que no ambulatório-escola bocas também são mutiladas. Alunos e pacientes apareceriam, assim, como vitimados pelo mesmo processo, e justo onde se deveria primar pelo cuidado e pela recuperação da saúde. E, mais, pelo ensino do cuidado e da reabilitação da saúde comprometida.

A segunda ideia que nos prende a atenção vem logo a seguir:

Neste último ano de graduação a nossa formação está longe de ser resolutive. Aprendemos a pensar em lucro e produtividade com professores que pouco se importam com a nossa educação e muito menos com a saúde do paciente.

Depreende-se algumas interpretações do narrado. Preliminarmente se estaria diante de uma formação não resolutive, ou seja, não formativa; ou forma-se, mas não se sabe que formação estaria posta em relevo. Mas não é que não se formaria; provavelmente se estaria diante um tipo de formação não satisfatória ao paciente

e à saúde em geral e, claro, ao estudante.

Imediatamente a continuação da narrativa força o aparecimento de carga semântica de inequívoco conteúdo privatista e mercantil: lucro e produtividade. Estas coisas “mundanas” é que seriam os guias pedagógicos da educação odontológica. Coisas “mundanas”, devemos admitir, que, se expostas publicamente, gerariam desconforto e desconfiança social. Entretanto, estranhamente, no ambiente acadêmico, acabam legitimadas com o véu do conhecimento que tem por base a autoridade do professor.

As categorias seguintes encurtam o caminho que pretendemos trilhar no curso desta investigação.

Este semestre contraria tudo o que pensamos com relação à produção do cuidado [refere-se ao cuidado de tipo mercantil] (...) Na urgência, só podemos tratar um único dente, mesmo que tenha outros comprometidos. Tratamos [aquele] que o paciente “sente” mais dor.

Aqui aparecem algumas suposições passíveis de especulação. O professor pode supor, em sua política particular, que o serviço do ambulatório da escola é de tipo “assistencial” ou “caritativo”, e assim o paciente não teria o direito de se ver aliviado de suas dores todas devendo, antes, contentar-se com a prescrição do mínimo. É de graça, e assim não deve reclamar da escassa oferta. Não é possível garantir que o aluno aprenderá mais observando a prescrição do professor, mas seguramente o paciente saberá mais uma vez qual é o seu lugar naquele arranjo pedagógico. Isto se torna mais claro quando o aluno realça a condição em que o paciente foi lançado, uma condição piorada pela violenta negligência derivada da intervenção: *o paciente relatou que ninguém prescreveu nenhuma medicação e que ele não tinha dormido de dor a noite toda.* Aqui aparece realçado um outro problema da Odontologia desde o berço até o

presente: a inexistência de referências ao *meio interno fisiológico* pela reiteração de que *dentes são exteriores à economia corporal do indivíduo.*

Mas a narrativa termina com soluções de tipo fetichizado. Como o paciente “urra-se de dor”, não é sua condição clínica bucal que desperta interesse ou comiseração – e deveria despertar - mas sim a possibilidade de que o aluno não aplicou o *correto procedimento*, sendo questionado se não teria havido erro na *técnica anestésica* usada. Assim, singelamente, se encerra a narrativa. Provavelmente não foi do mesmo modo que se encerrou a aventura ou desventura do paciente, desde sempre necessitado de cuidados bucais.

Podemos agora refletir um pouco sobre as questões colocadas ao início e desdobrá-las em novas problematizações. Sem dúvida, o ensino da Odontologia teve início em 1880, com a Escola Dentária Livre de Paris, sendo o desenho básico do currículo da profissão definido e aprovado no 3º Congresso da Federação Dentária Internacional, em 1900 em Paris. Quais seriam esses conteúdos? O que separaria o perfil profissional entre o final do século XIX e início do século XX em relação àquele desejado no século XXI? Seria possível conciliar novos conceitos em clínica, derivados da ideia da sua ampliação, com o protagonismo dos sujeitos e Projetos Terapêuticos Singulares, com as concepções biopolíticas da Odontologia novecentista?

Estes são alguns problemas que este artigo se propõe examinar. Sucessivamente serão apresentados os contornos da nova profissão e a política que garantiu sua legitimação e legalidade, e o modo como então se imaginou a produção do dentista* moderno-tardio que a Europa viu nascer - e a reprodução da Odontologia - e que posteriormente se difundiu em boa parte do mundo. Tomar-se-á como referência metódica a matriz discursiva de “O

Nascimento da Clínica” de Michel Foucault (1980), o conceito de clínica ampliada e a singularidade do projeto terapêutico quando o sujeito-paciente é o centro do cuidado.

De certo modo o presente artigo completa uma série de três artigos imaginada muito tempo atrás. Em 1999 foi publicado o primeiro - *A emergência da clínica odontológica*¹ -, e em 2000 saiu o segundo - *Arqueologia de uma formação embriológica*.² Eles inauguraram uma nova publicação, a revista *Odontologia e Sociedade*. No 1º artigo já se indicava a intenção de publicar a série completa. Isto não ocorreu, dando razão ao editor, prof. José Leopoldo Ferreira Antunes, na desconfiança que nutria com relação à *promessa* de trilogias. É propósito deste artigo, passados 17 anos, concluir a série pondo em discussão, na perspectiva da arqueologia foucaultiana, o modo de formação de cirurgiões-dentistas ou o projeto pedagógico que a odontologia formulou para si, na perspectiva de garantir sua reprodução como específica prática social. O tema será abordado na perspectiva da investigação arqueológica de Michel Foucault³⁻⁵.

A arqueologia foucaultiana toma todos os eventos relacionados ao objeto como significantes, sejam os discursos científicos ou não científicos, ensaios, correspondências, relatos, enfim, todas as narrativas que direta ou indiretamente aparecem como articuladas àquilo que se quer fazer emergir³. É, deste modo, um *lugar epistêmico*

“(…) onde os conhecimentos, encarados fora de qualquer critério referente a seu valor racional ou a suas formas objetivas, enraízam sua positividade e manifestam assim uma história que não é a de sua perfeição crescente, mas, antes,

*a de suas condições de possibilidade [...]”*³.

Ou, mais precisamente, arqueologia vem a ser “a disciplina das linguagens flutuantes, das obras informes, dos temas não ligados (...)”³.

