



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Dalcanale Tesser, Charles; Pezzato, Luciane Maria; Nunes da Silva, Eduardo
Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 1349-1361
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263648019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações

Social medicalization and dentistry: possible approaches

Charles Dalcanale Tesser

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: charles.tesser@ufsc.br

Luciane Maria Pezzato

Universidade Federal de São Paulo. Instituto Saúde e Sociedade. Santos, SP, Brasil.
E-mail: lupezzato@yahoo.com.br

Eduardo Nunes da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Centro de Saúde Morro das Pedras. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: eduxaxim@yahoo.com.br

Resumo

A medicalização social transforma experiências e características pessoais em objetos de trabalho dos profissionais de saúde, gerando dependência progressiva de saberes/práticas profissionalizados. Apresenta-se um ensaio propondo uma aproximação do tema da medicalização social com o campo da odontologia, com ênfase nas práticas profissionais, contextualizado na contemporaneidade brasileira, no mercado privado e no Sistema Único de Saúde. Apontam-se pontos importantes para a formação e a pesquisa, dado ser este um tema de alta relevância e grande atravessamento com os saberes e práticas profissionais. Tópicos como: mercantilização das práticas, expansão das especialidades odontológicas e estéticas em odontologia, pouca exploração do campo de cuidado (e do potencial dos profissionais auxiliares), “motores” do processo (reducionismo biológico, poder da mídia e da propaganda, manipulação da legitimidade científica, abusos preventistas e de sobretratamento), incipiente exploração das terapias complementares, dentre outros, são sinteticamente abordados, oferecendo uma aproximação crítica geral e algumas possibilidades de análise e desenvolvimento investigativo, conceitual e empírico do tema.

Palavras-chave: Medicalização; Odontologia; Saúde Bucal; Saúde Coletiva.

Correspondência

Charles Dalcanale Tesser
Rua Douglas Seabra Levier, 228, casa 6, Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. CEP 88040-410.

Abstract

Social medicalization transforms personal traits and experiences into work objects for health professionals, generating a progressive dependence on professional knowledge and practice. The present essay aims to discuss this topic in the field of dentistry and oral health, with emphasis on the present professional practice in Brazil, both in the private and in the Brazilian National Health System (SUS). We point out problems that are crucial to education and research, since this is a topic of great relevance and reach in professional practice and debate. Issues such as commercialization of practices, growing of dentistry specialties and of aesthetic dentistry, scarce research on care (and on the potential of technicians); “engines” of this process (biological reductionism, the power of media and marketing, manipulation of scientific legitimacy, abuse of prevention practices and overtreatment); and incipient exploration of supplemental treatment, are discussed. This exposition offers a brief general analytical approach, and some analysis and investigative development possibilities of the subject, both conceptual and empirical.

Keywords: Medicalization; Oral Health; Dentistry; Public Health.

Introdução

A medicalização social é um fenômeno complexo associado à transformação progressiva de experiências, características, dores e sofrimentos em problemas médicos ou do âmbito de outros profissionais de saúde (Illich, 1981; Conrad, 2007; Camargo Jr., 2010). Sob muitos aspectos, ela é um problema no mundo contemporâneo, pois gera demanda crescente e potencialmente infinita por serviços, produtos e procedimentos em saúde. Isso dificulta a provisão de cuidado a quem precisa, em termos de custos, organização e sustentabilidade de sistemas de saúde de abrangência universal, equitativos e que tenham relação custo-efetividade satisfatória (Tesser, 2010). Os desdobramentos da medicalização social podem ser pensados e relacionados à área da odontologia, estendendo-se para a saúde bucal.

Mesmo considerando que os processos de medicalização sejam poderosos, macrosociais e culturais, e que transcendam o exercício dos profissionais de saúde e dos cirurgiões dentistas, eles impõem desafios e geram problemas que atravessam a organização e o cotidiano dos serviços e das práticas profissionais. Assim, tanto os profissionais quanto os formuladores de políticas e gestores dos serviços devem considerá-los, sob pena de reforçarem a medicalização gerando consequências indesejáveis. Cabe à academia e especialmente à Saúde Coletiva analisá-los e contribuir para seu manejo.

O objetivo deste ensaio é oferecer uma aproximação do tema da medicalização social com o campo da odontologia, com ênfase nas práticas profissionais, contextualizando-o na contemporaneidade brasileira, no mercado privado e no Sistema Único de Saúde (SUS), relacionando-o a estudos já realizados sobre a biomedicina e apontando pontos importantes para a formação e a pesquisa.

Sobre a medicalização

Inicialmente a discussão sobre medicalização centrava-se na categoria médica. O grande prestígio social da biomedicina e a grande influência desse saber-prática tornaram-no referência na constituição das demais profissões da saúde. Na atualidade, em que pese o poder social da corporação médica, a medicalização é um processo que envolve todas

as profissões da saúde, as ocupações e mesmo os saberes-práticas autônomos (Tesser, 2010).

Para Illich (1981), a industrialização e a institucionalização da biomedicina tiveram entre suas consequências formas difusas de iatrogenia, que o autor chamou de iatrogenia social e cultural – para além da iatrogenia clínica –, que solapam parte dos resultados benéficos dos avanços técnico-científicos. Trata-se de um efeito social e cultural sombrio em que as pessoas passam a se ver como consumidores de produtos e serviços para qualquer incômodo, com mudanças culturais no sentido do empobrecimento da capacidade difusa das populações de administração autônoma de grande parte das situações de sofrimento e dor comuns. A medicalização foi vista pelo autor como um efeito iatrogênico cultural da industrialização da medicina e de sua expansão, centrada no consumo de tecnologias e serviços profissionalmente manejados. A mídia e as indústrias farmacêutica e de equipamentos relacionados, por seu interesse comercial, multiplicam as promessas de controle, cura e prevenção de quaisquer incômodos, atrelando-os ao consumo de drogas e procedimentos (Camargo Jr., 2010; Angel, 2007).

