

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

**Novos
Paradigmas de
Abordagem na
Medicina Atual 3**



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Novos Paradigmas de Abordagem na Medicina Atual 3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
N945	Novos paradigmas de abordagem na medicina atual 3 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Novos Paradigmas de Abordagem na Medicina Atual; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-636-2 DOI 10.22533/at.ed.362192709 1. Medicina – Pesquisa – Brasil. 2. Pesquisa médica. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 610.9
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.brp

APRESENTAÇÃO

Com enorme satisfação apresentamos mais um trabalho dedicado às atualidades e novas abordagens direcionadas à medicina.

A evolução do conhecimento está intrinsicamente contida no avanço da pesquisa em saúde, assim como nas aplicações e conceitos que surgem relacionados à clínica, diagnóstico e tratamento. Compreender e caracterizar esses novos paradigmas fazem parte de uma carreira acadêmica sólida na área médica.

Novos modelos e propostas aplicados ao estudo da medicina tem sido vivenciados pela nova geração, assim como novas ferramentas que compõe um cenário de inovação e desenvolvimento. Assim, é relevante que acadêmicos e profissionais aliem os conhecimentos tradicionais com as novas possibilidades oferecidas pelo avanço científico.

Portanto neste trabalho constante de apresentar novas estratégias e abordagens na medicina atual, trabalhos desenvolvidos com enfoque direcionado ao diagnóstico, psiquiatria, cirurgia, *Aspergilose*, Medicina Tradicional Chinesa, neoplasias retais, qualidade de vida, Doença Renal Crônica, processo saúde-doença, Saúde Coletiva, terapia do riso, cicatrização, Plasma Rico em Plaquetas, Vitamina C, saúde do idoso, Medicina baseada em evidência, Hemangioendotelioma, neurofibromatose, implante coclear, reabilitação, genética, saúde da criança, comunicação, humanização, vírus Chikungunya, carcinoma urotelial, diagnóstico precoce. doença potencialmente curável, Mentoring, medicina legal, identificação humana, crânios, Enteroparasitoses dentre outros diversos temas atuais e relevantes.

Deste modo a obra “Novos Paradigmas de Abordagem na Medicina Atual 3” apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Desejo à todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A AÇÃO FITOTERÁPICA DAS FOLHAS <i>Averrhoa carambola</i> L. NO COMBATE AO DIABETES MELLITUS	
Lucas Ferreira Costa Kelly Cristina Barbosa Silva Santos Jean Tiago Correia Lima Alex Teófilo da Silva Maria Gleysiane Souza dos Santos Saskya Araújo Fonseca Daniela Calumby de Souza Gomes Sâmea Keise Oliveira da Silva Thiago José Matos Rocha Mayara Andrade Souza Jessé Marques da Silva Júnior Pavão Aldenir Feitosa dos Santos João Gomes da Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3621927091	
CAPÍTULO 2	10
A CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS “DE PINEL A FREUD”: O JOGO PARADIGMÁTICO DO SINTOMA “PSI”	
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo	
DOI 10.22533/at.ed.3621927092	
CAPÍTULO 3	23
A IMPORTÂNCIA DE BOAS PRATICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA TRANSFUSIONAL	
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho Erika Layne Gomes Leal Vitor Kauê de Melo Alves Gabriela da Costa Sousa Ediney Rodrigues Leal Amadeu Luis de Carvalho Neto Larruama Soares Figueiredo de Araújo Layreson Teylon Silva Fernandes de Sousa Líbia Fernandes Oliveira Lima Fabbyana Rego Tavares Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa Lausiana Costa Guimarães Allyne Kelly Carvalho Farias Cynthia Karolina Rodrigues do Nascimento Josiel de Sousa Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.3621927093	
CAPÍTULO 4	29
INFLUÊNCIA DA TÉCNICA ROLE PLAYING NO ENSINO DA DISCIPLINA DE GESTÃO EM SAÚDE NO COTIDIANO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Ana Gabriela Freitas Borges Amanda Sampaio Carrias Emiliano Miguel Esteves dos Santos Julia De Sousa Caroba Vanessa Cristina de Castro Aragão Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.3621927094	

CAPÍTULO 5	33
A RECONSTRUÇÃO DA SAÚDE MENTAL: A LOUCURA E POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO	
Rachid Figueirôa Souza	
Mirian Daiane de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.3621927095	
CAPÍTULO 6	41
A RELEVÂNCIA DAS PRÁTICAS FUNCIONAIS NA FORMAÇÃO HOLÍSTICA DO ACADÊMICO DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Gabriel Barbosa de Carvalho Matos	
Natália Filardi Tafuri	
Adriano Pereira Daniel	
Arthur Araújo Solly	
Ana Clara Rosa Coelho Guimarães	
Antônio Régis Coelho Guimarães	
Caroline Rodrigues Marques	
Gabriel Garcia Borges	
Gustavo Oliveira Tawil	
Júlia Alves Campos Carneiro	
Lara Cruvinel Fonseca	
Luís Henrique Pires Bessas	
Mariana Alves Mota	
DOI 10.22533/at.ed.3621927096	
CAPÍTULO 7	48
ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA MORBIDADE HOSPITALAR POR ABORTO NA REGIÃO NORDESTE, JANEIRO A JUNHO DE 2017	
Marina Maria Santos Alves	
Gledson Lima Alves Junior	
Luciana Santana Santos Alves	
Izabella Vasconcelos de Menezes	
Luana Aragão Rezende	
Ianne Almeida Santos Silva	
Gabriella Vasconcelos de Menezes	
Naiana Mota Araujo	
Edizia Freire Mororó Cavalcante Torres	
Maria Ione Vasconcelos de Menezes	
Nayra Santana dos Santos	
Danielle Lobão Nascimento	
DOI 10.22533/at.ed.3621927097	
CAPÍTULO 8	52
ANASTOMOSE DUODENAL DIAMOND-SHAPE COMO TRATAMENTO DE MEMBRANA DUODENAL COM MANIFESTAÇÃO ATÍPICA: UM RELATO DE CASO	
Ana Paula Possar do Carmo	
Katie Caterine Scarponi Senger	
Mário Guilherme Aparecido Brasileiro	
Luis Ricardo Longo dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.3621927098	

CAPÍTULO 9	57
ANESTÉSICO LOCAL PARA LIBERAÇÃO DE PONTOS GATILHO EM SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL	
Ana Paula Oliveira Maciel	
Henyara Cristine da Silva	
Bruna Marcela de Souza	
Matheus Henrique Lopes Dominguet	
José Dias Silva Neto	
DOI 10.22533/at.ed.3621927099	
CAPÍTULO 10	75
ASPERGILOSE INVASIVA: PREVALÊNCIA E RELEVÂNCIA CLÍNICO-LABORATORIAL	
Clever Gomes Cardoso	
Maria de Lourdes Breseghelo	
Flávia Liara Massaroto Cessel Chagas	
Evandro Leão Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.36219270910	
CAPÍTULO 11	88
AURICULOTERAPIA PROMOVE MELHORAS NOS SINTOMAS DO OMBRO DOLOROSO: UM ESTUDO DE CASO	
Maria Eduarda Leite Facina	
Juliano Yasuo Oda	
DOI 10.22533/at.ed.36219270911	
CAPÍTULO 12	89
AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS ASSOCIADOS A ANTIPSICÓTICOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA	
Juliana Boaventura Avelar	
Thays Millena Alves Pedroso	
Camilla de Lima e Silva	
Alice Tâmara Carvalho Lopes	
Marcos de Oliveira Cunha	
Luis Henrique da Silva Lima	
Paulo Ricardo dos Santos	
Daniela de Melo e Silva	
Ana Maria de Castro	
Michelle Rocha Parise	
DOI 10.22533/at.ed.36219270912	
CAPÍTULO 13	101
CIRURGIA BARIATRICA: REVISÃO NARRATIVA	
Tayna Vilela Lima Goncalves	
Maria Claudia Hernandez Rodrigues	
Daniela Capelette Basile Bonito	
Thaciane Karen Ribeiro	
Felipe de Oliveira	
Osmar de Oliveira Ramos	
DOI 10.22533/at.ed.36219270913	

