

DOR ASPECTOS CLÍNICOS DA ANALGESIA

Arthur Araújo



O que pode significar a compreensão dos procedimentos de analgesia e da experiência de dor em relação ao tema da humanização? A concepção de 'analgesia humanizada' pode ser entendida como uma proposta que se contrapõe a uma visão reducionista da compreensão dos casos de dor. Do nosso ponto de vista, os eventos de dor não serão considerados simplesmente como 'dor de alguma coisa', mas como 'dor de alguém', isto é, serão compreendidos como um tipo de experiência subjetiva. Assim, como parte da experiência de alguém, esses eventos ou experiências de dor (ou simplesmente dor) podem ser considerados estados mentais. Procuraremos mostrar como esse estado mental está inserido nos procedimentos de analgesia e como se relaciona com seus aspectos clínicos e, em particular, durante a experiência de dor no trabalho de parto natural.

No contexto do curso Dimensões da Humanização, a concepção de uma analgesia humanizada tem objetivo mostrar que, embora a dor seja sempre dor de alguma coisa, essa compreensão não exaure o sentido da própria experiência de dor visto que é um tipo particular de experiência consciente, altamente investida de conteúdo subjetivo, e nós precisamos estar atentos a esse aspecto.

**DOR:
ASPECTOS CLÍNICOS
DA ANALGESIA E EXPERIÊNCIA**

Arthur Araújo

Vitória
2009

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Educação
Fernando Haddad

Universidade Aberta do Brasil
Celso Costa

Universidade Federal do Espírito Santo

Reitor
Rubens Sérgio Rasseli

Vice-Reitor e Diretor Presidente do Ne@ad
Reinaldo Centoducatte

Pró-Reitora de Graduação
Isabel Cristina Novaes

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Francisco Guilherme Emmerich

Pró-Reitor de Extensão
Aparecido José Cirillo

Diretora Administrativa do Ne@ad
e Coordenadora UAB
Maria José Campos Rodrigues

Diretor Pedagógico do Ne@ad
Julio Francelino Ferreira Filho

Conselho Editorial
Adriana Barroso de Azevedo, Arthur Octávio de Melo Araújo, Antônio Canal, Carlos Vital Paixão de Melo, Fernando José Arrigoni, José Lázaro Celin, Kátia Morosovw Alonso, Maria Inês Faé, Maisa Gomes Brandão Kullook, Maria Regina Rodrigues, Moema Martins Rebouças, Silvana Ventrorm.

Presidente do Conselho
Maria José Campos Rodrigues

Coordenação do Curso de
Dimensões da Humanização
Claudia Murta

Revisão de Conteúdo
Arthur Octávio de Melo Araújo

Revisão Ortográfica
Regina Egito

Design Gráfico
LDI - Laboratório de Design Instrucional

Ne@ad
Av. Fernando Ferrari, n.514 -
CEP 29075-910, Goiabeiras -
Vitória - ES
(27) 4009 2208

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Araújo, Arthur.
A663d Dor : aspectos clínicos da analgesia e experiência / Arthur Araújo,
Cassiano Bernardes. - Vitória : Universidade Federal do Espírito
Santo, Núcleo de Educação Aberta e à Distância, 2009.
40 p. : il.
Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-99510-49-0

1. Dor. 2. Dor - Tratamento. 3. Analgesia.
I. Bernardes, Cassiano. II. Título.

CDU: 616.8-009.7

LDI coordenação
Heliana Pacheco, José Otavio Lobo Name
e Octavio Aragão

Gerência
Verônica Salvador Vieira

Editoração
Caio D. Martins

Capa
André Wandenkolken, Lucas Toscano

Ilustração
Vitor Bergami Victor

Impressão
Gráfica GM



Esta licença permite que você faça download do livro e o compartilhe desde que atribua crédito ao autor, mas sem que possa alterá-lo de nenhuma forma ou utilizá-lo para fins comerciais.

A reprodução de imagens nesta obra tem caráter pedagógico e científico, amparada pelos limites do direito de autor, de acordo com a lei nº 9.610/1998, art. 46, III (citação em livros, jornais, revistas ou qualquer outro meio de comunicação, de passagens de qualquer obra, para fins de estudo, crítica ou polêmica, na medida justificada para o fim a atingir, indicando-se o nome do autor e a origem da obra). Toda reprodução foi realizada com amparo legal do regime geral de direito de autor no Brasil.

