

MEDICINA:

Ciências da saúde e pesquisa interdisciplinar



*Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)*

 **Atena**
Editora
Ano 2021

MEDICINA:

Ciências da saúde e pesquisa interdisciplinar



5

*Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)*

 **Atena**
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Rio de Janeiro
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federac do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: ciências da saúde e pesquisa interdisciplinar 5 /
Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-465-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.655210809>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito
Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A interdisciplinaridade é fruto da tradição grega, onde os programas de ensino recebiam nome de *enkúklios Paidéia* e com objetivo de trabalhar a formação da personalidade integral do indivíduo, acumulando e justapondo conhecimentos e articulação entre as disciplinas. A partir da década de 70 esse conceito se tornou muito enfático em todos os campos do conhecimento, inclusive nas ciências médicas.

Sabemos que a saúde apresenta-se como campo totalmente interdisciplinar e também com alta complexidade, já que requer conhecimentos e práticas de diferentes áreas tais como as ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais, culturais etc. Deste modo, o trabalho em equipe de saúde, de forma interdisciplinar, compreende ações planejadas em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido não se limitando às definições exclusivistas de cada profissional.

Tendo em vista a importância deste conceito, a Atena Editora nas suas atribuições de agente propagador de informação científica apresenta a nova obra no campo das Ciências Médicas intitulada “Medicina: Ciências da Saúde e Pesquisa Interdisciplinar” em seis volumes, fomentando a forma interdisciplinar de se pensar na medicina e mais especificadamente nas ciências da saúde. É um fundamento extremamente relevante direcionarmos ao nosso leitor uma produção científica com conhecimento de causa do seu título proposto, portanto, esta obra compreende uma comunicação de dados desenvolvidos em seus campos e categorizados em volumes de forma que ampliem a visão interdisciplinar do leitor.

Finalmente reforçamos que a divulgação científica é fundamental para romper com as limitações ainda existentes em nosso país, assim, mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma proveitosa leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A HIPERTENSÃO DE ARTÉRIA PULMONAR PODE SERVIR COMO FATOR ATENUANTE DA GRAVIDADE DO SARS-COV-2?

Bruna Duz
Bruna Luise Hoff Jaeger
Gabriel Gomes Figueiredo
Iagro Cesar de Almeida Bavaresco
Jeniffer Groto de Souza
Julio Soares Curi
Tháís Fernanda Baier
Tiago Fortuna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108091>

CAPÍTULO 2..... 8

ASSOCIAÇÃO ENTRE O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) E O COVID-19 - UMA REVISÃO LITERÁRIA

Iara Ramos Tosta
Beatriz Curado Damasceno
Daniela Alves Messac
Felipe Andrei Engelmann
Gabriel dos Santos Braga
João Vítor Matias Sena
Liélío Vieira Lessa Junior
Teodoro Dias de Oliveira Ferreira
Elaine Rodrigues Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108092>

CAPÍTULO 3..... 19

ATUAÇÃO DE ALUNOS DE MEDICINA COMO LINHA DE FRENTE NA PANDEMIA DE COVID-19 – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wyrna Schwenck de Almeida
Ana Helena Villela Miranda
Marco Túlio Prado Gomes
Thamyres Figueredo Silva
Sarah Tereza Siqueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108093>

CAPÍTULO 4..... 27

CHLOROVÍRUS EM HUMANOS – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Élisson Krug Oliveira
Bruno Stefanello Vizzotto
Juliana Silveira Colomé
Juliana Saibt Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108094>

CAPÍTULO 5	41
COVID-19: ACOMETIMENTOS NEUROVASCULARES	
Pedro Machado Batista	
Otávio Lima dos Reis	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108095	
CAPÍTULO 6	52
DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER: A IMPORTÂNCIA DO SEU RECONHECIMENTO	
Bruna Rocha Batista	
Bárbara Melo de Sousa	
Danilo Eugênio Guimarães de Oliveira	
Eric Barros Sousa	
Haphaelle Albuquerque de Senna Palhano	
João Victor Eleutério Corrêa	
Júlia Aureliano Machado Peixoto	
Lara Sartin Borges	
Leandro de Jesus Souza	
Letícia Souza Maia	
Maria Luiza Porto Ganem	
Matheus Lôres de Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108096	
CAPÍTULO 7	60
DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO ESTRESSE TÓXICO NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA	
Henrique Lopes Vieira Santos	
Victor Gabriel Oliveira Pessoa	
Inês Clara Martins de Souza	
Pedro Henrique Viana Silva	
Mariana Correia Costa	
Flávia Cristina Avelar	
Walter Silva Junior	
Amanda de Cássia Dutra Mansur	
Thayná Maia Alves	
Amanda Moreira Lima	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108097	
CAPÍTULO 8	66
GESTAÇÃO E ZIKA VÍRUS: ADESÃO ÀS MEDIDAS PREVENTIVAS	
Ana Caroline Tavares Gongora	
Queli Lisiane Castro Pereira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108098	
CAPÍTULO 9	78
IMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ASSOCIADA AO	

COMPROMETIMENTO RENAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Murilo Lima Campos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6552108099>

CAPÍTULO 10..... 88

IMPORTÂNCIA DOS NUTRACÊNICOS NA SUPLEMENTAÇÃO DA DIETA

Bruna Alves Lima

Beatriz Alves Lima

Letícia Carvalho de Oliveira

Tiago Castro Ferreira

Nathany Ribeiro Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080910>

CAPÍTULO 11 93

MELHORA CLÍNICA DE DERMATITE ATÓPICA COM UMA DIETA VEGETARIANA: ACOMPANHAMENTO COMPARATIVO DE 4 ANOS ENTRE GÊMEAS MONOZIGÓTICAS

Laura Born Vinholes

Bárbara Oberherr

João Victor Santos

Rebeca Born Vinholes

Jeferson José da Fonseca Vinholes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080911>

CAPÍTULO 12..... 97

MORTALIDADE POR OBESIDADE E OUTRAS FORMAS DE HIPERALIMENTAÇÃO NO BRASIL ENTRE 2009 E 2019

Raiza Alessandra Fontoura Torres

Nelson Junot Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080912>

CAPÍTULO 13..... 100

O EXERCÍCIO FÍSICO COMO MODULADOR DO ESTRESSE OXIDATIVO CONTRA A COVID-19

Matheus Ribeiro Bizuti

Josiano Guilherme Puhle

Claudio Eliézer Pomianowsky

Enzo Gheller

Ana Carolina Gonçalves Zietz

Victória Galletti

Pâmela Letícia Weber

Alessandra Yasmin Hoffmann

Débora Tavares de Resende e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080913>

CAPÍTULO 14..... 112

OS BENEFÍCIOS PSICOFISIOLÓGICOS DA PRÁTICA DO IOGA EM TEMPOS DE

COVID-19

Fernanda Meneses Monteiro
Deborah Ribeiro Nascimento
Paloma Maria Faustino
Ludmilla Maria Barroso Silva
Vinícius Henrique dos Santos
Deivid Ribeiro do Amaral
Rachel Rodrigues Pereira
Isabela Cássia Maia do Nascimento
Maria Luiza Ferraz Pereira
Egon Lemos Gonçalves
Mariana Miranda Stuart Almeida
Elcha Britto Oliveira Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080914>

CAPÍTULO 15..... 120

PERFIL NUTRICIONAL DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA DE UMA CLÍNICA PARTICULAR DO DISTRITO FEDERAL

Joyce Alves Lemos
Gislaine Queiroz da Silva
Daniela de Araújo Medeiros Dias
Paulina Nunes da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080915>

CAPÍTULO 16..... 127

QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS FATORES PROTETORES QUE PROTEGEM AS CRIANÇAS DE MANIFESTAR QUADROS SEVEROS DA SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA DO CORONAVÍRUS 2 – UMA REVISÃO LITERÁRIA

Ingrid Guedes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080916>

CAPÍTULO 17..... 134

RELAÇÃO ENTRE A COVID-19 E DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Gabriella de Figueiredo Falcão
Carolina Gonçalves da Cunha Lima
Lara Alípio Pedrosa
Lígia Ramos de Meneses

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080917>

CAPÍTULO 18..... 137

RETINOPATIA DIABÉTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Julia Cavalari Tabosa
Thayná Haydêe Garcia da Costa Leite
Aline Custódio Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080918>

