

Editorial**Boletim Científico da Área de Biológicas da FAI****Caros Alunos da FAI,**

Temos a satisfação de editar o nosso primeiro Boletim Científico da área de Biológicas (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Engenharia de Alimentos, Farmácia, Fisioterapia, Gerontologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional). O número 1, volume 1, inaugurando uma nova fase dentro da proposta do Núcleo de Prática de Pesquisa da FAI: estender os Boletins Científicos a todas as áreas do conhecimento, para que cada uma em particular agregue em sua edição, as pesquisas realizadas pelos alunos, sempre sob a orientação de um professor, com o objetivo de desenvolver a investigação e produção científica da Instituição. Este número traz alguns artigos científicos, relatos de caso, pesquisas em andamento e informações sobre atividades acadêmicas da área de Ciências Biológicas que estão sendo desenvolvidas na FAI.

A expectativa do Boletim Científico é se tornar uma rotina em nossa Instituição, servir de estímulo à reflexão científica e envolver todos aqueles que se preocupam com o desenvolvimento da pesquisa, pois a iniciação científica é a chave para a carreira acadêmica.

É indispensável que todo trabalho científico seja enviado para publicação, via e-mail para o Núcleo de Prática de Pesquisa, no seguinte endereço: omnia@fai.com.br, sob a supervisão de um professor orientador.

Salientamos ainda, que o material dos trabalhos para publicação no Boletim Científico não segue normas específicas e poderá conter ilustrações que permitam uma melhor compreensão do conteúdo, usando uma linguagem clara e acessível a todos os leitores interessados nas pesquisas de iniciação científica de nossa Instituição.

Sugestões de temas:

- Estudo ou relato de casos (análise comparativa com outros casos, fenômenos ou padrões existentes)
- Simulações em jogos abstratos
- Inovações tecnológicas nas diferentes áreas do conhecimento
- Pesquisas em andamento
- Literatura científica
- Pesquisas bibliográficas
- Necessidade do mercado.

Agradecemos a todos os que participaram deste número, escrevendo artigos ou orientando trabalhos, e que este primeiro número sirva de incentivo a todos aqueles que se preocupam com a obtenção de um novo conhecimento, a realização de intercâmbios e o incremento de estudos e debates.

Os nossos agradecimentos são extensivos também ao Núcleo de Prática de Pesquisa da FAI, pelo apoio e colaboração na montagem desta edição.

GRAVIDEZ PSÍQUICA**PREVENÇÃO DE QUEDAS****II CICFAI****I CICFAI JÚNIOR**envio de trabalhos
até 5/9/2008**22 a 24/10/2008**

- Artigo de Divulgação Científica - Relato de Caso -

MEDICINA VETERINÁRIA

NEOPLASIA MAMÁRIA CANINA

Gislaine Matias Dantas**Verônica Baldim de Oliveira**

Alunas do 9º Termo do Curso de Medicina Veterinária da FAI.

Revisão Final: Profa. Dra. Sandra Helena Gabaldi Wolf e Prof. Dr. Gildo Matheus**Resumo**

As neoplasias mamárias caninas podem ser benignas ou malignas; para que as células normais se transformem em neoplásicas, ocorre um vasto número de alterações bioquímicas, genéticas, imunológicas e anatômicas nas células dos tecidos. As células neoplásicas crescem autonomamente, sem relacionamento com os mecanismos reguladores intracelulares e intercelulares normais. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de Adenocarcinoma Canino - Tumor Complexo (misto) de Mama, atendido na Clínica Veterinária da FAI.

INTRODUÇÃO

O tumor é um grande agregado de células descendentes de uma única célula ou clone “fundador”, originalmente uma célula de funcionamento normal que, de algum modo, sofreu alteração, pela qual começou a se dividir e proliferar automaticamente, gerando bilhões de outras células similarmente alteradas e constituintes da massa tumoral.

As glândulas mamárias estão distribuídas, nos cães, em duas fileiras paramedianas paralelas desde a região axilar até à inguinal (Fig. 01), podendo ser classificadas por nomes (torácicas, cranial e caudal; abdominais, cranial e caudal, e inguinais) ou por números (um a cinco, craniais e caudais).

Os tumores da glândula mamária são os mais comuns em cadelas, representando aproximadamente 50% da incidência de todas as neoplasias. Essa enfermidade afeta animais de meia-idade e animais idosos, com maior incidência entre dez a onze anos, podendo haver variação em relação ao tipo de ambiente, fatores



Figura 01 - Glândulas mamárias em cadelas. 1=torácica cranial; 2=torácica caudal; 3=abdominal cranial; 4=abdominal caudal; 5=inguinal.

predispostos ou a raça. Os principais agentes promotores são o uso intenso de anticoncepcionais, dietas impróprias e obesidade.

A causa do desenvolvimento de neoplasia mamária em cadelas depende principalmente de hormônios produzidos no ovário, portanto, as cadelas castradas antes do seu primeiro estro apresentam ocorrência de 0,5%; as cadelas castradas após um ciclo estral apresentam 8% de ocorrência e, 26% para as castradas após dois ou mais ciclos estrais. Quaisquer dos cinco pares de glândulas mamárias podem ser acometidos.

Aproximadamente metade dos tumores mamários caninos é benigno, e em sua maioria é classificado de fibroadenoma. Quando malignos, a maioria é caracterizado como carcinoma.

O carcinoma mamário inflamatório é outra forma distinta de neoplasia mamária. Estes tumores crescem rapidamente e invadem os vasos linfáticos cutâneos, causando edema e inflamação extensos. São tumores altamente agressivos e geralmente apresentam metástases.

Os adenocarcinomas podem ser basicamente de dois tipos, ou seja, adenocarcinoma papilífero e adenocarcinoma tubular. O tipo papilífero está constituído por formações ramificadas revestidas por células epiteliais cúbicas hiper cromáticas, sustentado por faixas de tecido conjuntivo normal. Os adenocarcinomas apresentam baixo índice de invasão dos tecidos adjacentes e de vasos sanguíneos. O adenocarcinoma do tipo tubular é muito freqüente em cães e destaca-se pela quantidade de estroma fibroso (conjuntivo) interposto entre as formações

tubulares que podem ou não apresentar conteúdo secretório. Apresenta poucas células diferenciadas. Existem casos em que pode ocorrer metaplasia escamosa em algumas áreas do tumor.

Os sarcomas (fibrossarcomas, osteossarcomas e condrossarcomas) representam menos de 5% das neoplasias mamárias caninas. Já os carcinossarcomas (malignos) são mais raros. Ambos os tumores tendem a ser localmente invasivos e possuem amplo potencial de metástases.

Os locais mais comuns de localização das metástases dos tumores mamários malignos são: fígado, rins, adrenais, baço, pâncreas, diafragma, pulmão, ovários, coração, ossos, submucosa uretral e vestibular, musculoesquelético, olhos e cérebro.

O diagnóstico destas neoplasias deve constar de exame físico minucioso (Fig. 02), hemograma completo, radiografias torácicas (busca de metástases pulmonares), radiografias abdominais (detecção do envolvimento dos linfonodos sublobares), ultra-sonografia do abdômen, porém o diagnóstico definitivo baseia-se no exame histopatológico de amostras de biópsia excisional ou punção aspirativa por agulha fina.

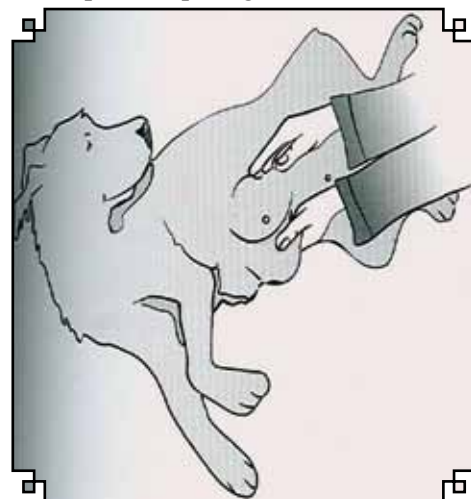


Figura 02 - Exame clínico das glândulas mamárias em cadelas.

Os fatores para se determinar o prognóstico em carcinomas mamários são: diâmetro do nódulo tumoral, grau de invasibilidade (estágio histológico), diferenciação nuclear, envolvimento dos linfonodos e reatividade linfóide.

- Artigo de Divulgação Científica - Relato de Caso -

Os tumores benignos são facilmente tratados pela incisão cirúrgica e geralmente tem excelente prognóstico. Contudo, cães com tumores benignos com parênquima atípico têm grande probabilidade de transformarem-se em malignos. Os sarcomas e carcinosarcomas têm prognóstico extremamente ruim, pois as cadelas acometidas apresentam óbito dentro de 9 a 12 meses.

