

Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica

Social medicalization and bucality: the search for overcoming the technique

Francieli Regina Bortoli¹ , Douglas Francisco Kowaleski¹ ,
Rodrigo Otávio Moretti-Pires¹ 

Resumo

Introdução: O processo de medicalização social vem transformando em necessidades médicas as experiências, os sofrimentos e as dores, permeando cada vez mais aspectos da vida diária e gerando dependência de saberes e práticas profissionalizados.

Objetivo: Apresenta-se um ensaio com objetivo de investigar e discutir o campo da Odontologia à luz da medicalização social, com destaque para as práticas profissionais, contextualizando-o na realidade brasileira. **Método:** A discussão abrange a prática nos setores privado e público, relacionando-os a estudos já realizados sobre a Biomedicina e a Odontologia. Para tal, uma análise da literatura referenciada permite o entendimento do processo de medicalização social a partir das ideias de Ivan Illich e Charles Tesser; já para dialogar especificamente com a saúde bucal, a partir dos acúmulos da teoria da bucalidade, tem-se como expoente Carlos Botazzo. **Resultados:** O debate amplia o olhar dos profissionais e pesquisadores da área odontológica, nas dimensões clínica, política ou sociológica, na perspectiva de melhorar a qualidade da atenção e evitar a reprodução do modelo biomédico e curativista hegemônico. **Conclusão:** Almeja-se que a Odontologia atue no sentido de fomentar uma abordagem ampliada e holística dos problemas de saúde, além de propiciar um cuidado com caráter menos medicalizante.

Palavras-chave: medicalização; saúde bucal; odontologia.

Abstract

Background: The process of social medicalization has transformed medical experiences, sufferings and pain. This permeates more and more aspects of daily life, creating dependence on professional knowledge and practice. **Objective:** The present essay aims to investigate and discuss the field of dentistry in the light of social medicalization, with emphasis on professional practices, contextualized in the Brazilian reality. **Method:** The discussion covers the practice in both the private and public sectors, relating it to studies already carried out on Biomedicine and Dentistry. To this end, we performed an analysis of the referenced literature to better understand the social medicalization process from the ideas of Ivan Illich and Charles Tesser; and to dialogue specifically with the Oral Health, from the accumulations of the bucality theory, with Carlos Botazzo as exponent in this elaboration. **Results:** The debate expands the view of professionals and researchers in the field of dentistry, whether in the clinical, political or sociological dimension, with a view to improving the quality of care and avoiding the reproduction of the biomedical and hegemonic curativist model. **Conclusion:** Dentistry should act in order to foster an enlarged and holistic approach of health problems, in addition to providing care with a less medicalizing character.

Keywords: medicalization; oral health; dentistry.

¹Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Francieli Regina Bortoli – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Universitário – Trindade – CEP: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil – Email: fran_bortoli@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

O processo de medicalização social está associado a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas¹ e pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da Biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos². A Biomedicina, aqui considerada, refere-se às práticas e aos repertórios das profissões da saúde caracterizados no modelo biomédico (curativista, hospitalocêntrico, valorização da alta densidade tecnológica e do profissional médico). A medicalização está, assim, ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade, lideradas pela Biomedicina³.

No mundo contemporâneo, o complexo processo de medicalização vem transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones⁴. Assim como está relacionada à expansão tecnológica e social da Biomedicina, a medicalização também se relaciona à mercantilização dos cuidados à saúde, à propaganda midiática de tecnologias biomédicas e à expansão do chamado complexo médico-industrial^{5,6}.

Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença².

Nesse sentido, a medicalização interfere culturalmente nas populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso resulta em um consumo abusivo dos procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, muitas vezes desnecessários e até danosos aos usuários, a ponto de gerar dependência excessiva e alienação⁷. Para Illich⁶ (p. 105), a medicalização social vem anestesiando a sociedade e as pessoas: “[...] toda dor se apresenta desde logo como resultado de uma tecnologia faltosa, de legislação injusta ou de ausência de medicina analgésica”. Para o autor,

[...] só a dor assumida como responsabilidade de sua vida concreta a faz experiência pessoal, enfrentada de maneira autônoma e não mecânica e constrangedora; experiência cotidiana e comum, nem histriônica, nem heroica; pessoal e social e não artificial e individualista⁶ (p. 104).