CAPÍTULO 19..... 140

SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: DIGRESSÕES SOBRE SAÚDE PÚBLICA

Caroline Silva de Araujo Lima
Walter Rodrigues Araújo Filho
Jemerson Costa da Silva
Mariana Dias Raposo
Thaís Bethine Santos Araújo
Vitor José Gonçalves Araujo
Bruna Galli de Faria
Isa Vitória Gonçalves Araujo
Maria Fernanda Gonçalves Araújo
Maria Fernanda Barros Santos Pontelli
Sarah Cristina Garcia Gomes
Guilherme Cristovam Pina
Laís Cristovam Pina
Fernando de Andrade Pinheiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080919>

CAPÍTULO 20..... 150

VIVÊNCIAS TRAUMÁTICAS DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA PODEM CAUSAR DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS EM SOBREVIVENTES DA COVID-19

Sumayla Gabrielle Nascimento da Silva
Lucas Mendes Carvalho
Fernando Cesar de Souza Braga
Rodrigo Silveira da Silva
Ozélia Sousa Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080920>

CAPÍTULO 21..... 153

VITAMINA K2 E SUA CORRELAÇÃO COM A DISTRIBUIÇÃO DE CÁLCIO NOS TECIDOS

Damiana Mamede Leite
Helena Taina Diniz Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080921>

CAPÍTULO 22..... 160

VALOR DA DETERMINAÇÃO DA ESPESSURA DO MÚSCULO ADUTOR DO POLEGAR PARA O DIAGNÓSTICO DE DESNUTRIÇÃO DE IDOSOS DE CACOAL, RONDÔNIA, 2019

Danielle Gomes Baioto
Amanda Sodré Góes
Cor Jesus Fontes
Ana Lívia de Freitas Cunha
Karine Bruna Soares Silva
Karlolyne Hellen Braga Nunes
Joanny Dantas de Almeida
Gabriela Lanziani Palmieri

Layse Lima de Almeida
Nayhara São José Rabito
Eduarda Sperotto Rech
Rafael Fernandes da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080922>

CAPÍTULO 23..... 171

O USO DE OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EM PACIENTES COM COVID-19: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Célio Vidal Pessoa
Maria Eduarda Mendes Pontes Porto
Ingrid Sarmento Guedes
Adrienne Cacau Andrade
Carolina Carmona Pinheiro Machado
Lara Cristina Forte Marinho
Ramon Bezerra Mesquita

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080923>

CAPÍTULO 24..... 179

SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE DOENÇA E DOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS EM TORNO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Ivan Farias Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65521080924>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 197

ÍNDICE REMISSIVO..... 198

SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE DOENÇA E DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS EM TORNO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 06/07/2021

Ivan Farias Barreto

Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal / RN
<http://lattes.cnpq.br/6098176894975087>

RESUMO: Esse trabalho analisa o desenvolvimento do conceito de doença e dos critérios diagnósticos sobre o consumo de bebidas alcoólicas, especialmente a partir do século XIX. Foi utilizada como metodologia a revisão narrativa de literatura. Os resultados apontam que a revolução industrial ampliou a produção e estimulou o consumo de álcool em vários países, ocasionando um crescimento no número de casos envolvendo seu uso prejudicial. Como consequências, houve mobilizações sociais, políticas e científicas que culminaram na restrição do uso de álcool em várias localidades, ao tempo que aumentava-se o interesse no campo do tratamento e no estabelecimento de critérios diagnósticos que resultaram nos atuais CID-11 e o DSM-V.

PALAVRAS-CHAVE: História; Bebidas Alcoólicas; Alcoolismo; CID-11; DSM-V.

ON THE DEVELOPMENT OF THE CONCEPT OF DISEASE AND DIAGNOSTIC CRITERIA ON THE CONSUMPTION OF ALCOHOLIC BEVERAGES

ABSTRACT: This work analyzes the development of the concept of disease and the diagnostic criteria on the consumption of alcoholic beverages, especially from the 19th century onwards. A narrative literature review was used as a methodology. The results show that the industrial revolution expanded the production and stimulated the consumption of alcohol in several countries, causing an increase in the number of cases involving its harmful use. As a consequence, there were social, political and scientific mobilizations that culminated in the restriction of alcohol use in various locations, while increased interests in the field of treatment and in the establishment of diagnostic criteria that resulted in the current ICD-11 and the DSM -V.

KEYWORDS: History; Alcoholic Beverages; Alcoholism; ICD-11; DSM-V.

1 | INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo analisar o percurso histórico no desenvolvimento do processo de patologização em torno do consumo de bebidas alcoólicas e no estabelecimento de critérios diagnósticos utilizados no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que apresenta as principais contribuições no

campo da saúde, da política e das ciências sociais que levaram à atual conceituação científica sobre o tema.

O texto inicia situando o contexto da Revolução Industrial na Europa Ocidental e nos Estados Unidos. Aborda sua influência tanto no consumo de bebidas alcoólicas quanto no desenvolvimento de modelos explicativos sobre os motivos que levam pessoas a fazer uso prejudicial dessas substâncias. Inclui o envolvimento dos movimentos de temperança, que surgiram como resposta para reduzir e controlar o uso de álcool em diversos países e suas consequências aos campos político e científico.

A discussão ainda atravessa dois sistemas de classificação diagnóstica: o Código Internacional de Doenças, atualmente sob responsabilidade da Organização Mundial de Saúde, e o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria. Apresenta os modelos diagnósticos (categorial e categorial-dimensional) e seus critérios de classificação em relação aos problemas ligados ao uso de bebidas alcoólicas.

2 | DESENVOLVIMENTO

O conceito de doença em relação a substâncias psicoativas, incluindo dependência de álcool, desenvolveu-se nos últimos séculos no contexto de mudanças nos constructos da medicina clínica, saúde pública e psiquiatria. Em relação ao alcoolismo, a origem desse conceito tem sido creditada aos médicos Benjamim Rush (1746-1813), nos Estados Unidos, e a Thomas Trotter (1760-1832), na Grã Bretanha, no contexto da Revolução Industrial. Nesse período ocorreu uma modernização das técnicas de produção e redução de preços das bebidas alcoólicas, favorecendo um aumento significativo do consumo de destilados e dos problemas associados, resultando em crescente pressão de parte da opinião pública para que cientistas desenvolvessem pesquisas a fim de lidar com os problemas decorrentes desse consumo (FORTES, 1985; MEYER, 1996; SALES, 2010).

Assim, Benjamim Rush lançou em 1789 um livro sobre os efeitos dos espíritos sobre a mente e corpo humano, considerando o álcool como uma doença ou transtorno da vontade, caracterizado pela incapacidade da pessoa de se abster. Defendeu que a única possibilidade de cura seria através da total abstinência. Já em 1804, Thomas Trotter publicou o que viria a ser a primeira referência europeia sobre o consumo de álcool, intitulada *An essay, medical, philosophical and chemical on drunkenness and its effects on the human body*, indicando que a o hábito da embriaguez era uma doença da mente. Outras definições surgiram na Rússia em 1819 com Carl Von Brusch-Cramer, que concluiu que a embriaguez resultava de uma doença do sistema nervoso e que provocava dipsomania ou impulso irresistível pelo consumo. Em 1838, o alienista francês Esquirol criou o conceito de monomania instintiva, considerando a ebriedade indominável. Já na Suécia, em 1849,

¹ Termo usado alegoricamente para o álcool.

Magnus Huss publicou *Alcoholismus Chronicus*, introduzindo o conceito de alcoolismo crônico, que deveria ser entendido como um quadro de intoxicação pelo uso de álcool, acompanhado de sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (FORTES, 1975; GIGLIOTTI, BESSA, 2004; MEYER, 1996; SALES, 2010; TRACY, 2007).

Até então esses autores contribuíram na redefinição da embriaguez habitual, passando de uma condição exclusivamente moral para outra influenciada por disfunções fisiológicas e mentais. Contudo, vale lembrar que essa mudança de paradigma ocorreu ao longo de quase 150 anos e somente no final do século XIX o beber excessivo passou a ser especificamente referido como uma doença tratável (THOMBS, OSBORN, 2019).