A quantidade de tecido mamário a ser removida durante a mastectomia é influenciada por vários fatores, incluindo o tamanho, a consistência e a localização do tumor, e o porte, a idade e o estado fisiológico da paciente. Há vários tipos de mastectomia:

1) lumpectomia (nodulectomia): remoção do tumor sem qualquer tecido mamário circundante e é utilizado quando o tumor é pequeno, encapsulado e não invasivo;

2) mastectomia parcial: remoção do tumor e de uma margem circundante de tecido mamário, que é indicado para tumores pequenos ou moderados em tamanho (2 cm de diâmetro) e que ocupam somente uma porção de uma glândula mamária individual;

3) mastectomia simples: remoção de toda a glândula mamária que contém o tumor;

4) mastectomia regional (mastectomia radical modificada): remoção de grupo(s) de glândulas mamárias que contenha(m) tumor(es);

5) mastectomia unilateral completa (mastectomia radical): remoção de todas as glândulas mamárias, tecidos interpostos e linfonodos regionais do mesmo antímero;

6) mastectomia bilateral completa e simultânea (mastectomia radical bilateral): remoção de ambas as cadeias mamárias inteiras, dos tecidos interpostos e dos linfonodos regionais.

O tipo de cirurgia não influencia o tempo de sobrevivência dos animais acometidos. Há relatos na literatura veterinária que a prática da retirada em bloco ou a mastectomia unilateral é defendida como tratamento cirúrgico de neoplasia mamária maligna, mesmo com a penetração em vasos linfáticos. Em cães portadores de carcinoma mamário inflamatório não podem ser submetidos à excisão cirúrgica de todos os tumores mamários, pois influenciam adversa-

mente um risco de rápida disseminação (metástases).

A melhor forma de prevenção é a ovariectomia precoce em cadelas, sendo um fator importante para decréscimo do risco de tumor mamário. Os proprietários devem ser devidamente orientados para exame das glândulas mamárias, diagnóstico e tratamento precoce.

RELATO DE CASO

Uma cadela da raça Pinscher, pelagem preta, de 2,5 quilos, com oito anos de idade, foi atendida na Clínica Veterinária da FAI com nódulos na região das mamas inguinais. Durante a anamnese, o proprietário relatou que o animal apresentava nódulos nas últimas mamas há um ano e meio, havendo crescimento progressivo e lento, e que estava afetando as outras mamas e que não apresentava prurido.

Ao exame físico, notaram-se nódulos em mama abdominal cranial de aproximadamente 2,5cm de diâmetro e na mama abdominal caudal de 0,5cm, de superfície irregular, não aderida, não ulcerada, de consistência firme e não pruriginosa (Fig. 03). Observou-se também halitose, cálculos dentários, gengivite e retenção dos dentes decíduos.

Como exame complementar, a punção do nódulo mamário foi feita para a realização do exame histopatológico, onde na microscopia óptica se detectou a presença intensa de hemácias, poucos neutrófilos, poucas células do epitélio glandular com núcleo grande, nucléolos evidentes, citoplasma grande e vacuolizado, havia também a presença de raras células mesenquimais. O laudo histopatológico foi dado como Tumor Complexo (misto) de Mama (Fig. 04 e 05).

Também foi realizado um exame radiológico do tórax para se observar a ocorrência de possíveis metástases em pulmão, diafragma e mediastino, não sendo detectada nenhuma alteração nestes locais.

O tratamento cirúrgico adotado foi a mastectomia de toda cadeia mamária esquerda e da mama inguinal direita.

Para o pós-operatório foram receitados meloxicam e dipirona, como anti-inflamatórios e analgésicos, e como

prevenção de uma possível infecção, enrofloxacin. Para o curativo local, foi indicado limpeza com sabonete Protex® e anti-séptico iodo povidine uma vez ao dia. Para evitar que o animal não lambesse a ferida cirúrgica ou que retirasse os pontos, foi indicado o uso de colar elisabetano até total cicatrização. A cadela se recuperou bem da cirurgia, não apresentando recidiva de novos processos neoplásicos ou indícios de metástase até o momento (um ano após intervenção).

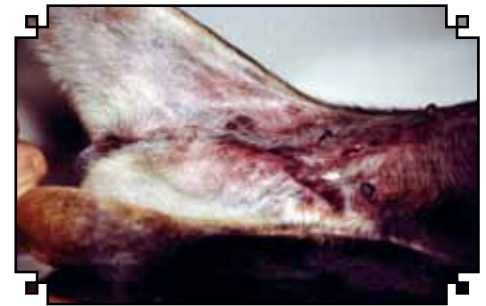


Figura 03 - Fêmea com neoplasia mamária

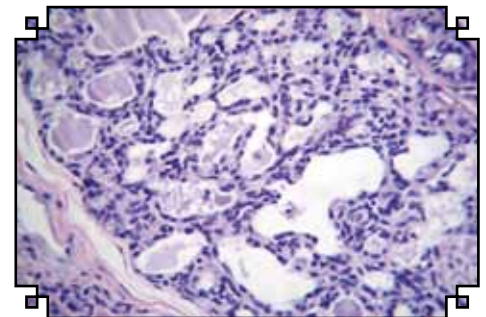


Figura 04 - Histopatologia do Tumor Complexo (misto) de Mama. Formações papilíferas revestidas por células epiteliais cuboidais hiper-cromáticas com e sem conteúdo, sustentadas por conjuntivo não neoplásico. H.E. 400X.

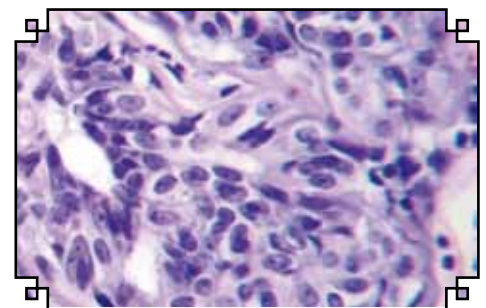


Figura 05 - Histopatologia do Tumor Complexo (misto) de Mama. Intensa proliferação de células neoplásicas destacando-se pleomorfismo, hiper-cromatismo e anaplasia. H.E. 400X.

CONCLUSÃO

O tratamento instituído para o caso apresentado foi adequado, seguido conforme a literatura. A excisão cirúrgica de todos os focos tumorais mamários

- Artigo de Divulgação Científica - Palavra do Professor -

no animal foi o recomendado para este tipo de tumor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
 HARVEY, J. Glândulas mamárias. In: BOJRAR, M.J. **Técnicas atuais em cirurgia de pequenos animais**. 3 ed. São Paulo: Roca, p. 425-9, 1996.
 JOHNSTON, D.S. Sistemas reprodutivos. In: SLATER, D. **Manual de cirur-**

gia de pequenos animais. 2 ed. São Paulo: Manole, v. 2, p. 2567-80, 1998.
 McCAW, D.L. Moléstia da glândula mamária. In: BOJRAB, M.J. **Mecanismo da moléstia na cirurgia dos pequenos animais**. 2 ed., São Paulo: Manole, p. 216-9, 1996.
 O'KEEFE, D.A. Tumores do sistema genital masculino e feminino. In: ETTINGER, S.J.; FELDEMAN, E.C.

Tratado de medicina interna veterinária: moléstia do cão e do gato. 4 ed., São Paulo: Manole, v.2, p. 2344-50, 1997.
 WITHROW, J.S.; O'BRIEN, M.G. Oncologia cirúrgica. In: ETTINGER, S.J.; FELPEMAN, E.C. **Tratado de medicina interna veterinária: moléstia do cão e do gato**, 4 ed. São Paulo: Manole, v.1, p. 723-31, 1997.

PERÍODO DE TRANSIÇÃO EM VACAS - PRÉ X PÓS - PARTO

Profa. Dra. Fernanda Cipriano Rocha
 Curso de Medicina Veterinária da FAI

Grummer (1995) define o período de transição como o período entre 3 semanas antes do parto e 3 semanas após o parto. Esse período é definido e marcado por mudanças endócrinas que ocorrem no animal, para adaptar-se à parição e à lactação. Essas mudanças, que são muito mais dramáticas do que em qualquer outro período durante o ciclo gestação-lactação, influenciam a mobilização e utilização de nutrientes, a partir dos tecidos do animal.

A caracterização do período seco ou pré-parto, como a fase final entre lactações e como um período de menor requerimento nutricional para vaca, deu aos produtores uma impressão errada sobre a importância das vacas secas no plantel. Menor requerimento de nutrientes, não deve ser confundido com alimentos de baixa qualidade e manejo deficiente. Na realidade, o final da gestação não é um período de descanso para a vaca de leite. Muitos processos fisiológicos essenciais, que interferem na próxima lactação podem estar sendo comprometidos. Assim, esse período deveria ser visto como uma fase de preparação para próxima lactação, enfatizando a importância do manejo no desempenho dos animais durante toda a lactação. Limitações nutricionais ou de manejo, podem influenciar a capacidade das vacas em atingirem produção máxima de leite e afetar a saúde e desempenho reprodutivo.

Dessa forma, reduzir e amenizar os impactos que tais mudanças possam ter no metabolismo da vaca leiteira, é provavelmente um dos pontos chaves para proporcionar uma transição adequada para o início da lactação.



O período seco, em particular o período de transição, é caracterizado por mudanças drásticas no status endócrino do animal, mas que ocorrem gradualmente. Envolvem alterações no fígado, tecido adiposo, músculo esquelético e secreção e ações de muitos hormônios que estão envolvidos na parição e lactação.