O processo de medicalização engloba diferentes agentes e instituições, tais como a indústria médica/farmacêutica, os governos, os profissionais/sistemas de saúde e os cidadãos. Por sua vez, médicos e profissionais de saúde desempenham importante papel na reprodução e no enfrentamento da medicalização, haja vista que a Medicina e os cuidados em saúde podem gerar tanto benefícios como danos⁸.

Inicialmente, a discussão sobre medicalização centrava-se na categoria médica. O grande prestígio social da Biomedicina e a grande influência desse saber-prática tornaram o médico a 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 autônomos⁹.

Os desdobramentos da medicalização social também podem ser pensados na área da Odontologia e relacionados a ela, estendendo-se para a saúde bucal. Em vista disso, Tesser et al.¹⁰ (p. 1350) declaram:

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 presente ensaio tem como objetivo investigar e discutir o campo da Odontologia à luz da medicalização social, com destaque para as práticas profissionais, contextualizando-o na realidade brasileira. A discussão abrange a prática nos setores privado e público, relacionando-os a estudos já realizados sobre a Biomedicina e a Odontologia. Para tal, uma análise da literatura referenciada permite o entendimento do processo de medicalização social a partir das ideias de Ivan Illich e Charles Tesser; já para dialogar com a saúde bucal, a partir da teoria da bucalidade, tem-se como expoente Carlos Botazzo. Pressupõe-se que as reflexões dos autores citados podem enriquecer a compreensão do processo de medicalização social, fornecendo relevantes contribuições para a superação da Odontologia atual.

Sobre a medicalização

Ao longo do último meio século, o campo social de saúde e doença foi sendo transformado. Os eventos que já foram considerados normais e comuns, como o nascimento, o envelhecimento, a menopausa e o alcoolismo, são agora vistos como condições médicas, permeando cada vez mais aspectos da vida diária⁵.

O termo “medicalização” surgiu no início na década de 1960 no campo da Sociologia da Saúde e, desde então, consolida-se como um importante campo de interesse e desenvolvimento de pesquisas¹¹.

Ivan Illich⁶, no livro “Nêmesis da Medicina”, lança uma forte crítica à Medicina moderna e considera que a medicalização da vida foi resultado da industrialização, que trouxe consigo a profissionalização e a burocratização da instituição médica. Para

Illich, a Medicina institucionalizada transformou-se em uma ameaça à saúde, e, nesse sentido, o autor refere-se à iatrogênese para falar sobre as doenças provocadas pela Medicina. A partir da noção de contraproduzibilidade, descreve esse processo em que o sistema médico, criado para proteger a saúde, paradoxalmente, acaba por produzir doença.

A iatrogênese é abordada em três níveis que, em conjunto, contribuem para aquilo que considera o grande mal da Medicina: o comprometimento da capacidade autônoma dos seres humanos. O primeiro deles é a iatrogênese clínica, que se refere ao conjunto de doenças provenientes do ato médico e sua técnica, tal como os efeitos secundários não desejados dos medicamentos, as intervenções cirúrgicas inúteis, a produção de traumas psicológicos, a negligência, a incompetência, entre outros, sendo que as consequências da terapêutica são manifestadas sob a forma de sintomas clínicos⁶.

O segundo é a iatrogênese social, que se refere ao efeito social indesejado e nocivo da Medicina, mais do que o de sua ação técnica direta, como é o caso da iatrogênese clínica. Na essência, a iatrogênese social gera uma desarmonia entre o indivíduo e o seu grupo social, resultando em perda de autonomia na ação e no controle do meio. Illich⁶ indica diversas formas de iatrogênese social e destaca a medicalização do orçamento, a invasão farmacêutica, o controle da sociedade pelo diagnóstico que etiqueta as diferentes idades humanas, entre outros. Em vista disso, a iatrogênese social é sinônimo de medicalização social, porque anula o sentido da saúde enquanto responsabilidade autônoma de cada indivíduo e de sua família e dissemina na sociedade o “papel de doente”, que apresenta comportamento passivo e dependente da autoridade médica¹².