Foi em 1893 que o alcoolismo passou a ser reconhecido internacionalmente² como uma doença. Naquele ano, o vienense Instituto Internacional de Estatística designou que Charles Bertillon dirigisse uma Comissão para preparar uma classificação de causas de morte. Após aprovação, essa classificação passou a ser recomendada internacionalmente e adotada por vários países (LAURENTI, NUBILA, QUADROS, CONDE, OLIVEIRA, 2013). Assim surgiu a CID-1, Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito, que incluiu o alcoolismo agudo ou crônico na seção das “Doenças gerais” (BICCA, PEREIRA, GAMBARINI, 2002).

É importante lembrar que a classificação médica do “alcoolismo” ocorreu gradativamente, pois ainda era recorrente o uso terapêutico do álcool. O próprio Magnus Huss atribuía virtudes terapêuticas às bebidas fermentadas e considerava o alcoolismo um problema praticamente exclusivo das bebidas destiladas (SALES, 2010).

Por certo que ao longo do curso da história, tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, as comunidades médicas e religiosas foram fundamentais em conceituarem o uso indevido de álcool e suas soluções, incluindo seus envolvimento em sociedades de temperança. Inclusive Benjamim Rush foi um genuíno reformador cristão e político. Seus trabalhos serviram de instrumento ao movimento da temperança, considerada a maior campanha para a reforma moral e social do século XIX (THOMBS E OSBORN, 2019).

O movimento da temperança começou a tomar força em países da Europa, Canadá, Estados Unidos e outros³, ainda na primeira metade do século XVIII. Teve como objetivo controlar o uso de álcool e reduzir os problemas associados, provocando grandes mudanças

2 No Brasil, o mais antigo texto médico sobre o alcoolismo, ou seja, o primeiro que foi registrado nos anais da “Liga Brasileira de Higiene Mental”, foi uma tese de Loureiro Alves defendida em 1897 e intitulada *Do alcoolismo chronico e suas consequencias*. Mas somente a partir das décadas de 1910 e 1920 que começou a haver uma produção mais intensa a respeito do tema (CARVALHO, 2012).

3 No Brasil, o movimento da temperança começou a aparecer na primeira década do século XX, quando os índices de “alcoolismo” eram considerados alarmantes, apesar da precariedade das pesquisas. Por esse motivo foram elaboradas várias propostas antialcoólicas, mas que não chegaram a entrar em vigor. Documentos de médicos e juristas apontavam para a inércia dos governos frente a essa questão. Como resposta a esses problemas foram constituídas sociedades privadas como a Liga Antialcoólica de São Paulo (criada em 1904), a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária (fundada em 1905), a Liga Brasileira de Higiene Mental (fundada em 1923) e a União Brasileira Pós-Temperança (criada em 1925 e filiada à *World's Women's Christian Temperance Union*). Esta última conseguiu reunir rapidamente filiais em diferentes estados e conduziram um amplo trabalho de natureza pedagógica, além de tornar tradicional a comemoração da semana antialcoólica no país (MUSUMECEI, 1994).

na condução das discussões científicas e políticas a respeito do tema (EDMAN, 2015).

Assim, o movimento da temperança estimulou uma série de efeitos proibitivos sobre o uso de bebidas alcoólicas pelo mundo. Na Islândia, a proibição existiu entre 1915 e 1922; na então União Soviética, entre 1914 e 1925; na Finlândia, entre 1919 e 1932; na Noruega, entre 1916 e 1927. No Canadá, devido à divisão de poderes entre os governos central e provinciais, a proibição perdurou mais em alguns lugares do que em outros. Somente para mencionar algumas dessas localidades, na Ilha do Príncipe Eduardo a proibição compreendeu o período entre 1901 e 1948, em Nova Scotia (1916-1930), Ontario (1916-1927), Manitoba (1916-1923) e British Columbia (1917-1921) (BELLAMY, 2009). Já na Noruega, a proibição do vinho perdurou de 1917 a 1923 e o licor de 1917 a 1927, resultando em efeitos nefastos ao país, devido ao estímulo para o crime organizado, desenvolvimento de economia paralela, métodos policiais duvidosos e negligência a outras questões sociais que não estavam relacionados ao consumo de álcool (JOHANSEN, 2013).

Apesar da repressão ao consumo de álcool vivenciada em vários países, talvez seja arriscado afirmar que o movimento da temperança tenha sido ainda mais proeminente nos Estados Unidos. O fato é que não há dúvidas quanto ao grande impacto que essa corrente ocasionou na condução das decisões científicas, políticas e socioculturais daquele país, com repercussões em todo o mundo.

Em meio a essas questões, formou-se em 1869, nos Estados Unidos, um pequeno partido político, o *Prohibition Party*, que tinha apoio de latifundiários e controlava vários senados estatais. Seus aliados eram associações que promoviam a temperança e o decoro cristão, a exemplo da *New York Society for the Suppression of Vice*, fundada em 1873, e da *Anti-Saloon League*, fundada em 1895, cujo objetivo era uma América limpa da ebriedade, jogo e fornicação. Em 1903, a Associação Médica Americana e a Associação Farmacêutica Americana se aliaram ao movimento puritano a fim de obterem o controle sobre substâncias psicoativas como ópio, morfina, cocaína e álcool. Essa aliança cristalizou-se em leis, como a *Harrison Narcotics Tax Act*, em 1914, e a *Volstead Act*, em 1919. Essa última, também conhecida como Lei Seca, punia com multa e prisão a fabricação ou venda de bebidas alcoólicas, salvo para a santa missa e uso médico (ESCOHOTADO, 2004).

Importante ressaltar que a reação puritana estadunidense sobre o consumo de substâncias psicoativas recaiu sobre grupos definidos por classe social, religião ou raça, em um tempo que todas as drogas conhecidas se encontravam disponíveis em farmácias, não somente nos Estados Unidos, mas na Ásia e Europa. No caso das bebidas alcoólicas, o seu uso nos Estados Unidos foi associado a imoralidades de judeus e irlandeses. Questões econômicas também foram fundamentais nesse processo, com movimentos antiliberais que progressivamente estimularam a centralização do controle burocrático sobre as drogas e alteraram as relações entre capital e trabalho. Médicos e farmacêuticos passaram, portanto, a monopolizar o domínio desses produtos, em lugar dos tradicionais curandeiros e ervanários (ESCOHOTADO, 2004).

Na discussão sobre quais drogas deveriam ser proibidas e quais deveriam ser consideradas de uso terapêutico, os pacientes perderam o direito de automedicação e livre acesso às drogas, tradicionalmente disponíveis no mercado. Por outro lado, a profissão médica perdeu sua integridade como organização independente dos caprichos políticos, mas também ganhou poder através do monopólio patrocinado pelo Estado. Nesse ponto, a política médica estatal sobre as drogas psicoativas alinhava-se à política econômica dos soviéticos a respeito dos bens de consumo e da propriedade privada (SZASZ, 1992).

Após os Estados Unidos terem vivenciado dificuldades econômicas resultantes da Grande Depressão na década de 1930 e perdas de arrecadação com a produção e venda de bebidas alcoólicas, o então presidente Franklin Roosevelt decidiu revogar a Lei Seca em 1933 (THOMBS, OSBORN, 2019). De modo semelhante a outros países, constatou-se o fracasso em eliminar o consumo de álcool e os problemas sociais gerados pela medida proibicionista, que afrontou liberdades individuais, produziu injustiças, criminalizou setores sociais, favoreceu a corrupção e a criação de grupos criminosos organizados. Durante o período de vigência da Lei Seca, estima-se que cerca de 30 mil pessoas morreram por ingestão de álcool metílico e 100 mil pessoas tiveram lesões permanentes como cegueira ou paralisia (ESCOHOTADO, 2004).

Com a volta de disponibilidade do álcool no mercado estadunidense, pesquisas sobre o alcoolismo foram novamente estimuladas. Naquela época não haviam muitas opções de tratamento para pessoas que vivenciavam problemas ligados ao consumo de bebidas alcoólicas e esta lacuna foi sendo progressivamente ocupada por uma tradicional instituição de caráter voluntário e espiritual.