A medida em que a parição se aproxima, as concentrações de insulina diminuem e as de hormônio do crescimento aumentam, ocorrendo aumentos rápidos e substanciais nas concentrações de glicocorticóides e prolactina, que alcançam um pico, por ocasião do parto. Por outro lado, as concentrações de estrogênio aumentam durante o final da gestação, com rápidos aumentos durante as três semanas que precedem a parição, enquanto que, a progesterona diminui rapidamente durante a última semana de gestação.

Conforme Grummer (1995), o consumo

de alimentos no período de transição, normalmente diminui entre 30 e 35% durante as três semanas antes do parto. A maior queda ocorre entre os 5 a 7 dias pré-parto e até 21 pós-parto o consumo de matéria seca (CMS) aumenta rapidamente.

Deve-se ressaltar que vacas secas requerem nutrientes para manutenção, crescimento do feto e no caso de novilhas para o próprio crescimento. Portanto, nas 3 semanas que antecedem ao parto, com o feto ocupando grande parte da cavidade abdominal, seu crescimento acelerado e início da síntese do colostro, a situação se torna preocupante, pois o consumo de matéria seca não é suficiente para atender às exigências nutricionais da vaca. Com isso, o animal começa a mobilizar reservas corporais, mesmo recebendo dieta de boa qualidade, entrando em balanço energético negativo.

O sucesso do período de transição deter-

- Artigo de Divulgação Científica - Palavra do Professor -



mina o desempenho da vaca durante a lactação. Limitações nutricionais ou de manejo nesta fase podem impedir a vaca de atingir a produção de leite máxima. O primeiro desafio das vacas recém paridas é o repentino aumento nos requerimento para a produção de leite num momento em que o CMS é baixo.

As limitações impostas pelo consumo ineficiente, aliado a fatores estressores do parto e lactação, contribuem com as altas incidências de problemas de saúde relacionados ao período de transição, como cetose, acidose, febre do leite, retenção de placenta, deslocamento de abomaso. Os dados sobre incidência de doenças no período de transição são bastante variáveis.

Jordan e Fourdraine (1993) descrevem em sua pesquisa com 61 dos maiores produtores de leite dos EUA, dados sobre a incidência de doenças no período de transição. Segundo os autores, o mais surpreendente é a variação na incidência das doenças. Por exemplo, a incidência média da febre do leite foi de 7,2%, mas a variação foi de 0 a 44,1%. Com base nos dados apresentados na Tabela 1, os

autores lançam dois questionamentos: como esses podem ser os maiores produtores dos EUA com incidência tão alta de desordens relacionadas ao período de transição? Quanto mais eles poderiam produzir leite com o decréscimo na incidência dessas doenças?

organic nutrient metabolism on feeding the transition dairy cow. J. Anim. Sci. 73: 2820-2833, 1995.

Jordan, E.R., Fourdraine, R.H. Characterization of the management practices of the top milk producing herds in the country. J. Dairy Sci. 76: 3247-3256, 1993.

Tabela 1 – Média e variação da incidência de desordens metabólicas relacionadas ao período de transição de 61 dos maiores produtores de leite dos EUA

Desordem metabólica	Média (%)	Varição (%)
Febre do leite	7,2	0 – 44,1
Deslocamento de abomaso	3,3	0 – 14
Cetose	3,7	0 – 20
Retenção de placenta	9,0	0 – 22,6
Metrite	12,8	0 - 66

Fonte: Adaptado de Jordan e Fourdraine (1993)

A ocorrência de doenças durante o período de transição, resulta em perda na produção de leite durante a doença e às vezes toda a lactação pode ficar comprometida.

Referências

Grummer, R.R. Impact of changes in



- Artigo de Divulgação Científica - Revisão de Literatura -

ENFERMAGEM

NEUROSE

Autores

Marcos Akira Siniji

Tatiana Ferreira da Silva

Vagner Nunes

Alunos do 8º termo B noturno do Curso de Enfermagem



Resumo

A palavra neurose tem sido associada como sinônimo de loucura. Mas a forma como ela vem sendo usada atualmente, mostra uma certa inadequação das pessoas que não têm conhecimento do seu real significado no que tange à medicina. Muitos autores afirmam que se trata de uma reação exagerada do sistema nervoso, associada a alguma experiência vivenciada pela pessoa. Assim, a neurose se torna uma maneira da pessoa ser e de reagir à vida, ou seja, a pessoa é neurótica e não está neurótica. O objetivo do trabalho concentra-se em desvelar a neurose como doença e fator social. O texto define com clareza o distúrbio psicológico denominado neurose, sua história ao longo dos séculos, seus sintomas, suas complicações, meios de diagnóstico e tratamento.

Introdução e Revisão da Literatura

Um pouco sobre a história da neurose, se concentra na época clássica, onde um tipo de transtorno que tinha como características ataques em que a pessoa ficava fora de si, gritava e se batia, ou apresentava paralisias dos membros, ou até cegueira, mudez e surdez. Por acometer apenas mulheres, achavam que a esse quadro se desenvolvia por causa do movimento por todo o corpo feito pelo útero, que havia se deslocado de sua posição correta. Com base nesse entendimento etiológico, estes

quadros ficaram conhecidos como histeria (hysterus) que significa útero em latim.

Segundo KAPLAN et al neurose seria (...) “um transtorno crônico ou recorrente, não psicótico, caracterizado, principalmente por ansiedade, que é experimentada ou expressada de modo direto ou indireto ou modificado através dos mecanismos de defesa. Ela aparece como um sintoma, como obsessão, compulsão ou fobia ou disfunção sexual” (KAPLAN, 2006).

O conceito se faz necessário para que se entenda a história da neurose:

Um autor em meados do século XVIII defendeu que esses quadros tinham uma relação com a doença degenerativa do sistema nervoso central, mesmo sem conseguir definir a causa e a relação com a hereditariedade. A partir desse momento começam a se chamar neuroses. Assim, durante muito tempo neurose foi um diagnóstico dado por exclusão. Não conseguindo identificar a causa de um transtorno, ele era incluído nessa categoria.

A partir de Sigmund Freud, um avanço definitivo da conceituação começou a ser construído, no final do século retrasado e que se concretizou na Psicanálise.

Devido à falta de uma base confiável dentro da Psicologia, fez com que cada escola teórica da Psicologia desse a sua explicação sobre a origem da neurose.

O estresse ambiental e familiar é considerado componente de uma pressão social que levaria à neurose. São os fatores apontados pelas teorias sociogênicas. De todas estas, no entanto, é a Psicanálise que apresenta uma compreensão mais consistente e aceita dos quadros neuróticos.

A teoria psicodinâmica, com base nos trabalhos de Charcot e de Freud, observou que quando utilizava a hipnose no tratamento das paralisias hísticas, as lembranças trazidas durante a hipnose desencadeavam forte reação emocional, conhecida como catarse. No entanto, essas lembranças não viriam à tona se o indivíduo estivesse em seu estado normal, ou seja, não fosse induzido à hipnose, revelando que as lembranças existiam, mas não estavam disponíveis à consciência. Então, após reviver de forma emocional os fatos passados, o paciente se via livre de seus sintomas. Assim, Freud passou a afirmar que a origem da neurose estaria em traumas passados, possivelmente na infância, perdidos na memória. Essas experiências iniciais serviram para dar início a toda psicanálise, segundo WEREBE

“A neurose, em geral ocorre por um conflito entra o ego e os instintos sexuais que o primeiro repudia. O perigo reside dentro do próprio indivíduo. Na neurose traumática (histeria traumática) ou na neurose de guerra, o perigo ocorre nas experiências assustadoras ou graves acidentes. Ou seja, há também o real perigo externo[...]” (WEREBE, 2003).

O cerne da questão acerca das neuroses é a repressão, pois o ego procura manter fora do seu território, todos os impulsos inaceitáveis. Assim, esses impulsos na infância são reprimidos, mas não desaparecem, voltam e são sentidos sempre e outras medidas têm que ser adotadas para mantê-los fora da consciência. Eles podem aflorar sobre a forma de sonhos, ansiedades, medos irracionais, obsessões e outros.

Muitas vezes, estes impulsos permanecem reprimidos durante muito tempo na vida do indivíduo e, de repente, em determinado fato revivem. Isto justifica porque os pacientes tendem a achar uma “causa” para o seu sintoma, que de fato, não é a causa verdadeira.

Em princípio, vale ressaltar que para a Psicanálise, a Neurose e a normalidade não são totalmente diferentes. As diferenças seriam apenas quantitativas, mas não qualitativas, ou seja, os sintomas neuróticos são também sentidos por todos nós, só que em muito menor intensidade e com muito menor duração.

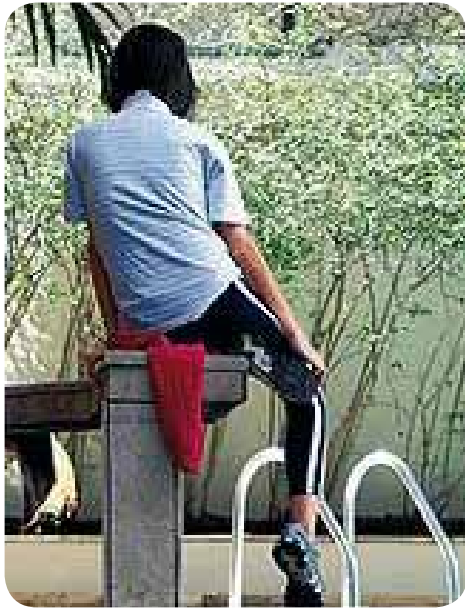
Alguns autores identificam pelo menos três grupos de fatores que contribuem para a enfermidade neurótica: a hereditariedade, as primeiras experiências da vida e as dificuldades reais. Este é um conceito relativista da Neurose, que entende que o indivíduo não é neurótico em si, mas torna-se neurótico por se envolver em certas situações que não consegue enfrentar. A neurose seria, então, uma relação entre uma personalidade e o seu ambiente social.