Clique nas marcas abaixo para acessar os sites das instituições:

Sumário

4	<i>Apresentação</i>
5	<i>Introdução</i>
7	<i>Unidade 1</i> Dor e significado
12	<i>Unidade 2</i> Dor e anestesiologia
20	Irredutibilidade e realidade da aparência na experiência
24	<i>Unidade 3</i> Neurotransmissores e eventos de dor
26	<i>Unidade 4</i> Mecanismos e representação da dor
27	<i>Unidade 5</i> Tratamento medicamentoso da dor Tratamentos auxiliares
29	<i>Unidade 6</i> O parto e a experiência de dor
31	<i>Unidade 7</i> Uma nova visão na analgesia e o parto humanizado: o que se pode mudar na abordagem da dor?
35	Técnica anestésica
37	Analgesia de parto
39	<i>Conclusão</i>
40	<i>Bibliografia</i>

Apresentação

Este módulo é composto por uma introdução, sete unidades e uma conclusão. Na Introdução, procuramos situar a concepção de ‘dor’, a partir da idéia de ‘analgésia’, de acordo com dois pontos de vista: o reducionista e o humanizado. Na unidade I, analisamos o significado de dor na experiência individual e no ponto de vista médico, assim como a relação estabelecida entre eles. Na unidade II, procuramos situar o significado de dor na experiência, em relação à prática anestesiológica, e os diferentes tipos de dor. Em seguida, na unidade III, destacamos e analisamos a relação entre a ação de substâncias químicas no cérebro e a experiência de dor na experiência. Na unidade IV, analisamos como estão estruturados os mecanismos de sustentação da dor no cérebro e sua representação na experiência como evento mental. Na unidade V, são apresentados e analisados os diferentes tipos de tratamento da dor. E, em particular, na unidade VI, analisamos o significado da dor na experiência do parto natural. Na unidade VII, procuramos mostrar o que pode significar uma nova abordagem da compreensão de ‘dor’ na prática anestesiológica. E em seguida, na unidade VIII, o que pode significar a idéia de ‘parto humanizado’ no ponto de vista do anestesista humanizado. Finalmente, na conclusão, sugerimos que a idéia de ‘analgésia humanizada’ precisa levar em consideração o significado primário da dor na experiência da pessoa, mostrando que seu conteúdo é essencialmente subjetivo e não simplesmente a manifestação de algum tipo de distúrbio no corpo.

Introdução

O termo analgesia refere-se a perda ou ausência de sensibilidade à dor e será explicitado ao longo desta unidade. A idéia de analgesia humanizada pode ser entendida, então, como uma proposta de humanização que se contrapõe a uma visão reducionista dos casos de dor. Aqui os eventos de dor não serão considerados simplesmente como ‘dor de alguma coisa’, mas como ‘dor de alguém’, isto é, serão tomados de modo subjetivo. Como parte da experiência de alguém, esses eventos ou experiências de dor (ou simplesmente dor) podem ser considerados eventos ou estados mentais. Procuraremos mostrar como esse estado mental está inserido na analgesia e como se relaciona com seus aspectos clínicos e, em particular, durante a experiência de dor no trabalho de parto natural.

Na literatura recente, segundo teorias filosóficas e científicas da mente, os eventos de ‘dor’ são entendidos como um tipo de estado privado ou subjetivo na experiência de alguém. Mas o que significa um estado privado? É aquele imediatamente acessível na experiência (percepções, emoções, sentimentos) e cujo conteúdo é sensorial. Em outras palavras, os eventos ou experiências de dor situam-se entre os estados ou experiências conscientes imediatos – alguém tem consciência de que alguma coisa está acontecendo a ela/ele no momento de dor. Porém, como ‘eu’ não posso sentir a dor alheia e ninguém pode sentir a ‘minha’, esses estados privados são geralmente expressos por relatos verbais ou sentenças do tipo ‘eu percebo que’, ‘eu sinto que’, ‘eu tenho a sensação de que’, entre outros. Nem sempre, porém, essa expressão ocorre por meio de relatos verbais; a dor pode se manifestar também por gritos, gemidos, tremores, gestos, lágrimas.