Destacando a relação da medicalização com as práticas profissionais em saúde, podemos sintetizá-la ao redor de dois significados: a) incorporação progressiva e acrítica de aspectos e eventos da vida ao rol dos problemas profissionais; b) geração de dependência progressiva das populações em relação a serviços, produtos ou saberes profissionalizados (Camargo Jr., 2007). Esse processo é facilitado pelo “infinitismo” técnico-científico da modernidade. Para Hösle apud Müller (1996, p. 39-40), se a técnica acelera e intensifica a satisfação de necessidades, ela gera outras, criando metanecessidades a serem satisfeitas exclusivamente por uma mediação técnica cada vez mais complexa e custosa, na dependência crescente de aparelhos, e assim ao infinito. No caso da saúde, a legitimidade da ciência e dos profissionais e o respectivo compromisso epistemológico e ético daquela e destes lhes emprestam uma aura de ser independente de interesses mercantis. Ao mesmo tempo, a proliferação de técnicas especializadas (e áreas profissionais correlatas), vinculadas a – ou “reguladas” por – interesses de mercado, vai construindo e proliferando objetos de trabalho restritos

e práticas reduzidas, atrativas para os profissionais (lucrativas), em grande medida desconectadas dos problemas de saúde mais relevantes.

O segundo significado (geração de dependência) recentemente tem se destacado. O reconhecimento da necessidade de maior participação e responsabilização das pessoas nos seus cuidados, intensificado com o envelhecimento populacional e a proeminência das doenças crônicas e associado à ênfase individualista da prevenção/promoção da saúde, gera uma pressão por comportamentos preventivos/saudáveis que mimetiza a dependência e induz uma responsabilização excessiva e culpabilizante dos indivíduos. Muitas vezes os saberes e os recursos que viabilizam comportamentos preventivos/saudáveis estão fora da possibilidade de acesso e execução para grande parte das populações, devido a fortes determinações sociais dos modos de vida, cuja influência no Brasil é coercitiva e impõe limitações rígidas sobre os estilos de vida possíveis aos sujeitos. Emerge aí, também, uma obsessão por saúde, e, além disso, por beleza, perfeição e juventude, associadas ao corpo, que Nogueira (2003) chamou de “higiomania moderna”.

Nesse processo geral de medicalização ocorrem fenômenos inter-relacionados: cresce a insegurança e o medo; decrescem a autoconfiança, a autoestima e a competência sentida para manejo autônomo de experiências, conflitos, sofrimentos e dores antes administrados pelas pessoas nas suas redes de relações familiares e comunitárias.

Odontologia, saúde bucal e medicalização

A odontologia emerge no século XIX nos EUA, onde as instituições e regulamentações não estavam formalizadas, porém, não mais como práticas dentárias, mas sim como especialidade dos cirurgiões-dentistas, e segue “[...] um caminho próprio, em separado da Medicina” (Novaes, 1998, p. 148). Segundo o autor, este caminho mais tarde irá conformar uma nova profissão, “a de dentista”.

Nem todos os países adotaram um modelo de profissão independente da medicina. Todavia, em todas as situações vividas pela profissão, de independência ou de subordinação à profissão médica, é

preciso destacar que a odontologia desenvolveu um sistema formal de conhecimento, com base científica fundamentada no modelo biomédico, ainda que o foco da sua atenção tenha permanecido centrado na atividade “mecânica” ou protética (Carvalho, 2006).

Para Novaes (1998), o desfecho da “profissionalização” da odontologia desvinculado da medicina, “como saber mãe”, acompanhando o modelo de produção capitalista, faz parte de um movimento histórico que trará implicações às suas práticas técnicas e tecnológicas.

Botazzo (2000), apoiando-se nos estudos de Foucault e visando entender a separação das práticas odontológicas das práticas médicas, afirma que há uma espécie de acordo que permitiu o estabelecimento da profissão, delimitando, literalmente, uma área de atuação para o dentista. Desde então, observa o autor, essa prática profissional centrou-se em dentes e em procedimentos, numa “odontotécnica exclusiva”, com naturalização da perda dentária em favor da prótese, da negação da estomatologia e da afirmação da dentística operatória, do protesismo, do olhar para o dente e não para a boca.

Com isso, a boca humana “[...] acabou sendo um território deslocado de sua existência objetiva, criando uma noção histórica de boca desvinculada [...]” (Warmling, 2013, p. 20). Segundo o autor, foi esse processo que levou Botazzo (2000) a desenvolver o conceito de bucalidade. Tal território, a boca, poderia ser uma espécie de observatório do mundo, e a bucalidade constitui-se dos sentidos em que se realiza a manducação (o consumo que a boca realiza), a linguagem e o erotismo, sendo que “[...] esses três trabalhos são na realidade três dimensões da vida do homem em sociedade” (Botazzo, 2006, p. 14).

