

# Estomatología para el siglo XXI

Alfredo Gómez Castellanos  
Luiza Pizeta Andrade

Facultad de Estudios Superiores  
Zaragoza (UNAM)

## RESUMEN

Desde la década de 1980 en las reuniones de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología y de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO–UDUAL) (UDUAL, 1982) se ha trabajado la interrelación entre el proceso salud–enfermedad y la práctica profesional integral en el campo estomatológico en América Latina. A partir de esos estudios resulta innegable que la estomatología para el siglo XXI debe encararse mediante una visión multidimensional, que permita la vinculación del objeto teórico denominado proceso salud–enfermedad y su relación ineludible con la práctica del oficio. De igual modo, debe encaminarse con el desarrollo técnico y científico hacia una ruptura epistemológica basada en el paradigma de la enfermedad y que ha impedido el avance científico, técnico, social y ético de la profesión.

## ABSTRACT

Since the 80's during meetings from the Organization of Colleges, Schools and Odontology Departments (OFEDO–UDUAL) has been studied the interrelation between a health–illness process and integrated professional practice in the stomatological field

in Latin America. Beginning with this studies result undeniable stomatology for the XXI Century must be faced from a multidimensional point of view which allows to refer to the theoretical subject named a health–illness process along it its unavoidable relationship with integrated professional practice. Likewise, stomatology should be directed toward an epistemology rupture with the development of a technical–scientific knowledge of the profession, based in the paradigm of the disease, which has crippled the scientific, technical, social and ethical development of professional practice.

## INTRODUCCIÓN

La teoría actual de la ciencia, en el ámbito mundial, se configura como una práctica de construcción de modelos, de formulación y solución de problemas que establecen una ruptura con el paradigma cartesiano de reducción y disyunción de la realidad en todos sus elementos a investigar, por una visión enfocada a la descentralización, la relatividad y la incertidumbre (De Almeida, 2000:185). A partir de 1985 se perdió la confianza epistemológica en el paradigma lógico positivista que pregonaba la separación de las ciencias naturales y sociales y se inicia una fase de transición del orden científico hegemónico, bajo señales de crisis hacia un orden científico emergente, en el cual la síntesis o polo catalizador serían las ciencias sociales. Este avance permitiría también la desaparición entre conocimiento científico y conocimiento común, como otro cambio paradigmático de la ciencia en el siglo XXI, donde los objetos teóricos no son estancos y sí componen una galería temática.

A fin de fundamentar el método y las técnicas para la comprensión de la com-

plejidad multidimensional estratégica de los componentes básicos de la profesión estomatológica en México, algunas consideraciones teóricas deben ser hechas. Según Santos «en la ciencia moderna la ruptura epistemológica simboliza el salto cualitativo del conocimiento del sentido común para el conocimiento científico; en la ciencia posmoderna el salto más importante es lo contrario, del conocimiento científico para el conocimiento del sentido común» (Santos, 2007). Se trata, entonces, de una racionalidad hecha de racionalidades, de un conocimiento del conocimiento y para que esta configuración de conocimientos ocurra es necesario invertir la ruptura epistemológica de la ciencia moderna. Lo que es posible en el acto de conocimiento: partir de un punto de ignorancia a un punto de conocimiento, presente en el proyecto de modernidad, donde el conocimiento regulador caracteriza al conocimiento hegemónico; o bien, por el conocimiento emancipado que se desenvuelve del colonialismo hacia la solidaridad como un salto paradigmático de crítica al conocimiento dominante. Son varios los desafíos a ser resueltos: circular el predominio del monoculturalismo en el multiculturalismo; de la descontextualización de sus acciones a la previsión de sus consecuencias; transitar de la objetividad y neutralidad máxima intentando maximizar la objetividad y minimizar la neutralidad, ya que las acciones y la subjetividad son tanto productos como productores de los procesos sociales (Santos, 2005).

Entonces, puede decirse que nos encontramos entre los cambios del paradigma actual de la ciencia clásica basada en el cartesianismo, útil en un nuevo paradigma que bien puede ser denominado cultural–crítico, ecológico o sistémico–profundo, fundamentado en los siguien-

tes criterios (Capra 2004, Morin 1994:87):  
*a)* El reemplazo de la parte para el todo, en el cual la dinámica del todo permite entender las propiedades de las partes y su interrelación con el todo, la hologramaticidad de la realidad en estudio. *b)* De la estructura hacia un proceso dinámico y cambiante, o sea la recursividad de la realidad. *c)* De la ciencia objetiva a la ciencia epistémica, es decir el conocimiento del conocimiento. *d)* De estudios o estudiosos aislados a la construcción del conocimiento en red, la dialogicidad. *e)* De descripciones verdaderas para descripciones aproximadas, en las que la ciencia no proporciona una comprensión completa y definitiva de la realidad.