Em 1935, dois bebedores problemáticos chamados Bill Wilson (um corretor de bolsa de valores desempregado) e Bob Smith (médico), decidiram ajudar um ao outro. Com o sucesso da autoajuda acabaram fundando o Alcoólicos Anônimos (AA), um movimento para a recuperação de pessoas baseado em uma filosofia simples, estipulada em 12 passos. Pelos próximos 30 anos, essa entidade se tornaria a principal fonte de ajuda às pessoas com problemas ligados ao uso de bebidas alcoólicas, com atendimento gratuito e apenas duas recomendações para participação: vontade em aceitar a própria doença e compromisso com o anonimato (O'DWYER, 2004).

O conceito patologizante implícito nos AA, ou seja, de que o alcoolismo é uma doença progressiva, caracterizada pela perda de controle sobre o beber e que nunca pode ser recuperada (ALCOHOLICS ANONYMOUS, 2001) foi impulsionado pelo *National Council of Alcoholism* desde a sua criação em 1944 (KELLER, 1986 citado por YALISOVE, 2011). De uma perspectiva histórica, o debate científico sobre o conceito de tratamento do alcoolismo esteve essencialmente apoiado na aplicação prática dos princípios do AA, tendo sido consolidado com a contratação de profissionais nos espaços institucionais do AA (YALISOVE, 2011).

Nesse meio tempo, a entidade britânica *Royal College of Physicians* havia

incluído em 1931 o alcoolismo no grupo das doenças mentais. Essa opção foi aceita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) já na sua primeira assembleia em 1948 e nesse mesmo ano passou a ter responsabilidade nos trabalhos de revisão da CID (BENEDICTO, WAI, OLIVEIRA, GODOY E COSTA JR., 2013; SOUZA, 2013).

Enquanto as primeiras revisões da CID diziam respeito às causas de morte, a partir da sexta revisão passou-se a incluir doenças não fatais, tendo sido denominada pela primeira vez de “Classificação Internacional de Doenças”. O alcoolismo foi enquadrado na categoria diagnóstica “Transtorno devido ao uso de substâncias” e no agrupamento de nome “Perturbações do caráter, do comportamento e da inteligência”, permanecendo nessa categoria também na CID-7, publicado em 1955 (BENEDICTO, WAI, OLIVEIRA, GODOY E COSTA JR., 2013).

Em 1952 o alcoolismo foi incorporado nos critérios diagnósticos do primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística das Desordens Mentais (DSM-I) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) (Machado, Júnior, 2011; Marques, 2011) e possuía um enfoque predominantemente psicanalítico (MARTINHAGO, CAPONI, 2019).

O alcoolismo e a adicção a outras drogas apareceram no DSM-I enquanto “desordens da personalidade” e no subconjunto “perturbação da personalidade sociopática”. A categoria do alcoolismo incluía os casos considerados bem estabelecidos de adicção, excluindo a embriaguez simples e a intoxicação aguda (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952). Contudo, o DSM-I ainda não apresentava um critério específico e bem definido para adicção. De acordo com McMurran (2005), essas classificações claramente mostram como comportamentos considerados ameaçadores à sociedade foram patologizados e onde os modelos morais e de doença se uniram. De qualquer modo, por volta da “primeira metade do século XX, o modelo de alcoolismo como doença se consolida, sendo permeado por diversas abordagens sociais, psicológicas, fisiopatológicas e legais” (MACHADO, JUNIOR, 2011, p. 413).

Já em 1953, Robert Strauss e Selden Bacon publicaram *Drinking in College*, sendo considerado o primeiro e mais importante estudo sociológico sobre uso de álcool nos Estados Unidos, permanecendo por anos enquanto modelo de pesquisa social no campo. Em sua maior parte, esse estudo foi orientado para compreender o beber típico e normal, adotando uma postura crítica diante de pesquisas que focavam apenas o beber patológico. Também ajudou a desconstruir perspectivas herdadas dos movimentos de temperança que levaram o consumo de álcool ser visto como empecilho ao “progresso da civilização”. Essa pesquisa questionou os problemas entre imagem e realidade e chegou à conclusão de que não havia um padrão específico para o consumo de álcool entre universitários e que tampouco eles poderiam ser considerados mais ou menos desviantes do resto da população. Desse modo, a questão do alcoolismo pouco a pouco foi sendo discutida a partir de múltiplas perspectivas: biológica, social e psíquica (GUSFIELD, 1996).

Com o avanço dos estudos socioantropológicos, na segunda metade do século XX,

os sistemas de classificação de diagnósticos começavam a considerar os problemas com álcool e outras drogas que não envolviam adicção ou dependência. Nesse contexto, Elvin Jellinek publicou em 1960 um dos seus mais importantes trabalhos, intitulado *The Disease Concept of Alcoholism* (GIGLIOTTI E BESSA, 2004).

Jellinek apresentou uma definição ampla do alcoolismo, que seria qualquer uso de bebida alcoólica que causasse dano ao indivíduo e/ou à sociedade. No entanto, ele próprio criticou sua definição como sendo demasiadamente ampla e que beirava a inutilidade, mas que essa imprecisão seria justamente a razão para o delineamento de vários subtipos de alcoolismo e suas correlações com os mais variados problemas ligados ao consumo de álcool (KELLY, 2019).

Segundo Kelly (2019) e Heckmann e Silveira (2009), na tipologia de Jellinek, o alcoolismo foi classificado em cinco categorias:

1) alcoolismo alfa: definida enquanto dependência psicológica, sem que haja progressão para a dependência física. Também denominado de consumo problemático ou consumo de fuga. Foi descrito como um subtipo no qual o uso de álcool seria associado ao alívio do sofrimento cognitivo-afetivo e que poderia ou não levar a aos subtipos gama e delta.

2) alcoolismo beta: caracterizado por complicações físicas, com deterioração geral da saúde e redução da longevidade. Pode ser considerado um padrão de uso pesado e crônico, com danos ligados à toxicidade. Não está relacionado à perda do controle sobre o beber e tampouco na inabilidade de cessar o consumo, mas esse padrão de consumo poderia levar ao subtipo gama.

3) alcoolismo gama: com características de aumento de tolerância, sintomas de abstinência após interrupção do consumo e perda do controle sobre a quantidade de bebida ingerida após iniciado o consumo, podendo rapidamente levar a uma intoxicação severa.

4) alcoolismo delta: caracterizada pelo aumento de tolerância, sintomas de abstinência e incapacidade de se abster, mas sem perda do controle sobre a quantidade que se bebe em determinada ocasião.

5) alcoolismo épsilon: caracterizado pelo beber compulsivo e também referido como dipsomania. Seria, portanto, um usuário que faz uso pesado e episódico de bebida alcoólica, mas que não apresenta um padrão constante de uso prejudicial ou perigoso.

Jellinek afirmou que os subtipos delta e gama poderiam ser considerados enquanto tipos de uma “adicção clássica” e que teriam características suficientes para serem considerados “doenças” por incluírem aquisição de maior tolerância ao álcool, metabolismo celular adaptativo, sintomas de abstinência, forte desejo e perda de controle. Mas a maior contribuição de Jellinek foi ter defendido a mudança de uma perspectiva linear e quantitativa sobre o alcoolismo, enquanto doença progressiva, para a noção de um distúrbio heterogêneo do qual derivam subtipos mais homogêneos e qualitativamente distintos e

onde apenas alguns poderiam constituir-se enquanto doença. Ao focar na “doença”, o livro evocou uma orientação reducionista e biogênica sobre a adicção, mas Jellinek situou a etiologia e o curso clínico do alcoolismo em um contexto sociocultural e econômico amplos, detalhando as interações com a vulnerabilidade biológica individual (KELLY, 2019).

A inclusão de transtornos não resultantes da dependência em relação ao uso de substâncias psicoativas passou a ser incluída na oitava revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8) em 1965 (GIGLIOTTI, BESSA, 2004). Além disso, a adicção ao álcool foi caracterizado como um estado de dependência física e emocional acompanhado por consumo regular ou episódico pesado durante o qual a pessoa apresenta compulsão para beber e sintomas de abstinência quando cessa o consumo (GRANT, DAWSON, 1999). Em termos de classificação, a categoria sobre transtornos mentais devido ao uso de substâncias recebeu o nome de “Neuroses, transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos”. Foram acrescentadas as subcategorias “excesso alcoólico episódico”, “excesso alcoólico habitual”, “adicção ao álcool” e “outro alcoolismo não especificado” (BENEDICTO, WAI, OLIVEIRA, GODOY, COSTA JR., 2013).