Um profissional pode interpretar a experiência de dor de dois modos distintos. Uma visão reducionista vê a ‘dor’ com uma função secundária na experiência, reduzindo esse evento ao diagnóstico de certo quadro clínico. Nesse caso, o relato ‘eu sinto dor’, por

exemplo, é reduzido ao ponto de vista do médico na caracterização do quadro clínico como ‘é dor de alguma coisa’. Como consequência imediata, parece que o próprio significado de dor é eliminado ou tem uma função secundária na experiência – nesse ponto de vista, a analgesia significa eliminação completa de dor.

Ao contrário, uma visão alternativa, como a analgesia humanizada, vê na dor a função primária de uma experiência ou dor de alguém. E como o anestesista situa a dor nessa visão? Para ele, trata-se de uma parte significativa da experiência de alguém e, então, ele considera a aplicação de uma anestesia de boa qualidade – uma boa qualidade é o que as pessoas normalmente esperam de suas experiências; inclusive o próprio anestesista. Uma visão de humanização da analgesia, com efeito, vê nos estados de dor o significado da experiência de alguém e não simplesmente a eliminação desse significado em função da aplicação anestésica.

DOR NA VISÃO REDUCIONISTA

Função secundária na experiência como ‘dor de alguma coisa’.

DOR NA VISÃO DE HUMANIZAÇÃO

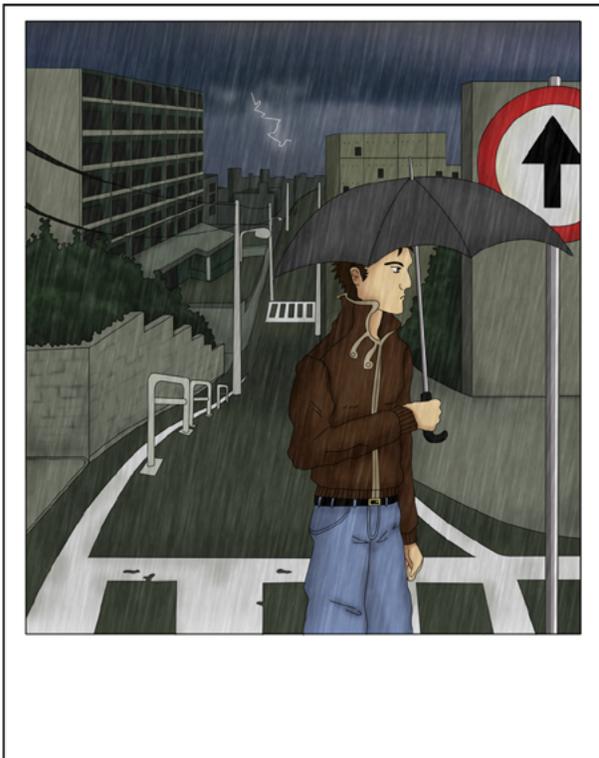
Função primária na experiência como ‘dor de alguém’.



A partir da idéia de analgesia, como situar a concepção de ‘dor’ segundo dois pontos de vista: um reducionista e outro humanizado?

Participação no Fórum e supervisão do tutor: Duas concepções de dor.

As visões reducionistas, e elas nos parecem predominantes na atual prática médica, tendem a identificar 'dor' simplesmente como sintoma ou função secundária na experiência de alguém. Entende-se dor como a expressão ou sintoma de um determinado quadro clínico. É inegável que, se alguém sente dor, é dor de alguma coisa (estômago, cabeça, dente, etc.). Mas é questionável que seja um simples sintoma. Na longa tradição semiótica de Charles Sanders Peirce (final do século XIX) a Umberto Eco (desde meados do século XX), um 'signo' é algo que representa alguma coisa para alguém de certo modo – signos são, portanto, tipos de representação.



Ícone: quando um signo representa seu objeto por semelhança; como, por exemplo, o retrato ou fotografia de uma pessoa.

Índice: quando o signo representa seu objeto por uma relação possível de causa-efeito; como, por exemplo, céu nublado representa a possibilidade de chover.

Símbolo: quando o signo representa seu objeto por convenção; como, por exemplo, sinais de trânsito.