Desde esta perspectiva se debe instituir el desarrollo del conocimiento integral estomatológico como un campo de las Ciencias de la Salud, que incida en la comprensión integral, teórica y práctica del proceso salud–enfermedad en su componente estomatognático. Debe entenderse este proceso como la articulación de lo biológico–social de los problemas universales de la profesión: caries dental, periodontopatías, mal oclusiones, lesiones de tejidos duros y blandos del sistema estomatognático y cómo se aplican las categorías en la práctica profesional (formación del talento humano, producción de servicios y de conocimientos), que permiten establecer un proceso en permanente construcción. Es por medio de un enfoque multi e interdisciplinario como los componentes de una metódica de la complejidad, pueden lograr un sistema de enseñanza integrado e integral que nos permita realizar cambios en las formas de comprender, reflexionar y aplicar una práctica profesional acorde con la realidad mexicana.

## ARTICULACIÓN DE TEORÍA Y PRÁCTICA

Resulta pertinente insistir en la necesidad de comprender las categorías de la práctica profesional que han sido formuladas por diversos actores que intervienen en la OFEDO–UDUAL. La formación del talento humano, la producción de conocimientos y de producción de servicios permitirán establecer las diferentes maneras de enlace con el objeto de estudio, (proceso salud–enfermedad) y, en consecuencia, una praxis que se suscita de acuerdo con cada uno de los elementos expuestos.

Un componente inicial de la práctica profesional es la formación del talento humano analizada desde los tres paradigmas que la constituyen. Oficialmente la creación de la primera Escuela de Odontología en la Universidad de Maryland, Baltimore (EEUU), comienza su legalidad ante el Estado y surge así el currículum formal en la profesión.<sup>1</sup> Este plan de estudios contemplaba el conocimiento, práctica y resolución de las enfermedades más prevalentes: caries dental y periodontopatías mediante técnicas curativas y rehabilitadoras, además se encuentra vigente con modificaciones en el área biológica en algunas instituciones educativas de nuestro país.

La enfermedad se analiza a través de conocimientos etiológicos, diagnósticos, curativos, sustentados en las ciencias básicas biológicas. Su carácter de enseñanza proporciona los preceptos de un quehacer profesional de tipo curativo, mutilador y rehabilitador en el individuo, sin comprender por completo al ser humano, porque no explica su complejidad y menos aún intenta modificar, favorablemente, su relación con la naturaleza.

<sup>1</sup> «About Us», Dental School, University of Maryland. <http://www.dental.umaryland.edu/history.html>

En 1910 Flexner desarrolla un estudio de la situación de las escuelas de medicina en Estados Unidos, cuyos resultados definieron el modelo del diseño curricular del Hospital Johns Hopkins: «Se intenta asumir firmemente el conocimiento que emplea el médico en su práctica cotidiana en ciencias básicas, sustentadas en el estudio exploratorio y experimental del organismo humano o animal». En otras palabras, el estudio de la medicina y de la odontología debería consistir en una sistematización de las ciencias básicas médico-biológicas, organizadas según la complejidad de los fenómenos en el hombre, que antecedían a las diversas clínicas y terapéuticas (Lorenzano, 2000:36), disciplinas destinadas al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Ese modelo de formación del talento humano, de tipo positivista, basado en las Ciencias Naturales, genera una desintegración del conocimiento biológico clínico, pues la división entre ciencias básicas en los dos primeros años y disciplinas clínicas en los últimos, conlleva a una separación que impide observar su vínculo y, por tanto, obstaculiza el quehacer profesional del estudiante. La consecuencia natural sería un saber derivado de la ciencia experimental, lo cierto es que «se promueve una conciencia profesional eminentemente empírico-práctica que descuida los aspectos teóricos y científicos de la propia disciplina» (Lorenzano, 2000:36). El plan de estudios fue concebido para formar un profesional con un conocimiento total en su área, donde la cantidad fuera prioritaria, es decir un conocimiento desmesurado que para asimilarlo se invirtieran más horas de estudio teórico-prácticas.