CAPÍTULO 14 113

CIRURGIAS DE CÂNCER COLORRETAIS E SÍNDROME DA RESSECÇÃO RETAL ANTERIOR:
COMPLICAÇÕES E IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA

David Sammuél Dantas Torres
Yolanda de Melo Omena Lira
Maria Hercília Vieira Melo Ramalho
Ohanna Núria Nunes Pereira Inácio de Queiroz
Daisy Texeira de Menezes
Ana Letícia Gomes de Andrade
Raphael Formiga Medeiros Maciel
Francisco Arley Lima Lacerda
José Reinaldo Riquet de Siqueira
Jamara Batista da Cruz
Janara Batista da Cruz
Regiane Clarice Macedo Callou

DOI 10.22533/at.ed.36219270914

CAPÍTULO 15 121

CORRELAÇÃO ENTRE VITAMINA D E O CÂNCER DE MAMA

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Lausiana Costa Guimarães
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Hortensia da Silva Lima Cruz
Elizângela de Carvalho Nunes
Lethicia Beatriz Lima de Mesquita
Gerson Tavares Pessoa
Lillian Lettiere Bezerra Lemos Marques
Ana Marcia da Costa Cabral
Lígia Lages Sampaio
Even Herlany Pereira Alves
Cláudia Lorena Ribeiro Lopes
Víctor Lucas Ribeiro Lopes
Valéria Moura de Carvalho
José de Siqueira Amorim Júnior

DOI 10.22533/at.ed.36219270915

CAPÍTULO 16 129

DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D EM PACIENTES COM MAIS DE 10 ANOS DE PÓS-OPERATÓRIO
DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Débora Puzzi Fernandes
Wilson Salgado Junior
João Almiro Ferreira Filho
Daniel Martone
Camila Scalassara Campos Rodrigues
Carla Barbosa Nonino

DOI 10.22533/at.ed.36219270916

CAPÍTULO 17 141

DESEMPENHO DA LOCALIZAÇÃO DO SOM E DISCRIMINAÇÃO DA FALA COM O AJUSTE DO EFEITO SOMBRA DA CABEÇA NA AUDIÇÃO BIMODAL SIMULADA EM OUVINTES NORMAIS: UMA RESENHA CRÍTICA

Luciana Castelo Branco Camurça Fernandes
Kelly Cristina Lira de Andrade
Ilka do Amaral Soares
Aline Tenório Lins Carnaúba
Klinger Wagner Teixeira da Costa
Fernanda Calheiros Peixoto Tenorio
Ranilde Cristiane Cavalcante Costa
Thaís Nobre Uchôa Souza
Maria de Fatima Ferreira de Oliveira
Pedro de Lemos Menezes

DOI 10.22533/at.ed.36219270917

CAPÍTULO 18 146

DIFICULDADE DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: CORRELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E CÂNCER DE MAMA

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Francisca Brunna Santana de Oliveira
Talita de Arêa Santos
Talissa Brenda de Castro Lopes
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Jefferson Carlos da Silva Oliveira
Francisca Edinária de Sousa Borges
Elizângela de Carvalho Nunes
Edna Nagela da Silva Maciel
Maxkson Messias de Mesquita
Gerson Tavares Pessoa
Lillian Lettiere Bezerra Lemos Marques
Nerley Pacheco Mesquita
Ana Marcia da Costa Cabral
Kauan Gustavo de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.36219270918

CAPÍTULO 19 152

DOENÇA ÓSSEA DE ALTO TURNOVER EM PACIENTE COM HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO E DOENÇA RENAL CRÔNICA

Igor Gonçalves Sant'Ana
Giulia Alves Sorrentino
Kaio Lucas Pereira Neves Barbosa
Paola Cristina de Oliveira Borba
Kamilla Azevedo Bosi
Patrícia Reis de Mello Freitas
Alice Pignaton Naseri
Dyanne Moysés Dalcomunne

DOI 10.22533/at.ed.36219270919

CAPÍTULO 20 158

PREVALÊNCIA DE ENTEROPARASITÓSES EM CRIANÇAS DE UM CONJUNTO HABITACIONAL DO MUNICÍPIO DE SENADOR CANEDO, GO, BRASIL

Valéria de Oliveira Mendes Zanon
Liliane Cristina do Couto Lopes
Lucas Amadeus Jesus Sousa
Síntia de Oliveira Araújo
Walmirton Bezerra D'Alessandro
Benedito R. Da Silva Neto

DOI 10.22533/at.ed.36219270920

CAPÍTULO 21 175

EFEITOS DO PLASMA RICO EM PLAQUETAS NA CICATRIZAÇÃO EPITELIAL EM RATTUS NORVEGICUS

Matheus Gaspar de Miranda
David Wesley Ribeiro Muniz
José Campelo de Sousa Neto
Andréa Pinto da Costa
Glaydyson Wesley Freire Lima
Laana Kesia Ribeiro Muniz
Mariana Pinto de Sousa Pachêco
Bianca Maria Aguiar de Oliveira
Leonardo Teles Martins Mascarenhas
Rubens Moura Campos Zeron
Julyana da Costa Lima Cavalcante
Débora dos Reis Soares

DOI 10.22533/at.ed.36219270921

CAPÍTULO 22 186

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Gustavo Jerônimo Dias dos Santos
Iago Gabriel Evangelista Alves
Janaína Paula de Farias Leite
Marco Túlio Leal Batista

DOI 10.22533/at.ed.36219270922

CAPÍTULO 23 195

ESTUDO DO NERVO VAGO E A FORMAÇÃO DE PLEXO VAGAL PARASSIMPÁTICO EM CADÁVER HUMANO

Paulo Ricardo dos Santos
Miliane Gonçalves Gonzaga
Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini
Polyanne Junqueira Silva Andresen Strini

DOI 10.22533/at.ed.36219270923

CAPÍTULO 24 199

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO PIAUÍ, DE 2007 A 2015

Joyce Laíse Silva Duarte
Danniel Andrade da Rocha Nascimento
Mateus Aguiar da Costa Lopes
Ana Cecília Almeida Alaggio Ribeiro
Ulli Estrela de Carvalho Mendes
Augusto César Evelin Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.36219270924

CAPÍTULO 25 209

ESTUDO MORFOMÉTRICO DO PROCESSO ODONTÓIDE E SUA RELAÇÃO COM O SEXO EM ÁXIS DE ADULTOS

Elisandra de Carvalho Nascimento
Beatriz Mariana de Andrade Guimarães
Fernanda Maria de Castro Menezes
Hayanna Cândida Carvalho de Souza
Jéssica Oliveira Cunha Barreto
Valéria Raquel Rabelo Trindade Santos
Erasmus de Almeida Júnior