2 OS LIMITES DENTO-GENGIVAIS

Se fosse perguntado no século XIX o que é um dentista ou qual o trabalho que ele exerce a resposta seria pronta: dentista é todo aquele que “cuida, limpa, lima, obtura, arranca e repõe dentes”⁶. Tal descrição corresponde ainda na contemporaneidade à imagem social do dentista, de certa forma o imaginário da profissão. Charles Godon, o criador da Escola Dentária Livre de Paris e fundador da Federação Dentária Internacional, manteve nesta discussão de 1901 a posição dos médicos e dentistas que iniciaram, por volta de 1880, a formulação das primeiras narrativas de uma profissão até então inexistente. Tais narrativas convergiam quanto a limitar o alcance da prática aos dentes humanos e suas lesões, e no adestramento técnico e manual para o exercício da profissão. Irei adiante aprofundar alguns desses aspectos.

A narrativa do estudante epigrafada na abertura desta reflexão, entretanto, contém a evidência de que a prática odontológica se exerce ainda hoje como clínica de lesões. Do mesmo modo, o foco da atenção pedagógica acha-se colocado no *elemento dentário* e não no paciente. Tal postura acarretará consequências importantes e desdobramentos futuros relevantes. Como ação pedagógica, manter o foco no dente e não no paciente pode ser considerado central no *processo de dentarização do estudante*, conceito que desenvolvi em outro estudo⁷. Sucintamente, *dentarização* ou *odontologização* é o processo

* A expressão cirurgião-dentista é contemporânea, passando a ser utilizada com mais frequência a partir de meado do século XX. Este estudo tomou como referência denominações do século XIX, quando sabidamente empregava-se o termo “dentista”, e não “cirurgião-dentista. Do mesmo modo, encontramos *dentist* (em inglês) e *dentiste* (em francês). No Brasil a expressão cirurgião-dentista tomou-se denominação oficial apenas em abril de 1964.

mediante o qual são instaladas categorias mentais e afetivas na estrutura de cognição do estudante pela reiteração do pequeno e da minúcia, referidos e circunstanciados desde os primeiros semestres letivos ao espaço da dentadura humana, considerada não como conjunto estomatognático fisiologicamente sinérgico, mas em dentes ou grupos de dentes tomados isoladamente. Mais especificamente, foco em um dente humano, apropriadamente denominado *elemento dentário*, que vem a ser um sucedâneo de indivíduo, o indivíduo biológico da Odontologia. Assim, aprende-se a escovação científica de dentes, aprende-se a esculpir dentes. Há uma disciplina que tratará exclusivamente desta matéria – a escultura dentária. Durante meses os alunos deambulam pelos corredores com seus blocos de cera e espátulas para escultura, são ensinadas as linhas básicas de desenho marcado na cera e são praticados os contornos dos principais grupos dentários humanos. Esculpem-se dentes de tamanhos variados. Aprende-se em minúcia a existência de sulcos e fósulas, de cúspides e tubérculos. Tais acidentes anatômicos são denominados e, existindo na linguagem, passam a ter existência concreta. Eles se realizam pelas mãos e emergem com sua cerúlea realidade na mão do estudante. São, assim, como totens já agora a significar a futura profissão.

Usando o descritor “escultura dental”, consulta aleatória em plataformas tipo “Google” permitem acesso aos conteúdos de disciplinas de morfologia e escultura dental. Numa delas aparece a seguinte ementa:

[a disciplina] *“fundamenta suas atividades na reprodução fiel da morfologia coronária dos dentes permanentes em tamanho natural através do desenho e da escultura em blocos de cera branca ou marfim (...) é no laboratório de Escultura Dental que o*

aluno tem seu primeiro contato com a Odontologia e, por isso, adquire conhecimentos essencialmente técnicos e específicos como as diversas formas de classificação dentária, [a] empunhar corretamente instrumentos odontológicos, ergonomia, noções de oclusão dentária e a complexa nomenclatura inerente a diversas outras disciplinas pré-clínicas e clínicas que virão a seguir”⁸.

Busquemos interpretar alguns enunciados contidos neste trecho da ementa. Por se tratar de “reprodução fiel da morfologia coronária”, não se espere haver espaço para aprendizagem criativa, antes será a da repetição. Todavia, é claro o objetivo embarcado em tal dispositivo didático-pedagógico: “adquirir conhecimentos técnicos e específicos como as formas da classificação dentária” e a “empunhar corretamente instrumentos odontológicos”. Isto em “essência”, ou uma “essência classificatória”. Ou seja, há uma essencialidade na técnica, que vem a ser o conhecimento dela, mas também essencialidade no conhecimento dado pela correta empunhadura de instrumentos. A escultura em cera ou marfim de um dente em tamanho natural, caracterizado pela “fiel reprodução da morfologia coronária”, tem o atributo qualitativo de ativar os circuitos neuronais do estudante e permitir-lhe não apenas classificar [que vem a ser uma forma de conhecer], mas de já conhecer outras disciplinas mais ou menos conexas àquele trabalho vivo de reprodução. Ergonomia e oclusão dentária imiscuem-se no processo, e ainda “as diversas disciplinas que virão a seguir”. Em se tratando de *reproduzir fielmente um dente em cera ou marfim*, podemos supor, com folga, que se tratam de disciplinas dentárias.

De fato, o currículo odontológico contemporâneo abarca formidável conjunto de

disciplinas dentárias. Elas vêm a compor mais da metade da carga horária total dos cursos se consideramos, além da morfologia e do ensino da prótese, a histologia dos tecidos dentários, os materiais dentários, a operatória, a endodontia, a cariologia e a periodontia. Ao longo da graduação o estudante será guiado por uma estranha cartografia que o manterá no dente, dentro do dente e em torno do dente. Tais arranjos acham-se bem descritos no *Da arte dentária*⁵, particularmente no capítulo 3 - *A antiguidade da Arte Dentária* - e no capítulo 4 - *Medicina e Cirurgia: a dentisteria operatória no século XVIII*.

Dado o dente, eis posta em cena sua doença, a cárie dentária, já antes denominada de patologia-mãe, uma espécie de fetiche a ocluir o horizonte semiológico do dentista e a impedir que doenças bucais sejam vistas^{9,7,10,11}. Até mesmo os conteúdos disciplinares da saúde coletiva mantêm parte do antigo arcabouço teórico-prático da Odontologia Sanitária e vão incidir fortemente sobre epidemiologia da cárie e da doença periodontal, e a promoção da saúde bucal não raro é denominação atualizada para atividades de treinamento do aluno com palestras de ensino da escovação para crianças e gestantes. Sequer escapa a este tropismo a produção intelectual dos epidemiologistas bucais, cujos artigos - naturalmente sobre cárie dentária -, sistematicamente classificam o componente “P” do CPOD como “dente perdido por cárie”. Previsivelmente dentes podem ser “perdidos” por numerosas causas ou razões, incluindo o comportamento iatrogênico da profissão, mas este é tipicamente um caso onde o costume é mais forte do que a curiosidade. E assim caminham juntos o dente e sua doença, numa inextricável coalizão construída e mantida ao longo da história.