Conforme a su organización académica, la mayoría de escuelas en Ciencias de la Salud, incluyendo la estomatología, despliega una planeación de tipo norma-

tiva, propuesta por un número mínimo de expertos y aplicada por la planta docente. A raíz de la división existente entre teoría y práctica se pierde diversos valores: visión integral del paciente como ser humano, ausencia del perfil profesional y conocimientos articulados. Bajo dicha orientación pedagógica, los factores psicológicos y sociales quedan postergados en materias aisladas hasta el final de la carrera y no son consideradas básicas al conocimiento médico o estomatológico.

Dentro del ámbito de la formación del talento humano fue necesario un gran avance en el conocimiento sustentado en la teoría de sistemas, con el fin de evidenciar las limitaciones de ese paradigma y el surgimiento del denominado ecológico. En la década de los sesenta, el Colegio de Odontología de la Universidad de Kentucky inicia el cambio del paradigma de enfermedad para la salud, considerada como el objeto de estudio-trabajo. Sus principios fueron instituidos bajo las condiciones de instruir-formar a un profesional en el campo odontológico que fuese biológicamente encauzado, clínicamente competente y socialmente perceptivo. Para ello se constituye una organización académica que permite una semi-integración de las áreas biológica, clínica y comportamental, mediante la solución de problemas, teniendo como ejes de asociación las disciplinas de patología y clínica.<sup>2</sup> Así, los problemas a resolverse se encuentran explicados por la mediación de una tipificación estructural: huésped-agente-medio ambiente. La intervención de esta tríada puede ser favorable o no en la aparición de los fenómenos a ser estudiados, tomando en cuenta los sistemas biológicos humanos.

<sup>2</sup> «Overview», College of Dentistry, Universidad de Kentucky. <http://www.mc.uky.edu/dentistry/about.html>

El paradigma sobre la base de trabajo–salud considera como respuesta un quehacer profesional que incorpora la prevención, en especial de tipo individual. Si bien continúa sin reflexionar acerca de la historicidad social de los problemas médicos y estomatológicos, mantiene todavía algunas de las características del enfoque anterior: su respuesta es un quehacer profesional de tipo individual, elitista y costoso. También se inician los primeros elementos de una teoría pedagógica que formula la planeación educativa fundamentada en percepciones cognitivas, sensitivas y motoras, contenidas en una tecnología educativa de corte positivista, la cual, a pesar de incorporar aspectos pedagógicos de tipo conductista, es de clase normativa.

Como resultado, en el paradigma odont–sistémico se colocan en un mismo plano lineal, natural–ahistórico, todos los factores de la naturaleza, incluida la sociedad, de manera que logra falsear la realidad, pues reduce la vida humana a su dimensión animal y convierte lo social, cultural e ideológico en factores regulares del medio ambiente. De lo anterior se deduce que los factores ambientales y los factores del agente sólo establecen conexiones externas con el actor humano, con el huésped:

entonces se puede actuar sobre ellos con medidas de tipo ecológico sin necesidad de modificar la organización social, puesto que la misma no los condiciona esencialmente. En consecuencia, queda librada de toda responsabilidad ecológica la estructura social, y todo ajuste de los desequilibrios del ecosistema debe realizarse con la idea de devolver funcionalidad a los

segmentos alterados de ese todo armónico, integrado y equilibrado que es el sistema de la historia natural (Breilh y Granda, 1980:50–72).

Con base en el conocimiento de las ciencias naturales y sociales que consideran su articulación, las relaciones que componen el proceso salud–enfermedad, en América Latina se han iniciado trabajos sobre un nuevo paradigma que se podría denominar sociohistórico. En estudios realizados en las Ciencias de la Salud que componen las asociaciones adheridas a la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL, 1982). En el nuevo modelo predomina la comprensión del fenómeno integral, considerando que existe una relación recursiva, hologramática y dialógica del objeto de estudio proceso salud–enfermedad. En la articulación del conocimiento biológico y social, este último es condicionante general en la aparición de perfiles epidemiológicos favorables o desfavorables para las diferentes clases sociales o grupos organizados que se originan en el plano singular o del individuo. Respecto a la etiopatogenia, marcos clínicos y terapéuticos, cambian profundamente según el momento histórico, el espacio geopolítico, la formación económico–social, las diferentes culturas, las clases sociales y sus formas de reproducción social (Breilh, 2003).