Mas certos tipos de signos são naturais (em sua maioria são índices) por oposição aos signos da cultura (como ícones e símbolos). E entre os signos naturais estão os ‘sintomas’ – marcas na pele, hematomas, vestígios da cena de um crime, fumaça (como sinal de fogo), etc. Assim, não nos parece coerente ver na ‘dor’ unicamente um tipo de sintoma. Ela é parte ou a própria experiência de alguém e, portanto, tem uma função ou significado primário. Como antecedente da atual semiologia médica, é importante assinalar que já a escola hipocrática (Hipócrates, 1999, p. 128) via na interpretação dos ‘sinais’ do corpo (ou signos naturais) o ponto de partida de elaboração do diagnóstico. Mas a representação de ‘dor’, bem como de diferentes eventos como prazer, alegria, tristeza, aflição, localiza-se no cérebro (Hipócrates, 1999, p. 120); daí não parece ser simplesmente sintoma de alguma coisa cuja expressão está no corpo – trata-se de evento real, que tem alguma significação na experiência ou ponto de vista de alguém.

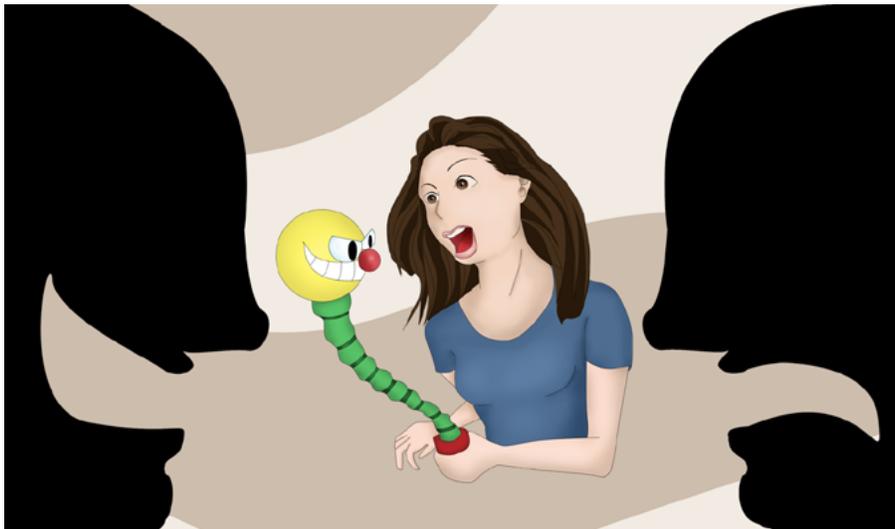
Assim, na nossa concepção, relacionar ‘dor’ a um simples sintoma (signo) nos parece confundir a experiência da dor de alguém, como algo real, e o que ela representa como dor de alguma coisa. Na verdade, analisar a dor como um sintoma, o que parece ser regra na maioria da prática médica, é uma evidência patente de reducionismo da experiência de dor ao ponto de vista do médico na interpretação do quadro clínico – a dor não pode ser vista unicamente como a representação de alguma coisa; ela tem antes um significado na experiência de alguém.

A dor não tem simplesmente a função secundária ou significado de alguma coisa. Se ela é um signo, é no ponto de vista da análise clínica e não na experiência mesma. Dor significa ou é alguma coisa sentida na experiência de alguém ou tem uma função primária de significação – alguém tem consciência de que alguma coisa está acontecendo consigo mesmo quando sente uma dor.

Considerar ‘dor’ alguma coisa sentida na experiência parece caracterizar ‘ponto de vista’ ou ‘opinião forte’. Assim, algumas distinções são importantes quanto à descrição desse tipo de experiência. ‘Saber que’ cavalo ganhou a corrida não significa o mesmo que ‘saber que’ ele está sentindo um certo cheiro – aqui teríamos um caso de ‘erro semântico’ (de sentido) no uso do verbo ‘saber’ ‘Eu posso saber o que ele está cheirando’ difere de ‘saber que ele sente um certo cheiro’. Não posso saber e ter uma experiência ao mesmo tempo. Mas quem sente uma dor não sabe que a sente, simplesmente a sente; e eu só posso saber que ele/ela está sentindo uma dor. O problema ganha eventualmente um contorno semelhante quando se

usam as respectivas expressões saber que e saber como – eu posso saber que ele/ela está cheirando alguma coisa e, ao mesmo tempo, não posso saber como ele/ela está sentindo alguma coisa na sua experiência.