Porém, essa discussão sobre a bucalidade está desvinculada do referencial teórico-técnico que compõe a odontologia. Em sua construção histórica, a especialidade limita-se ao conjunto de conhecimentos e procedimentos clínico-cirúrgicos direcionados às estruturas da cavidade bucal, tornando, assim, praticamente impossível recuperar o homem por inteiro, pois “[...] tendo por base o órgão dentário isolado, nele encontra espaço suficiente para sustentar sua etiopatogenia restrita e, a partir dela, suas noções sobre o homem em sociedade, seus modos de ser, seus conflitos, sua relação com o próprio corpo

(e a própria boca)” (Botazzo, 2006, p. 15). Portanto, odontologia e saúde bucal possuem diferentes concepções. A saúde bucal extrapola os limites do “odontocentrismo”, traz a dimensão da saúde para o campo do “bucal”, dimensão esta que incorpora determinantes “não odontológicos”, assim como o sujeito e seu adoecimento (Botazzo, 2013).

A própria diferenciação da odontologia como uma área específica dentro da constelação de saberes e práticas associados à saúde pode ser entendida, com efeito, como uma manifestação de medicalização, considerando o especialismo técnico característica da modernização do mundo. Associado a isso, na odontologia “[...] os equipamentos de alta sofisticação, com lócus urbanocêntrico, exclusão de práticas alternativas e essencialmente tratamentos curativos [...]”, tornaram-se sinônimo de padrão de boa qualidade (Emmerich; Castiel, 2009, p. 97).

Segundo Emmerich e Castiel, o objeto odontológico foi se modificando, acompanhando os movimentos das sociedades em cada época histórica, e estamos diante da era do

[...] “narcisismo odontológico” e seus novos significados internalizados, a odontologia dos desejos e das vaidades [...]. Desse modo, a práxis odontológica, como nova mercadoria, inseriu-se na era do capitalismo consumista em que se procuram a novidade, o moderno, o que nunca se teve, e, assim, o desejo de ter revela-se permanente desespero, pois aquilo que é novo está sempre se transformando (Emmerich 2009, p. 99).

O que nos remete à Idade Média, quando serviços estéticos eram oferecidos concomitantemente aos trabalhos terapêuticos dos barbeiros-cirurgiões. Essa colocação parece provocadora, mas como afirmam Emmerich e Castiel (2009), o objeto odontológico vem sendo transformado continuamente em mercadoria. Os apelos da mídia e dos congressos odontológicos, nas últimas décadas, são *marketing* poderoso visando o lucro e centrando-se no componente médico-odontológico-industrial formado pelas megaindústrias, que, em parte, fazem propaganda enganosa, com resultados duvidosos, invadindo todos os espaços odontológicos, seduzindo os futuros profissionais e entrando pela janela das universidades.

Nos séculos passados, aqueles que tratavam das mazelas da boca ou, mais especificamente, dos dentes, tinham entre seus afazeres muito mais do que só os dentes (mormente para extraí-los) e seus males. Estavam em sua alçada, também, os cuidados com os cabelos e barbas, fazer sangrias, aplicar emplastos etc. Parece certo que houve uma separação entre a barbearia e os consultórios médicos, ficando os dentistas, aparentemente, bem mais próximos dos médicos, se considerarmos uma distância entre esses polos. Alguns resquícios da antiga simbiose barbeiro/tiradentes permanecem, ou permaneciam, vista a progressiva extinção da figura do barbeiro: o avental branco, a importância do espelho, a necessária habilidade manual.

Todavia, algumas situações atuais aproximam bastante as clínicas odontológicas de lugares que são, em certo sentido, sucessores das barbearias: as clínicas de estética. Nesse território parece haver uma medicalização recente e progressiva, viabilizada pela hipervalorização atual da beleza estética e pelo grande desenvolvimento tecnológico a ela relacionado. Ironicamente, já que a um preço e com um *status* incomparáveis, tal aproximação resgata o parentesco da odontologia com a barbearia: a incorporação da beleza ao campo de atuação odontológico e seu avassalador desenvolvimento.

Isso sugere haver motivações econômicas no crescente interesse médico pela beleza. A sofisticação da “arte dentária” dos dentistas aproxima os seus praticantes da posição social de curadores, mas alguns de seus objetivos estão associados à procura pela beleza e suas armadilhas subjetivas, o que pode, em alguns casos, não corresponder apenas à indicação técnica, e sim ao desejo do “consumidor-paciente”, protagonista e indutor de transformações do objeto odontológico (Emmerich; Castiel, 2009). Conforme questionou Weber (2011, p. 303), em seu texto sobre estética e bioética: “Qual o limite entre a saúde e doença na busca por uma perfeição muitas vezes inatingível?”.

Poder-se-ia argumentar que tratar “problemas de beleza” também é cuidar da saúde, ampliando a concepção ou propondo um conceito positivo de saúde. Contudo, isso parece carregado de superficialidade, oportunismo e /ou simples interesse corporativo. Ocorre na sociedade e na odontologia

a expansão abusiva de um conceito de saúde positivo, criticada por Camargo Jr. (2007) por induzir uma hipermedicalização ilimitada que tende a tecnificar e profissionalizar quaisquer aspectos da vida (no caso, a beleza dos dentes), acrescentando aos “cuidados estéticos” um caráter normatizador derivado da biociência e do papel de “curador” do profissional.