DOI 10.22533/at.ed.36219270925

CAPÍTULO 26 216

FUNCIONALIDADE DO IDOSO NOS DIVERSOS SETORES DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Gustavo Henrique Martins Rodrigues Montalvão
Gabriel Borges Veloso Bernardes
Luís Guilherme Fernandes Costa Lima
Igor Adeberto Pereira de Souza Lessa de Castro
Guilherme Henrique Cesar
Igor Fernando Costa
Gabriel Bahia Arantes Bizinotto
Juliana Dias Reis Pessalacia

DOI 10.22533/at.ed.36219270926

CAPÍTULO 27 230

GLICEMIA E ESTADO NUTRICIONAL: CORRELAÇÃO DO PERFIL GLICÊMICO COM O ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO POVOADO SERRA DO MACHADO - SE

Joanna Helena Silva Fontes Correia
Beatriz Pereira Rios
Gustavo Henrique Barboza Nascimento
Roberta de Oliveira Carvalho
Marcela de Sá Gouveia
Caroline Ramos Barreto
Helen Lima Gomes
Beatriz Costa Todt
Jessica Keyla Matos Batista
Leticia Prata de Britto Chaves
Gabriela de Oliveira Peixoto
Felipe Neiva Guimarães Bomfim
Halley Ferraro Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.36219270927

CAPÍTULO 28	235
HABILIDADES PROFISSIONAIS NO INCREMENTO DO ENSINO E NA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS	
Amanda Rocha Dorneles	
Frances Débora Ferreira de Deus	
Maura Regina Guimarães Rabelo	
Natália de Fátima Gonçalves Amâncio	
DOI 10.22533/at.ed.36219270928	
CAPÍTULO 29	246
HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME: RELATO DE CASO	
Andréa Danny Vasconcelos Câncio	
Ana Lorena de Carvalho Lima	
Carlos Henrique Rabelo Arnaud	
Bruno Dominici Marinho	
Laís Fernanda Vasconcelos Câncio	
Marcelo Coelho Vieira Albuquerque	
Ubiratan Martins dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.36219270929	
CAPÍTULO 30	249
HETEROTOPIA GLIAL NASAL: RELATO DE CASO	
Andréa Danny Vasconcelos Câncio	
Carlos Henrique Rabelo Arnaud	
João Orlando Correia Veras	
Laís Fernanda Vasconcelos Câncio	
Marcelo Coelho Vieira Albuquerque	
Ubiratan Martins dos Santos	
Ana Lorena de Carvalho Lima	
DOI 10.22533/at.ed.36219270930	
SOBRE O ORGANIZADOR	253
ÍNDICE REMISSIVO	254

A CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PSQUIÁTRICOS “DE PINEL A FREUD”: O JOGO PARADIGMÁTICO DO SINTOMA “PSI”

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ,
Rio de Janeiro-RJ

RESUMO: Neste escrito, faremos uma contextualização histórica para compreendermos como os diagnósticos psiquiátricos foram produzidos ao longo dos tempos, desde Philippe Pinel (1745-1826), passando pelos estudos de Kraepelin (1856-1926), até Freud (1856-1939), entendendo que é importante olhar para o passado para analisarmos como se dão os processos atuais de construção diagnóstica. Nesse sentido, observamos as disputas teórico-epistemológicas que colaboraram para o nascimento da Psiquiatria enquanto especialidade médica e que nos ajudam a pensar sobre a emergência de determinados paradigmas que a fundamentaram.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico. Psiquiatria. Paradigma.

THE CONSTRUCTION OF PSYCHIATRIC
DIAGNOSTICS “FROM PINEL TO FREUD”:
THE PARADIGMATIC GAME OF THE
SYMPTOM “PSI”

ABSTRACT: In this article, we will make a historical contextualization to understand how

psychiatric diagnoses were produced over time, from Philippe Pinel (1745-1826), through the studies of Kraepelin (1856-1926), until Freud (1856-1939), as we understand. It is important to look to the past to analyze how the current processes of diagnostic construction take place. In this sense, we observe the theoretical-epistemological disputes that contributed to the birth of Psychiatry as a medical specialty and help us to think about the emergence of certain paradigms that founded it.

KEYWORDS: Diagnosis. Psychiatry. Paradigm.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2013, houve o lançamento da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) realizado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), com um acréscimo de 12% de categorias diagnósticas em relação a versão anterior e a introdução do conceito de “dimensão” neste manual, que foi debatido nas últimas décadas do século passado e no começo do séc. XXI (APA, 2013). Além disso, no dia 18 de junho de 2018, a OMS lançou a 11ª Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (CID-11), para visualização e consulta virtual a nível mundial, que pode ser acessada pelo link: <https://icd.>

who.int/browse11/l-m/en (WHO, 2018).

Ambas as classificações trouxeram novos diagnósticos psiquiátricos que estão (ou estarão) sendo utilizados para nomear as pessoas ao redor do mundo, produzindo modos de ser sujeito (HACKING, 2006). Vislumbrando a significância dessas classificações, é importante olharmos para o passado para entendermos como se dão os processos de construção diagnóstica atuais. Nesse sentido, cabe indagar: como se constituiu o processo de construção diagnóstica em psiquiatria? Quais saberes foram (in)visibilizados, ao longo da história, para fundamentar essa construção?

Para responder esses questionamentos, faremos uma contextualização histórica para compreendermos como os diagnósticos psiquiátricos foram produzidos aos longo dos tempos, desde Philippe Pinel (1745-1826), passando pelos estudos de Kraepelin (1856-1926), até Freud (1856-1939). Contudo, pensar a construção de diagnósticos psiquiátricos exige-nos, de antemão, compreender o conceito moderno de doença e sua diferenciação para as manifestações “psi”, que faremos a seguir.

2 I DA “DOENÇA” AO “TRANSTORNO”, DO SABER BIOMÉDICO À SÍNDROME

Na obra “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1987) discorreu sobre o movimento que a medicina realizou com relação a sua forma de olhar o doente e a doença: do diagnóstico que era feito com base em um sistema classificatório, oriundo da botânica, que distribuía as entidades nosológicas em grupos, até a observação da doença como sendo localizada no corpo, sediada em um órgão. Foucault analisou como a medicina moderna se constituiu do século XVIII ao início do século XIX, desde o momento em que o médico questionava ao doente sobre “como ele se sentia”, para se voltar ao questionamento sobre “aonde doía”.

A obra foucaultiana nos faz refletir como o modelo contemporâneo de exercício da medicina se assenta no paradigma moderno de ciência, que aproxima o saber sobre a doença e o doente dos estudos empíricos sobre o corpo e da racionalidade das “ciências duras”. Enraizada no mecanicismo e na causalidade linear dos processos de adoecimento, a medicina encontrou no fenômeno da materialização da doença, um terreno aparentemente firme e fértil para a estabilização de seus pressupostos científicos.