E, por fim, a iatrogênese estrutural ou cultural, que se configura como a destruição do potencial cultural para lidar de forma autônoma com as situações de enfermidade, dor e morte, causando o que Illich⁶ chama de regressão estrutural do nível de saúde. Nesse nível de iatrogênese, a Medicina moderna retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico⁶. Logo, o que caracteriza o dano é a perda daquilo que as tradições criaram ao longo dos séculos enquanto expedientes culturais eficazes para enfrentar a vulnerabilidade humana diante de tais contingências da vida. As práticas tradicionais e o saber espontâneo que as acompanham foram, pouco a pouco, substituídos pela figura médica e de sua técnica profissional *heterônoma*, trazendo a promessa ilusória de estender indefinidamente a existência das pessoas¹².

Em consonância, Tesser¹³ relata que a construção social e epistemológica institucionalizada das verdades diagnósticas (monopolizada pela Biomedicina e cada vez mais pela indústria científica dos exames complementares e de imagem) e terapêuticas (monopolizada pelos ensaios clínicos controlados e pelas indústrias farmacêuticas) desdobrou-se em processo de relativa

alienação ética/epistemológica e de desresponsabilização social por parte dos médicos.

Além do mais, Tesser¹³ (p. 477) descreve que a Biomedicina, no seu saber e na sua prática, parece ter tomado para si outro tipo de prioridade: a busca de cientificização da cura. Com isso:

Trocou o doente pela doença, e trocou a ordem de precedência das verdades “cruas” ao instituir suas verdades “científicas”, talvez também pelo medo da mentira ou ilusão e pela crença moderna na elucidação racional de tudo. [...] Em resumo, trocou a cura desregulada, diversificada e não-controlada de muitos doentes pela ambição de cura padronizada e controlada de muitas doenças, ou seu controle.

■ ODONTOLOGIA E MEDICALIZAÇÃO

A história da Odontologia no Brasil é marcada por diversas transformações, desde a concepção de sua prática como arte de cuidar dos dentes até o trabalho educativo, que objetiva certa autonomia individual para o autocuidado da boca, trabalhado por instituições escolares¹⁴.

Tendo em vista que a arte de curar foi rompendo o conteúdo místico e a doença compreendida pelas resultantes das causas naturais e, como tal, suscetível à prevenção e ao tratamento, a profissão médica foi se estabelecendo em bases cada vez mais sólidas. Com esse desenvolvimento, ocorreu, progressivamente, um certo grau de especialização em sua prática, surgindo, assim, subdivisões que viriam a se constituir em outras profissões de saúde, entre elas a Odontologia¹⁵. A autonomia do ensino de Odontologia em relação ao de Medicina, em termos legais, consolidou-se apenas ao final da primeira metade do século XX¹⁶.

Contudo, a ação especializada na atenção à saúde compromete a autonomia dos sujeitos, reivindicando submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo, gerando mais demanda por atenção heterônoma, comprometendo, por fim, a sua própria efetividade e eficácia geral⁷.

Desde a separação entre as práticas médicas e odontológicas, Botazzo¹⁷ observa que a Odontologia se centrou apenas em dentes e em procedimentos. Constituiu-se, assim, uma “odontotécnica exclusiva”, com naturalização da perda dentária em favor da prótese, com a negação da estomatologia e da afirmação da dentística operatória, do protesismo, do olhar para o dente, e não para a boca. Entretanto, “[...] falamos de uma boca repleta de aspectos sociológicos, psicológicos e produtora de subjetividades [...]”¹⁸ (p. 10). E, para dar conta da complexa relação entre a boca e o mundo, Botazzo¹⁷ desenvolveu o conceito de bucalidade: a boca que falamos é a boca social, a boca que fala, que geme, que ri e que canta; a boca se comunicando com o mundo.

A boca humana e as suas funções articulam-se ao processo de desenvolvimento do capitalismo e à produção do homem modulada pelas formas de associação e sociabilidade ao longo da história.