Em 1968, o DSM-II aparece como contraponto à CID-8, sendo que a maior parte das classificações diagnósticas entre uma e outra não difere muito. A segunda versão do DSM continuou marcada pela influência da psicanálise e as adicções permaneceram no grupo dos “transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos”, tendo sido separadas em “alcoolismo” e “dependência de drogas”. O DSM-II adotou a mesma definição de alcoolismo utilizada na CID-8, passando a ser utilizada no diagnóstico de pessoas cuja ingestão de álcool seria grande o suficiente para prejudicar sua saúde física, ou seu funcionamento pessoal ou social, ou quando o consumo se tornou pré-requisito para o funcionamento normal. O alcoolismo foi subdividido basicamente em três tipos: excesso alcoólico episódico, excessos alcoólicos habituais e dependência do álcool, de modo que os critérios de classificação em relação ao alcoolismo eram subjetivos, sendo preciso considerar prejuízos “para a saúde física ou para o funcionamento pessoal ou social, ou que a bebida seja pré-requisito para o funcionamento normal do indivíduo”. Em resumo, houve esforço em definir parâmetros de normalidade em relação ao uso de álcool, o que não ocorreu com outras substâncias psicoativas, que precisavam apenas da constatação de uso habitual ou sentimento de necessidade de uso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968; CIRIBELLI, 2012, p. 49).

Em 1975, a 9ª revisão da CID passou a ser denominada Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, enfatizando a amplitude da finalidade estatística e a ênfase na morbidade. Houve acréscimo das categorias “dependência de drogas” e “abuso de drogas sem dependência”, que no caso do álcool considerava os casos de intoxicação aguda ou os efeitos de ressaca. Também houve substituição do termo “alcoolismo” para “síndrome de dependência do álcool” e que foi definida como:

Um estado físico e usualmente psíquico, resultante da ingestão de álcool, caracterizada por comportamentos e outras respostas que sempre inclui a compulsão em ingerir álcool de forma contínua com finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos, e algumas vezes evitar o desconforto de sua abstinência; a tolerância pode ou não estar presente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1977, p. 198).

Já em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross propuseram em *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome* uma nova mudança nos critérios de classificação da Síndrome de Dependência do Álcool (SDA). Nesse conceito, a SDA apresenta-se como transtorno que se constitui ao longo da vida e depende de interações entre fatores biológicos e culturais, indo além das classificações baseadas exclusivamente nos sintomas de tolerância e abstinência (GIGLIOTTI, BESSA, 2004). Assim, temos que:

A SDA proposta por Edwards cria uma distinção clínica entre o que é dependência e quais seriam os problemas relacionados, estabelecendo graus variáveis de risco e de problemas ocasionados pelo uso do álcool, dispostos em duas dimensões: uma associada com a psicopatologia do beber, a dependência do álcool, e outra na qual se distribuem os diversos problemas oriundos do uso ou da dependência (GIGLIOTTI, BESSA, 2004, p. 12).

Edwards e Gross estabeleceram sete critérios para a SDA, um complexo de sintomas baseados em processos biológicos e aprendizado. Eles passaram a definir dependência de acordo com uma série de gravidades e também diferenciaram dependência de incapacidades biomédicas e psicossociais relacionadas ao uso de álcool (MEYER, 1996). Segundo Edwards e Gross (1976), os elementos essenciais para a síndrome de dependência do álcool ficaram definidos do seguinte modo:

- 1) Estreitamento do repertório de bebida: vários sinais apontam que o beber se tornou cada vez mais frequente e estereotipado. A pessoa começa a beber do mesmo modo seja nos dias normais de trabalho, nos finais de semana ou feriados, e a natureza de suas companhias ou humor fazem cada vez menos diferença.
- 2) Proeminência do comportamento de procura da bebida: constata-se uma prioridade na manutenção da ingestão do álcool apesar das consequências desagradáveis. Por exemplo, quando uma pessoa com doença hepática opta pela ingestão de álcool ao invés de priorizar o cuidado com a sua saúde; ou quando a pessoa que costumava sempre levar as crianças às partidas de futebol agora não mais passa tempo com elas; ou ainda quando alguém que costumava ter rigorosos padrões morais agora implora, pede emprestado ou rouba para conseguir dinheiro para comprar bebidas alcoólicas.
- 3) Aumento da tolerância ao álcool: clinicamente, a tolerância é demonstrada pela capacidade em sustentar a ingestão de álcool e realizar atividades rotineiras com uma concentração de álcool no sangue que incapacitaria um bebedor não tolerante. Nos estágios finais da dependência, a pessoa começa a perder a tolerância adquirida e torna-se incapacitada pela quantidade de álcool que anteriormente costumava ingerir.

4) Sintomas repetidos de abstinência: ocorrem por conta da interrupção ou redução do consumo de álcool. No início os sintomas são intermitentes, leves e pouco incapacitantes. À medida que a dependência aumenta, os sintomas também se tornam mais frequentes e severos. O espectro de sintomas é amplo, mas pode-se considerar quatro sintomas-chave: tremores, náuseas, sudorese e perturbação do humor. De um modo geral, para que a pessoa manifeste os sintomas de abstinência, ela precisa ingerir de 200 a 300 gramas de álcool por dia, durante vários anos. O sintomas de abstinência ocorrem com um alto grau de tolerância, embora a tolerância possa existir sem a manifestação clínica desses sintomas.

5) Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento do consumo da bebida: ocorre quando a pessoa procura manter um nível estável de álcool que lhe seja confortável, acima do nível de desencadearia uma abstinência. Nesse caso, o consumo de bebidas alcoólicas é marcado tanto pela evitação da abstinência quanto pelo alívio dos sintomas.

6) Consciência subjetiva da compulsão para beber: o desejo por bebida é percebido como irracional, resiste-se a ele, mas ainda assim a pessoa acaba ingerindo álcool. Para as pessoas gravemente dependentes, o sentimento de estar sob domínio de algo estranho, irracional e indesejado parece resumir a experiência particular difícil de ser transmitida.

7) Reestabelecimento após a abstinência: ainda que a pessoa passe por longos períodos de abstinência, uma recaída fará a pessoa voltar ao mesmo padrão de consumo anterior, sendo essa uma das características mais intrigantes dessa condição.

A definição da SDA elaborada por Griffith Edwards e Milton Gross exerceu forte influência nas seguintes revisões da CID e do DSM sobre as definições de transtornos ligados ao álcool e outras drogas. Os problemas físicos, mentais e sociais associados ao uso de álcool também passaram a reconhecidos como questões de saúde pública (GRANT, DAWSON, 1999).

A distinção entre dependência e os problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas também influenciou os autores do DSM-III (publicado em 1980) a estabelecerem critérios para identificação do abuso de substâncias e sua diferenciação com a dependência (GRANT, DAWSON, 1999). Seguindo o modelo proposto por Jellinek, o DSM-III distanciou-se de perspectivas morais e criou uma categoria separada para os transtornos por uso de substâncias, classificando-os em dois tipos: abuso e dependência. Abuso foi definido como prejuízo às funções sociais ou ocupacionais enquanto o critério de dependência reunia a presença de tolerância e abstinência (MCMURRAN, 2005). Houve, com isso, a criação das categorias de abuso de álcool episódico, abuso de álcool contínuo e dependência de álcool (CIRIBELLI, 2012).

Essas alterações ocorreram em meio a uma série de mudanças estruturais na concepção do DSM-III, que passou a se considerar como (supostamente) atórica e buscou

não privilegiar nenhuma abordagem específica em relação à etiologia dos transtornos, suprimindo o viés psicanalítico da compreensão da neurose que estava presente na versão anterior (CIRIBELLI, 2012). Em parte, o modelo de diagnóstico passou a seguir nesta e nas seguintes revisões do DSM, os trabalhos de Emil Kraepelin (1856-1926) baseados no modelo médico e ligados ao empirismo e à descrição clínica (FIGUEIRA, 2017).

Como consequência, houve um deslocamento das categorias e signos clínicos para o campo das ciências biológicas, que se seguiu nas edições posteriores do manual (MARTINHAGO, CAPONI, 2019). Também ocorreu a primeira menção à possibilidade de predisposição genética nos transtornos por uso de álcool. Esse argumento decorreu da observação de diagnósticos em filhos de pessoas com transtornos por uso de álcool, mesmo quando estes foram criados por famílias adotivas (CIRIBELLI, 2012).