No hay que olvidar que es indispensable utilizar la categoría proceso, porque expresa el carácter dinámico de los hechos vinculados con la salud–enfermedad en todas sus dimensiones. En este sentido, el proceso salud–enfermedad es «la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o po-

tencialidades características, los cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud»<sup>3</sup>. Para la comprensión del proceso salud–enfermedad se debe considerar la complejidad de los procesos y formas de determinación social, tanto en su espacio como en su movimiento. En su dimensión espacial ontológica se establecen tres dimensiones de análisis: general, particular y específica (Breilh, 1986:112); que son las que construyen la unidad del mundo real, y dentro de ella la unidad biológica social, pues se trata de reflexionar sobre la complejidad del fenómeno en estudio.

La dimensión general considera los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y de relaciones sociales que operan en la formación económica–social, como el contexto de una sociedad determinada. Asimismo, comprende las tendencias sociales, económicas, políticas y sociales que permiten diferentes formas de organización colectiva, reconociendo los límites y posibilidades de reproducción de la salud–enfermedad en la sociedad.

En contraste, la dimensión particular comprende los procesos de reproducción social, es decir, aquellos establecidos con relación a la manera que cada clase social realiza su producción y consumo; permite, por lo tanto, conocer la calidad y los patrones de vida determinados por los procesos generales en las diferentes clases sociales, etnias o género. Se trata de una dimensión intermedia de enlace entre los hechos y cambios generales que está mediada por la cultura, el lenguaje, el método, establecidos como procesos protectores o destructivos en oposición permanente. De acuerdo a la

Tabla 1, en esta relación epistemológica del objeto–sujeto se obtiene como resultado una praxis que permitirá retomar los diferentes elementos de la relación de planos para configurar una praxis integral: la formulación de una práctica profesional integral.

Por otro lado, en la dimensión específica, singular, los procesos individuales originan y sustentan el proceso salud–enfermedad, constituyéndose en un nivel concreto y empírico utilizado para comparar inferencias y predicciones establecidas con base en de las dos dimensiones anteriores; es decir, los procesos biológicos generativos individuales son parte del todo de la vida social y, por lo tanto, existe una relación esencial interna y una contradicción entre los procesos morfo–funcionales–fisiopatológicos.

De acuerdo con Matus (Matus, 1987) la planeación a desarrollarse es de tipo estratégico situacional e incluye la explicación del proceso desde el ámbito social, cultural, económico y político hasta la llegada del momento normativo, donde se formula el programa educativo direccional de base y se propugna a través del momento estratégico y sus categorías de viabilidad y procedimientos estratégicos, con el fin de llevarlas a cabo en los periodos táctico y operativo correspondientes. Lo anterior se apoya la pedagogía crítica–grupala que a su vez se halla fundamentada en el diálogo y la pregunta y no en la pedagogía de la respuesta bancaria, cimentada en la sumisión y memoria del maestro y en la repetición del estudiante. Articulando la planeación y la pedagogía crítica se desarrollaría una formación del talento humano basada en la solidaridad, en la participación democrática y con una estrecha vinculación entre teoría y práctica.

En lo referente a la producción de servicios, segundo componente de la prácti-

<sup>3</sup> «About Us», Dental School, University of Maryland. <http://www.dental.umaryland.edu/history.html>

ca profesional, Breilh y Granda proponen tres categorías articuladas entre sí: económica, política y cultural (Breilh y Granda, 1989:9–25). Al interior de la económica se encuentran tres tipos: artesanal, servicio empresarial y servicio social. En el primero el profesional desarrolla todo el proceso de atención individual y la plusvalía se logra por el tiempo dispensado y el alto costo de la atención para el usuario; categoría que describe a grandes rasgos la práctica biomédica tradicional. El segundo se establece bajo la participación de un grupo de profesionales con una división social y técnica del trabajo; la plusvalía se obtiene por la contratación de profesionales a un bajo costo y por un aumento de la productividad o bien por los altos costos de la alta tecnología utilizada. Al final, el tercero converge en los servicios públicos, en especial en el ámbito del gobierno, donde los profesionales son asalariados y no pueden obtener lucro por las actividades desempeñadas.

En la categoría política se distinguen los servicios formal e informal. La producción formal es regulada por el sistema educativo del Estado, por medio de la legalización y regulación de los cursos de profesionalización organizados por las instituciones de Educación Superior. Se subdivide en dos tipos de servicios: el estatal o público y el privado. En cambio, lo informal es desarrollado por los llamados grupos empíricos (curanderos), a los que el Estado desconoce legalmente, no permitiéndoles su intervención en ningún tipo de servicio, sea en el ámbito estatal o privado.