É nesse sentido que o filósofo inglês John L. Austin (1911-1960), no célebre artigo *Outras Mentes* (1946/1989), procura mostrar as dificuldades de compreensão dos enunciados quando são considerados os conteúdos das experiências na 1ª Pessoa. O saber como torna-se um problema porque, além de nós mesmos e a evidência imediata de que temos uma mente, outras pessoas têm suas próprias experiências, e a compreensão dessas experiências é o que caracteriza o problema de outras mentes.



Assim, como compreender as experiências de outras mentes independentemente do que podemos atribuir a elas? Muitas vezes a realidade não parece ser o que pensamos ou o que atribuímos a ela. Se aceitamos que existe um mundo fora e independente de nós, por que seria diferente quanto à existência de outras mentes?

Austin (1946/1989, p. 35) analisa a expressão ‘se sei, não posso estar errado’ e entende ser ela perfeitamente legítima, embora eventualmente eu possa estar enganado. Mas, comparativamente, se sei que sinto, ou simplesmente sinto alguma coisa (por exemplo, uma dor), não posso estar errado – o que alguém diz que sente, realmente sente. No entanto, como sei que alguém sente alguma coisa além das minhas próprias experiências? Se eu atribuir um conteúdo a suas experiências, essa atribuição será baseada nas minhas próprias experiências. Isso significa que não posso saber como

o outro sente alguma coisa realmente; é-me impossível compreender o que alguém sente a partir do meu ponto de vista. Acreditamos que, dessa discussão de Austin sobre outras mentes, pode-se extrair uma importante lição quanto à nossa concepção do significado de dor na experiência e da noção de 'sintoma'.

Como assinalamos acima, um sintoma é um tipo de signo – ele representa ou significa alguma coisa para alguém. E o sintoma precisa ser contrastado com a coisa da qual é uma representação (por exemplo, choro ou lágrimas de dor são eventualmente representações de dor). Mas dor não é um sintoma; ela significa alguma coisa real na experiência de alguém. Sintomas de dor (ou raiva), como, por exemplo, choro ou lágrimas, tornam-se expressões de um conteúdo interno (mental) na experiência de alguém. Aqui, comparativamente à análise dos sintomas e expressão de raiva por Austin (1946/1989, p. 40-1), em que, respectivamente, o primeiro é sinal e ao segundo corresponde à ostentação desse estado, choro e lágrimas podem ser, ao mesmo tempo, significado e expressão de dor, enquanto 'dor' é um sentimento na experiência.

Onde termina o significado físico do choro ou das lágrimas e começa seu conteúdo mental como expressão de dor? Ou quando podemos afirmar seguramente onde termina a dor como um evento físico, cuja expressão está no corpo, e começa a dor como evento mental?

O problema parece ser que nós usamos inadvertidamente os termos físico e mental. Na verdade, assim assinala Austin, usamos o termo 'mental' quando 'descrevemos uma sensação física com um sentido especial'. Assim, comparativamente, como acontece com as expressões 'estrela da manhã' e 'estrela da tarde', ambas se referem ao planeta Vênus, cujo significado é o mesmo e os sentidos são diferentes, usamos igualmente o termo 'dor': o significado é o mesmo de um único evento no corpo, enquanto os sentidos são diferentes quando nos referimos a ele (ou mental ou físico).

Dor não é um sintoma. Mas como saber que alguém sente dor se não se pode descrever as declarações de dor – 'eu sinto/tenho dor' – como descrevemos 'eu creio que vai chover'? Não existem meios para justificar o 'saber que o outro sente dor' da mesma forma que podemos justificar a crença de alguém (de que vai chover) através de alguns fatos do mundo real – aqui ainda se trata da afirmação da existência de outras mentes além das nossas próprias experiências. Embora seja uma dificuldade, não parece correto ignorar o que os outros dizem de seus próprios sentimentos. Mas como saber ou acreditar que alguém realmente sente uma dor? Que sentido tem ou o que justifica a comunicação entre mentes diferentes?