A palavra neurose tem sido associada como sinônimo de loucura. Mas a forma como ela vem sendo usada atualmente, mostra uma certa inadequação das pessoas, que não tem conhecimento do seu real significado no que tange à medicina. Muitos autores afirmam que se trata de uma relação exagerada do sistema nervoso, associada a alguma experiência vivenciada pela pessoa. Assim, a neurose se torna uma maneira da pessoa ser e de reagir à vida, ou seja, a pessoa é neurótica e não está neurótica.

O ficar neurótica, citada no parágrafo ante-

- Artigo de Divulgação Científica - Revisão de Literatura -

rior está relacionado à maneira como a pessoa reage à vida, por meio das experiências por ela vivenciadas de forma não normal, seja no sentido dessas experiências serem desproporcionais, ou por serem desproporcionais, ou por serem duradouras, ou por existirem mesmo não havendo causa aparente, para que ela exista.



Como consequência, essa maneira exagerada de reagir, leva a pessoa neurótica a adotar uma série de comportamentos fora do seu cotidiano, como evitar lugares, a criar formas de aliviar a ansiedade e etc...

A consciência do seu problema é um fato para o neurótico, e na maioria dos casos, ele se sente incapaz de modificá-lo.

Muitas pessoas acreditam que a neurose está associada à ausência de alguma coisa no cotidiano de alguém. Mas já sabemos que a neurose é uma doença de caráter emocional afetiva que também afeta a personalidade.

Logo, não pode ser relacionada à falta de sexo, pensamento positivo, ou que a pessoa tem cabeça fraca. Também, está longe de ser associada à falta de vontade, à falta do que fazer, à maldade, ou ausência de vergonha, mau olhar, influência de espíritos, e outros. Isso mostra que a neurose é uma doença que não pode ser tratada de outra forma, a não ser através de cuidados médicos.

A pessoa neurótica não apresenta comprometimento da sua inteligência, nem de contato com a realidade, pois neurose não é sinônimo de loucura. Os seus sentimentos são normais como o de qualquer pessoa.

Atualmente, os sintomas mais proeminentes de uma neurose, que tem a fobia como prevalente entre outros sintomas de ansie-

dade, que em suma seria um medo excessivo, sem proporção e persistente diante de um objeto ou situação específica.

Dentro dos quadros fóbicos-ansiosos destacam-se três tipos, Agorafobia (medo fóbico de lugares específicos), Fobia Social (medo de ser avaliado por outras pessoas) e Fobia Específica (medo fóbico de determinados objetos).

As condutas fóbicas podem ser classificadas em condutas de evitação e condutas de tranquilização. Iremos especificá-las agora.

As condutas de evitação, fazem com que o indivíduo evitar encontrar-se com seu objeto fóbico, alguns chegando a não conseguir sair de casa, outros fazendo percursos complicados e fora de qualquer normalidade.

Nas condutas de tranquilização, só a presença de uma pessoa, objeto ou situação pode atuar como protetor, produzindo uma sensação de tranquilidade no indivíduo.

As características do caráter fóbico estão presentes e podem ser descritas, mesmo quando ainda não ocorreram os sintomas. O fóbico manifesta horror por todas as situações mal definidas e não muito claras, onde ele percebe um perigo iminente. Tende a projetar os seus dramas e se defender dos seus impulsos, negando-os. É característica a dificuldade do fóbico com a situação analítica: o fato de expor-se a uma livre exposição de seu conteúdo mental é vivido com pânico.

A atitude de fuga que também é característica, pode se apresentar de duas formas: a atitude passiva, com inibição timidez ou mesmo dificuldade no contato com outras pessoas, e o comportamento de desafio, atitude inversa da passividade, mas que no fundo expressa o temor ante a realidade da vida. Deste último tipo, faz parte o comportamento de superocupação daqueles indivíduos que não podem ficar desocupados um minuto.

Outro tipo de neurose é o transtorno ansioso, no qual os padrões de ansiedade sofrem variações. Nesta forma clínica, o sintoma é a expressão de um estado de ansiedade permanente; o paciente mantém-se em um estado constante de alerta e medo, como se algo estivesse sempre para lhe acontecer.

Há também a neurose obsessiva compulsiva. Aqui as idéias, sentimentos ou condutas são vividas como forçadas, chamadas propriamente de compulsivas, como se impondo ao sujeito, por mais que ele lute contra elas e as ache absurdas. O indi-

víduo se sente obrigado a pensar aquelas idéias ou ter aquela conduta porque se assim não for sobrevém à crise de angústia. Muitas vezes o sujeito engendra meios de se defender da obsessão, e estes por sua vez se tornam também obsessivos.

Muitos perguntam se a neurose tem cura. E vários livros remetem a questão de que antes se pensava que a neurose era sempre incurável e que se convertia, com o tempo, numa doença crônica e que invalidava as pessoas. Atualmente, sabe-se que as pessoas que sofrem deste transtorno podem recuperar-se por totalmente e levar uma vida normal. Um acompanhamento psicológico adequado, a rigor, para as neuroses é recomendado associado ao tratamento e cooperação apropriada do próprio paciente e da sua família.

Conclusão

Este estudo foi realizado sobre a neurose, e auxiliou de forma positiva a noção de certos distúrbios, aumentando o nosso conhecimento. Na qual futuramente, será de grande valia nosso futuro profissional, nos acrescentando muito sobre as moléstias, suas histórias, seus sintomas, diagnósticos e tratamentos.

Referências

BRASIL, **Neurose**, vol .7 . Encyclopaedia Britannica do Brasil publicações. São Paulo/ Rio de Janeiro.2003.

EYSENCK, H.J., **Você e neurose**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

FERRAZ, F. C. , **Perversão e neurose obsessiva: notas comparativas**. Reverso. V.27. Belo Horizonte. Set 2005.

KAPLAN, H. SADOCK, B.J. GREEB, J. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed,2006.

WEREBE, D., ANDRADE, M. G. de O, DELOUYA, D., **Transtorno de estresse pós-traumático**. Revista Brás. Psiquiatria v.25. São Paulo. 2003

NPP

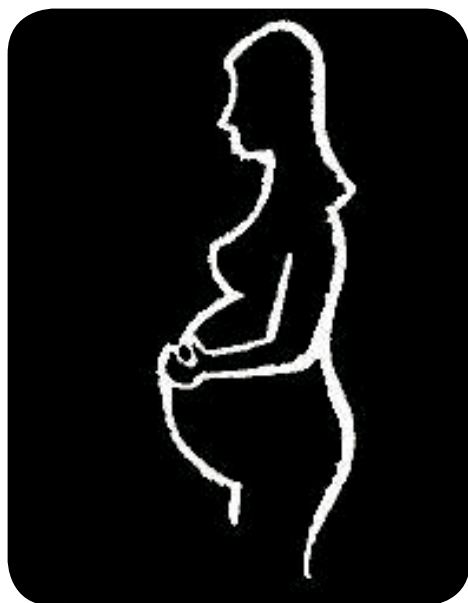
Núcleo de Prática de Pesquisa

PSEUDOCIESE HUMANA

Autores

Ana Cláudia Bianchi
 Roberta Minatel Garbeline
 Elisa Jorge Fernandes Basílio
 Ilma Lopes
 Claudinei Pelae Jorge

Alunos do Curso de Enfermagem



Resumo

Este trabalho objetivou conhecer um dos transtornos psíquicos – pseudociese ou pseudogestação (falsa gravidez) – que acomete mulheres de diversos níveis sociais, culturais e faixas etárias. A história de caso clássica geralmente envolve uma mulher de tendências neuróticas, próximo da menopausa, que não tem filhos, mas deseja ardentemente uma criança. As mulheres “supostamente grávidas” apresentam todas as características, manifestações clínicas e exames clínicos sugestivos de gravidezes normais e reais. Além da pesquisa didática, foi realizado pesquisas de campo com profissionais da área da saúde (médicos ginecologistas, enfermeiros e psicólogos) onde através de questionários constatou-se a sua baixa incidência em nível mundial, de pouco conhecimento da população e dos próprios profissionais, que relataram o atendimento a poucos casos ou nenhum, o que pôde ser observado através de depoimento de caso com diagnóstico confirmado de pseudociese. Em suma, é uma

patologia rara, porém requer tratamento e acompanhamento terapêutico, profissional e familiar.