Canguilhem (2005), na obra “Escritos sobre a Medicina”, chamou atenção ao modo como as doenças foram sendo, sucessivamente, localizadas no organismo, no tecido, na célula, no gene, na enzima, em um movimento contínuo de busca pela entidade doença. Tal fato era acompanhado de uma crescente produção de exames e tecnologias médicas, que eram utilizados para localizar qual engrenagem não estava funcionando bem na “máquina humana” para corrigi-la, ou ainda qual agente patógeno desencadeava o seu mau funcionamento. Essa avaliação foi e continua sendo feita na sala de autópsia, no laboratório de exames físicos (ótico, elétrico,

radiológico, ultrassonográfico, ecográfico), químicos ou bioquímicos.

O autor, ao falar sobre doença, em “O Normal e o Patológico”, se referia a uma restrição da margem de segurança e da compensação às agressões do meio, assim sendo, esse processo compreende a possibilidade de uma pessoa tornar-se enferma, sendo essa uma característica essencial da fisiologia humana, logo, adoecer faz parte da vida, não é preciso viver a doença como sendo uma degradação, ou uma desvalorização dessa. “Sendo a vida não apenas submissão ao meio, mas instituição do seu próprio meio, inovação e criação perpétuas” (CANGUILHEM, 2014, p. 76).

Para Canguilhem (2014), o meio é adverso, todavia a pessoa tem a possibilidade de instaurar novas normas, mudar suas formas de reação, constituir-se normativamente. Então, podemos considerar que o sujeito adoece e instaura outras possibilidades de vivência, visto que tornar-se doente faz parte do substrato humano, todavia a doença se constitui como uma norma inferior em relação à saúde.

Trazendo outros autores para pensar sobre a constituição do estatuto da doença, podemos citar Camargo Jr. (1993) em sua Tese sobre a “A Construção da Aids: racionalidade médica e estruturação das doenças”. O autor discorreu a respeito dos eixos que caracterizariam a produção das doenças, a partir de uma leitura de Foucault sobre sua formação, entendendo a doença não como entidade, não como essência, mas como sendo construída a partir de formações discursivas, articuladas ao longo da história. Todavia, não nos deteremos a apresentar a constituição histórica da medicina para tornar-se ciência, o que nos interessa, nesse momento, é quais eixos são mobilizados, ao longo da história, para que a doença (como a conhecemos atualmente) seja produzida.

Mais adiante, no texto intitulado “O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico”, Camargo Jr. (2013) apresentou quatro eixos para descrever como o processo de construção da doença (de um modo geral) ocorre na medicina, os quais seriam:

a) epidemiológico: disciplina epidemiologia; tem como categoria central o risco; a definição de doença por meio do risco significativo; o método característico é o observacional/estatístico;

b) explicativo: disciplina fisiopatologia; tem como categoria central a causa; a definição de doença como processo; o método característico é o experimental;

c) morfológico: disciplina anatomia patológica; tem como categoria central a lesão; a definição de doença se dá pela expressão de lesão(ões); o método característico é o descritivo;

d) semiológico: disciplina clínica; tem como categoria central o caso; a definição de doença é semiológica; o método característico é o indiciário/observacional.

O primeiro eixo é oriundo da segunda metade do século XX, diz respeito a doença como sendo definida a partir de sinais de risco que um grupo apresenta mediante a observação de padrões verificáveis em uma determinada população. Para o autor, “pela primeira vez na história da medicina, definiu-se uma doença a

começar da variação numérica de um dado parâmetro (no caso, a pressão arterial), sendo a fronteira normal/patológica determinada por um estudo epidemiológico” (CAMARGO JR., 2013, p. 190), de modo que não sejam verificadas lesões que expliquem a patologia.

O segundo eixo se desenvolve a partir da segunda metade do século XIX, apresenta a caracterização de doença como processo. É o eixo da fisiopatologia e da indução de doenças em animais, para fundamentar a explicação causal do desenvolvimento “natural” das doenças. Nesse eixo, o saber médico se aproxima das “ciências duras” ao assentar a produção do conhecimento no modelo biológico.

O terceiro eixo se constitui pela descrição da localização anatomopatológica da doença. Influenciado pelo movimento iluminista e pela abertura dos cadáveres, consolida-se num período que vai do final do século XVIII aos primeiros anos do século XIX, em que o saber médico vai se deter a descrição de lesões patológicas para localizar a doença no corpo do doente.

O quarto eixo diz respeito a clínica propriamente dita e ao processo de agrupamento dos sinais e sintomas em categorias diagnósticas, tomando por base o modelo das classificações dos taxonomistas do século XVIII. Este eixo comporta o desenvolvimento de dois movimentos: a individualização e a generalização, assim sendo o caso individual é localizado no inventário de um grupo. Segundo Camargo Jr., nesse movimento, a clínica se aproxima da epidemiologia, cabendo a esta fornecer à clínica a evidência necessária para sua legitimação, através de modelos matemáticos/probabilísticos. Assim como, a produção do conhecimento da epidemiologia está subordinada à clínica pela necessidade de definição das doenças, estando ambas as disciplinas subordinadas ao conhecimento biológico. A articulação entre essas duas disciplinas - a clínica e a epidemiologia - possibilita a caracterização genérica de uma dada doença, a partir do estabelecimento causal entre essa e os possíveis agentes etiológicos.

Tomando por base esses quatro eixos, podemos considerar o processo de construção de uma doença da seguinte maneira: há a identificação de um marcador biológico específico de uma determinada doença, seja um agente patógeno, causador da enfermidade (vírus, bactérias, parasitas de um modo em geral), ou a “descoberta” de uma lesão patognomônica no organismo; ou se realiza uma correlação de determinados marcadores biológicos em relação a uma média encontrada na população; e é feita a distinção entre a doença que acomete o enfermo de outras doenças, que podem gerar sintomas semelhantes.

Mas, para a construção das “doenças mentais” é feito esse mesmo movimento? Visto que a ausência do marcador biológico específico faz parte da própria (in)definição da psiquiatria e, historicamente, ao se encontrar um marcador biológico, a patologia passa a ser de domínio de outra área da medicina, como a neurologia, no caso da Epilepsia, do Retardo Mental e da Paralisia Geral. Além disso, as “fronteiras” que separam uma perturbação mental de outra não são claras, logo, várias enfermidades

psiquiátricas podem apresentar (e geralmente apresentam...) sintomas semelhantes. Então, o que caracterizaria um diagnóstico psiquiátrico?

Para Aguiar (2004), o diagnóstico psiquiátrico é *sindrômico*, justamente por guardar sempre certo grau de indeterminação. Os instrumentos de levantamento do diagnóstico em psiquiatria são fundados no interrogatório e na observação daquele que sofre, assim sendo, o ato diagnóstico depende da avaliação subjetiva de ambos: profissional de saúde e paciente.

O processo se dá da seguinte forma: os sintomas são compreendidos a partir daquilo que a pessoa refere de seu processo de adoecimento e os sinais são definidos pela observação ao examiná-la. Na organização do raciocínio clínico, as síndromes são organizadas a partir da especificação do conjunto de sinais e sintomas conhecidos. Os diagnósticos psiquiátricos são *sindrômicos*, porque designam grupos de sinais e sintomas em que o processo patológico de base é totalmente desconhecido, o que não permite a aplicação de um diagnóstico nosológico, como nas doenças somáticas em geral.

Nesse sentido, as síndromes caracterizam enfermidades com causas desconhecidas. Elas indagam o paradigma biomédico como estatuto de verdade, que sustenta o modelo clínico-epidemiológico de definição das doenças, tradicionalmente utilizado nas práticas médicas.