A bucalidade, entendida como a formação social da boca humana, ao tratar das propriedades inerentes ao bucal – mastigação, erotismo e linguagem –, resgata, portanto, a beleza, a delicadeza, a voracidade e a potência desse território corporal, destacando-o como lugar de afirmação da vida^{17,19,20}. Porém, essa discussão desvincula-se do referencial teórico e técnico que constitui a Odontologia. Por isso, Odontologia e saúde bucal possuem diferentes concepções, sendo que esta extrapola os limites do “odontocentrismo”, trazendo a dimensão da saúde para o campo do “bucal”, incorporando uma determinação “não odontológica”, assim como o sujeito e seu adoecimento²¹.

Com o desenvolvimento acrítico da Odontologia e, em regra, comprometido com o mercado, os problemas e as situações diversas nos quais atua passaram a se relacionar com serviços e produtos comercializáveis, implicando a mercantilização da profissão. Observa-se rotineiramente anúncios e propagandas de comercialização em Odontologia, em diversos veículos de comunicação e publicidade, fazendo com que uma prática de saúde se confunda com um estrito ramo do mercado.

Um somatório de problemas contribui para tal situação, como a hipervalorização da estética, apoiada em um padrão de dentes perfeitos, brancos, alinhados e simétricos, e o grande desenvolvimento tecnológico a ela relacionado, com os profissionais utilizando os resultados de seus serviços, como material de divulgação (marketing), e prometendo uma Odontologia de resultados, esquecendo-se de que o compromisso profissional vai muito além da estética^{10,22}.

A indústria da beleza evoluiu muito nas últimas décadas. Na Odontologia, a moda mais recente é a “bichectomia”, que consiste em um procedimento cirúrgico visando remover o corpo adiposo localizado na bochecha, denominada “bola de bichat”, com o propósito de reduzir o tamanho das bochechas²³. A bichectomia encontra-se entre as cirurgias estéticas mais realizadas. Inicialmente, o objetivo era funcional, para evitar que a bochecha fosse mordida, mas assumiu funções estéticas com a finalidade de criar um contorno facial harmônico em pessoas com formato de rosto arredondado. Esse procedimento é alimentado pela mídia que evidencia os padrões estéticos estabelecidos pelo mercado; todavia, é importante ressaltar que as pessoas com maior poder aquisitivo acessam e consomem mais esses serviços quando comparadas às de classes econômicas mais vulneráveis.

Outro motor da medicalização é a 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 fármacos, mercadorias e tecnologias. Como exemplo, observa-se o apelo comercial e midiático de antissépticos, enxaguantes bucais e diferentes formulações dos dentifrícios como coadjuvantes indispensáveis à higiene bucal. Combinado a isso, a medicalização ganha ainda outra nuance: o intenso

apelo e uso da imagem de cientificidade (aura de verdade e eficácia) associada aos produtos comerciais para higiene bucal recomendados nas propagandas¹⁰.

Nessa perspectiva, os congressos odontológicos clínicos vêm se tornando o novo “espaço sociocientífico”, configurando-se como verdadeiro “*self-service* biotecnológico”²⁴. A despeito disso, Emmerich e Castiel²⁴ (p. 99) esclarecem que:

A Odontologia, em sentido mais ampliado, além das instituições acadêmicas, revelou-se portadora de nova identidade, pois transformou a vetusta ‘arte dentária’ em arte voltada para satisfazer o desejo e a vaidade dos consumidores, com objeto dirigido a novos tipos de existência, de valores e representações sociais. Desse modo, a práxis odontológica, com nova forma-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.

Outros mecanismos que influenciam a prática odontológica atual no Brasil e vêm participando das transformações de seu objeto em mercadoria são a mídia e a internet. Estímulos variados são lançados diariamente para atender aos anseios estéticos dos consumidores. Por exemplo, no âmbito da Odontologia, há revistas especializadas em cirurgia plástica e beleza, e os consumidores têm acesso a matérias jornalísticas informativas, sedutoras e atrativas com expressões de efeito, como “sorriso de sucesso”, “sorriso perfeito”, “plástica no dentista”, “Odontologia cosmética”, “clareamento a laser” e “prótese em cerâmica alemã”²⁴.