O DSM-III também inovou quanto à distinção entre a classificação de doenças e de doentes. Optou-se pela concepção de que doença não é algo que se é, mas algo que se tem, evitando classificar pessoas e buscando reduzir a produção de estigmas mais impactantes. Por isso, adotou termos como “indivíduo com dependência de álcool” ao invés de “alcoolista”. (CIRIBELLI, 2012).

Posteriormente, na revisão do DSM-III, conhecida como DSM-III-R e publicada em 1987, os transtornos dos tipos abuso e dependência foram mantidos, mas a noção de dependência foi redefinida. Passou-se a utilizar o conceito de SDA de Edwards e Gross que também foi aplicado a todos os outros tipos de substâncias (MCMURRAN, 2005). O DSM-III-R então considerava a dependência ao álcool como sendo um fenômeno gradual, variando de sintomas moderados (consequências suficientes para encontrar o critério diagnóstico, mas sem sintomas de abstinência importantes) a severos (várias consequências negativas e sintomas de abstinência) (WAGNER, SOBELL, SOBELL, 2007).

Essa edição usou pela primeira vez a dimensão da “perda do controle” sobre o comportamento enquanto “característica fundamental do quadro de dependência, sendo mais importante até que a presença ou ausência de sintomas fisiológicos de tolerância ou abstinência” (CIRIBELLI, 2012, p. 53).

Posteriormente, em 1993, a OMS publicou a décima revisão da CID (CID-10) que previu algumas das seguintes classificações para os chamados “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool” ou outras drogas: a) intoxicação aguda; b) uso nocivo - enquanto padrão de uso que causa algum dano à saúde, seja físico ou mental; c) síndrome de dependência, em concordância com os preceitos de Griffith Edwards e caracterizado como fenômeno comportamental, cognitivo e fisiológico que se desenvolve com o uso repetido da substância e normalmente inclui forte desejo de consumo, dificuldades em controlar o uso mesmo após consequências prejudiciais, alta prioridade dada ao consumo em detrimento de outras atividades ou obrigações, aumento de tolerância e, algumas vezes, sintomas de abstinência; d) estado de abstinência com ou sem delírio; entre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

No ano seguinte, em 1994, a Associação Americana de Psiquiatria divulgou a quarta edição do DSM (DSM-IV) e deu continuidade ao curso cientificista inaugurado no DSM-III, alegando ter se baseado na busca por evidências empíricas para construção dos diagnósticos clínicos (Ciribelli, 2012). Dentre algumas diferenças diagnósticas, enquanto o DSM-III-R percebia a dependência de álcool como um fenômeno gradual, o DSM-IV separou a dependência física da psíquica. Dessa maneira, o critério de dependência física deixou de ser central, sendo possível realizar um diagnóstico para alta dependência de álcool em pessoas sem sinais de dependência física (WAGNER, SOBELL, SOBELL, 2007).

Outro aspecto importante do DSM-IV foi a definição de “abuso de álcool”, que passou a considerar a um padrão desadaptativo de uso da substância, apesar das consequências adversas, recorrentes e significativas. O abuso de álcool não incluía o desenvolvimento de tolerância, abstinência ou uso compulsivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Não houve significativas alterações na revisão da quarta edição desse manual de psiquiatria (DSM-IV-TR), publicado em 2000.

Assim, pode-se afirmar que tanto na CID-10 quanto no DSM-IV a definição dos critérios de compulsão, tolerância e abstinência foram mantidos, mas não mais exigidos para o diagnóstico de dependência de álcool. Há algumas diferenças sutis nas formulações dos transtornos ligados ao uso de álcool e outras drogas na CID-10 e no DSM-IV, mas as principais diferenças foram as noções de uso nocivo e abuso, sendo que na CID-10 o uso nocivo foi definido como prejuízo físico ou psicológico ao usuário, enquanto que no DSM-IV a categoria de abuso incluía consequências físicas, sociais, legais e ocupacionais (GRANT, DAWSON, 1999).

Em 2013, foi publicado o DSM-V (a mais recente versão e atualmente em vigor), como resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por diversos profissionais. Nessa quinta revisão foi removida a divisão entre os diagnósticos de abuso e dependência de substâncias, passando a considerá-los unicamente como “transtorno por uso de substâncias” que abrange dez classes distintas de drogas, incluindo o álcool (ARAÚJO, NETO, 2014). Maiores detalhes sobre essas mudanças são mencionadas a seguir:

O Transtorno por Uso de Substância somou os antigos critérios para abuso e dependência conservando-os com mínimas alterações: a exclusão de ‘problemas legais recorrentes relacionados à substância’ e inclusão de ‘*craving* ou um forte desejo ou impulso de usar uma substância’. O diagnóstico passou a ser acompanhado de critérios para Intoxicação, Abstinência, Transtorno Induzido por Medicação/Substância e Transtornos Induzidos por Substância Não Especificados. O DSM-5 exige dois ou mais critérios para o diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância e a gravidade do quadro passou a ser classificada de acordo com o número de critérios preenchidos: dois ou três critérios indicam um transtorno leve, quatro ou cinco indicam um distúrbio moderado e seis ou mais critérios indicam um transtorno grave (ARAÚJO, NETO, 2014, p. 80).

Os motivos para essas mudanças estiveram ancorados em argumentos que duvidavam da validade e confiabilidade dos critérios diagnósticos para “abuso” e “dependência”, sugerindo que o primeiro seria um padrão mais leve de comportamento, embora eventualmente pudesse estar associado a graves problemas clínicos ou sociais. Outra justificativa estaria ligado às pessoas que eram usuárias de bebidas alcoólicas, apresentavam critérios insuficientes para classificação de dependência e nenhum critério para uso nocivo, indicando que tinham problemas ligados ao consumo de álcool, mas que não se enquadravam em um diagnóstico que permitisse a orientação de uma prática clínica (HASIN, 2015).

Houve, portanto, substituição de diagnósticos categoriais por diagnósticos dimensionais, com incorporação de síndromes de risco e prodômicos⁴ com objetivos de intervenção precoce (FIGUEIRA, 2017). Vale lembrar que o modelo dimensional ganhou força no século XXI por conta dos estudos de Kretschmer e Akiskal, baseados na perspectiva holística e platônica da compreensão humana, na qual entende a doença mental como uma disfunção única, mas de expressão variada (MATOS, MATOS, MATOS, 2005).

Assim, a “dimensionalização do diagnóstico emerge de casos clínicos que apontavam no sentido de existência de limites pouco precisos entre várias categorias diagnósticas”, incluindo o transtorno ligado ao uso de álcool. Por outro lado, as mudanças tornaram menos explícita a distinção entre o mal estar normal e a perturbação, aumentando o risco de patologização do comportamento humano e, conseqüentemente, podendo levar ao uso indevido de medicamentos ou de outros recursos terapêuticos desnecessários (FIGUEIRA, 2017, p. 14).

Finalmente, em 2018, a OMS lançou a nova revisão para Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e praticamente não houve alterações ligadas aos transtornos por uso de álcool. Destaca-se apenas uma subdivisão no critério ligado ao uso nocivo e que agora permite tanto o diagnóstico de um único episódio de uso nocivo quanto um comportamento padrão de uso nocivo. A ideia em torno da síndrome de dependência permaneceu inalterada, de modo que os critérios diagnósticos mais amplamente aceitos para esses casos não se alteraram muito desde a publicação de *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome* por Griffith Edwards e Milton Gross em 1976.

Em resumo, o modelo diagnóstico categorial que embasa o CID-11 é estático, onde o normal e o patológico são determinados por critérios qualitativos de inclusão e exclusão de categorias nosológicas predeterminadas (HENRIQUES, LEITE, 2017). Ou seja, “um modelo categorial preocupa-se em classificar os limites claros, sem sobreposições, sem casos limítrofes, com casos homogêneos dentro de cada categoria diagnóstica” (ALCANTARA, 2003, p. 16). As vantagens desse modelo estão as informações resumidas e a facilidade de comunicação entre técnicos, possibilitando inclusive a geração de instrumentos diagnósticos de fácil aplicação. Contudo, situações limítrofes e atípicas são difíceis de

⁴ Conjunto de sintomas inespecíficos que podem indicar o início de uma doença ou transtorno.

serem classificadas, perdendo informações das características individuais no intuito de enquadrar o comportamento humano em alguma categoria diagnóstica específica (LYONS, 1995; TORRES, 1993; WIDIGER, 1991; WIDIGER, 1992; FRANCES, 1982 citados por ALCANTARA, 2003).