Para Aguiar (2004), a noção de transtorno (*disorder*) passou a ser utilizada no lugar da noção de doença (*disease*), justamente em função do uso inapropriado desse conceito, que não cabia às perturbações mentais. Além disso, para discorrer sobre “transtorno”, precisamos refletir acerca dos conceitos de normal e patológico, bem como sobre os marcadores sociais, culturais e históricos que os atravessam.

Tal como refletiram Cláudio Banzato e Mário Pereira (2014), tanto o fenômeno estudado, quanto a própria psiquiatria tem uma dupla face, que se apresentam na integridade do organismo, cunhada nas normas biológicas mas não redutíveis a ela, e nos fatos e valores, construídos sócio, cultural e historicamente. “Haveria, por assim dizer, uma tensão agonística de fundo na psiquiatria entre a objetividade biológica e a errância do humano que não pode ser eliminada ou evitada. Este seria seu verdadeiro nó górdio” (p. 39-40).

Por outro lado, essa tensão agonística contribui para que possamos refletir sobre uma das características advindas do sofrimento humano, a possibilidade de lidar com nossa angústia vital, que constitui nossa existência, o nosso “ser-no-mundo” e perpassa a busca do sentido, que só pode ser encontrado na experiência singular, como bem destacava Heidegger (1996). Mas, nem todos os estudiosos deste fenômeno partiram de tal perspectiva, a história da constituição da Psiquiatria e de seu objeto de estudo é marcada por embates, controvérsias e disputas que se confundem. Assim sendo, o “nó górdio” que constitui essa especialidade médica, muitas vezes, foi observado (ou ainda é) como um problema complexo que precisa(va) ser solucionado. Destarte, há séculos alguns tentaram desatar esse nó,

outros desistiram, houve, ainda, os que, sem êxito, tentaram cortá-lo. Nesse sentido, é importante observarmos essas disputas teórico-epistemológicas que colaboraram para o nascimento da Psiquiatria e que nos ajudam a pensar sobre a emergência de determinados paradigmas que a fundamentaram.

3 | O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DIAGNÓSTICA

Ainda no século XVIII, o médico francês Philippe Pinel (1745-1826) forneceu o conjunto do *corpus* teórico da ciência alienista, como também foi o primeiro a caracterizar o conjunto dessa teoria na prática hospitalar. Sua obra teórica, “*Nosographie Philosophique*” (1797), foi um dos grandes sistemas classificatórios do século XVIII, fundamentado na coleta metódica de sinais e sintomas das perturbações mentais. A constituição de uma ciência da “alienação mental” começou a ocorrer na Europa através do “método filosófico” pineliano, que se voltava aos sinais e sintomas da loucura, em detrimento da busca pela sede da doença no organismo. Esse método consistia em agrupar, segundo a “ordem natural” em que a enfermidade se apresentava, as manifestações aparentes da “alienação mental”, calcando-se numa racionalidade fenomenológica para a construção da nosografia da loucura (CASTEL, 1978).

Paradoxalmente, esse modelo se afastou das práticas comuns a medicina no período, que se constituiu a partir da abertura dos cadáveres, tendo como foco a fisiologia e o organicismo, que inseriu as ciências médicas no rol das ciências da natureza (FOUCAULT, 1987). O posicionamento de Pinel se afastou de seus contemporâneos, orientados para a pesquisa do substrato orgânico da “doença mental”, para se fundamentar numa vertente moral, que aproximou as principais causas da loucura dos problemas sociais vigentes à época (CASTEL, 1978).

Essa disjunção epistemológica com a medicina em geral criou a primeira especialidade médica: a Psiquiatria. Além disso, a leitura pineliana da “alienação mental” passou a formar outros especialistas, dentre eles, o psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840). Este se reuniu a Pinel e agrupou em torno de si aqueles que se tornaram grandes nomes do movimento alienista na Europa: Falret, Pariset, Ferrus, Georget, Voisin, Leuret. Deu-se, assim, uma marcação paradigmática da psiquiatria, que caminhou em direção contrária ao movimento da medicina, em busca de sua unidade (CASTEL, 1978).

De acordo com Castel (1978), à medida que a primeira especialidade médica crescia, estabeleceu-se uma distância cada vez maior em relação a medicina em geral. O autor citou como exemplo o caso de Georget (1795-1828), psiquiatra francês, pioneiro da psiquiatria forense, que se pronunciava contra Pinel e Esquirol, ao destacar a necessidade da psiquiatria, enquanto braço da medicina, buscar a

sede da loucura, ou melhor, as causas da “alienação mental” no corpo. Georget propôs a subordinação do tratamento da “alienação mental” a compreensão de um saber sobre o organismo, questionando, assim, o tratamento moral desenvolvido por Pinel e Esquirol.

Desse modo, não havia um posicionamento único acerca da compreensão da “alienação mental”, nem mesmo em Salpêtrière. Nesse local de construção teórico-prática, dois modelos se digladiavam: um esquema fundado no paradigma organicista, que supunha uma lesão localizada no corpo, a qual responderia a causa da “alienação mental”; o outro modelo de nosografia moral e social dos sintomas da desordem, que remetia a uma psicopatologia das paixões e a um terreno social patogênico para a constituição da loucura. Em suma, essa distinção se materializava no conflito entre aqueles que tinham uma orientação tecnicista e modernista, no que se refere ao modelo médico desenvolvido nos hospitais gerais e nas clínicas de faculdade; e os “asilares”, aqueles que pretendiam defender e “melhorar” as condições de exercício da nova especialidade médica. Todavia, naquele momento, o segundo modelo tornou-se preponderante, estando o mesmo fundado numa concepção reativa da “doença mental”, que acabou fornecendo uma justificativa para o uso da tecnologia do tratamento moral.

Para Castel (1978), esse modelo se assentou em cinco elementos, a saber:

a) *a sintomatologia*: a classificação nosográfica do modelo pineliano se dispôs através dos sinais e sintomas observados no trato com o “alienado”, em que era feita a distinção desses sinais e sintomas, comparando-os às condutas aceitas socialmente;

b) *a desordem social*: havia uma profunda associação entre as manifestações da loucura e o contexto abalado pelos acontecimentos políticos e pelos conflitos sociais da época, nesse sentido, a “alienação mental” se constituiu enquanto “produto da sociedade das influencias intelectuais e morais” (p. 81);

c) *a preponderância das causas morais*: a loucura seria reativa a uma situação de desequilíbrio social, tendo por intermédio desse desequilíbrio uma etiologia passional que o sujeito alienado apresentaria, assim se fazia a ligação entre o sintoma individual e o contexto social para constituir uma fenomenologia da desordem;

d) *o tratamento moral*: o emprego dos meios morais era utilizado para sanar a desordem moral, através da disciplina, do controle dos corpos e da reorientação das condutas, tomando por base o modelo das normas sociais vigentes. Nessa perspectiva, até os remédios mais físicos não poderiam agir sobre o alienismo, a não ser que houvesse uma reinterpretação moral;

e) *o asilo*: era o local *per se* terapêutico, espaço de ação do psiquiatra. O asilo se constituiu enquanto espaço de tratamento, pois era tomado como “local natural” em que o sujeito doente estaria afastado do agente patógeno (a família/ o meio social). A ordem era isolar para tratar. Além disso, nele se poderia exercer toda a autoridade do médico, através da vigilância constante desse e de uma rede de coerções muito

bem organizada.