1. Gravidez psíquica: conceito, epidemiologia e etiologia.

É uma síndrome chamada cientificamente de pseudociese ou pseudogestação (falsa gravidez) onde a mulher desenvolve todos os sintomas de uma gravidez real, porém é uma mera imaginação, fantasia, ilusão. Segundo o especialista em reprodução humana Marcos Sampaio: “[...] Em geral, o problema é diagnosticado entre mulheres que desejam engravidar, mas elas não são as únicas sujeitas a pseudociese”. (18/04/2006).

Acomete mulheres de diversos níveis sociais e faixas etárias, sendo vista predominantemente em mulheres com menor grau de instrução, mulheres solteiras, casadas inférteis e com maior frequência em múltiparas próximas ao climatério, mulheres entre 40 e 50 anos de idade, devido à presença de menopausa, distúrbios hormonais e infertilidade são as que mais desenvolvem gravidez psicológica. É um típico exemplo de mitomania: a pessoa cria uma história, uma versão, uma explicação para alguns fatos (neste caso os seios doloridos, abdômen distendido, ausência da menstruação) e passa a acreditar em suas próprias alegações.

Ocorre aproximadamente uma vez em 5.000 casos obstétricos; ocorrendo com maior frequência em animais de estimação. Segundo o ginecologista e obstetra Luís Augusto Rino Guimarães: “A gravidez psicológica não é um problema comum. Acredita-se que a causa seja alguma alteração psicológica existente na mulher [...]”. (2006).

É um transtorno emotivo caracterizado por amenorréia hipotalâmica (ausência de menstruação em época que normalmente deveria ocorrer) aumento de volume do abdômen devido ao acúmulo de gordura, já que pensam estar grávidas e que devem comer por dois e da presença de meteorismo (obesidade). Enjôos, desejos náuseas e vômitos, malícia (psicogênicos), crescimento e sensibilidade mamária (suetiva), adotam a marcha anserina (imitação e relaxamento subconsciente da postura)

Devido a fatores nervosos, há secreção de colostro, alterações de hormônios, onde os níveis de LH (hormônio luteinizante) e prolactina se encontram aumentados com exceção da gonadotrofina coriônica. De acordo com o psiquiatra Einstein Alvarenga Vieira: “Qualquer transtorno psicológico tem diversas causas e cada pessoa reage a problemas de maneiras específicas”. (18/04/2006).

Muitas mulheres chegaram até mesmo a perceber movimentos fetais, apresentando uma sensação subjetiva de que o bebê está mexendo, que na realidade não é; o que ocorre na verdade são os gases e as contrações dos músculos da parede abdominal, o peristaltismo que fazem parte da nossa normal fisiologia. O útero não sofre alterações tanto em relação ao seu tamanho quanto em sua consistência, podendo ser observado por meio da realização do exame de toque vaginal. Para Duailibi: “A gravidez psicológica tem origem mental, mas o corpo responde e apresenta os sintomas comuns da gestação [...]” (18/04/2006).

As pacientes apresentam, intensa psicose e muitas delas estão a ponto da esquizofrenia ou são esquizofrênicas, que pode ser caracterizada por perda de carinho, atenção, não tem iniciativa pra nada, se desliga de tudo e de todos ao mesmo tempo podendo ter alucinações. Também se caracteriza por mudança de pensamento, mas tudo isso não significa que tem uma dupla personalidade. Pode ainda ser acometida em solteiras, magras e com profissões intelectuais. Históricas como problemas psicológicos, sexuais e traumas sócios-ambientais devem ser investigados. Há casos em que a mulher pode chegar até as dores do parto ou ter a convicção de estar grávida sem ao menos apresentar alguma alteração corporal. Neste caso, há uma visão distorcida como um delírio. De acordo com a psicanalista Eliane Farias: “Dificilmente a gravidez psicológica acomete por uma única razão, cada pessoa reage aos problemas de uma maneira particular e qualquer transtorno psicológico tem diversas causas [...]” (18/04/06).

Essas mudanças que acontece com as mulheres fazem com que elas acreditem nesta inverdade; sendo algumas delas, mesmo com a presença da menstruação,

- Artigo de Divulgação Científica - Revisão de Literatura -

continuam acreditando na “falsa gravidez”, alegando que o sangramento é o começo de um aborto.

Outras patologias ocasionam a ausência de menstruação, o que faz com que a mulher pense que está grávida, mas na verdade, estão relacionados à presença de tumor na hipófise, ovários policístico, distúrbios ovarianos, neoplasias uterinas, distúrbios hormonais como o LH e a prolactina, efeito colateral de alguns medicamentos, dentre eles os antidepressivos. Essa gravidez imaginária pode surgir por uma série de fatores como a vontade de ter um filho e o organismo não conseguir conceber, pressão da família, medo inconsciente desta responsabilidade, baixa auto-estima, sentimentos de rivalidade intensa, pouca capacidade de lidar com as frustrações e insegurança, e muitas delas vêm como forma de construir um relacionamento duradouro e estável.

Existe também episódio de gravidez psicológica em homens, que passam a ter todas as sensações, sentimentos e ansiedade da mulher grávida, que na psicologia dá-se o nome de síndrome de Couvade (termo francês que designa o costume difundido entre indígenas da América da África do Sul e tribos da Costa Ocidental da África, segundo o qual o pai, depois que a mulher dá a luz, não pode trabalhar nem comer certos alimentos, no período conhecido como resguardo), não sendo, porém caracterizada como uma patologia em si, onde há mudanças físicas e psicológicas, como afirma a terapeuta Jerusa Figueiredo Netto:

“Eles negam, mas é verdade. Os sintomas também demonstram a necessidade que muitos têm de se tornarem pais. A ansiedade aliada a uma forte ligação afetiva e emocional com a mulher, acaba transferindo para o marido uma série de sensações que nos acostumamos a ver somente na figura feminina. Mas é perfeitamente possível – e normal – que aconteçam entre homens”. (Figueiredo Netto, 12/04/06).

Esse índice atinge segundo pesquisas 30% a 40% das gestações em casais que vivem juntos, sendo também notada em homens, que não querem ser maridos, ou seja, são solteiros, mas desejam ser pais. Esta síndrome não causa distúrbios psíquicos, sendo aconselhável um acompanhamento quando a situação começar a incomodar o casal ou pessoas próximas.

Nesse processo em que a mulher passa a acreditar que esta grávida, o obstetra possui papel importante em explicar e fazer com que ela entenda que sua gravidez é pura imaginação, uma fantasia, sempre com muita diplomacia.

Nos sintomas neuróticos, alguma coisa acontece que o paciente experimenta como estranho ou inteligível, que pode ser movimentos involuntários, outras alterações de funções corporais e várias sensações, conforme ocorre na estesia, emoções ou estado de ânimo esmagado e injustificado ocorre nos ataques de ansiedade ou depressão, impulsos ou idéias estranhas como se dão nas compulsões e observações. Todos os sintomas dão impulso de alguma coisa que parece interromper na personalidade. Há atitudes instintivas inconscientes que influenciam as funções orgânicas também de maneira fisiológica sem que as alterações tenham qualquer significado psíquico definido.

É muito comum mulheres terem medo do parto, pois é um acontecimento de pleno desconhecimento, que engloba todo o processo gravídico; as tensões aparecem, a ansiedade, a modificação física e psicológica, medo de não conseguir, da dor, de gerar um filho com más formações. Sendo ele, um sentimento que aparece em várias situações na vida de todos os seres humanos, nessa situação pode ser modificado, através do esclarecimento e das condutas médicas prestadas, ensinando as gestantes como se comportarem e reagirem no momento do parto, fazendo deste, uma experiência não traumatizadora.

O Obstetra Dr Read diz que a dor no parto normal provém da ativação do sistema nervoso autônomo, provocado pelo medo, que causa um excesso de tensão no útero. Por isso, a importância da preparação da gestante para o parto. Assim, ela fica apta a desenvolver um momento positivo, feliz sem muito sofrimento, lembrando que as diferenças sociais e culturais estão presentes e, cada mulher tem sua própria designação e vivência de um parto.

É muito comum vermos em meio a publicidade (televisão, revistas, filmes) mulheres representando um “trabalho de parto” de forma assustadora e errônea, com gritos e expressões faciais tenebrosas, não que a dor não exista, mas que ela pode ser sentida de uma forma não tão horrível.

Quando ocorre de haver um preparo a gestante, ela faz desse momento criativo

e espontâneo, onde é capaz de lidar com seus próprios recursos, seja ele de relaxamento, postura, movimentos, respiração ou solicitando anestesia, tendo assim um parto bem sucedido e não crucificante. A falta de instruções, informações e conhecimentos sobre gravidez, de como ocorre a concepção de um feto e que ele se origina através do ato sexual, o que acontece muito, faz as mulheres acreditarem que estão grávidas, como também há casos de o trabalho de parto é iniciado, os sinais e sintomas estão presentes e a mulher desconhece o ocorrido. Acreditando não ser nada ou uma simples fase da gravidez. Isso mostra o quanto é importante à informação a essas mulheres e o bom relacionamento médico/cliente, pois está em jogo a vida dessas mulheres evitando complicações mais acentuadas.