Poli Neto e Caponi (2007) identificaram mecanismos de produção de saber médico-científico (e legitimação epistemológica e social) sobre a beleza analisando literatura da cirurgia plástica, que pode ser considerada um equivalente médico da odontologia estética. Descreveram a organização de uma nova nosologia, a criação de padrões de normalidade e a legitimação da intervenção médica terapêutica. A história da cirurgia plástica estética está imbricada com a da cirurgia plástica reconstrutiva, já que as técnicas são semelhantes. Porém, durante muitos anos, a cirurgia para fins meramente estéticos era considerada uma imoralidade pelos próprios cirurgiões plásticos: “[...] passa de uma prática marginal, sem espaço para divulgação, antes da década de 1950, para uma especialidade reconhecida, regulamentada, e cada vez mais procurada pelos médicos” (Poli Neto; Caponi, 2007, p. 571). Os autores descrevem as manobras da medicina da beleza para legitimar cientificamente desvios estéticos arbitrários e/ou culturais, criando uma nosologia que, segundo Foucault (2003, p. 135), “[...] libera uma verdade constante [...]”: hipoplasia dos glúteos, ptose mamária, defeitos de contorno, dobras parabolais, linhas faciais, assimetria mamária, depósito excessivo de gordura. A odontologia se alimenta mercadologicamente dessa tendência, apoiada em uma estética de perfeição, brancura, alinhamento, simetria. Mesmo que possa haver crítica e bom senso de alguns profissionais em relação ao assunto e aos exageros que daí advêm, o tema é tratado de forma pacífica pela publicidade (especialmente a feita pelos dentistas), o que é evidente com a proliferação de cursos e técnicas da “odontologia estética”.

A ausência de discussão sobre tais critérios frouxos, envolvendo ética, contextos sociais, epidemiológicos e culturais, sugere que a eficácia mercadológica, isto é, o fato de que isso produz mais

consumidores para profissionais e produtos odontológicos (no mercado privado), está direcionando os saberes, práticas e tecnologias da profissão.

Por outro lado, é inegável que a odontologia construiu um grande prestígio social e é considerada de primeira necessidade por grandes parcelas da população (especialmente em situações de dor e de edentulismo). O percentual de pessoas com necessidades de prótese na faixa etária dos 35/44 anos é de 68,8%, segundo dados do último levantamento epidemiológico nacional, o SB Brasil 2010 (Brasil, 2011). Mas o quadro é cambiante. Se é grave a situação de edentulismo nos adultos, a mesma fonte nos informa que as crianças estão tendo uma melhor situação bucal. Apesar desse movimento de melhora epidemiológica em relação à cárie, ainda há no Brasil um vasto conjunto de demandas em saúde (bucal) precisando de atenção.

Na situação de *plethora* profissional (país com maior número absoluto de dentistas, concentração profissional nos grandes centros, elitização dos serviços etc.) e com o declínio na prevalência da cárie e de suas implicações (mais em faixas de melhor poder aquisitivo), a medicalização da beleza gera uma demanda “bem-vinda” e lucrativa nas clínicas particulares, que atraem mais profissionais.

Na odontologia também há uma profissionalização de fatos corriqueiros. É comum a visita a consultórios para, por exemplo, realização de exodontias de dentes decíduos que exfoliariam naturalmente ou “limpezas” muitas vezes desnecessárias em bocas de pessoas com um padrão de higiene bucal razoável, ainda que em alguns casos seja desejada a intervenção profissional (talvez muitas vezes no caso das profilaxias). As pessoas que procuram os dentistas para esses serviços e também para “revisões periódicas” de seis em seis meses sentem-se mais seguras sob a ação profissional, mas é inegável que quanto mais uma boca passa pelo olhar profissional, maior o risco de diagnósticos e de procedimentos, o que é mais provável ou esperado quando existe a lógica de mercado.

O recente aumento da oferta de atenção odontológica na rede pública de saúde, com incentivo do Ministério da Saúde, ampliou as possibilidades de acesso a esses serviços. Se, por um lado, isso propicia eventualmente diagnósticos precoces, atendimento

de algumas necessidades emergenciais, também é verdade que aumentam as chances de sobrediagnósticos, sobretratamentos, mantendo muitas vezes o mesmo grupo de pacientes em tratamento, com as revisões agendadas a cada seis meses, sem que isso seja discutido com as instâncias colegiadas. Isso porque entendemos que não há uma preocupação por parte da grande maioria dos dentistas com a construção social da demanda, e sim uma transferência da prática liberal dos consultórios privados para a esfera pública, de forma mecânica e acrítica (Botazzo, 2013; Roncalli, 2006).

Um exemplo de sobretratamento são as substituições de restaurações de amálgama em dentes posteriores por resina, que, em muitos casos, são desnecessárias, mas é uma prática comum nos consultórios privados. Um estudo de Maltz e Carvalho (2003) mostra que a substituição de restaurações ocupa 70% do tempo clínico do dentista. Ou seja, muitas vezes essa substituição não faz diferença para o desfecho do problema, pelo contrário, pode piorar a situação e aumentar o desgaste de tecido dentário e aumentar as chances de necessidade de tratamento endodôntico, além de a resina ter um tempo de vida mais curto que o amálgama. Porém, entendemos que mais estudos e discussões sobre esse tema seriam importantes para a elucidação das transformações da prática odontológica em tempo de intensa medicalização. Como Emmerich e Castiel (2009) enfatizam, é sabido que

[...] a substituição do amálgama odontológico seja questão de tempo, em função do aumento das práticas de promoção da saúde bucal, da estética proveniente das resinas e de sua própria evolução. O amálgama, entretanto, quando bem indicado e usado, ainda é material que deve e pode ser adotado, principalmente na saúde bucal coletiva, dados sua durabilidade e seu custo (p. 102).