Contudo, as teorias de Pinel e Esquirol sobre o tratamento moral realizado nos asilos pareciam ser ineficientes e insuficientes, segundo a análise do psiquiatra franco-austriaco Benedict-Augustin Morel (1809-1873) e de outros psiquiatras a época, que defendiam a necessidade de localização de uma causa orgânica, para que fosse possível o tratamento da “alienação mental”, desse modo, buscava-se a delimitação da doença.

Em sua obra “*Traité des Dégénérescences*” (1857), Morel trabalhou com os pressupostos da teoria da degenerescência, a qual trazia em sua base a teoria da hereditariedade para fundamentar a “doença mental”. A teoria da degenerescência caminhava para se consagrar enquanto abordagem científica das “doenças mentais”, visto que, apesar dos esforços de médicos da época, adeptos da vertente organicista, não se conseguia localizar no cérebro as causas da doença. Mesmo diante da abertura de vários cadáveres e da procura incessante por um agente orgânico que produzisse os sintomas psíquicos, como observado na paralisia geral, identificada pelo psiquiatra francês Antoine-Laurent Bayle (1799-1858), através do método anátomo-clínico, e defendida por ele em sua tese de medicina em 1822 (CAPONI, 2010).

Segundo Serpa Jr. (1998), no século XIX, a teoria da degenerescência foi acolhida pelos seus contemporâneos, uma vez que a mesma era sustentada pela anatomopatologia do período e pela causalidade degenerativa do fenômeno patológico. Essa teoria se apresentava enquanto “libertadora” do modelo pineliano, haja vista fazer uso de métodos da ciência positiva para localizar a medicina mental no rol das práticas da medicina em geral.

Morel tentou construir uma classificação nosológica das doenças mentais, tendo essa semelhança com a classificação das patologias orgânicas, utilizada pela medicina clínica. Tal prática exigia o abandono das classificações por sintomas e sinais exteriores, na tentativa de se criar uma classificação etiológica das “doenças mentais”. Ele e outros adeptos da teoria da degenerescência buscaram os fatores que explicavam a herança mórbida; as lesões cerebrais, consideradas ao mesmo tempo como efeito e causa dos comportamentos desviantes; e a transmissão hereditária dos desvios (CAPONI, 2010).

Nesse período, a hereditariedade era pensada conjuntamente com os acontecimentos da geração e reprodução dos seres vivos, tendo de dar conta não só da transmissão de caracteres, que faziam os filhos semelhantes aos pais, mas também de todo processo de formação da prole durante a gestação, a partir da semente dos progenitores. Na leitura de Morel, incluía-se nesse processo os fatores sociais, como alcoolismo, prostituição e crimes, para compreensão da transmissão hereditária dos desvios, sendo observada uma forte influência da perspectiva de Lamarck (SERPA JR., 1998).

Para ele, a relação entre patologia e tipos sociais deveria estar mediada

por fenômenos biológicos. Nesse sentido, era necessário um substrato orgânico patológico, desencadeado pelas experiências com o ambiente e transmitido através da hereditariedade. Essa relação fundamentava o componente biológico da “doença mental” (CAPONI, 2010).

Nas palavras de Serpa Jr. (1998):

O ‘Tratado’ de Morel se constitui, portanto, num legítimo representante de uma época que procurava naturalizar conflitos sociais, por um lado, e pretendia atribuir ao resultado de uma ‘escolha moral indevida’ o assombroso rosto que a parcela abastada da população enxergava nos miseráveis que se comprimiam na periferia das cidades, nas prisões e nos asilos. Indo ao encontro de alguns dos mais importantes medos coletivos da época, não é de se estranhar que a teoria da degenerescência tenha conhecido a difusão que teve e tenha servido como caução para a legitimidade social que a corporação psiquiátrica tanto buscava (p. 99).

A teoria moreliana, que foi abraçada por psiquiatras, alienistas e higienistas na segunda metade do século XIX, reapareceu nos textos de Emil Kraepelin (1856-1926) no começo do século XX, na obra “Psiquiatria Clínica” (1907) e nas edições posteriores de suas lições. Kraepelin, psiquiatra alemão considerado o fundador da psiquiatria moderna, lançou mão dessa perspectiva e atuou na construção de um novo movimento paradigmático. No mais, ainda manteve viva a ambição dos higienistas do século XIX, ao pensar os problemas sociais como categorias médicas e orgânicas (CAPONI, 2010).

A metodologia de investigação das doenças mentais proposta por Kraepelin trazia um novo modo de classificar as patologias psiquiátricas, tendo como interesse principal aprofundar os estudos de anatomopatologia cerebral, fazendo uso de dados estatísticos comparativos entre diferentes populações e regiões (a chamada psiquiatria comparativa), além disso, ele realizava vários estudos fazendo uso do conceito de hereditariedade para explicar as perturbações de caráter (CAPONI, 2010).

Tendo a mesma queixa de Morel, no que diz respeito ao aumento no número de pacientes psiquiátricos nos hospitais e a pouca resolutividade das formas de tratamento da época, ele buscava um substrato orgânico para o tratamento das doenças mentais. Kraepelin bebeu dos pressupostos da teoria da degenerescência com o objetivo de entender as alterações biológicas que causavam as patologias psiquiátricas (CAPONI, 2010). Além disso, buscava estabelecer padrões de ocorrência de sinais e sintomas ou síndromes (complexos sintomáticos) que permitissem um diagnóstico diferencial, o que contribuiu para construção de uma classificação sistematizada e delimitada de alguns quadros psiquiátricos, como a Demência Precoce (atualmente denominada Esquizofrenia) e a Psicose Maníaco-Depressiva (atualmente denominada Transtorno Bipolar).

Kraepelin caracterizava a faixa etária dos pacientes, a prevalência e a estabilidade dos sinais e sintomas, bem como o efeito desses na vida do enfermo,

acompanhando os casos de forma longitudinal, além de analisar dados e observações de outros pesquisadores, através de uma análise estatística comparativa. Assim sendo, o psiquiatra rompeu com o método sintomático de classificação das doenças mentais, até então utilizado, e desenvolveu um método clínico para observação das doenças da mente (CAMARA, 2007).

Ele ainda buscou um substrato anatomopatológico e fisiopatológico para caracterização de síndromes específicas, através de pesquisas laboratoriais realizadas junto com o psiquiatra alemão Alois Alzheimer (1864-1915). Apesar de terem localizado o substrato anatomopatológico da Demência Senil, que foi rebatizada como Demência de Alzheimer, Kraepelin não conseguiu delimitar os substratos físicos de outras “doenças mentais” como pretendia. O que permaneceu até hoje como objetivo dos adeptos da Psiquiatria Biológica (CAMARA, 2007).

Jean-Martin Charcot (1825-1893), médico e cientista francês, havia chegado à mesma encruzilhada de Kraepelin sobre a investigação da causa anatomopatológica da histeria, não encontrando um substrato orgânico para localizá-la. Para isso, ele fez uso de práticas de hipnose em que aplicava um método de observação e descrição sistemáticos, oriundos de sua experiência como neurologista. Por meio desse método, conseguiu estabelecer regras para induzir o ataque histérico em seus pacientes, que tinham suas paralisias ou tiques remetidos enquanto estavam sob a sugestão da hipnose. É marcante o fato de os médicos não conseguirem encontrar a causa orgânica para os sintomas apresentados por esses doentes. Nesse sentido, como a causa do adoecimento era desconhecida, visto que a lesão anatômica que caracterizaria a doença não era localizável, e os sintomas, muitas vezes, desapareciam de maneira totalmente aleatória, boa parte dos médicos tinham frustradas suas tentativas de cura dessa doença, e acabavam por rejeitar esses doentes – na maioria das vezes mulheres –, por considerá-los simuladores (QUINODOZ, 2007).