Pode-se argumentar que um curso que tem como escopo *conhecer* ou *falar* de dentes –

odontólogos – não poderia apresentar perspectiva diversa. Entretanto, seria trabalhoso, mas não impossível, demonstrar o que haveria de equivocado neste raciocínio.

É que, de insistir no *elemento dental* – e desde os primórdios da sua representação em cera – perde-se a ideia de indivíduo biológico que é o homem a quem o dente pertence. Já se disse na filosofia clássica que o todo tem precedência sobre a parte e que esta só significa por referência à totalidade. A Odontologia é a prova viva de que quando a parte é recuperada em separado da totalidade, o que se reconstrói é um simulacro. De fato, é impossível na teoria odontológica recuperar o homem por inteiro e, menos ainda, a sociedade. Porque não é o homem o indivíduo e o sujeito da prática odontológica, mas sim o dente. Sendo o elemento dentário o indivíduo da Odontologia, ela necessitou reduplicar nele não apenas os sistemas do corpo humano, ao qual não se viu em pertencimento, mas igualmente duplicou as áreas do conhecimento com as quais obrigatoriamente teve de relacionar. É o caso da Bioquímica Oral, da Patologia Oral, da Microbiologia Oral, etc. Chega-se, nos dias de hoje, a falar em saúde e Odontologia, a conjunção indicando a radicalidade da sua separação do sistema geral da saúde.

São estes os mecanismos que garantem a formação da identidade do cirurgião-dentista, uma técnica, uma odonto-técnica exclusiva. Se uma disciplina como a morfologia dos dentes expressa o vigoroso caminho do pensamento pelo adestramento da mão, como vimos, anteriormente, esta preocupação já foi vestibular, isto é, ainda do lado de fora da escola. Em algum momento foi instituída prova de habilidades em caráter eliminatório a quem desejasse graduar-se em Odontologia. Com uso de bloco de cera e espátula Le Cron (que deveria trazer consigo), o candidato demonstrava se tinha ou não habilidade manual suficiente executando na cera

uma figura geométrica tridimensional, previamente desenhada. A questão aparecia justificada no caderno que questões do seguinte modo:

*O órgão dental é considerado parte integrante de um complexo sistema mastigatório, exigindo da profissional habilidade manual, a qual pode ser desenvolvida através de exercícios de repetição, além de noções espaciais básicas*¹².

Percebe-se que o autor do texto deu um salto na narrativa produzindo um efeito linguístico extraordinário, pois justificava a prova de manualidade pelo fato de o órgão dentário ser parte do sistema mastigatório e dando existência a este ou estabelecendo relação de causa e efeito entre complexidade e habilidade manual, esta criando aquela ou com ela tendo relação de dependência. E adiante continuava:

*Essas noções (sic) são importantes, pois quando o cirurgião-dentista necessita confeccionar um preparo cavitário com a finalidade de remover o tecido cariado e devolver através da restauração a estética e a função ao dente do paciente, torna-se necessário que o mesmo tenha noção exata de profundidade, com a finalidade de não remover desnecessariamente tecido dental sadio e/ou não causar iatrogenias*¹².

Ou seja, tal exame visava a reduzir as iatrogenias do futuro pela oportuna e antecipada eliminação do candidato pouco destro ainda na antessala da faculdade. Escassa eloquência para justificar a permanência do arcaico, escassa justificativa em defesa da escultura de um totem, uma espécie de *ex-voto*. A esta série de focalizações dentárias em gabinete ou bancada e em isolamento da realidade circunstante denomina-se de *Odontologia in vitro*¹³.

3 A INSTRUÇÃO DO ESPÍRITO PELAS MÃOS

A escultura é um dispositivo no processo de odontologização do estudante ou, melhor dizendo, é o dispositivo de *produção de sujeitos* e, portanto, de reprodução da odontologia. Do mesmo modo que o médico é antes *normalizado* para depois estabelecer o critério de normalidade ao paciente e, por extensão, à sociedade,¹⁸ aqui também o estudante de Odontologia é *ele normalizado no correr da graduação*, e já desde o início, todavia *segundo uma vertente dentária*.

Por dispositivo podemos entender

*“(...) um conjunto resolutamente heterogêneo comportando discursos, instituições, instalações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, em suma: do dito tanto quanto do não-dito, eis os elementos do dispositivo. O dispositivo, ele mesmo, é a rede que podemos estabelecer entre esses elementos*¹⁴.

É assim que a escultura, e em conjunto as abordagens disciplinares com foco dentário, cercando-se de específicas narrativas dentárias, usualmente circunscritas à superfície da coroa do dente, modela e dá cientificidade aos discursos dentários – uma das funções da disciplina – e estabelece a rede de interesses que vincula escola, profissão e indústria na educação do cirurgião-dentista. Veremos a seguir como, no processo histórico, foi montado o dispositivo pedagógico que garantiu essa reprodução.

A constituição da Odontologia como prática reconhecida e a um só tempo separada das especialidades médicas foi um longo processo que atravessou quase todo o século XIX. Foi um evento europeu e acima de tudo francês, não há dúvida, mas ele forneceu a matriz teórico-política e o suporte de racionalidade que, tendo

propiciado a cisão da boca em duas partes, permitiu a reprodução do modelo em países europeus e já imediatamente na América^{1,2}. Sarah Nettleton chama a atenção para o fato de a história da odontologia frequentemente se apresentar com um “quebra-cabeças sociológico”¹⁵. Proponho a retomada da sua narrativa.

Certa *agiologia* costuma reiterar a origem da Odontologia na prática dos barbeiros e sangradores, em curso desde a Antiguidade, vindo a se constituir cientificamente na modernidade europeia, mais precisamente no século XVIII com o livro de Pierre Fauchard¹⁶. Tal história é ensinada na mesma proporção em que é esquecida e, todavia, permanece o conteúdo ideológico e identitário da mensagem. Ou seja, todos estão *acostumados* com esta versão da história, já um *habitus*, uma coisa familiar no dizer de Pierre Bourdieu¹⁷. Ter *costume* com certos fatos históricos é já meio caminho para evitar a problematização destes mesmos fatos. Talvez tenha sido este o obstáculo enfrentado por Nettleton quando se dispôs a investigar o movimento de separação da boca do corpo.