Outra discussão vem sendo realizada com relação às diferentes concepções de diagnóstico da cárie dentária e o uso dos fluoretos. Estudos vêm mostrando que, como o processo de diagnóstico está intimamente ligado à escolha do tratamento, nenhum método por si só é suficiente para o correto diagnóstico de lesões de cárie. Diante disso, conforme destacam Santos et al. (2003, p. 260), “[...] a

decisão de tratamento deve ser tomada com cautela, pois se houver um diagnóstico falso-positivo poderá induzir ao sobretratamento da doença, o que implicará perda de estrutura dentária sadia e também desperdício de recursos humanos e financeiros”. Com relação ao uso de fluoretos para a prevenção, existe uma celeuma entre os estudiosos, pois ele é empregado mundialmente como um eficaz agente preventivo da cárie dentária e reconhecido como um dos dez maiores avanços em saúde pública do século XX (Antunes; Narvai, 2010). Apesar do seu amplo emprego, “[...] boa parte dos profissionais de saúde não está suficientemente informada sobre aspectos fundamentais da utilização dos fluoretos” (Brasil, 2009, p. 07), seja em saúde pública ou em âmbito individual, o que pode gerar diferentes indicações, muitas delas desnecessárias.

Welch, Schwartz e Woloshin (2011) fazem uma crítica à medicalização que faz proliferar ações preventivas, geradoras de danos significativos. A esse respeito está sendo lentamente divulgado o conceito de prevenção quaternária (Norman; Tesser, 2009). Nascida da percepção do alto potencial de dano da intervenção médica, o exercício da prevenção quaternária significa a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Um valor central da prevenção quaternária é proporcionar o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção possível. Trata-se de uma crítica profunda ao fato de que cada vez mais se atende a pacientes com maior intensidade de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, o que aumenta a probabilidade de dano desnecessário da atividade sanitária. Aplicar o conceito de prevenção quaternária na odontologia seria salutar e contribuiria para o desenvolvimento de uma ética e de propostas práticas voltadas para a limitação dos danos e da medicalização originados na ação profissional. Estudos empíricos e conceituais, análises das tendências da prática profissional odontológica nos diversos contextos (privados e públicos) e utilização crítica e criteriosa de evidências científicas de boa qualidade podem ser valiosos recursos nesse desenvolvimento.

Por outro lado, não podemos negar que o SUS trouxe para a odontologia brasileira um grande de-

safio: a reformulação de sua prática na busca da universalidade, integralidade e equidade. No cenário da reforma sanitária, a saúde bucal coletiva surge como um movimento instituinte, alimentando a mudança e a criação de outras práticas na odontologia “social e preventiva” (Botazzo et al., 1988; Botazzo, 2013).

Assim como o campo da saúde coletiva, o campo da saúde bucal coletiva é permeado por conceitos que estão em disputa entre sujeitos, com suas posturas ético-político-ideológicas, evidenciando uma pluralidade de referenciais nesse campo, ainda restrita frente ao universo dos dentistas do país. Expressa, também, os diversos modos de articulação dos profissionais da odontologia com a sociedade e suas populações nas diferentes propostas e modos de organização dos serviços de saúde (Pezzato, 2009). Modos esses que, em geral, estão sob hegemonia de uma odontologia privada, fragmentada (especializada) e mercantilizada no Brasil. Mesmo no crescente espaço do SUS, o modelo de atenção em saúde é comumente organizado de forma similar à sua presença maciça no mercado privado, em que a medicalização se desenvolve de forma ampla.

Motores da medicalização

Tem havido uma biologização e um reducionismo excessivos de problemas e situações diversas passíveis de serem conectados com serviços e produtos comercializáveis. Estes, uma vez utilizados ou receitados por profissionais, têm seu consumo garantido. O reducionismo biológico é uma manobra epistemológica de inegável efetividade e de grandes consequências práticas, econômicas e culturais. Disseminado na medicina e demais profissões da saúde, ele subjaz à boa parte dos demais mecanismos medicalizadores, o que mostra a convergência da tradição biomédica com o processo de estruturação da sociedade capitalista, em termos ideológicos e culturais. Nesse sentido, a biociência é um fundamento e uma sustentação poderosos de natureza epistemológica e cultural da medicalização (Camargo Jr., 2003; Miguelote, Camargo Jr., 2010). Aqui a odontologia acompanha a tradição positivista e flexneriana da biomedicina. No caso da patologia mais relevante para esse saber-prática, apesar do inegável papel que o entorno histórico-social e as várias influências que

o meio pode exercer na evolução da cárie em nível familiar ou individual, esta costuma ser reduzida às suas lesões e sequelas. O contexto social comumente é elidido, seja pelas dificuldades de abordagem para quem é formado dentro do paradigma biomédico, seja por considerarem-no irrelevante, uma vez que prevalece até os dias atuais uma naturalização da cárie: “[...] dentes, cárie e dentistas vão e vêm sempre juntos” (Botazzo, 2013, p. 329). Além disso, o tratamento usual (no senso comum, especialmente) da cárie, apesar do discurso sobre ela ter sofrido muitas mudanças a partir da cariologia, ainda é centrado na restauração das cavidades.

Há também uma postura de controle e certo autoritarismo, como na medicina. No horizonte da profissão, há um paradigma de higiene resumido em fórmulas absolutas: “zero cárie”, “placa zero”. Afora o que significam tais fórmulas (existe “placa zero”?), podemos perguntar se não é possível gozar de saúde bucal com a presença de placa e cárie. Estaria a bucalidade do indivíduo comprometida?