Pesquisas mostram um grande desconhecimento das mulheres sobre o próprio corpo e a sexualidade em várias faixas etárias e classes sociais, sendo mais numerosos em mulheres de classe popular, mas grande parcela de mulheres de classe média também não possui conhecimentos suficientes. A pseudociência é também classificada como um transtorno somatoforme, não tem outra especificação o que o caracteriza é a presença de sintomas físicos que surgem à condição médica geral, por isso o termo somatoforme, porém não é explicado por uma condição médica, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um transtorno do pânico, sintoma físico que se mostra, são involuntários não tem controle do que acontece.

O eixo hormonal que é formado por hipotálamo (que é a estrutura do sistema nervoso central), pertencente ao sistema nervoso límbico que rege as emoções hipófise que é a glândula do cérebro e ovários que é muito influenciada por estresse e por estados emocionais como a depressão (que é uma doença muito comum em todas as sociedades em tem aumentado significativamente em populações mais jovens), esta pode ser mais uma das causas da pseudociência, onde ocorre humor deprimido, perda de interesse e prazer nas atividades, energia diminuída levando a uma fadiga aumentada e atividade diminuída, e acompanhada por alterações em substâncias no SNC, os neurotransmissores, principalmente a noradrenalina, a serotonina e a prolactina, e também vista com uma condição crônica em muitos casos necessitando tratamento prolongado, a

- Artigo de Divulgação Científica - Revisão de Literatura -

pessoa deprimida fica com os piores sentimentos em relação a si mesma, com idéias de inutilidade, redução da autoconfiança e auto-estima. A baixa auto-estima pode ser caracterizada, por insegurança, dúvidas constantes, sentimentos vagos de não ser capaz de realizar nada, que também é uma conseqüência da depressão. A necessidade de agradar também pode ser levada em consideração na pseudociese, talvez por querer agradar alguém inventa-se a gravidez e tudo isso leva à culpa, à carência, frustração, insegurança, medo ansiedade pode vir de várias maneiras, vem como medo, imaginando coisas que não existem. Apesar do medo fazer parte de nossas vidas, é útil para preparar-nos para a luta ou para fugir, ou quando temos prazo para resolver algo e esse tempo esta se esgotando, ou quando tem algo que queremos muito vem a ansiedade podendo tornar-se problema. No caso da pseudociese, podemos dizer que a ansiedade de ter um filho, e não conseguir, cobranças de muitos, acaba se tornando uma pressa psicológica, a paciente inventa uma gravidez.

A pseudociese também pode acontecer em casos de jovens que transam sem camisinha, o medo de estar grávida torna-se um problema, atrasando menstruação e fazendo acreditar que ela está grávida. Mulheres na menopausa, também podem ter esse problema, pois a menstruação acaba, vem ansiedade, medos e muitas acabam acreditando numa “falsa gravidez”.

Na pseudociese acontece a anovulação (ausência de ovulação). Pode-se detectar níveis elevados de LH e prolactina que também é um hormônio produzido pela hipófise. Isso ocorre porque há nas mulheres com pseudociese uma redução da atividade de neurotransmissores dopamina (substância que faz a comunicação entre os neurônios, um mensageiro químico cerebral, que tem a função de inibir os pulsos hipotalâmicos de GnRh o hormônio liberador de gonadotrofinas e também inibir a secreção de prolactina pela hipófise o hormônio inibidor da prolactina é o PIH. Os sinais clínicos da pseudociese é a ausência de inibições exercidas pela dopamina e conseqüentemente aumenta o LH e a prolactina. Esse estresse vivido pela pacientes tem o aumento dos aspectos neuroendócrinos que ainda não estão totalmente esclarecidos, que é o problema da anovulação (estado disfuncional caracterizado por alterações

menstruais), resultante de repetidas falhas na ovulação com origem no eixo SNC – hipotálamo – hipófise anovulação crônica hipotalâmica funcional na pseudociese – caracteriza-se pela falha repetida crônica da ovulação, provocada por interferência nos mecanismos que regulam o eixo hipotalâmico – hipófise – ovário (H.H.O), traz como conseqüência distúrbios menstruais do tipo oligomenorréia, amenorréia ou mesmo sangramento uterino disfuncional, que estabelece após a menarca e na fertilidade, a incidência não é fácil para ser avaliada na população gerada. Sabe-se que é responsável por cerca de 20% a 30% dos casos de infertilidade feminina.

Existe também uma outra hipótese para a pseudociese: a disfunção beta – endorfina (substância produzidas pelo organismo, semelhantes a moléculas da morfina) que também podem levar a uma diminuição dos pulsos de secreção do GnRh.

Outros fatores que podem levar à anovulação crônica, de origem no sistema nervoso central (SNC) é a atividade física exacerbada (atletas de maratona) e o uso de certos medicamentos como calmantes podem impedir a ovulação também a destruição e a anorexia nervosa.

Numa gestação normal a ansiedade ocorre de várias maneiras: no começo da gestação, durante a formação da placenta, ante a percepção dos movimentos fetais pela instalação franca dos movimentos, pela versão interna, no início do 9º mês, nos últimos dias antes do parto.

Cada um desses sintomas de ansiedade, que poderá durar dias ou semanas e chegar a produzir os sintomas físicos próprios da gravidez, ou até provocar abortos imaginários, caracterizando-se por fantasias bem determinadas e específicas, o conhecimento de um profissional ajuda a realizar uma “limpeza mental”, ao modo de prevenir um agravamento. Nesses casos, os leigos como a família, o esposo, amigos são envolvidos na “fantasia de uma gravidez imaginária”, levando todo mundo a acreditar, fazendo a vontades, dando-lhes presentes, tendo cuidados extremos como numa gravidez normal.

Mulheres que engravidam e tiveram problemas como eclâmpsia (hipertensão, edema, proteinúria e convulsões), pré-eclâmpsia (que são os mesmos sintomas da eclâmpsia menos a convulsão) e placenta prévia (que é após a implantação do embrião no útero materno, inicia-se a formação da placenta. É conhecida

também por placenta de inserção baixa. Ocorre quando ela se situa mais abaixo entre o canal cervical do bebê) quando é possível não continuar a gravidez e essa mesma é interrompida, mas a vontade de ter filho e ser mãe é tão grande, que ela perde o bebê, tem o aborto espontâneo, mas mesmo assim, na cabeça dela continua grávida, entra em depressão, abaixa a auto-estima, é um modo de manter-se “viva”, e com esse sonho mantendo-se grávida. Todo esse ocorrido deverá ser tratado e acompanhado por profissionais e muitas vezes até com medicações.

2. Diagnóstico e Tratamento da pseudociese.

O diagnóstico diferencial da pseudociese inclui a gravidez intra e extra-uterina, o aborto não percebido, o tumor pelviano e os estados psicopatológicos. É necessário cautela em relação ao desenvolvimento de um feto nas trompas, pois a taxa de hormônios que indica gravidez se encontra baixa o que pode levar a um diagnóstico precipitado de gestação psicológica. Antigamente não existia ultra-som, dificultando o seu diagnóstico que só era confirmado depois de meses. Hoje com todos os recursos tecnológicos, profissionais especializados, exames precoces (de sangue chamado Beta HCG e ultrasonografia). O prognóstico depende da gravidade do distúrbio emocional e do êxito da psicoterapia. Mente e corpo estão em sintonia. A mulher acredita estar grávida e o corpo confirma, com todos os sintomas de uma gravidez mental.

De primeira conduta, o médico deve solicitar exames clínicos (ultra-sonografia e beta HCG), no caso de a mulher afirmar estar com todos os sintomas de uma gravidez. Há casos em que o exame de sangue dá o resultado negativo e a paciente prefere acreditar que foi erro do laboratório, pois sempre há uma história de uma prima, vizinha ou amiga que teve o resultado errado. A explicação para a ocorrência dos sintomas reais de uma gravidez está no nosso emocional. Ele é um mistério e influencia nosso corpo; isso é um fato. A mulher que passa por uma gravidez psicológica força involuntariamente, uma distensão abdominal. Apesar da gravidez psicológica ser um assunto complexo, o problema é simples e em sua maioria, desaparece com trata-

- Artigo de Divulgação Científica - Revisão de Literatura -

mento terapêutico e acompanhamento psicológico, que desenvolve junto com a paciente, a psicoterapia e o ginecologista orienta a “gestante” em relação ao tratamento adequado. Muitas delas chegam até mesmo a procurar outros profissionais, pois não acreditam na hipótese de não estarem grávidas, preparam o enxoval e decoram o quarto do bebê. Essa ilusão termina nas primeiras consultas ou na hora do “parto”. Como comentam a ginecologista Rosele Jobst e a psicanalista Eliane Fariam: “[...] Em geral, essas mulheres não procuram ajuda psicológica, pois se procurarem, o terapeuta estará admitindo que não tem o bebê. (18/04/06)”.

O carinho e o apoio familiar é muito importante antes e após a aceitação do fato, já que a sua reação vai desde alívio a uma reação, que no geral é de susto e decepção, podendo chegar até a depressão ao receberem a notícia de que não estão grávidas. Em casos que a paciente já está passando por esse problema há algum tempo, é recomendado que o obstetra procure o companheiro da mesma e mostre a existência de um quadro psiquiátrico sério, podendo em alguns casos ser necessário o uso de medicamentos prescritos pelo psiquiatra, como comenta a psicóloga Elaine Rouigatti: “Normalmente a mulher não vai aceitar que não está grávida, a ajuda deve acontecer logo e temos que mostrar a realidade e tirar o paciente desse estado de alucinação”.(2006).