A versão da história oficial é problemática por alguns motivos. Primeiro, porque constitui a Odontologia como prática científica, no sentido da racionalidade da anatomia patológica e das novas disciplinas biológicas, logo no início do século XVIII quando em realidade tais disciplinas foram constituídas somente no final daquele século e ao longo de todo o século XIX.

Em segundo lugar, apenas marginalmente

a arte de curar foi exercida por barbeiros e sangradores. De fato, bocas e dentes tiveram lugar assegurado nos manuais de Medicina e Cirurgia desde a Antiguidade Clássica, entre gregos e romanos e depois com os árabes, e ainda ao longo de todo o medievo ocidental. A lista de autores e praticantes é longa, mas devemos citar alguns dos mais célebres e conhecidos: Aristóteles, Hipócrates, Celso, Galeno, Avicena, Albucassis, Razes, Urbain Hémar, Ambroise Paré, Pierre Fauchard, John Hunter, Xavier Bichat, Eliezer Parnly, Ph. H. Austen e Ch. Harris, Edouard Andrieu, John Tomes, Émile Magitot... muitos deles anatomistas, todos médicos ou cirurgiões (e um filósofo) e quase todos praticantes da cirurgia e da prótese buco-dentária. Com eles, o século XIX conheceu uma *teoria estomatológica* como parte da teoria geral e integrante do mesmo movimento que então permitia a emergência das especialidades médicas^{1,2,9,18}. Naturalmente, sangradores, barbeiros e mecânicos dentários exerceram suas práticas populares, isto está bem documentado pela literatura, científica ou não, e era frequentemente o modo como a massa proletária urbana e camponesa - pobres em geral - podia contar com algum tipo de auxílio nos casos de necessidade. Mas o que esteve em causa não teve relação com esta realidade: “encontramos nesses livros as doenças da dentição, as fraturas maxilares e as manifestações bucais de afecções gerais como o câncer, a sífilis ou a tuberculose”, além de “considerações sobre a anatomia dos dentes, os fenômenos da dentição, as necroses”, mas com relação à dentisteria* “não se falou dos diferentes procedimentos de ressecção, de obturação, de aurificação e de restauração de

* Dentisteria é palavra dicionarizada. Significa o conjunto das operações sobre os dentes ou parte da cirurgia dentária que concerne aos cuidados aplicados aos dentes; são as “operações que se realizam nos dentes naturais, no vivo, para reparar os estragos causados pela cárie e para prevenir o aparecimento de outras cáries”. Ainda se encontra dentisteria, como sinônimo de arte dentária e como equivalente a *dentistry* (Odontologia em inglês). Genericamente, dentisteria englobava o que hoje seria a dentística operatória e restauradora, a endodontia e a periodontia.

dentes [...] e nelas não figura a prótese dentária propriamente dita”⁶.

Esta posição de Godon não é confirmada pelos fatos, posto que sempre esses manuais continham abundantes descrições de procedimentos, modos de fazer e de trabalhar com materiais, mas não vem a ser relevante no raciocínio aqui posto. O que veio a ser afirmado como posição política do movimento odontológico - e que custou enorme esforço de convencimento – foi que embora estes sujeitos tivessem “falado” sobre dentes e bocas e praticado cirurgias eles não realizavam próteses. Quer dizer, *eles não confeccionavam eles mesmos as dentaduras dos seus clientes*, delegando esta tarefa a auxiliares e *mecânicos*. Algo assemelhado ao que é praticado hoje com a realização do trabalho protético por técnicos e auxiliares de prótese.

Em terceiro lugar, e quase como decorrência natural, o movimento político que materializou a cisão da antiga e histórica arte dentária foi conduzido por ajudantes e mecânicos. Por isso, eles produziram este raciocínio: nós fazemos dentaduras, nós arrancamos dentes, nós fazemos obturações; nossos padrões são cirurgiões ou médicos que se ocupam de coisas maiores, todavia nós temos a habilidade manual requerida para o mister de fazer dentaduras e obturações. Isto é odontologia! Só pode ser chamado dentista aquele que sabe montar uma dentadura!

Como explanado em *Da arte dentária*,

O movimento dessa constituição pode ser claramente apreendido quando se examinam as características que a odontologia então veio a apresentar: caráter privado, simultaneamente tecnicista e odontocêntrico, corporativista e tendendo ao monopólio. Podemos reconhecê-las: pertencem ao nosso mundo, é como a corporação dos

*dentistas se reconhece; num certo sentido, é como são socialmente reconhecidos*⁵.

É ainda Charles Godon que irá retomar a discussão. Ele afirma a especificidade da Odontologia em relação ao conjunto das práticas médicas, e dirá que as intervenções do dentista

“[...] têm quase todas por base a prótese, o que significa a substituição dos dentes ou das partes destruídas [dentística operatória ou prótese propriamente dita], e se a prótese é arte que tem certas relações com a medicina, se é obrigado a reconhecer que tem ainda mais com as *ciências mecânicas*”⁶.

Nos anos 1890, Godon visitou a escola dentária da Filadélfia, dirigida por Edward Kirk, que posteriormente presidiu a FDI. Ele se entusiasmou com a experiência do *manual training schools*, adotada por Kirk, o qual dizia que este método verdadeiramente se constituía na “*instrução do espírito pelas mãos*”, pois segundo esta teoria

“[...] a inteligência do estudante deve ser instruída não apenas pelos ouvidos e os olhos, mas ainda pelo tato. [...] o princípio desta instrução tem por objetivo dar ao aluno não somente o poder de *fabricar coisas materiais, mas, por meio desta fabricação, hábitos de observação minuciosa, de raciocínio lógico e de precisão*”⁶.

Godon deixa claro “que é um mau procedimento, ao se preparar para o exercício da dentisteria”, ter estudos médicos prévios. De fato, ele dirá, “[...] esta especialidade repousa sobretudo, e antes de mais nada, sobre a habilidade manual, a destreza”, qualidade que só se adquire “por longa prática precocemente iniciada, como em todas as profissões em que é necessária”:

“*não é aos 26 ou 27 anos que se a poderá*

*adquirir com facilidade. É preciso, para o dentista, que a educação da mão se faça desde o começo dos seus estudos para que venha a se tornar um bom praticante. Por isso, aqueles que logo cedo começaram seus estudos pela prótese são melhores operadores [...]*⁶.

Para esclarecer este ponto, Charles Godon apresentou um conjunto de atividades que o aluno desenvolvia na Escola Dentária de Paris. Nela “o aluno exercitava-se no trabalho de madeira e metal, nas práticas com motor, torno e forja, na escultura em madeira e modelagem; depois física, química e morfologia dos dentes; construção de placas, coroas, pontes, trabalhos de metalurgia aplicada, fusão dos metais, cerâmica e, dizia ele, “[...] tudo isso, como se vê, um exclusivo ensino metódico e completo da mecânica dentária à qual esta escola é devotada”^{5,6}.