Instituida en el conocimiento empírico, técnico y científico social se halla la categoría cultural de la producción, donde el conocimiento empírico se sostiene en los hechos cotidianos y carece de elementos teóricos que sustenten su práctica; el técnico tiene un inicio de

racionalidad científica; mientras que el conocimiento científico social es entendido como un proceso edificado en un conjunto de saberes, con un alto grado de veracidad científica y elementos teóricos confiables. Por último, en esta práctica profesional aparece la producción de conocimientos, establecida bajo dos grandes tendencias en Ciencias de la Salud y Estomatología: la investigación cuantitativa basada en leyes funcionales, probabilísticas y en los métodos biológico, clínico y epidemiológico tradicionales; y la cualitativa, respaldada en leyes probabilísticas, funcionales y dialécticas, bajo métodos fenomenológicos, etnográficos, de la teoría fundamentada y de la teoría crítica, y de igual modo estudiada en los campos biológico, clínico y epidemiológico.

Cabe recordar que las funciones del saber avanzan de acuerdo con el desarrollo general del sistema social, económico, político y cultural de la sociedad. En la actualidad, por la incidencia de cambios, se prevén nuevas formas de abordaje en la producción del conocimiento científico, con un fuerte énfasis en el método interdisciplinario y en la articulación de la investigación cuantitativa y cualitativa.

## CONCLUSIONES

Gracias a lo señalado con anterioridad, puede afirmarse que la dimensión del objeto de estudio–trabajo y práctica profesional, en lo referente a la dimensión de la teoría organizacional, incide en el tipo de planificación. Así, la teoría normativa se desenvuelve mejor con el problema enfermedad y un «quehacer» económico artesanal e individual; mientras que el problema salud se relaciona con un «quehacer» preventivista individual ubicado en un tipo de planificación sistémica y empresarial; y

la formulación del problema salud–enfermedad se articula con una práctica profesional integral dentro de una planificación estratégica situacional de tipo crítico y cultural que reconoce la conexión entre los procesos sociales y la interdependencia en la transformación del sujeto–objeto y su medio político y cultural.

También, con los desafíos y alternativas encontradas en los conceptos propuestos, es posible enumerar los retos en la relación proceso salud–enfermedad y la práctica profesional, según las dimensiones del método de la complejidad (Morin, 1994:87):

- a) Superar las visiones reduccionista y positivista de tipo biológico.
- b) Romper con la atomización y polarización de saberes que tienden a la hiperespecialización.
- c) Salvar el obstáculo de la autogestión y sustentar la cultura de la salud.
- d) Resolver la disyuntiva permanente entre el plano teórico epistemológico y el plano empírico, usando el realismo dialéctico.
- e) Pasar de acciones del polo de la enfermedad, fomentando acciones integradas, hacia el polo de la salud.

La probabilidad de un horizonte de esta naturaleza no es utópica. Tampoco lo es concebir que el proceso salud–enfermedad es un fenómeno histórico, dinámico, complejo, incierto, y que para aproximarse a él es necesario utilizar una teoría crítica que incluya el realismo dialéctico como el método que permita conocer sus interacciones, complementariedades, diferencias, incertidumbres, hologramaticidad, dialógica y recursividad, que a su vez establezcan las bases de una práctica profesional integral acorde con la realidad mexicana.

No obstante, la viabilidad de cualquier elección está dispuesta por el trabajo de construcción del conocimiento en Escuelas y Facultades de Estomatología de los Institutos de Educación Superior y por los productos que consigan consolidar. El futuro no pertenece a una opción, por más poderosa que ésta sea, pues al final es, en última instancia, de quienes lo dominan y sistematizan para sí, para los otros y para todos los actores sociales involucrados.

TABLA 1  
PRÁCTICA PROFESIONAL: FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO

ENFOQUES	CARACTERÍSTICAS
FLEXNERIANO	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disciplinaria: Teorías básicas y presupuestas</li> <li>-Objeto de estudio: La enfermedad</li> <li>-Quehacer: Individual, curativo, costoso, elitista</li> <li>-Pedagogía: Individual</li> <li>-Diseño curricular: Disciplinas desintegradas</li> <li>-Planeación: Normativa</li> </ul>
ECOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disciplinaria: Ciencias biológicas y ciencias sociales</li> <li>-Objeto de estudio: La salud</li> <li>-Quehacer: Preventivo, individual, costoso, elitista</li> <li>-Pedagogía: Individual-Grupal</li> <li>-Diseño curricular: Áreas desintegradas</li> <li>-Planeación: Pedagógica-Normativa</li> </ul>
LATINOAMERICANO	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Multi/Interdisciplinaria</li> <li>-Objeto de estudio: Proceso salud-enfermedad</li> <li>-Práctica profesional: Formación de recursos humanos, producción de servicios, producción de conocimientos para la prevención integral / profunda</li> <li>-Diseño curricular: Sistema de enseñanza modular (Integración del conocimiento)</li> <li>-Pedagogía: Grupal crítica / teoría-práctica</li> <li>-Planeación: Estratégica</li> </ul>