Outros motores cruciais da medicalização são a indústria, a mídia e o comércio, provavelmente os mais poderosos, inclusive na odontologia. As indústrias vinculadas ao setor odontológico, ao seu ensino e à sua prática, movimentam cifras astronômicas. Esses setores atuam sinergicamente: as graduações ensinam os futuros dentistas a prescreverem as novidades propagandeadas pela mídia e comercializadas em clínicas cada vez mais populares. Isso motiva uma situação de saturação de oferta nos grandes centros (onde boa parte da demanda reprimida se concentra) e uma popularização da assistência privada. Basta caminhar pelo centro de uma cidade grande no Brasil para se ter contato com certa popularização da odontologia, mesmo das tecnologias mais sofisticadas, como os implantes e os aparelhos ortodônticos.

A geração de doenças ou condições tratáveis, a flexibilização de critérios ou o rebaixamento dos pontos de corte diagnósticos, associados com sua divulgação massiva, são outros motores importantes da medicalização na biomedicina. *Disease mongering* é o termo pejorativo e crítico que designa as práticas (hoje correntes) de criação, ampliação e flexibilização das fronteiras diagnósticas que influenciam pesquisas e classificações científicas,

bem como a criação e legitimação de técnicas profissionalizadas, sua divulgação midiática e científica (Moynihan; Henry, 2006). A consequência disso é a construção de condições ou doenças sobrepostas a experiências comuns de vida e características das pessoas, com grande prevalência produzida pela própria classificação ou alteração na classificação. Essa divulgação influencia as pessoas, que passam a se considerar doentes ou necessitadas de intervenção, expandindo as demandas e, assim, os mercados dos produtos e serviços associados.

Os efeitos da *disease mongering* são, portanto, um poderoso motor da medicalização, pois, uma vez incorporadas em manuais e literatura técnico-científica e legitimadas as técnicas de “tratamento”, estas são maciçamente divulgadas pela propaganda e pela mídia, devido ao grande poder econômico de seus promotores. Com isso, alteram-se o imaginário e as representações sociais e criam-se saberes e tecnologias novas, gerando demandas sociais e técnicas profissionais correlatas, que se legitimam e se retroalimentam umas às outras, interferindo na percepção e na construção social do que é considerado necessidade de saúde, em geral e também na saúde bucal e na odontologia. As indústrias e comerciantes descobriram que, além de fazer propaganda dos seus produtos, é altamente efetivo fazer propaganda das doenças, dos riscos, dos sintomas e das condições (de preferência transformando-os em doenças) para os quais oferecem produtos e técnicas diagnósticas ou terapêuticas.

Na odontologia, pela limitação física representada pela cavidade bucal, a *disease mongering* talvez seja relativamente restrita. Mas é possível e provável que haja, assim como no campo da biomedicina (Miguelote; Camargo Jr., 2010), influência comercial e industrial na produção e circulação de conhecimentos científicos e técnicas odontológicas tendenciosas ou direcionadas para fins quase exclusivamente mercantis, influenciando os valores e as expectativas sociais e profissionais e, assim, a produção de demandas que tendem a se acrescentar às “necessidades” de saúde (bucal), amplificando-as ilimitadamente.

Um bom exemplo dessa situação são alguns índices de estética, usados por si só ou ajudando a construir outros índices – como o índice de necessidades

de tratamento ortodôntico (Dias; Gleiser, 2008). Um dos problemas dessa tentativa de construção de conhecimento pode ser a fragilidade epistemológica da transformação do subjetivo em objetivo (e a consequente legitimação científica e social). Nessa operação se esconde o caráter discutível da opinião e se assume a materialidade do número como inequívoca. Também fazem parte desse contexto as pesquisas que analisam tecnologias industrializadas vendidas diretamente ao público (pastas de dente, antissépticos etc.), que recebem alguma chancela de “recomendado pelos dentistas”, “recomendado por esta ou aquela entidade”.

Na odontologia também há uma indústria de propaganda de produtos e serviços que distribui brindes e promove cursos, oficinas e congressos nos quais há explícita indução à prescrição de novos produtos, tecnologias, fármacos, conforme mencionado anteriormente. Além disso, talvez exista algo que poderíamos chamar de uma questionável *health monitoring*. Há propaganda de um padrão de saúde que envolve dentes limpíssimos, brancos, alinhados, sem falhas e outras grandezas. É certo que esse padrão inatingível gera angústias e visitas frequentes (ou regulares, como dizem as embalagens de produtos de higiene oral) ao dentista. Além de associar saúde bucal com visitas ao dentista (associação duvidosa), muitas vezes os pacientes creem que tais visitas não são suficientemente regulares, e é frequente uma sensação de culpa a isso relacionada.

Medicalização das práticas autônomas e do campo de cuidado

Considerando os saberes-práticas autônomos, devemos reconhecer que há ampla distribuição e alcance social de práticas derivadas do saber odontológico. A higiene bucal, largamente disseminada na população, é o exemplo mais evidente. Sem questionar sua eficácia, há de se considerar que se trata de uma estratégia biopolítica, no dizer de Foucault (1979): uma tecnologia de poder que gera controle de comportamentos de forma centralizada através de regras e disciplinas capilarizadas nas sociedades e na cultura geral. Evitando entrar nessa discussão teórica, podemos indicar sucintamente que os processos de medicalização da cultura são simultane-

amente instrumentos e resultados de estratégias biopolíticas que mantêm populações disciplinadas e sob controle. De outro modo, a medicalização facilita e propicia a criação dessas estratégias biopolíticas e sua efetividade.