Não há como desvincular tais perspectivas político-pedagógicas com o perfil do cirurgião-dentista do imaginário social e da carga disciplinar de estudos mecânicos ainda presente no currículo contemporâneo. No entanto, veio a merecer reparos, mesmo para o século com acentuado gosto pelo trabalho de ateliê como parte do adestramento da mão. Harris e Austen, fundadores da Escola de Baltimore, pensavam de modo diverso. Eles viam esta pedagogia como tendência utilitarista e especializante das escolas americanas e que devia ser revista. No prefácio da edição francesa do tratado de clínica e cirurgia bucal eles defendiam a necessidade de estudos gerais ampliados e criticavam o adestramento manual precoce. Não que julgassem dispensável ter habilidade e destreza em medicina e cirurgia; seu entendimento, todavia, considerava a necessidade de estudos gerais pois

“[...] as seduções do trabalho manual monopolizam o tempo que se teria dedicado a um trabalho intelectual mais

penoso e mais desagradável. A instrução que começa assim, e não visa senão a fazer mecânicos, é lastimável [...]”,

e juntavam:

“É preciso uma instrução literária e clássica a mais larga desde a infância para neutralizar a influência forçosamente embrutecedora dos estudos profissionais da virilidade; é preciso de qualquer maneira infundir o máximo possível de ciência pura, durante os primeiros anos profissionais, para corrigir a influência do positivismo da prática. Reside nisto o grande erro dos sistemas práticos de instrução na América”¹⁹.

Tamanha eloquência não teve efeito prático. Nas décadas seguintes a discussão quanto ao conteúdo do currículo das escolas dentárias permaneceu em disputa. Foi no 3º Congresso Dentário Internacional, realizado em Paris em 1900, que a disputa pareceu resolver-se com a aprovação das principais ideias de Charles Godon e seu grupo.

Esta reunião de 1900 teve duas consequências importantes. Uma delas foi a manutenção do ensino e prática da mecânica da prótese com centralidade na formação odontológica, consolidando o propósito pedagógico da educação pelas mãos. A segunda consequência foi a criação de uma organização internacional de dentistas. Estes dois movimentos produziram a internacionalização da odontologia, com a fixação da identidade profissional pela *subjetivação do elemento dentário* e pela auto-fabricação de dispositivos protéticos. A prótese bucal, como comentado antes, aparece como o elemento de destaque da profissão, um símbolo de status e prestígio²⁰. Mais que coisa do passado, é reclamada no presente como signo concedido a dignitários. Numa outra correspondência localizamos este

relato:

“A segunda lembrança provém da disciplina de escultura dental, no primeiro ano de graduação. Lembro, como se fosse hoje, uma das primeiras aulas que tivemos em meio a um ciclo de disciplinas básicas, bioquímica, fisiologia, etc.: o professor projetava alguns slides com conteúdo introdutório sobre a matéria, sobre o que representava a prótese para a odontologia, e bem me lembro que, em determinado momento da aula, inseriu imagens de carros velhos caindo aos pedaços, associando-os aos professores das áreas básicas, e em seguida projetou imagens de carros esportivos e de luxo associando aos professores da prótese, fazendo comentários sobre os rumos profissionais a serem tomados e a conseqüente prosperidade que poderia nos aguardar. Isso foi repetido ao longo da aula. Fazia também associações entre a construção de uma casa e a confecção de uma prótese (...).” (Correspondente 2, 2017)

O passado é o velho presentificado em meio a narrativas fantásticas sobre um futuro profissional exitoso de base mercantil. Temos diante de nós uma inversão de valores, pois a prótese, “que devia ser considerada a evidência do fracasso de uma determinada odontologia, é erigida como totem, como elemento propiciador de realização pessoal e profissional que todos devem atingir”²⁰.

Uma pergunta, no entanto, ainda deveria ser feita: haveria perigo na prática do dentista? Em que medida as operações sobre os dentes, respeitados os limites dento-gengivais, não comprometeriam a fisiologia geral do indivíduo? Em conjunto, politicamente foram fixados os limites da intervenção do dentista e a um só

tempo foi garantido - *como exercício de autoridade* - que nunca o trabalho do cirurgião-dentista iria tocar a economia somática.

A discussão que se seguiu tomou linha argumentativa de refinada metafísica. Inicialmente é negado haver patologia nos tecidos dentários, lembrando que era o escopo da prática do dentista realizar operações sobre os dentes. John Tomes, um nome bem conhecido entre os que estudam o esmalte dentário, vai sustentar a inexistência, ou melhor, a impropriedade de haver doença, no sentido da anatomopatologia, no esmalte e no complexo dentina-polpa. Ele dirá, textualmente, que o papel que o esmalte e a dentina jogavam na patologia era bastante restrito, ou, mais exatamente: *a patologia desses tecidos não existe*²¹.

A segunda posição foi definida por Paul Bert. Bert era anestesiólogo, professor e diretor da Faculdade de Medicina de Paris. Foi deputado na Assembleia Nacional e governador da Indochina, além de ministro da Instrução Pública. Altos cargos, portanto, e um nome de relevo. Ele esteve presente como conferencista principal numa das sessões anuais do Círculo dos Dentistas de Paris, entidade que congregava os principais articuladores do projeto de regulamentação separada da Odontologia e com primazia do ensino técnico, sobretudo em relação à definição de uma clínica de doenças da boca e dos dentes como especialidade médica. A posição separada pode ser claramente identificada na seguinte afirmativa:

“[...] as operações que o dentista [prática] sobre a região gengivodentária são, na sua maioria, bastante diferentes das intervenções que são chamadas a fazer o médico ou o cirurgião sobre as outras regiões do corpo”⁶.

No mesmo enunciado definem-se os limites da nova prática e reafirma-se o caráter não

médico da Odontologia nascente. Isto tem a ver com a posição que Paul Bert havia expressado algum tempo antes, na sessão de abertura da reunião anual em 1884.