Quanto ao DSM-V, uma das grandes críticas a esse modelo foram apontados seguindo o raciocínio da teoria neurocomportamental moderna. Isso porque alguns dos sintomas de transtorno por uso de substâncias foram ligados a consequências ou risco de consequências, a exemplo do não cumprimento das obrigações de papéis sociais, atividades sociais reduzidas por conta do uso de psicoativos, uso contínuo apesar dos problemas sociais, interpessoais, físicos ou psíquicos. No entanto, as consequências psicossociais e de saúde relacionadas ao uso de substâncias são quase sempre multideterminadas e inespecíficas, seja por variáveis pessoais (genótipo, personalidade, dieta, função psicológica ou orgânica pré-existente), situacionais (pressão social, provocação) e/ou culturais (normas para comportamento bêbado). Ou seja, em alguns casos, o uso de drogas e uma consequência podem ser apenas uma coincidência, de modo que esses problemas poderiam ser considerados enquanto características auxiliares e não centrais no diagnóstico por transtornos ao uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido, há pessoas que podem experimentar consequências e não serem adictas, como também há pessoas que podem ser adictas, mas que não necessariamente apresentam consequências sociais, interpessoais, legais ou ocupacionais significativas. Desse modo, há quem defenda que as consequências relacionadas ao uso de álcool deveriam ser classificadas como condições que exigem consulta, pois de fato não são doenças ou transtornos mentais (MARTIN, LANGENBUCHER, CHUNG, SHER, 2014).

Apesar dos avanços e esforços da neurociência em correlacionar processos neurobiológicos na determinação de critérios diagnósticos aos transtornos por uso de álcool e/ou outras drogas, até o momento não foi possível vincular comportamentos sociais complexos a circuitos moleculares e neurais. Portanto, por esse ponto de vista, considerar apenas os processos neurobiológicos não é suficiente para formar bases de critérios de diagnóstico clínico ligado à dependência (REHM, HEILIG, GUAL, 2019).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que os modelos científicos e explicativos sobre os problemas ligados ao uso de bebidas alcoólicas intensificaram na Europa Ocidental e Estados Unidos no período da Revolução Industrial, por conta do aumento de disponibilidade de bebidas e do consumo dessas substâncias. A partir de então, alguns movimentos sociais aliaram-se a instituições de natureza científica e política, logrando inclusive efeitos proibitivos sobre o uso de álcool em alguns países, além de orientarem práticas de cuidado em saúde para os casos de transtornos ligados ao uso de álcool.

O alcoolismo, inicialmente denominado para caracterizar os transtornos ligados ao consumo de bebidas alcoólicas, era considerada uma doença da vontade ou doença mental, ideia vigente no século XIX e início do século XX. Esses argumentos eram amparados na perspectiva monocausal do modelo biomédico organicista, mas com o passar dos anos percebeu-se que esse modelo era insuficiente para dar respostas às causas e cuidados necessários às pessoas com transtornos por uso de álcool.

Atualmente, os sistemas de classificação diagnóstica (DSM-V e CID-11) possuem uma compreensão biopsicossocial dos problemas advindos do uso de bebidas alcoólicas e superaram o modelo biomédico monocausal. Desse modo, a inclusão dos fatores psicológicos e sociais na determinação de doenças e/ou problemas ligados ao uso de álcool tem sido amplamente aceita e o modelo biopsicossocial ampliou a compreensão dos fatores etiológicos dessas questões (MORAES, BARROCO, 2016).

Há, portanto, dois importantes sistemas de diagnósticos para os problemas ligados ao consumo de álcool: o DSM-V, com base no modelo categorial-dimENSIONAL, e a CID-11, baseado no modelo categorial e herdeiro de uma perspectiva biomédica neopositivista. Apesar das diferenças, ambas seguem profundamente influenciadas pelas contribuições dos psiquiatras Griffith Edwards e Milton Gross.

FONTE DE FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, I. D. de O. **Tradução, adaptação e aplicação do PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaire 4) para uma amostra de pacientes internados e ambulatoriais**. 2003. Dissertação (Mestrado em Medicina: Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ALCOHOLICS ANONYMOUS. **Alcoholics Anonymous: the story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism**. 4 ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association**, 1952. Disponível em: <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>. Acesso em 28 jun. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 2 ed. Washington: American Psychiatric Association, 1968. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>. Acesso em 28 jun. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

ARAÚJO, Á. C.; NETO, F. L. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. Cogn.**, São Paulo, v. 16, n.1, p.67-82, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007 . Acesso em 28 jun. 2021.

BELLAMY, M. The Canadian brewing industry`s response to prohibition, 1874-1920. **Brewery History**, n. 132, p.2-17, 2009. Disponível em: http://breweryhistory.com/journal/archive/132/Canadian_Prohibition.pdf. Acesso em 28 jun. 2021.

BENEDICTO, R. P.; WAI, M. F. P.; OLIVEIRA, R. M.; GODOY, C., COSTA JR, M. L. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. **SMAD**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.25-32, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 28 jun. 2021.

BICCA, C., PEREIRA, M.S., GAMBARINI, M.A. Conceitos, diagnósticos e classificação. In: Pulcherio, G., Bicca, C., Silva, F. A. (orgs). **Álcool, outras drogas, informação. O que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CARVALHO, A. M. T. Higiene e eugenia: brevíssima genealogia da trama discursiva antialcoólica no Brasil. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (orgs). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.83-102.

CIRIBELLI, C. O uso de droga no DSM: uma revisão histórica. **Clinica & Cultura**, v.1, n.1, p.47-67, 2012. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/637>. Acesso em 28 jun. 2021.

EDMAN, J. Temperance and modernity: alcohol consumption as a collective problem, 1885-1913. **J. Soc. History**, v.49, n.1, p.20-52, 2015. DOI: 10.1093/jsh/shv029. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jsh/shv029>. Acesso em: 28 jun. 2021.

EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **Br. Med. J.** 1(6017), p.1058-6, 1976. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1639901/pdf/brmedj00514-0034.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

ESCOHOTADO, A. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004.

FIGUEIRA, M. L. Os sistemas de classificação em psiquiatria em fase de crise? Foco no DSM-5. **PsiLogos**, v.15, n.1, p.8-19, 2017. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/2165/1/a2.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

FORTES, J. R. de A. **Alcoolismo**. São Paulo: Sarvier, 1975.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios e diagnósticos. **Rev. Bras. de Psiquiatr.** São Paulo, v.26, n.1, p.11-13, 2004. DOI 10.1590/S1516-44462004000500004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500004>. Acesso em: 28 jun. 2021.

GRANT, G.F. & DAWSON, D.A. Alcohol and drug use, abuse and dependence: classification, prevalence and comorbidity. In: McCrady, B. S., Spstein, E. E. (orgs.). **Addictions: a comprehensive guidebook**. New York: Oxford University Press, 1999.

GUSFIELD, Joseph. **Contested meanings: the construction of alcohol problems**. London: The University of Wisconsin Press, 1996.

HASIN, D. DSM-5 SUD diagnoses: changes, reactions, remaining open questions. **Drug Alcohol Depend**, n.148, p.226-9, 2015. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.12.006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.006>. Acesso em: 28 jun. 2021.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J; SILVEIRA, C. M. (orgs.). **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.

HENRIQUES, R. da S. P.; LEITE, A. F. dos S. As artes adivinhatórias e a psiquiatria do futuro. **Fractal, Rev. Psicol**, v.29, n.1, 2017. DOI: 10.22409/1984-0292/v29i1/1552. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1552>. Acesso em: 28 jun. 2021.

JOHANSEN, P. O. The Norwegian alcohol prohibition; a failure. **J. Scand Stud Criminol Crime Prev**, v.14, sup.1, p.46-63, 2013. DOI: 10.1080/14043858.2013.771909. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14043858.2013.771909>. Acesso em: 28 jun. 2021.