Em suma, a mulher tem que se sentir amada mesmo não gerando filho algum. Segundo o ginecologista e obstetra Luís Augusto Rino Guimarães: “Desde que tratada, a mulher com gravidez psicológica poderá engravidar desde que não tenha algum problema natural. O transtorno psicológico deve ser resolvido”.(2006).

3. Pesquisa a campo

Realizamos uma busca ativa de casos com diagnósticos comprovados de pseudociese, sendo investigados 3 casos, porém, duas das clientes não concordaram em responder o questionário em forma de depoimento relatando ser um assunto desagradável do qual traz lembranças tristes, angustiantes e sofrimento familiar ligando-se ao fato de não poderem ter filhos o que torna o assunto de total desinteresse e evitado.

Pode perceber-se uma certa resistência e um modo de fuga que essas mulheres

encontraram para não reviver o fato ocorrido e assim esquecerem de tudo o que passaram não trazendo para o presente novas lembranças e sofrimento, pois se tratando de mulheres estéreis a pseudociese acaba sendo um trauma de grande complexidade, pois desenvolvem e apresentam todos os sinais e sintomas de uma real gravidez e nunca poderão conceber um filho tornando ainda mais frustrante.

Para um levantamento epidemiológico buscamos uma análise dos prontuários da psiquiatria e ginecologia do Centro de Saúde de Adamantina onde fomos informados pela enfermeira responsável de que não poderíamos ter acesso aos mesmos, devido serem documentos sigilosos.



Conclusão

Através da pesquisa de campo realizada junto aos médicos ginecologistas, enfermeiros e psicóloga foram relatados poucos casos de pseudociese e ambos referem que o processo da patologia ocorre com aumento do volume do abdômen, náuseas, vômitos, sensação de movimentos intra-uterinos, amenorréia, transtornos psíquicos, mamas salientes, aumento de peso, entre outros sinais e sintomas, ou seja, rompe-se o eixo cérebro-hipotálamo-hipófise-ovariano, ocorrendo igualmente a uma gravidez verdadeira. Os sinais e sintomas são apresentados por uma vontade da cliente em ser mãe ou pelo medo intenso de estar grávida, sem querer que seja verdade.

O tratamento indicado diante do caso é psiquiátrico, terapia, acompanhamento, medicamentos e multidisciplinar (ginecologista, endocrinologista e nutricionista). Diante do depoimento foram relatadas algumas manifestações clínicas idênticas as citadas pelos profissionais dos quais foram entrevistados e pesquisas realizadas ao decorrer do desenvolvimento do trabalho percebendo-se da veracidade do caso, onde foi solicitado exame para

comprovação da falsa gravidez, no caso exame de urina.

É observado e relatado pela cliente a tristeza profunda e o medo de passar por tudo novamente, o que a levou a buscar apoio não através de meios terapêuticos, mas sim espirituais e familiar. Percebemos através do depoimento e dos casos que se negaram a declarações a grande perturbação e trauma que se instala psicologicamente nessas mulheres.

Referências

ARAUJO, Grasielle. **Gravidez psicológica**, estado de Minas, 18 de abril de 2006. Disponível <<http://www.saudeplena.com.br>>. Acesso em: 18/04/2006.

CAMBIAGHI, Armando Schizzi. **Gravidez psicológica traz sintomas de uma gestação real**. Instituto Paulista de ginecologia & obstetrícia, São Paulo. Disponível em: <http://www.institutopaulistadegenicologia&obstetricia.com.br>>. Acessado em: 14/04/2006.

FINICHEL, Otto. **Teoria psicanalítica das neuroses**. São Paulo: Editora Atheneu. 2000.

HILÁRIO, Rodrigo. **Grávidos ligeiramente correia brasiliense**, Brasília, 28 julho de 2002. Disponível em: <<http://www.vida@.correiawebs.com.br>>. Acesso em: 12/04/2006.

LOPES, José Lemes. **Teoria e prática do psiquiatra**. São Paulo: Saraiva, 1981. p.87 – 92.

OLIVEIRA, Laerte Justino de. **Amenorréia**, São Paulo, 12 de abril de 2006. Disponível em: <<http://www.Amemorreia.com.br>>. Acesso em: 12/04/2006.

PAMPLONA, Vitória Lúcia. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Águia, 1990.

RENNO Jr; Joel. **Entenda a gravidez psicológica**. Instituto de Psiquiatria do hospital das clínicas da FMUSP, São Paulo, 19 de abril de 2006. Disponível em: <<http://www.qualidadedevidanaweb-vejaestelar>>. Acesso em: 19/04/2006.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 3 ed. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul LTDA, 1984.

- Artigo de Divulgação Científica - Revisão de Literatura -

FISIOTERAPIA

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Isabela Martins de Andrade

Ex-aluna do curso de fisioterapia da FAI
isa.m.a@bol.com.br

Prof. Paulo Roberto Rocha Júnior

Curso de fisioterapia da FAI
prochajr@terra.com.br

Profa. Juliana Nascimento

Orientadora de estágio de geriatria/
psiquiatria da FAI
julianafnascimento@gmail.com

Um bom desempenho físico é essencial para o indivíduo manter-se independente e realizar suas funções normais. O envelhecimento associado ao sedentarismo, traz consigo várias alterações físicas tornando-os mais frágeis e propensos a sofrerem quedas.

As causas de uma queda podem ser de natureza intrínseca ou extrínseca. Os fatores intrínsecos incluem, principalmente, as alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento (figura 01).

dos e medicamentos.

Estima-se que 66% dos idosos institucionalizados sofram quedas anualmente. Em mais de 70% dos casos as quedas ocorrem no próprio ambiente domiciliar e no exercício das atividades diárias, e 10% destes eventos resultam em fraturas.

No entanto, as quedas entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido a sua alta incidência, às conseqüentes complicações para a saúde e aos custos assistenciais.

As ocorrências desses acidentes causam medo, dor, sofrimento, limitações físicas e muitas vezes podem resultar em distúrbios de ordem psíquica, ocasionados principalmente pelo medo de nova queda, o que produzirá fraqueza muscular e acentuação da instabilidade postural.

Destacam-se ainda como conseqüências relevantes, o fato da queda causar restrição de mobilidade, incapacidade

Porém, sabe-se que 2/3 destas quedas são potencialmente evitáveis. O uso de órteses como bengalas, muletas e andadores e a adoção de um programa de atividade física com o objetivo de fortalecimento muscular, ganho equilíbrio, correção da postura e das alterações na marcha, e adaptações de ambiente físico, são medidas de grande importância na prevenção de quedas e na melhora da qualidade de vida do idoso.

Neste sentido, o fisioterapeuta pode atuar na área de geriatria e gerontologia, avaliando, modificando o ambiente físico e prescrevendo um programa de exercícios adequados e controlados, onde os idosos terão o máximo de aproveitamento com o mínimo de risco à saúde, tornando-se mais independentes e ativos (figura 02).

O profissional fisioterapeuta pode identificar os fatores tanto intrínsecos como extrínsecos, que aumentam a possibilidade da ocorrência de uma queda em uma pessoa idosa, também como nas suas conseqüências, desde que estes fatores identificados sejam acessíveis às medidas de fisioterapia. Uma medida importante é ajudar o indivíduo da terceira idade a recuperar sua autoconfiança, no que diz respeito às suas capacidades posturais.

Desta forma, é de suma importância à utilização de estratégias preventivas, assistenciais e de reabilitação dentro de uma instituição asilar, a fim de reduzir o risco de quedas (ocorrências e recorrências) e amenizar os fatores intrínsecos e extrínsecos que predisõem estes acontecimentos.

Evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática geriátrico-gerontológica, tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para idosos.