Bert, que naquela altura era diretor da faculdade de Medicina, se expressa com afirmações destituídas de sentido histórico, como atribuir aos dentistas o “invento” do protóxido de azoto (gás hilariante) e ainda rejubilar-se com a associação dos dentistas por terem eles instituído um *ensino liberal* em oposição à intervenção do Estado na Educação. Resumidamente, Paul Bert legitima, com sua autoridade de cientista e dirigente político, a separação da arte dentária do coletivo de disciplinas médicas. Ele fala de *legalidade dentária* e apresenta a chancela política e estatal, como outorga da Odontologia à Sociedade, tendo por base os seguintes enunciados:

- a) quase não se pode falar em patologias dentárias, antes são lesões;
- b) os dentistas manipulam medicamentos, mesmo perigosos, em doses anódinas;
- c) a atuação do dentista não ultrapassa os limites dento-gengivais;
- d) a economia dentária [o funcionamento dentário] não comunica [interfere] com a economia do corpo [com o funcionamento do corpo];
- e) não há *normalidade dentária*; assim, não há perigo na prática do dentista e, em consequência, não há necessidade de controle público²².

Assim disposto, anos mais tarde Paul Dubois, o verdadeiro articulador político da nova profissão, se expressará em termos contundentes e elaborará a posição *correta*, a *doxa dentária*, esclarecendo que

“[...] *na federação dos nossos órgãos os dentes têm um lugar à parte e não participam senão indiretamente e de longe nas flutuações passageiras do*

estado de saúde e de doença; o particularismo profissional que queremos manter se apoia sobre um particularismo anatômico, fisiológico e patológico (...)”²³

ajuntando, a quem pudesse ainda confundir o trabalho do dentista com o de um inexistente protomédico-dentista, que “a similitude seria verdadeira se o dentista executasse todas as operações necessárias tendo em vista o estado patológico da cavidade bucal e dos maxilares [...]”.

Eis, arqueologicamente espelhado no passado, o desenho contemporâneo da profissão e do ensino odontológicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível pensar que uma clínica assim tão estreitamente definida não consiga dar conta do paciente bucal por inteiro. Que este fato não surpreenda quando se trata do ambiente privado do consultório particular – este lugar onde se processam produções que não alcançam a vida pública²⁴, e onde prevalece a relação privada entre o doente e seu curador – com isto todos podemos concordar. O que acaba acontecendo, no entanto, é que o *cabinet dentaire privé*, modelo de profissão articulada aos princípios liberais do século XIX, não tem serventia quando se trata do oposto, ou seja, de articular no espaço público e em função de políticas públicas o cuidado bucal a populações como direito de cidadania. Isto se consideramos que a produção de dentistas e a reprodução da Odontologia entre nós ainda se processa, claramente, segundo princípios teórico-políticos emanados da *belle époque*.

Parece faltar clínica à clínica odontológica. Notamos bem esta falta no relato epigrafado ao começo. A situação narrada remete para episódios de dor buco-dental, usualmente negligenciados na prática, mesmo quando

aconteça no ambulatório-escola. Neste caso, a negligência é ensinada. Há estudos que apontam para a produção do sofrimento buco-dentário e dimensionam com rigor a extensão do problema²⁵.

Pode ser evidenciado que o foco no *elemento dentário* e não no sujeito-paciente remete ao ponto crucial da questão: a inexistência, para efeitos práticos, de referências ao meio fisiopatológico interno. Se dentes não fazem parte da “federação dos nossos órgãos”, tudo o que se encontra para além do forame apical é desconsiderado em termos de conduta clínica e de terapêutica. Por este motivo, ainda hoje são realizados procedimentos excruciantes sem analgesia e intervenções cirúrgicas prolongadas apenas com uso de anestesia local, sem a sedação do paciente.

Seria assim a Odontologia uma prática onde não há nela patologia, apenas instituições. Isto significa que o modo como veio a se organizar como profissão deu-se com base não em critérios de cientificidade e de recorte regional – aparelhos ou sistemas – mas na profissão, na associação e num *órgão* – o dente – e sua lesão, a carie dentária. Funcionam todos como instituições ou dispositivos. É mesmo o caso da cárie, essa palavra do grego antigo que significa estar podre ou corroído, e que podemos apropriadamente denominar patologia-mãe. Como *matriz*, a cárie indexa o funcionamento do ensino e vê-se na condição de fornecer justificativa científica para a profissão. Sobre isso, Freitas enfaticamente dirá que

*“a odontologia se estabelece como profissão técnica, se firma enquanto prática e não como ciência, e só muito posteriormente se preocupará em tornar-se ‘científica’”*²⁶.

Tudo isso, como já foi dito, *compõe o que folgadoamente denominamos a priori odontológico, com a cárie dentária*

*fantasmicamente recobrando o horizonte clínico do dentista e já não se sabendo, ao se falar de cárie, do que estamos falando, e assim impedindo ou dificultando o profissional de perceber outras doenças buco-dentárias e ver além dos dentes*¹¹.

A priori é categoria que indica um princípio ou conhecimento anterior à experiência, que vem antes ou que não depende da experiência. No caso que estamos examinando, significa que é possível dispensar o conhecimento da situação clínica do paciente por meio da *experiência da consulta*. Tudo é cárie ou foi ou virá a ser cárie.

Algumas poucas coisas mais devem ser juntadas a estes comentários. Primeiramente, gostaria de reiterar a dimensão da Clínica Ampliada e seu possível efeito neste arcabouço teórico-político que acabei de descrever. Isto implica um deslocamento da *ideia de dente* para a de *sujeito-paciente*, este indivíduo biológico e social que custa aparecer para o cirurgião-dentista. Deslocar-se assim deste modo quer dizer incorporar, além do conceito de meio interno, o seu correlato de norma e normalidade, ambos ausentes nas teorias odontológicas. É preciso aqui lembrar uma regra funcional básica:

Do ponto de vista da função bucal – mastigatória, por exemplo - um dente isolado nada significa, pois sem o dente opositor sua estrita função – corte, dilaceração ou trituração - não se cumprirá. Um incisivo só cortará se tiver um incisivo opositor, e de igual modo um molar ou um canino. Mesmo que o sujeito tenha 5, 10 ou 12 dentes em sua boca, se não houver oposição não haverá oclusão e, portanto, nada de função mastigatória. Nesta perspectiva é que o dente [da odontologia] aparece como uma instituição, ele marcaria tempos, ritmos, modos de fazer - certas técnicas -, fixaria

*a identidade profissional e demarcaria o território de uma intervenção*¹¹.