Por conseguinte, esse *marketing* visando ao lucro e centrado no componente médico-odontológico-industrial formado pelas megaindústrias está invadindo todos os espaços odontológicos, seduzindo os futuros profissionais e entrando pela janela das universidades²⁴.

Aliado a isso, a medicalização da beleza gera uma demanda “bem-vinda” e lucrativa nas clínicas particulares, tendo em vista que o mercado de trabalho, a cada dia, apresenta-se mais competitivo, com um número cada vez maior de dentistas e concentração profissional nos grandes centros, além do declínio na prevalência da cárie e de suas implicações, permanecendo a maior prevalência de cárie em faixas de menor poder aquisitivo¹⁰.

Quando se consideram as diferenças entre as práticas e os modelos odontológicos “públicos” e “privados”, nota-se que a assistência odontológica não possui aspectos muito diferentes de sua prática nos dois ambientes²⁵. Mesmo no crescente espaço do SUS, o modelo de atenção em saúde é comumente organizado de forma similar ao mercado privado, em que a medicalização se desenvolve de forma ampla¹⁰.

O recente aumento da oferta de atenção odontológica na rede pública de saúde ampliou as possibilidades de acesso a esses serviços. Isso propicia eventualmente diagnósticos precoces e atendimento de algumas necessidades emergenciais,

mas também aumentam as chances de sobrediagnósticos e sobretratamentos, tais como as substituições de restaurações de amálgama em dentes posteriores por resina, as quais podem ser desnecessárias¹⁰. Percebe-se 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^{21,26}.

A ausência de discussão sobre tais critérios, 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, as práticas e as tecnologias da profissão¹⁰.

Com o intuito de mudar o processo de cuidado, autores acreditam que é preciso romper com o centramento dentário e a operatória dentária antecedendo o diagnóstico e a terapêutica. Na tentativa de explorar tecnologias de cuidado para inovação da atenção em saúde bucal na atenção básica (AB), reorientado pela lógica da promoção da saúde, é necessário entender a ressignificação das funções sociais da boca, a compreensão do adoecimento bucodentário e a constituição do caso clínico na anamnese que estabelecerá outra posição para a clínica; para tanto, a saúde bucal coletiva e a bucalidade são propostas como referenciais teórico-metodológicos²⁷.

Na esfera pública, a unidade básica de saúde pode ser vista como um espaço com potencial gerador de encontros e produção de subjetividades, sendo o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o SUS. O vínculo entre o profissional e o usuário na AB é construído a cada encontro, a cada negociação terapêutica, resultando no diálogo franco, na assunção de responsabilidades tanto do profissional quanto do usuário e na resolução das suas queixas e necessidades²⁷.

A anamnese como etapa primordial das consultas, tanto no âmbito público quanto privado, possibilita exercer as habilidades de comunicação e de raciocínio clínico, com o intento de promover o acolhimento do usuário e auxiliar na evolução de seu sofrimento, restabelecendo a homeostasia corporal e produzindo vínculo entre os sujeitos e os serviços de saúde. A escuta qualificada permite compreender suas expectativas em relação ao profissional e ao serviço de saúde e examiná-lo procurando responder às suas angústias, o que possibilita que cirurgião-dentista e usuário construam conjuntamente uma agenda terapêutica que contemple as necessidades de tratamento identificadas pelo profissional e as demandas específicas do usuário²⁷.

Almeja-se combater a tendência de epidemia de diagnósticos, na qual as situações que se encontram em desacordo com os padrões e as normas sociais vigentes são categorizadas como

patologia que deve ser tratada e medicada. Outras propostas alternativas são sugeridas, como mudança curricular e formação de profissionais com perfil voltado para atuar na perspectiva da integralidade da atenção em saúde, levando em conta aspectos subjetivos do indivíduo e realizando os tratamentos de acordo com as necessidades individuais, e não mais segundo diretrizes, além de ampliar o autocuidado, empoderando o usuário dentro desse processo de atenção em saúde, considerando a complexidade da realidade local e do cotidiano popular. Almeja-se ainda impedir que o complexo médico-industrial em busca de lucro domine o sistema de saúde, suas instituições e a educação dos profissionais da área.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de medicalização da vida naturaliza os processos e as relações socialmente constituídas e, em decorrência, desconstrói as possibilidades de emancipação humana, e aí mora o componente político da saúde bucal coletiva. O que foge à norma, o diferente, é logo identificado como desvio, doença ou distúrbio, e o tratamento é conduzido por especialistas e medicações.