No ponto de vista de Austin, é parte essencial da comunicação e das nossas experiências como 'prometer', 'tomar parte em competições' ou 'perceber manchas de cor': se alguém diz que sente dor, ele/ela realmente sente. Mas é claro que saber que alguém sente dor, e embora seja parte essencial da comunicação, não significa saber como é a experiência de dor de alguém. Embora interessante e sugestiva, a análise de Austin quanto ao problema de outras mentes ainda nos parece limitado ao ponto de vista da comunicação na 3ª pessoa – saber que ele/ela sente alguma coisa, e não como sente, ou o que significa o conteúdo da experiência de dor na 1ª pessoa, parece limitado ao ponto de vista exterior.

Também no caso da descrição da experiência, parece que muitas vezes usamos um único termo para referenciar sentidos diferentes. Alguém pareceria louco se dissesse que a sensação de 'vermelho' não é vermelho. Mas de fato não é ! Porque sensações não têm cor – se for aberta a cabeça de alguém enquanto ele/ela percebe a cor vermelha de uma maçã, não se verá nada semelhante ao vermelho no meio da massa encefálica. Agora, comparativamente, tente pensar o que significa ou representa 'dor' na experiência de alguém. Aqui, de novo, os significados são os mesmos (quanto aos termos 'cor' ou 'dor', por exemplo), embora os sentidos sejam completamente diferentes entre minha e sua na experiência – enquanto eu sei como é minha experiência de dor ou percepção de vermelho, você apenas sabe que tenho aquelas experiências.

Mas, como sustenta Austin (1946/1989, p. 46), tornar as declarações ou expressões de sentimentos 'parte essencial da comunicação' não avança muito quanto ao problema de conhecer outras mentes além das nossas próprias experiências porque se elimina aquilo que não tem representação lingüística – 'eu sinto dor', por exemplo, se significa alguma coisa na comunicação, não equivale a nada quanto ao conteúdo da minha experiência ou no meu ponto de vista. Assim, os conteúdos da experiência na 1ª pessoa têm uma linguagem de pontos de vista ou alguma sentida e, portanto, o que representamos na comunicação não equivale ao conteúdo imediato das nossas experiências – enquanto declarações, os conteúdos da experiência têm uma representação lingüística na comunicação ('eu sinto dor', 'eu percebo que a maçã é vermelha', 'eu tenho a sensação de frio', etc.), no entanto, quanto ao conteúdo imediato das experiências, eles são essencialmente sensoriais ou perceptivos ('sentimento de dor', 'percepção de cor', 'sensação de frio', etc.). Mas se procuramos um modo de lidar com o problema de outras mentes além das nossas próprias experiências, talvez o que precisamos ter é 'um conceito geral de experiência' (Nagel, 2004, p. 31) – aqui nós sugerimos entender 'experiência' como alguma coisa está acontecendo imediatamente a alguém. Assim, comparativamente à concepção de Nagel, diferentes experiências terão diferentes sujeitos ou pontos de vista.

2

Dor e anestesiologia

Mas se os eventos ou experiência de dor são privados na experiência de alguém, como podemos ter acesso ao significado da dor alheia? Como pode o anestesista lidar com essa dificuldade? Ou, de um modo geral, como podemos ter acesso ao significado da dor alheia se ela é privada na experiência? Por que minha dor não pode ser sentida por você e sua dor por mim?

A compreensão de ‘dor’ não pode simplesmente reduzir a experiência da dor alheia ao ponto de vista da observação de alguém que sente dor ou ao diagnóstico médico. A observação direta da experiência de alguém que sente dor não concede acesso algum ao conteúdo interno desse estado porque ‘você’ só tem sua própria experiência como referência de dor. Como você pode saber que existe dor além das suas próprias experiências? Tudo o que você sabe quanto à ‘dor’ é a correlação entre um certo tipo de experiência sua e você mesmo.

A mesma correlação seria válida quanto à observação da experiência alheia à sua e a dor de alguém? O filósofo britânico Thomas Nagel (2001, p. 20), comparativamente, questiona: como você sabe que, por exemplo, ao tomar um sorvete de chocolate, ele tem o mesmo sabor que tem na experiência de seu amigo? E se tiver o mesmo sabor, é somente o sabor no ponto de vista da sua experiência. Você não sabe como é o sabor de chocolate no ponto de vista de seu amigo. No entanto, como já assinalamos anteriormente, a impossibilidade de redução ou assimetria na correlação entre a ‘experiência de dor’ e ‘a observação de que alguém sente dor’ parece tornar as experiências ou estados de dor estados privados – por exemplo, podemos transplantar órgãos e membros, mas não podemos transplantar dores, sabores, tristeza, alegria etc.