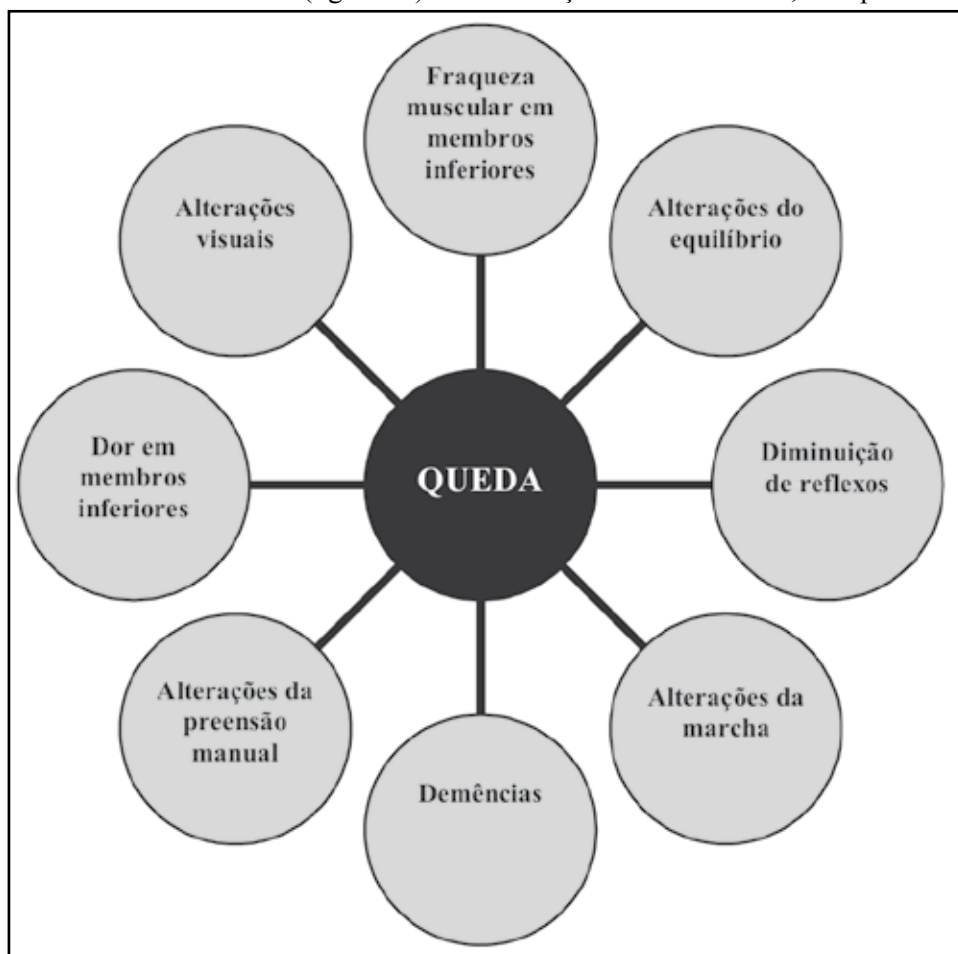


Figura 01 – Fatores intrínsecos das quedas

Dentre os fatores extrínsecos, os principais facilitadores relacionados às quedas em idosos destacam-se as escadas irregulares, tapetes, pisos escorregadios, má iluminação, calçados inadequa-

funcional, isolamento social e insegurança, detonando um mecanismo cumulativo e em efeito dominó de eventos prejudiciais à saúde e qualidade de vida dos idosos.



Figura 02 – Programa de exercícios para prevenção de quedas

- Artigo de Divulgação Científica - Revisão de Literatura -**Referências**

Guccione AA. Fisioterapia Geriátrica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Kauffman TL. Manual de Reabilitação Geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MDR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. Saúde Pública 2003;37(1):40-8.

Simpson JM. Instabilidade Postural e Tendência às Quedas. In: Pickles B. Fisiologia na 3ª Idade. 2ª. ed. São Paulo: Santos, 2000.

GERONTOLOGIA

IDOSOS HI-TECH**Uma nova visão de mundo no olhar do idoso.****Décio Kataiama**

Aluno do Curso de Gerontologia da FAI. Pedagogo, Especialista em Informática na Educação e Pesquisador em Neurociência Cognitiva

Dentro de cinco a dez anos teremos tranquilamente vovôs e vovós e idosos em geral, interagindo socialmente com frequência, utilizando-se de meios tecnológicos ainda não tão comuns à maioria de nossos co-cidadãos já idosos.

Cinco a dez anos? Isso é um bocado de tempo não acham? Para tecnologias sim, mas, para o desenvolvimento sócio-cultural da classe de idosos é um tempo razoável e adequado.

Não porque sejam velhos ou lentos no raciocínio, mas, quebrar paradigmas culturais é sempre mais moroso do que o desenvolvimento de novas tecnologias. Barreiras para a inclusão digital ainda permeiam a maior parte dos idosos, que advém de razões muito mais culturais do que propriamente econômicas.

Transcorridos três quartos da primeira década do século vinte e um, os crediários facilitados, fartos modelos de computadores e serviços de acesso a tecnologias digitais disponíveis no mercado consumidor, viabilizam a inclusão digital de cidadãos de todas as faixas etárias. Notadamente é crescente o número de idosos que buscam informações e realizam cursos de informática em escolas especializadas na formação de usuários de computadores,

Expediente

Boletim Científico do Curso de Biológicas da FAI
Uma Publicação Oficial das Faculdades Adamantinenses Integradas.

Autarquia Municipal
CGC 03.061.303/0001-02

Diretor
Prof. Dr. Roldão Simione

Vice Diretor
Prof. Dr. Jurandir Savi

Editor - chefe
Profª. Drª. Sandra H. Gabaldi Wolf

Diagramação - Projeto Gráfico
Fabrício Lopes

Assistente de Coordenação
Ana Paula Clapes Nunes

Revisão
Profª Neusa Maria Pais

Conselho Científico
Prof. Dr. Alexandre Wolf
Prof. Dr. Gildo Matheus
Profª. Drª. Jaqueline Haddas Malhado
Profª. Drª. Maria Thereza G. Matheus
Profª. Drª. Sandra Helena G. Wolf

Tiragem
300 exemplares

Editora: Edições Omnia
Rua Nove de Julho, 730
Fone/fax: (18) 3522-1002
CEP 17800-000 - Adamantina/SP
Site: www.fai.com.br

E-mail: omnia@fai.com.br

Impressão:

OPA: Organização de Publicidade de Adamantina

paradigmas quebrados têm se revertido em recompensadas situações de bem estar social e econômico para as partes envolvidas, ou seja, problemas resolvidos, desejos realizados e angústias eliminadas.

Não deve ser fácil para os idosos compreenderem como está o mundo. Boa parte pode até nem ter tentado compreender o que se passa ante tanta tecnologia inovadora que constantemente transforma seu habitat, mas é certo que entendendo ou não, as tecnologias que usamos no dia a dia já são ultrapassadas no habitat dos cientistas e engenheiros, que em seus laboratórios já dispõem de uma reserva tecnológica ainda não lançada no mercado consumidor. Sendo assim, talvez seja sensato para alguns idosos não gastarem energia vital tentando compreender estas inovadoras e estranhas tecnologias.

No mercado tecnológico é fácil encontrar produtos direcionados aos públicos infantis, jovem e adulto, mas, ainda carece de produtos voltados ao consumidor idoso. Assim, por enquanto, resta ao usuário idoso compartilhar das tecnologias e softwares universais como caixas eletrônicos, celulares, e programas de edição de texto, som e imagem comum a todos os usuários.

Na tentativa de explicar sob uma ótica do existencialismo sartreano (Jean Paul Sartre, 1905~1980.) onde a existência precede a essência, podemos levantar

hipóteses como a de que o idoso, como qualquer indivíduo, ao fazer uso das novas tecnologias, o faz segundo suas escolhas e desejos, pleiteando a satisfação e realização de algo. Ainda de Sartre tivemos que somos condenados a sermos livres, portanto, em vida por direito, somos autores e responsáveis pelas nossas escolhas. Mais ainda, não temos escolha, temos sempre que escolher, mesmo quando escolhemos por não fazer nada. E o que o idoso escolher entre fazer uso das novas tecnologias ou não, não deveria ser o fator da sua qualidade de vida, mas, apenas mais um recurso para tal. Usando ou não as novas tecnologias da informação e comunicação, é importante que o foco do olhar do idoso permaneça acordado com sua essência, que lhe é peculiar e subjetiva, mas que busca mais qualidade de vida. Andando para frente, mas sempre com um pé atrás, talvez este seja o perfil de grande parte dos idosos hi-tech.

Referências

KANDEL, Eric R. Fundamentos da neurociência e do comportamento, 2000.

LACAN, Jacques, O seminário: livro 10 : a angústia. 2005.

LEVY, Pierre, Cibercultura, 2005.

RAMAL, Andréa Cecília - Educação na Cibercultura, 2002.

I WORKSHOP

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO PARA PRODUÇÃO DE BIOENERGIA

PESQUISA E DESENVOLVIMENTO NA AGROINDÚSTRIA

6 DE AGOSTO DE 2008

AUDITÓRIO MIGUEL REALE • CAMPUS II • FAI
ADAMANTINA - SP

PROGRAMAÇÃO

- abertura - Prof. Dr. Roldão Simione
- inovação, tecnologia e competitividade
representante da INOVA UNICAMP ou UFSC
- parceria universidade-empresa para inovação
tecnológica
Prof. Dr. Edivaldo Rodrigues Domingues Velline -
Pres. FEPAP tecnológica
- gestão estratégica e tecnológica na cadeia de
bioenergia
Prof. Dr. Eder A. Gigliote - GENECANA
- programas de apoio à inovação nas empresas -
a lei da inovação - MCT
- FAPESP - PIPE, PITE e CONSITEC: Programa de
inovação nas empresas
- BNDES - "O Novo programa de inovação do
BNDES"
- Ações da FINEP para apoio à inovação das
empresas.
- parcerias FAI/Empresas para pesquisa e
desenvolvimento tecnológico
Prof. Dr. Márcio Cardin

INFORMAÇÕES

Faculdades Adamantinenses Integradas
Campus I • Rua 9 de julho, 730 • Adamantina - SP
(18) 3522 1002 • ramal 254
npp@fai.com.br

INSCRIÇÕES PELO SITE
WWW.FAI.COM.BR

APOIO



NPP
Núcleo de Pesquisa em Energia e Biotecnologia

REALIZAÇÃO