É urgente minimizar a medicalização derivada ou reforçada pela ação profissional e estimular a desalienação e a consciência de si e do próprio corpo. É urgente a construção de uma visão crítica e de saberes sobre a medicalização na Odontologia, o que contribui para melhorar a formação e as práticas profissionais e direcioná-las no sentido do humano.

Cabe ressaltar que a atenção à saúde, orientada pela promoção da saúde, desempenha importante papel no processo de reinventar e/ou resgatar a autonomia das pessoas (sujeitos) no processo saúde-doença, a fim de atingir o reequilíbrio entre ações autônomas e heterônomas e promover saúde em seu entendimento amplo.

A Odontologia precisa rever suas técnicas e visitar os referenciais teórico-metodológicos da saúde bucal coletiva, no sentido de fomentar uma abordagem ampliada e holística dos problemas de saúde, além de propiciar um cuidado com caráter menos medicalizante. Nesse sentido, o ser humano não pode ser visto de forma isolada; é fundamental diagnosticar a partir de uma análise detalhada do que o indivíduo diz, além de dar a devida importância à sua história e ao seu contexto, muitas vezes de sofrimento, de pobreza, de fome, de morte, dentre outros. A Odontologia precisa direcionar politicamente suas ações em prol do bem viver; para isso, precisa deixar de ser uma odontotécnica mercadológica para se tornar clínica, sendo capaz de atuar com o sujeito no seu cotidiano e promover muito mais do que belos sorrisos normativos, mas promover vidas melhores e emancipação humana.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
2. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface Comunicacao Saude Educ*. 2006;10(20):347-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>.
3. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):914-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>. PMID:18833389.
4. Tesser CD, Poli P No, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 3):3615-24.
5. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
6. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
7. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface Comunicacao Saude Educ*. 2006a;10(19):61-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>.
8. Cardoso RV. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1117](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1117).
9. Tesser CD, organizador. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Tesser CD, Pezzato LM, Silva EN. Medicalização social e Odontologia: possíveis aproximações. *Saude Soc*. 2015;24(4):1349-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015136108>.
11. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface Comunicacao Saude Educ*. 2012;16(40):21-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>.
12. Nogueira RP. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. *Interface-Comunic Saude Educ*. 2003;7(12):185-90.
13. Tesser CD. A verdade na Biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Rev. Saude Coletiva*. 2007;17(3):465-84.
14. Pereira W. Uma história da Odontologia no Brasil. *História e Perspectivas*. 2012;25(47):147-73.
15. Ferrari MAMC. *História da Odontologia no Brasil: o currículo e a legislação entre 1856 e 1931 [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
16. Warmling CM, Marzola NR, Botazzo C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da Odontologia. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2012;19(1):181-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702012000100010>. PMID:22488381.
17. Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec; 2000.
18. Kovaleski DF. *A disciplinarização da boca: das tecnologias do eu ao regime de vida [dissertação]*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2004.
19. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):7-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100002>.
20. Souza ECF. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):24-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100005>.
21. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013.
22. Ferreira NP, Ferreira AP, Freire MCM. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. *Rev Odontol UNESP*. 2013;42(4):304-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000400011>.
23. Samman N, Cheung LK, Tideman H. The buccal fat pad in oral reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1993;22(1):2-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0901-5027\(05\)80346-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0901-5027(05)80346-7). PMID:8459117.
24. Emmerich A, Castiel LD. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: Odontologia dos desejos e das vaidades. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2009;16(1):95-107. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000100006>. PMID:19824333.
25. Warmling CM. Identidade e prática do cirurgião-dentista. *Pro-odonto Prevenção*. 2014;3:31-52.
26. Roncalli AG. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):105-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100018>.
27. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4337-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200006>.

Recebido em: Set. 14, 2017
Aprovado em: Out. 28, 2018