TABLA 2  
PRÁCTICA PROFESIONAL: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

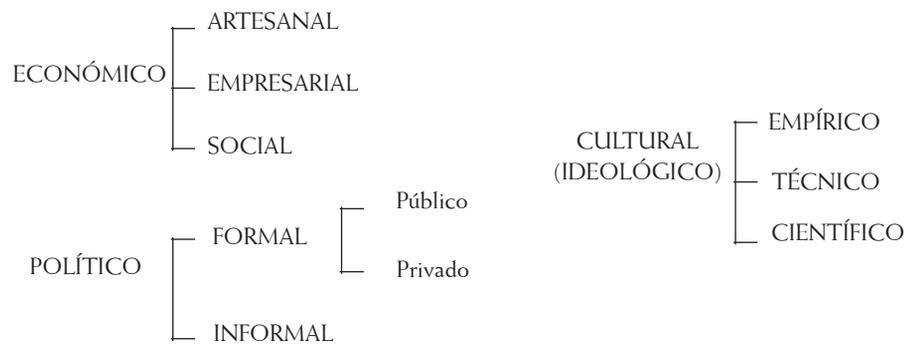
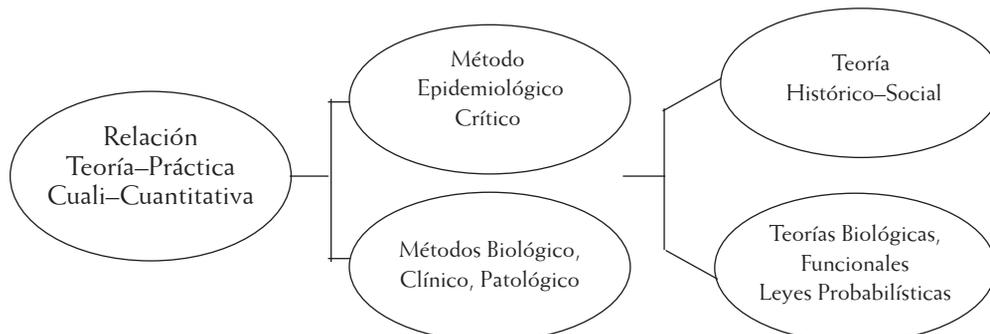


TABLA 3  
PRÁCTICA PROFESIONAL: PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Breilh, J. (1986). *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*, Fontamara, tercera edición, México.
- \_\_\_\_\_ (2003). *Epidemiología Crítica*, Lugar, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ y E. Granda (1980). *Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía Pedagógica sobre un nuevo Enfoque del Método*, CEAS, Quito.
- \_\_\_\_\_ (1989). «Situación y tendencias de los recursos humanos odontológicos en el Ecuador», en *Salud Problema*, No. 16, pp. 9–25.
- Capra F. (2004). *O Ponto de mutação*, Editora Cultrix, Sao Paulo.
- De Almeida F. N. (2000). *A ciencia da saúde*, Hucitec, Sao Paulo.
- Laurell, A. C. (1994). «Sobre la concepción biológica y social del Proceso Salud–Enfermedad», en Rodríguez, M. I. (Coord.). *Lo Biológico y lo Social. Su articulación en la formación del Personal de Salud*, OPS / OMS, Washington.
- Lorenzano, C. (1994). «La Estructura Teórica de la Medicina y las Ciencias Sociales», en Rodríguez, M. I. (Coord.). *Lo Biológico y lo Social. Su articulación en la formación del Personal de Salud*, OPS / OMS, Washington.
- Matus C. (1987). *Planificación estratégica situacional*, OPS, Washington.
- \_\_\_\_\_ *Memorias de la Reunión de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología*, UDUAL, México, 1982.
- Morin, E. (1994). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Gedisa, Barcelona. <http://www.mc.uky.edu/dentistry/about.html>, 2010
- Santos B. (2005). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*, Cortez Editora, quinta edición, Sao Paulo.
- Santos S. B. (2007). *Renovar a teoria crítica e renovar a emancipação social*, Bom Tempo, Sao Paulo.