Em segundo lugar, uma aproximação com a clínica é necessária. Um longo excerto é necessário e bem-vindo:

Mas o que significa, exatamente, dizer que não há clínica neste lugar ou que se trata de uma clínica na qual não há patologias, apenas instituições? Prestemos, novamente, atenção, vejamos como isto seria possível. Inicialmente, devemos reconhecer que toda atividade clínica se assenta ou se reparte entre a Anatomia, a Fisiologia e a Patologia. O praticante conhece a estrutura “normal” do corpo humano, seu funcionamento e as alterações a que poderá estar sujeito. São fundamentais três conceitos aliados e simultâneos: o de célula, o de tecido e o de órgão. A moderna descrição do ser vivo se tornará possível com o uso combinado desses três conceitos, que são também os termos que permitirão as descrições das alterações que sofrem, concebidos como processo patológico. Têm no final a propriedade de nos dizer quanto e o quê se afastou da estrutura “normal” e da correlata função “normal”. Função, já sabemos, é algo que não vemos, mas cujos efeitos sentimos. Em resumo, a anatomia patológica nos permitiu compreender como tal sintoma ou sinal particular correspondia a tal ou qual alteração no órgão ou nos órgãos implicados. Este sentido de localização é fundamental para estabelecer os novos (e contemporâneos) sentidos médicos da doença. Junto com a Microbiologia, permitiram outra base epistemológica e outra justificativa técnico-política para sustentar, na sociedade capitalista

*moderna, a modernidade da clínica médica*¹¹.

Clínica médica, clínica de psicologia, clínica de oftalmologia, de traumatologia ou clínica de saúde bucal: o método clínico permite colocar o paciente em cena e por meio das suas histórias patográficas, que são as histórias de vida lá dele, constituir o caso do paciente, e na equipe e com ele construir um projeto terapêutico singular²⁷. Profissionais na saúde pública reclamam por esta possibilidade, estudantes nas escolas reivindicam esta outra pedagogia²⁸.

Desde sua emergência, situa-se uma espécie de *função social* da Odontologia que é a de ensinar às pessoas o cuidado com os dentes. Do mesmo modo que dentes estão separados da boca e esta vem em separado do corpo, esta função higienista dos cuidados dentários não dialoga com as práticas de limpeza adultas e que são estabelecidas socialmente. Igualmente, a ênfase discursiva no consumo de alimentos e produtos com sacarose não dialoga com a dieta de um indivíduo nem com os hoje presentes transtornos alimentares e metabólicos. A isto denominei de infantilização do cuidado bucal, posto que

*O controle das funções bucais, todavia, como aparência, se dá ou se estabelece pela reiteração do discurso sobre a necessidade (infantil) de ensinar aos homens e mulheres as técnicas de limpeza dos dentes e, desde a modernidade, recalcar o desejo (...)*¹¹

Tem resultado ineficaz transferir para o ambiente público o processo de trabalho e todas as concepções desta clínica de lesões próprias do velho *cabinet*. O ambiente público, quer dizer, um sistema nacional de saúde, exige outro conceito e outra prática, outro trabalhador, por consequência.

Recentemente veio à luz documento subscrito por professores e pesquisadores de

Odontologia de vários países. Denominado *La Cascada Declaration*²⁹, é verdadeiramente um *manifesto* contra a Odontologia da qual se acabou aqui de fazer o desenho. Os pontos principais da *Declaration* já antes estiveram presentes em muitos outros ensaios e artigos produzidos no Brasil e outros países da América Latina, mas vale que seja reiterado em extensas referências:

We believe that the dental profession, as presently constituted, is inappropriately educated for dealing adequately with oral health problems faced by the public.

Dentistry should become a specialism of medicine, just as ENT (ear, nose & throat), ophthalmology, dermatology, etc. are specialisms of medicine. As such, oral health physicians would be responsible for providing leadership of the oral health team, in the management of advanced disease and the provision of emergency care, relief and management of pain, infections and sepsis, management of trauma, diagnosis and management of soft-tissue pathologies and, where justifiable from the point of view of the maintenance of health, interventions to re-establish a functional dentition and orofacial reconstruction.

Dentistry is drifting, it seems, away from its task of prevention and control of the progression of disease and of maintaining health. The mouth has become dissociated from the body, just as oral health care has become separated from general medicine.

While there is no doubt that the intention of the profession is to improve health, commonly used treatment regimens for tooth decay (drillings and fillings) and gum diseases (scaling and polishing) do not by themselves arrest or control their progression. Furthermore, filling teeth

*inevitably leads to a cycle of replacements of increasing size, ultimately shortening the life of the dentition*²⁹.

Em outras palavras,

Acreditamos que a profissão odontológica, tal como constituída atualmente, educa de forma inapropriada para lidar de modo adequado com os problemas de saúde bucal enfrentados pelo público. A Odontologia deve se tornar uma especialidade médica, assim como a otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, etc. são especialidades médicas. Como tal, os médicos de saúde bucal deveriam atuar como liderança da equipe de saúde bucal, em atividades de gerenciamento de doenças avançadas e na provisão de cuidados de emergência, alívio e manejo de dor, infecções e sepse, manejo de trauma, diagnóstico e manejo de doenças de tecidos moles e, quando justificáveis do ponto de vista da manutenção da saúde, intervenções para restabelecer uma dentição funcional e reconstrução bucofacial. A Odontologia está à deriva, ao que parece, longe de sua tarefa de prevenção e controle da progressão da doença [cárie] e da manutenção da saúde. A boca tornou-se dissociada do corpo, assim como os cuidados de saúde bucal se separaram da medicina geral. Embora não haja dúvidas de que a intenção da profissão é melhorar a saúde, os regimes de tratamento comumente utilizados para a cárie dentária (perfurações e restaurações) e as doenças das gengivas (raspagem e polimento) não interromperam nem controlam sua progressão. Além disso, a restauração de dentes inevitavelmente leva a um ciclo de substituições de magnitude crescente, em última análise reduzindo a vida da dentição”.

O caderno de provas de edição de 2001 do mesmo exame de habilidades realizado em 2007 apresentava a seguinte redação:

*Na Odontologia moderna o órgão dental não é considerado como um elemento isolado, mas sim como parte integrante de um complexo sistema mastigatório, que exige do profissional não apenas a habilidade manual, que pode ser desenvolvida através de exercícios de repetição (...)*³⁰.

Eis presentificado e gozando de boa saúde, vivificado e atuante no século XXI, o mitológico *dente normal* do século XIX³¹!

Algumas conclusões parciais e provisórias

Neste artigo foram analisados os principais conteúdos conceituais ou político-pedagógicos do ensino odontológico. Foi utilizado o método arqueológico foucaultiano, tendo por base artigos, ensaios, correspondências e diferentes narrativas sobre o tema, incluindo excertos de ementas.

As explicações não foram alinhadas num único recorte temporal; ao contrário, apresentaram-se de forma diacrônica. Deste modo, a narrativa textual eventualmente apresentou rupturas e saltos, porém sempre manifestando sincronia ao longo da explicação tendo permitido coerência e inteligibilidade ao texto.