Charcot classificou a histeria entre as doenças nervosas funcionais ou neuroses, para distingui-las das afecções psiquiátricas de origem orgânica. Ele procurou demonstrar que os distúrbios histéricos eram de natureza psíquica e lançou a hipótese de uma “lesão dinâmica” cerebral de origem traumática, que poderia ser sua causa, tanto em mulheres como em homens, abrindo caminho para uma interpretação dinâmica dos fenômenos psíquicos (CAMARA, 2007).

Influenciado pelas práticas de Charcot e pelos êxitos obtidos por Breuer (1842-1925) - médico e fisiologista austríaco, que utilizou técnicas de sugestão e hipnose em pacientes -, Sigmund Freud (1856-1939) - médico neurologista austríaco -, passou a utilizar o método catártico no tratamento de doentes com sintomas atribuídos à histeria. O método catártico, criado por Breuer, foi utilizado por ambos, tendo a descrição dos casos feita entre os anos de 1881 e 1895. O relato de caso de pacientes, que sofriam dessa enfermidade, e que eram tratados por ambos, originou os “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), que é considerada a obra fundadora da

Psicanálise e na qual Freud e Breuer apresentaram os êxitos que obtiveram no tratamento de sintomas histéricos. Mas, a partir de 1896, Freud prosseguiu sozinho com suas pesquisas sobre histeria, deixando de lado as técnicas de hipnose e sugestão, para construir o método da associação livre (QUINODOZ, 2007).

Em suma, nos estudos iniciais de Freud (1886/1987), os sintomas da histeria, apresentados pelos pacientes, eram compreendidos como proporções muito maiores do que provavelmente os pacientes possuíam, além do que eles se modificavam e/ou se deslocavam, podendo uma anestesia de um membro superior passar ao membro inferior em semanas, sem prejuízo ao membro anteriormente afetado. Isso ocorria, pois as ideias conflitivas eram mantidas afastadas da consciência, produzindo uma dissociação entre a intenção e a ideia, mas, esses pensamentos não deixavam de existir, mantendo-se inconscientes. Quando essas ideias reapareciam sob novas formas, os conteúdos aflitivos eram revividos no corpo. Nesse sentido, o ataque histérico convocava o sujeito a deparar-se com o fenômeno traumático. O efeito catártico poderia ocorrer quando a pessoa que padecia acessava a lembrança responsável pelo elemento traumático e os afetos vinculados ao trauma, elaborando-os através da fala.

Com a metapsicologia, Freud (1915/1995) redimensionou sua obra, e a histeria passou a ser compreendida por meio de sua articulação com a hierarquização das pulsões e a resolução do Complexo de Édipo. Com a nova caracterização da dinâmica psíquica, a histeria passou a ser considerada uma defesa contra as demandas do Complexo de Édipo, sendo vivenciada como uma desvinculação da relação incestuosa mal sucedida com o genitor, o que levava a conflitos na vida adulta entre o impulso da relação incestuosa, submetido à repressão, e a energia que ele gerava, que passava a ser convertida em sintoma histérico.

Para Caponi (2010), Freud analisou a mesma tese que preocupava Kraepelin, que seria a relação entre a vida moderna e as “doenças mentais”, todavia ambos tomavam perspectivas completamente diferentes, para explicar esse processo de adoecimento e montar as formas de tratamento. Freud considerava que a histeria era um fenômeno predominantemente feminino e sua etiologia estava vinculada aos fenômenos sociais, culturais e morais, característicos da sociedade industrial do começo do século XX.

Segundo Bezerra Jr. (2014), as duas macrovisões de Kraepelin e Freud, sendo a primeira edificada no modelo somático-constitucionalista, baseado no fundamento do sintoma como sinal, e a segunda fundada no modelo psicodinâmico-reacional, baseado na ideia do sintoma como signo; somadas a uma terceira visão, a fenomenologia existencial de Karl Jaspers, Eugene Minkowski e Kurt Schneider, contribuíram para nortear os grandes paradigmas do século passado no campo da psicopatologia.

A despeito da contribuição dessas macrovisões citadas, ressaltamos a importância do uso do método de associação livre e a defesa da existência do

aparelho psíquico, composto por três sistemas (consciente, pré-consciente e inconsciente), observados na obra freudiana, que trouxeram à cena a concepção de um sujeito dividido, descentrado, caracterizado pela ruptura e constituído também por pensamentos inconscientes, que poderiam encontrar um meio de expressão simbólico na palavra (FREUD, 1915/1980).

Isso contribuiu para uma mudança paradigmática na forma de se compreender e tratar as perturbações mentais. Freud passou a utilizar a fala daquele que adoecia como conteúdo indispensável para o tratamento das “doenças da mente”, que até então, estava posta para segundo plano, ou era utilizada apenas como instrumento para análise de lesões cerebrais, ou ainda de problemas degenerativos, que colocavam as perturbações mentais no rol da hereditariedade. A Psicanálise fez uso da hipótese etiológica do modelo dinâmico de compreensão das perturbações mentais, suprimindo o modelo biológico vigente até então. Podemos falar, desse modo, de um novo movimento na Psiquiatria (apesar de a Psicanálise se constituir enquanto independente dessa), que atraiu a atenção de muitos psiquiatras e clínicos, não apenas na Europa, mas também nos Estados Unidos e no Brasil.

Observamos, desse modo, como o processo de construção diagnóstica em psiquiatria perpassou o embate de vários saberes desde o séc. XVIII ao começo do sec. XX, que ora se imbricavam, ora se distanciavam, constituindo um caminho complexo que refletiu na produção dos manuais CID e DSM, ambos engendrados por disputas paradigmáticas, através das quais os transtornos mentais foram sendo arquitetados, inseridos e retirados desses sistemas classificatórios, paulatinamente, até os dias atuais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. de. **A psiquiatria no divã**: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumarã, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BANZATO, C. E. M.; PEREIRA, M. E. C. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 35-54.

BEZERRA JR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 9-31.

CAMARA, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Rev. Latinoamericana Psicopat. Fundamental**, v. 10, n. 4, p. 677-684, 2007.

CAMARGO JR., K. R. **A construção da AIDS**: racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

_____. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Trad. Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CAPONI, S. Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.17, supl.2, p. 475-494, 2010.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: edições Graal, 1978.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FREUD, S. (1915). Artigos sobre a metapsicologia. O inconsciente. In: FREUD, S. **Obras completas**. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1886). Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Trad. J. Salomão. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. (1915). Repressão. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1995.

HACKING, I. Making up people. **London Review of Books**, v. 28, n. 16, p. 23-26, 2006.