No nosso caso, a higiene bucal regula a saúde bucal da população através de mecanismos de controle e intervenção centrados nos fenômenos biológicos, introduzindo “[...] regras de limpeza e suas prescrições pasteurianas no dia a dia das pessoas (controle da bucalidade na criança, para ter bons dentes)” (Botazzo, 2006, p. 15). Regras essas que sustentam e tornam viável e eficaz o apelo comercial e midiático de antissépticos, enxaguantes bucais e diferentes formulações dos dentifrícios como coadjuvantes indispensáveis na higiene bucal. A medicalização ganha ainda outra nuance, caracterizada pela injeção de legitimidade científica (aura de verdade e eficácia) nos procedimentos e produtos comerciais recomendados nas propagandas. Aqui, a medicalização quase se confunde com mercantilização, dado o intenso apelo e uso da imagem de cientificidade associada aos produtos comerciais para higiene bucal.

Níveis mais sofisticados de atenção e cuidado, contudo, são monopólio legal do dentista, apesar deste poder contar com profissionais auxiliares na delegação de funções. Mesmo com a possibilidade de qualificar os serviços com o trabalho em equipe, incorporando os/as auxiliares e técnicos/as em saúde bucal, esta proposta foi e ainda é muito criticada. Sem entrar nesse debate, é importante assinalar a importância do trabalho em equipe com delegação de funções, possibilitando ampliação do acesso aos serviços odontológicos sem prejuízo da qualidade, conforme evidenciado por Sá et al. (2010).

Com a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família, em 2000, voltou-se o foco novamente para o trabalho em equipe, com as duas modalidades previstas: modalidade I (cirurgião dentista+auxiliar de saúde bucal) e II (cirurgião dentista+técnico em saúde bucal+auxiliar de saúde bucal). Apesar da incorporação desses profissionais apresentar-se como uma estratégia para a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal, ainda não se conseguiu efetivar o trabalho em equipe. Tem sido excessivamente tímida a incorporação de profissionais técni-

cos. Segundo o Ministério da Saúde, em dezembro de 2011, para 19.492 equipes na modalidade I implantadas havia apenas 1.933 equipes na modalidade II¹. O trabalho continua centrado no dentista, e essa concentração de práticas no núcleo de competência deste, com consequente esvaziamento do campo comum de cuidado (passível de ser compartilhado com pessoal técnico), é outra característica típica do processo de medicalização social (Tesser, 2010), que fomenta domínios monopolizados de práticas mesmo sem haver forte, idônea e consensual evidência da necessidade dessa concentração.

Outrossim, para além de haver um técnico em saúde bucal nas equipes de saúde da família, há de se considerar se não seria desejável que um dentista supervisionasse vários técnicos simultaneamente, intervindo somente em casos mais complexos (como ocorre em alguns países), ampliando os procedimentos de nível técnico (como as confecções de próteses, as profilaxias, as aplicações de flúor) e democratizando o acesso a vários cuidados bucais.

Medicalização, práticas complementares e saúde bucal

Saberes e técnicas não biomédicos, incluindo racionalidades médicas outras, conforme Luz e Barros (2012), têm sido revalorizados nas últimas décadas. As medicinas alternativas e complementares (MAC) são objeto de consistente procura nos países ricos e há interesse científico e institucional crescentes nelas. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) incentiva sua oferta no SUS.

Não parece haver algo análogo a “práticas odontológicas complementares” ou populares, com tecnologias acessíveis e sustentáveis desvinculadas da grande indústria e da prática profissionalizada, que se proponham a fazer parte significativa do que os dentistas fazem. Por outro lado, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconheceu e regulamentou, em 2008, o uso pelo dentista de algumas MAC (acupuntura, fitoterapia, terapia floral, hip-

nose, homeopatia e laserterapia). Apesar de haver poucos estudos a esse respeito, e de ainda ser incipiente ou mesmo quase inexistente seu ensino nas graduações (Gonçalo et al., 2011), o reconhecimento de tais práticas pode servir de estímulo à ampliação do seu uso pelos dentistas. Com relação às plantas medicinais, grande parte da população as utiliza, e muitas vezes, para tratar afecções bucais. Desde os antigos egípcios, no séc. IV a.C., sabe-se do uso da hortelã para minimizar os odores bucais. De acordo com Lima Jr. et al. (2005), as principais indicações de uso de plantas estão relacionadas ao controle da dor, da inflamação e reparo tecidual. Em revisão de literatura sobre plantas medicinais indicadas para afecções odontológicas, Oliveira et al. (2007) afirmam que inúmeros trabalhos vêm sendo realizados para avaliação de espécies vegetais na odontologia. Outras evidências são encontradas quando se tratam de distúrbios temporomandibulares e bruxismo, em que há uso de acupuntura, terapia floral e laserterapia complementares ao tratamento convencional.

Apesar de a medicalização perpassar também as MAC, estas podem ser consideradas estratégias potenciais de minimização da medicalização no cuidado, com evidentes limites e a depender das relações que são estabelecidas com essas práticas. Embora a abertura para as MAC enriqueça as práticas e os conhecimentos profissionais, sua incorporação pode ser grandemente medicalizada, através de uma transformação em que parte desses saberes-práticas vai sendo validada e adaptada para uso estritamente profissional. Nesse processo, aquilo que não se adequa ao uso profissionalizado vai sendo desqualificado, e o que se oficializa vai perdendo nos processos de padronização e validação suas características de fácil acesso, adequação cultural, estímulo à autonomia e experimentação responsável, tornado-se um procedimento, uma especialização ou mesmo uma profissão. Mesmo assim, a valorização, o estudo e o ensino profissional das práticas complementares podem ser considerados estratégias para reduzir os preconceitos contra os saberes populares e tradicionais, reforçar a ampliação do olhar para aspectos

1 Informações consultadas em: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 23 jan. 2012.

sociais, subjetivos e culturais (Tesser; Barros, 2008), melhorar a relação terapeuta-paciente, estimular a autocura e um cuidado mais holístico, relacionados a essas práticas (Levin; Jonas, 2001), o que pode aumentar a resistência à medicalização.