KELLY, J. E.M. Jellinek's disease concept of alcoholism. **Addiction**, v.114, n.3, p.555-559, 2019. DOI: 10.1111/add.14400. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/add.14400>. Acesso em: 28 jun. 2021.

LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V.; QUADROS, A. A. J.; CONDE M. T. R. P.; OLIVEIRA, A. S. B. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v.71, n.9A, p.3-10, 2013. DOI: 10.1590/0004-282X20130111 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20130111>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MACHADO, R. M.; COSTA JUNIOR, M. L. Evolução histórica do uso e abuso de álcool e os serviços de saúde mental. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v.1, n.3, p.407-421, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/7/210>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, n.3, p.73-86, 2001. Disponível em: <http://www.tratamentodrogas.curitiba.br/wp-content/uploads/2016/01/O-uso-do-alcool-e-a-evolucao-do-conceito-de-dependencia.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MARTIN, C.; LANGENBUCHER, J.; CHUNG, T.; SHER, K. Truth or consequences in the diagnosis of substance use disorders. **Addiction**, v.109, n.11, p.1773-78, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fadd.12615>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis**, v.29, n.2, 2019. DOI:10.1111%2Fadd.12615. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MATOS, E. G.; MATOS, T. M. G.; MATOS, G. M. G. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Rev Psiquiatr RS**, v.27, n.3, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MCMURRAN, M. **The psychology of addiction**. London: Taylor & Francis, 2005.

MEYER, R. The disease called addiction: emerging evidence in a 200-year debate. **The Lancet**. v.347, p.162-66, 1996. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2896%2990345-1>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MORAES, R. J. S.; BARROCO, S. M. S. Concepções do alcoolismo na atualidade: pesquisas hegemônicas, avanços e contradições. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.32, n.1, p.229-237, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n1/1806-3446-ptp-32-01-00229.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MUSUMECI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A.; HENMAN, A.; PAIXÃO, A. L.; MUSUMECI, B.; SÁ, D. B. S.a; MACRAE, E.; VELHO, G. (orgs.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

O'DWYER, P. Treatment of alcohol problems. In: STRAUSSNER, S. L. A. (org.). **Clinical work with substance abusing clients**. 2 ed. New York, London: The Guilford Press, 2004.

REHM, J.; HEILIG, M.; GUAL, A. ICD-11 for alcohol use disorders: not a convincing answer to the challenges. **Alcohol Clin Exp Res**, v.43, n.11, p.2296-2300. DOI: 10.1111%2Facer.14182. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Facer.14182>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SALES, E. Aspectos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX. **Cad. Hist. UFPE**. ano.VII, n.7, p.167-203, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosdehistoriaufpe/article/download/110065/21988>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SOUZA, M. L. P. Apresentação. In: SOUZA, M. L. P. (org.). **Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SZASZ, T. **Our right to drugs: the case for a free market**. New York: Praeger, 1992.

THOMBS, D.; OSBORN, C. **Introduction to addictive behaviors**. 5 ed. New York, London: The Guilford Press, 2019.

TRACY, S. **Alcoholism in America: from reconstruction to prohibition**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

YALISOVE, D. The origins and evolution of the disease concept of treatment. **J Stud Alcohol**, v.59, n.4, p.469-76, 2011. DOI: 10.15288/jsa.1998.59.469. Disponível em: <https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.469>. Acesso em: 28 jun. 2021.

WAGNER, E.; SOBELL, M.; SOBELL, L. Substance-related disorders: alcohol. In: HERSEN, M.; TURNER, S.; BEIDEL, D. (orgs.). **Adult psychopathology and diagnosis**. 5 ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Based on the Recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly**. v.1. Geneva: World Health Organization, 1977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision**. Geneva: World Health Organization, 1993.

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

Acadêmicos de medicina 19, 23

Acidente vascular encefálico 8, 9, 10

Alcoolismo 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 193, 194, 196

Atenção primária à saúde 60, 61, 62, 64, 147

AVC 9, 10, 41, 45, 47, 48, 49, 153, 159

AVE 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 46, 48

B

Bebidas alcoólicas 146, 179, 180, 182, 183, 187, 188, 191, 192, 193

C

Calcificação 153, 154, 156, 157, 158, 159

Cérebro 9, 14, 33, 37, 41, 43, 54, 61, 115

Cerebrovascular 9, 17, 41, 42, 49, 50, 154

Chlorovirose 27

CID-11 179, 191, 193, 195

Cognição 27, 54

Comorbidade 15, 90, 113, 134, 168

Coronavírus 8, 9, 11, 19, 23, 25, 26, 100, 101, 119, 127, 128, 129, 130, 131, 136, 140, 142, 148, 150, 152, 172, 173

Coronavirus disease 2, 3, 4, 6, 17, 50, 133, 177

COVID-19 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 100, 101, 102, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 140, 141, 142, 144, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178

Crianças 61, 62, 64, 65, 68, 74, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 187

D

Demência 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58

Dermatite atópica 93, 94, 95

Desenvolvimento infantil 60, 61, 62, 64

Desnutrição 121, 124, 125, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169

Diabetes mellitus 13, 79, 83, 84, 87, 137, 138, 167

Dieta vegetariana 93, 94, 95, 96

Disfunção renal 78, 85

Distúrbios psiquiátricos 150

Doença de Alzheimer 52, 53, 55, 56, 57, 58, 91

Doenças cardiovasculares 16, 42, 62, 79, 90, 105, 114, 134, 135, 136

DSM-V 179, 190, 192, 193

E

ECMO 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177

Envelhecimento 52, 53, 54, 57, 58, 91, 92, 121, 129, 131, 156, 161, 162, 163, 169

Espessura do músculo adutor 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 169

Estresse 14, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 85, 90, 100, 101, 102, 103, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 145, 150, 151, 152

F

Fatores protetores 3, 127, 129, 132

Fotocoagulação 137, 138

G

Gêmeas monozigóticas 93, 94, 95, 96

Gestante 66, 69, 73, 74, 75

H

Hipertensão 1, 3, 13, 16, 42, 63, 78, 79, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 135, 156, 167

História 30, 54, 56, 57, 67, 85, 121, 128, 135, 140, 143, 149, 179, 181, 194, 196

I

Idosos 49, 53, 56, 57, 88, 90, 91, 108, 118, 122, 124, 130, 138, 146, 153, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170

Infecções sexualmente transmissíveis 66, 67

M

Menaquinona 153, 154, 156, 158

N

Nutrição 90, 98, 158, 162, 169

O

Obesidade 42, 62, 85, 90, 97, 98, 99, 121, 124, 125

Oftalmopatias 137

Oxigenação 117, 171, 172, 173

P

Pandemia 4, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 46, 47, 49, 102, 110, 112, 113, 114, 118, 134, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 171

Prevenção 3, 25, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 95, 108, 116, 117, 142, 144, 145, 146, 147

Prevenção de doenças 3, 88, 89, 90, 116

Promoção da saúde 83, 88, 89, 90, 118

Pulmonary artery hypertension 1, 2, 3, 4, 7

Q

Quimioterapia 120, 121, 122, 125, 126

R

Retina 137, 138

Retinopatia diabética 137, 138, 139

Revisão literária 8, 9, 127, 132

S

SARS-CoV-2 1, 2, 41, 42, 46, 47, 48, 49, 141

Saúde mental 19, 24, 61, 64, 102, 118, 119, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 195

Saúde pública 10, 49, 67, 75, 79, 97, 101, 140, 141, 142, 143, 146, 148, 180, 188, 197

Saúde vascular 153, 157

Scorad 93, 94, 95, 96

Sobreviventes da COVID-19 150

Suplementos naturais 88, 89, 90

T

Transmissão vertical 66, 67, 68

Tratamento 5, 15, 25, 30, 38, 41, 46, 48, 49, 53, 54, 56, 57, 58, 64, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 106, 116, 120, 121, 122, 123, 126, 131, 137, 138, 141, 143, 144, 146, 158, 159, 171, 172, 173, 176, 179, 183, 195

V

Viroma humano 27, 28, 38

Z

Zika vírus 66, 67, 68, 73, 74, 75, 76, 77

MEDICINA:

Ciências da saúde e pesquisa interdisciplinar



5

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 **Atena**
Editora
Ano 2021

MEDICINA:

Ciências da saúde e pesquisa interdisciplinar



5

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br