A profissão odontológica foi caracterizada como tecnicista, com forte centramento dentário, enquanto o ensino foi visto a partir da ênfase no trabalho de laboratório e no domínio de materiais e técnicas de confecção de próteses.

Em vista deste recorte, foram analisados, com recurso ao método, os conteúdos históricos presentes na grade curricular contemporânea da Odontologia. Foi possível evidenciar que tais conteúdos expressaram o que no século XIX foi denominado de “instrução do espírito pelas mãos”.

Isto veio a significar modelo de ensino específico no qual a educação do estudante de odontologia se dava por meio do exercício de

habilidades manuais. Da mesma maneira, foram apresentados em conjunto o antigo desenho da profissão, com seu limite dento-gengival, e se evidenciou que os pilares políticos e as concepções do que seja o trabalho do dentista mantiveram-se em permanência até os dias de hoje, conformando o chamado currículo oculto.

ABSTRACT

The knowledge through hands

This article aims to analyze the main political-pedagogical contents of dental education in Brazil. The foucaultian archaeological method was used through articles, essays, correspondences and different narratives on the subject including excerpts of curricula. There were no explanations aligned in a single time cut, presenting in a diachronic way. Thus, the textual narrative presents ruptures and jumps, although it shows synchrony throughout the explanation allowing coherence and intelligibility to the text. The dental profession is characterized as a technician with strong dental centering, while teaching is seen from the emphasis on laboratory work and the field of materials and techniques for making prostheses. Given this cut, the article set out to analyze the historical contents present in the contemporary curriculum of dentistry. Such contents express what in the nineteenth century was called "instruction of the spirit by the hands", which means education of the dental student through the exercise of manual skills. Thus, the old design of the profession, with its dento-gingival limit, is presented together, and it is evident that the political pillars and conceptions of what the dentist's work is kept to this day and age.

Descriptors: Dental Education. Buccality. Dentistry History.

REFERÊNCIAS

1. Botazzo C. A emergência da clínica

- odontológica. Rev Odontol Sociedade. 1999;1(1):5-13.
2. Botazzo C. Arqueologia de uma formação embriológica. Rev Odontol Sociedade. 2000;2(1): 93-102.
 3. Foucault M. La arqueología del saber. 11 ed. México (DF): Sigloveintiuno Editores; 1985.
 4. Foucault M. As palavras e as coisas. Uma arqueologia das ciências humanas. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1990.
 5. Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.
 6. Godon C. L'École Dentaire. Son histoire, son action, son avenir. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils; 1901.
 7. Botazzo C. Bucalidade. Pro-odonto Prevenção. Associação Brasileira de Odontologia. 2013, p. 9-55,
 8. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Odontologia. Disciplina de Morfologia e Escultura Dental - ODT 232. [Acesso em 17 ago. 2017]. Disponível em <http://www.odontologia.ufrj.br/new2/index.php/conselho-departamental/calendario-2/13-servicos/230-morfologia-e-escultura-dental-odt-232>.
 9. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciênc Saúde Colet. 206;11(1):7-17.
 10. Figueiredo GO, Brito DTS, Botazzo C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(3):753-63.
 11. Botazzo C. A cárie dentária como fetiche. In: Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 327-352.
 12. Unicamp. Comissão Permanente para os vestibulares (Comvest). Provas específicas, 2007. [Acesso em 19 ago. 2017]. Disponível em: http://www.comvest.unicamp.br/vest_antiores/2007/download/comentadas/odontologia.pdf.
 13. Fonsêca GS. Formação pela experiência: revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia in vitro. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
 14. Foucault M. Le jeu de Michel Foucault. Entretien. Dits et écrits. 1954-1988. III, 1976-79. Paris: Éditions Gallimard, 1994.
 15. Nettleton S. Protecting a vulnerable margin: towards to an analysis of how the mouth came be separated from the body. Sociol Health Ill. 1988;10(2):156-69.
 16. Fauchard P. Le chirurgien-dentiste où traité de dents. 2ème édition. Paris: Jean Mariette; 1746.
 17. Bourdieu P. Esquisse d'une théorie de la pratique: Précédé de trois études d'ethnologie kabyle. Genève-Paris: Librairie Droz; 1972.
 18. Foucault M. O nascimento da clínica. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1980.
 19. Harris CA, Austen PhH. Traité théorique et pratique de l'art du dentiste Traduit de l'anglais sur la dixième édition annoté et considérablement augmenté par le Dr E. Andrieu. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils; 1874.
 20. Botazzo C. Grupos e coletivos em conflito. In: Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 127-160.
 21. Aguilhon E. De quelques travaux récents en odontologie. Progrès Dent. 1878;5:332-45.
 22. Bert P. Discours. Compte rendu de la Cinquième Séance Annuelle d'Inauguration. L'Odontologie. 1884;4:344-51.
 23. Dubois P. Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des Députés. Rapport. L'Odontologie. 1890; 10:78-88, 97-127, 201-19, 259-74, 313-19, 361-64.
 24. Arendt H. A condição humana. 12 ed. Rio de

- Janeiro: Forense Universitária, 2014.
25. Goes PSA, Sheiham A, Watt RG, Hardy R. The prevalence and severity of dental pain in Brazilian 14-15 years old schoolchildren. *Comm Dental Health*. 2007; 24:217-224.
 26. Freitas SFT. História Social da cárie dentária. Bauru (SP): Edusc, 2001.
 27. Kovalski DF, Freitas SFT, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(1):97-103.
 28. Santos BRM, Clara AS, Fonseca GS, Pires FS, Souza CR, Botazzo C. Formação e clínica ampliada de saúde bucal: por uma discussão dos currículos de graduação. *Rev ABENO*. 2017, no prelo.
 29. Cohen L, Dahlen G, Escobar A, Fejerskov O, Johnson NW, Manji F. Dentistry in crisis: time to change. *La Cascada Declaration*. *Aust Dent J*. 2017;62(3):258-60.
 30. Unicamp. Comissão Permanente para os vestibulares (Comvest). Provas específicas, 2001. [Acesso em 19 ago. 2017]. Disponível em: http://www.comvest.unicamp.br/vest_anteriores/2001/download/comentadas/Od_onto.pdf
 31. Cercle des Dentistes. Troisième banquet annuel du Cercle des Dentistes de Paris. *Le Progrès Dent*. 1882;9:160.

Correspondência para:
Carlos Botazzo
e-mail: botazzo@usp.br
Av. Doutor Arnaldo, 715
01246-904, São Paulo/SP