Considerações finais

Quando um doente procura um dentista ou outro profissional de saúde, projeta poder no mesmo, procura e espera orientação, alívio, significado, cuidado ou solução, mesmo que parcial, para seus problemas. O profissional sempre exerce um poder normativo junto ao doente, mais ou menos conscientemente. Por causa dessa assimetria inevitável de poder e saber, a responsabilidade de qualquer profissional de saúde é grande no que tange à medicalização, microssocialmente (Tesser, 2010).

Ainda que esses profissionais sejam agentes de pequeno poder frente a interesses e forças mais poderosos, que talvez dominem os saberes e práticas profissionais, incluindo a odontologia, sua ação não é desprezível. Conforme afirma Warmling, apoiando-se em Oliveira (Warmling, 2009, apud Oliveira, 1991) “[...] como a sociedade existe nos indivíduos, cada dentista da atualidade comporta um pouco do que é a corporação odontológica e do seu imaginário e da forma de ver o mundo”.

Discutir e minimizar a medicalização derivada ou reforçada pela ação profissional nos parece importante e foi o foco deste ensaio. Outras dimensões (mais macropolíticas, legislativas etc.) do problema merecem investigação e ações de outras naturezas, sendo evidentemente muito importantes, mas aqui não foram tematizadas. A construção de uma visão crítica e de saberes sobre a medicalização na odontologia pode contribuir para melhorar a formação e as práticas profissionais, bem como subsidiar políticas e ações regulatórias e legislativas a respeito, além de ser campo pouco explorado e aberto a investigações.

Referências

ANGEL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Fapesp: Hucitec, 2000.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuições ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.

BOTAZZO, C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec, 2013.

BOTAZZO, C. et al. *Saúde bucal coletiva: texto elaborado como material de apoio ao curso para formação de Técnico em Higiene Dental*. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1988. Disponível em: <<http://143.107.23.250/site/wp-content/uploads/BSBCBotazzo.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais*. Brasília, DF, 2011.

CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMARGO JR., K. R. Medicalização: um quadro de referência. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 209-216.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006.

- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- DIAS, P. F.; GLEISER, R. O índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 74-81, 2008.
- EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. Jesus tem dentes metal-free no país dos bangueiros?: odontologia dos desejos e das vaidades. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2009.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- GONÇALO, C. S. et al. O ensino das práticas alternativas e complementares na graduação em odontologia. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Org.). *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 153-167.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- LEVIN, J. S.; JONAS, W. B. (ed.). *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole, 2001.
- LIMA JR, J. F; et al. O uso de fitoterápicos e a saúde bucal. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 7, n. 16, p. 11-17, 2005.
- LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.
- MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: KRIGER, L. (Org.). *Promoção de saúde bucal*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 69-87.
- MIGUELOTE, V. R. S.; CAMARGO JR., K. R. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 190-196, 2010.
- MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PloS Medicine*, San Francisco, v. 3, n. 4, p. e191, 2006.
- MÜLLER, M. L. Vittorio Hösle: uma filosofia da crise ecológica. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência: série 3*, Campinas, v. 6, n. 2, p. 9-62, 1996.
- NOGUEIRA, R. P. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare, 2003.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.
- NOVAES, H. M. D. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. Bauru: EDUSC; São Paulo: UNESP, 1998. p. 141-158.
- OLIVEIRA, F. Q. et al. Espécies vegetais indicadas na odontologia. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, Brasília, DF, v. 17, n. 3, p. 466-476, 2007.
- PEZZATO, L. M. *Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- POLI NETO, P.; CAPONI, S. N. C. A medicalização da beleza. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 569-584, 2007.
- RONCALLI, A. G. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, 2006.
- SÁ, O. E. M. et al. Avaliação das atividades clínicas do técnico em saúde bucal na rede SUS em Belo Horizonte. *Boletim Saúde*, Porto Alegre, v. 24, n. 1. p. 63-73, 2010.
- SANTOS, N. B. et al. Diagnóstico de cárie hoje: novas tendências e métodos. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, Curitiba, v. 6, n. 31, p. 255-262, 2003.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-20, 2008.

TESSER, C. D. (Org.). *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

WARMLING, C. M. *Da autonomia da boca: um estudo da constituição do ensino da odontologia no Brasil*. 2009. Tese de Doutorado em Educação -

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

WARMLING, C. M. Identidade e prática do cirurgião-dentista. *Pro-Odonto Prevenção*, Porto Alegre, ciclo 7, v. 3, p. 9-30, 2013,

WEBER, J. B. B. Estética e bioética. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 302-305, 2011.

WELCH, H. G.; SCHWARTZ, L.; WOLOSHIN, S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press, 2011.

Contribuição dos autores

Tesser e Silva conceberam o artigo e elaboraram as primeiras ideias, argumentos e versões. Pezzato, a seguir, acrescentou conteúdos, referenciais e discussões, participando ativamente das sucessivas revisões e atualizações bibliográficas, produzindo a versão final juntamente com Tesser.

Recebido: 09/06/2014

Reapresentado: 21/08/2014

Aprovado: 23/10/2014