Assim, no ponto de vista da minha dor, comparativamente, ela não é acessível a você e vice-versa. Entre recentes teorias filosóficas da mente, esses estados privados de dor têm o que se chama ‘existência na 1ª pessoa’ (a experiência de que ‘eu sinto dor’) e o acesso a eles está restrito a uma descrição da experiência na 3ª pessoa (a observação de que ‘ele/ela diz que sente dor’). Mas é evidente que os relatos de dor são verdadeiros – se alguém diz que sente dor, ela realmente sente (auto-atribuição), embora eventualmente a pessoa esteja enganada quando a sua origem ou causa (aqui valeria o princípio de autoridade de correção do médico, por

exemplo). Então, como lidar com um estado que, a princípio, não é acessível ou é privado na experiência de alguém e tem a característica de auto-atribuição?

Sentir/ter uma dor, por exemplo, não é somente o caso de tremor, gemido, gritos, choro; é ter realmente um sentido horrível na experiência (Churchland, 2004, p.50-1). Enquanto um estado de dor não é sentido, ele não tem expressão alguma no ponto de vista da experiência de alguém (aqui 'expressão' é entendida no sentido biológico). Dor que não é sentida não existe ou não tem significado biológico. Para tratar uma dor, é preciso que ela seja vista como algo sentido na experiência de alguém. No entanto, por ser um evento ou experiência subjetiva, a dor não é facilmente quantificável e carecemos de critérios objetivos para sua descrição. Assim, a dor será tão intensa quanto alguém afirmar que é. O princípio de auto-atribuição, acima assinalado, pode ser aqui observado – dificilmente uma pessoa estará enganada quanto às próprias dores.

Dizer que alguém sente dor e identificar a origem desse estado não significa dizer o que ela é ou representa. Mas o que uma dor pode significar? O que uma dor parece significar ou representar é uma certa função biológica. E se ela tem uma função, significa algo, representa alguma coisa na experiência de alguém (aflição, medo, pânico, tristeza, etc.); dores não são meros eventos físicos. Se um estado interno do organismo representa alguma coisa, se ele está voltado a alguma coisa fora, ele tem uma característica particular que diferentes eventos físicos (ritmo cardíaco, controle respiratório, digestão, etc.) não têm – a essa característica ou propriedade específica de certos estados físicos do organismo, podemos chamar 'mental'. Dor é um tipo de evento físico/biológico do organismo que tem uma característica distintiva ou a propriedade de ser mental – por exemplo, quando significa ou representa aflição, medo, pânico, tristeza etc. Mas aqui está o paradoxo: é uma ocorrência física/biológica e, ao mesmo tempo, sua função não se reduz unicamente a essa característica – é sempre algo subjetivo ou tem um conteúdo mental na experiência de alguém. Em síntese, entendida como estado mental na experiência, a 'dor' apresenta os seguintes aspectos: privacidade, auto-atribuição e subjetividade.

Então, como lidar com um estado que é privado, tem característica de auto-atribuição e é subjetivo? Considerando como critérios o que dor significa ou representa e o sentido de seu conteúdo mental na experiência, vamos encontrar duas visões em debate na recente filosofia da mente:

VISÃO INTENCIONALISTA/REPRESENTACIONALISTA:

Dor significa ou representa alguma coisa além da experiência; está voltada a algo, alguém ou estado de coisas no mundo (dor de cabeça, dor de estômago, dor dente, dor da tristeza por algo ou sentimento de dor, dor do parto, etc.); ou ainda significa algum tipo de disposição para agir de um certo modo sob certas circunstâncias – os conteúdos da experiência de dor têm uma característica relacional ou extrínseca com o meio. Estados ou experiência de dor são representações de segunda ordem. Por razões evidentes, essa visão nega as características de privacidade, auto-atribuição e subjetividade dos eventos de dor.

VISÃO NÃO-INTENCIONALISTA/NÃO-REPRESENTACIONALISTA:

A dor não significa ou não representa simplesmente alguma coisa além da experiência – é a dor considerada como experiência de alguém e cujo conteúdo é não-relacional ou intrínseco. Estados ou experiência de dor são representações de primeira ordem.