HEIDEGGER, M. **Que é Metafísica?** Os pensadores. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

QUINODOZ, J. M. **Ler Freud**: guia de leitura da obra de S. Freud. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SERPA JR., O. D. **Mal-estar na natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**, 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 18 de junho de 2018.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 48, 49, 50, 51, 242
Anatomia 12, 35, 195, 196, 198
Anestesia 20, 61, 62, 64, 65, 69, 104, 178
Anestesia local 62, 65, 69
Anestésicos 61, 62, 65, 70
Aprendizagem baseada em problemas 42, 45, 47, 235, 236, 238, 244
Aspergilose 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Atresia duodenal 52, 53, 54, 55
Audição 141, 142, 143, 144, 145
Auriculoterapia 88
Áxis 209, 211, 212, 213, 214

C

Câncer de mama 122, 123, 127, 146, 147, 148, 149, 150, 151
Carambola 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Cicatrização 175, 176, 177, 180, 182, 183, 184
Cirurgia bariátrica 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 129, 130, 131, 132, 136, 138, 139, 140
Cirurgia Pediátrica Neonatal 52
Classificação Internacional de Funcionalidade 216, 217, 218, 220, 221, 222, 224, 228, 229
Complicações Pós-Operatórias 108, 114, 117

D

Deficiência vitamínica 130, 138
Diabetes Mellitus 1, 2, 3, 4, 5, 9, 32, 101, 102, 103, 136, 156, 186, 187, 188, 189, 192, 193
Diagnóstico 10, 11, 14, 18, 21, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 63, 69, 70, 71, 75, 77, 81, 82, 84, 85, 88, 90, 92, 93, 95, 97, 102, 148, 153, 155, 156, 160, 161, 162, 163, 169, 170, 171, 202, 213, 214, 232, 239, 240, 242, 249, 250, 251
Doença mineral óssea 152, 153
Doença renal crônica 8, 152, 156

E

Enfermagem 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 66, 72, 100, 120, 121, 146, 194, 220, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 229, 253

Ensino 29, 30, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 99, 121, 146, 168, 170, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 242, 243, 244, 245
Epidemiologia 12, 13, 70, 119, 169, 171, 199, 207, 228
Equipe 23, 24, 25, 26, 27, 101, 103, 104, 109, 114, 116, 131, 189, 190, 192, 193, 243
Esquizofrenia 18, 89, 90, 91, 92, 95, 98, 99
Estado nutricional 102, 103, 122, 127, 137, 160, 230, 231, 232
Estigma social 33

F

Flebótomo 199, 201, 202, 203, 205

G

Gestão em saúde 29, 30, 32
Glial 249, 250, 251
Glicemia 3, 6, 7, 104, 230, 231, 232, 233, 234

H

Habilidades profissionais 235, 237, 238, 239, 243, 253
Hemangioendotelioma 246, 247, 248
Hemangioma 246, 247, 248, 249, 250
Hemoterapia 24, 25, 26, 27, 28
Heterotopia 249, 250, 251
Hiperparatireoidismo secundário 134, 136, 137, 152, 153, 154, 156
Hipoglicemiantes 2, 6

I

Idade 5, 22, 35, 39, 49, 51, 59, 65, 69, 103, 118, 129, 132, 133, 136, 158, 162, 163, 165, 170, 188, 191, 192, 200, 209, 210, 211, 213, 218, 223, 224, 230, 231, 232, 233, 247
Idoso 189, 216, 217, 218, 219, 220, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 240
Idoso fragilizado 217
Importância 1, 3, 20, 29, 30, 31, 32, 41, 43, 60, 77, 78, 92, 96, 103, 105, 108, 109, 116, 136, 139, 141, 143, 144, 148, 153, 160, 162, 168, 171, 175, 182, 192, 195, 196, 197, 202, 209, 211, 213, 215, 216, 224, 225, 226, 227, 228, 232, 235, 238, 240, 241, 242
Incapacidade 38, 57, 59, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 224, 228, 229
Incontinência fecal 114, 116, 117
Indicações 62, 91, 101, 109, 130, 240
Índice de massa corpórea 103, 230, 231
Integração 41, 42, 43, 45, 239, 244

K

Kaposiforme 246, 247, 248

L

Leishmaniose 199, 200, 201, 202, 205, 207, 208

Localização 13, 17, 62, 65, 66, 70, 84, 141, 142, 143, 144, 145, 176, 240, 247, 249, 250

M

Medicina 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22, 23, 29, 30, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 88, 89, 90, 101, 109, 113, 121, 129, 146, 152, 158, 171, 177, 184, 186, 187, 188, 193, 195, 210, 214, 215, 223, 226, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 253

Medicina baseada em evidência 235

Medicina tradicional chinesa 88

Membrana duodenal 52, 53, 54, 55, 56

Mialgia 59, 88

Morbidade hospitalar 48, 49, 51

Mortalidade 10, 49, 77, 78, 80, 103, 108, 111, 118, 119, 122, 123, 148, 202, 246, 248

N

Nasal 81, 83, 249, 250, 251, 252

Neoplasias retais 114, 117

O

Obesidade mórbida 101, 103

Obstrução intestinal neonatal 52, 55

Odontologia legal 209, 215

P

Paradigma 10, 11, 12, 14, 16, 22

Pediatria 234, 246, 249

Percepção auditiva 141, 143

Plantas medicinais 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9

Plasma rico em plaquetas 175, 176, 177, 178, 179, 183, 184, 185

Política pública 33

Pontos-gatilho 60, 61

Prescrição 26, 90, 92, 93, 96, 97, 98

Psicotrópicos 90, 96

Psiquiatria 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 38, 39, 99

Q

Qualidade de vida 58, 60, 63, 69, 70, 71, 91, 96, 99, 107, 109, 114, 116, 117, 118, 119, 156, 158, 162, 218

Quimioterapia 78, 80, 84, 85, 114, 116, 117, 118, 119, 147, 149, 150, 151

R

Região Nordeste 48, 49, 50, 51

Resultados 2, 4, 5, 6, 7, 8, 24, 26, 31, 35, 41, 44, 45, 47, 48, 52, 66, 75, 84, 88, 101, 107, 108, 109, 110, 115, 116, 117, 118, 124, 125, 126, 127, 129, 132, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 144, 147, 149, 153, 164, 172, 173, 180, 182, 186, 188, 190, 191, 206, 209, 212, 213, 216, 219, 220, 223, 224, 226, 241, 251

Rotina 29, 104, 115, 179, 238

S

Saúde da família 29, 31, 99, 146, 186, 187, 192, 194, 219, 222, 228

Saúde do idoso 216, 217, 218, 219, 220

Saúde mental 33, 34, 38, 39, 99

Serviços de saúde para idosos 217

Sexo 88, 93, 109, 118, 132, 133, 135, 166, 173, 196, 199, 203, 205, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 223, 224, 230, 231, 232, 233, 234, 246, 247

Sistema nervoso autônomo nervo vago 195

T

Teoria e Prática 42, 46, 239

Transfusão 23, 24, 25, 26, 27, 28

Tratamento 3, 6, 7, 9, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 31, 35, 52, 55, 58, 60, 61, 63, 64, 70, 71, 74, 75, 77, 78, 79, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 103, 104, 107, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 127, 130, 136, 137, 139, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 156, 161, 162, 169, 170, 172, 178, 179, 181, 182, 183, 226, 237, 240, 246, 248, 249, 250

Tratamento farmacológico 90, 91

V

Vitamina C 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184

Vitamina D 106, 121, 122, 123, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140

Vulnerabilidade social 186, 189, 192

Z

Zinco 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-636-2