Embora a visão intencionalista/representacionista tenha reconhecidamente tido melhor aceitação entre as recentes teorias da mente (filosóficas e científicas) e o debate entre as duas visões tenha continuidade, ela parece apresentar problemas de formulação, na medida em que:

- . Tira o caráter de subjetividade da experiência e vê a dor simplesmente como um tipo especial de ‘percepção’, voltada a alguma coisa, como uma percepção comum (dor de cabeça, dor de estômago, dor da tristeza por algo (ou sentimento de dor), dor do parto, etc) e, como consequência;
- . Reduz a experiência de dor a algo externo a ela, isto é, parece confundir a experiência de dor com o objeto ou contexto dessa experiência.

Aqui precisamos evitar a identificação entre dor e o objeto ou contexto dessa experiência – que ‘uma dor de estômago possa significar que alguém comeu um alimento deteriorado’, isso não significa que o objeto da experiência de dor (‘estômago’) exaure o sentido da própria dor.

Neste trabalho, com efeito, procuramos desenvolver uma abordagem não-intencionalista/não-representacionista (vide definição acima) quanto à concepção

de dor e à idéia de analgesia humanizada. Isto porque, no senso comum, uma certa mitologia em torno da dor do parto tende a levar as pessoas ao medo e, portanto, a não enxergarem a dor como algo natural na vida – o que precisamos é compreender o significado das nossas dores e das dores alheias. A dor pode ser ou representar uma rica experiência afetiva/emocional de vida.

Assim, comparativamente, no ponto de vista do anestesiológico, alguns pontos podem ser destacados:

- . Como o anestesista encara a dor do parto.
- . Como o anestesista lida com suas próprias dores.
- . Como o anestesista pode auxiliar as gestantes no momento da dor do parto.
- . As drogas usadas na analgesia: elas passam para o bebê; interferem na dinâmica do parto; interferem no psiquismo materno; e interferem na posição da mãe no período expulsivo.

O QUE VEM A SER A DOR?

Experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores. (Definição simplificada de dor aceita pela IASP – International Association for the Study of Pain / Associação Internacional para o Estudo da Dor).

A dor é e continua a ser um fenômeno intrigante na experiência e história evolutiva do ser humano. Por que sentimos dor ou quando as dores passaram a expressar alguma coisa além de meros sons, gestos, gritos ou processos físico-fisiológicos do corpo como, por exemplo, lacrimejar? Como Charles Darwin procurou mostrar sistematicamente na sua teoria das emoções (1872), a capacidade de expressão das emoções corresponde a um fato evolutivo e biológico fundamental entre as diferentes espécies. Esse fato pode explicar a razão da semelhança de padrão no arrepio dos pêlos entre não-humanos e humanos, quando é a expressão de medo; ou, por exemplo, explicar a distinção de padrão no ranger de dentes entre o cão e o homem. Darwin (1872/2000, p. 35-6) mostra igualmente estarem no movimento ou nas modificações do corpo os “sinais” evidentes de expressão das emoções (grito, arrepio, choro, etc.).

Darwin sustenta que a maioria das expressões e gestos involuntários no homem e nos animais inferiores está sob a influência de variadas emoções e sensações e segue essencialmente três princípios básicos:

- I. Princípio dos hábitos associados úteis;
- II. Princípio da antítese;
- III. Princípio das ações devidas à constituição do sistema nervoso, totalmente independentes da vontade e, em certo grau, independentes do hábito.

Os princípios I e II estão associados à vontade. No primeiro princípio, esta se manifesta quando, por exemplo, a raiva, como um ‘estado de espírito’ (expressão usada por Darwin, provavelmente como referência a estados da mente), está associada ao hábito de gritar. Ela pode ser reprimida pela vontade e, ao invés do grito, termos uma ação resignada de silêncio, se essa expressão (de raiva) é útil no momento. No segundo princípio, se um ‘estado de espírito’ contrário é induzido (‘alegria’), por antítese, podemos gritar de alegria como uma deliberação da vontade. O princípio III, ao contrário, é independente da vontade. Trata-se normalmente de ações diretas do sistema nervoso que têm efeito expressivo no corpo (arrepios, tremores, paralisação momentânea, etc.).

Em particular o Capítulo 6 (Expressões Especiais do Homem: sofrimento e choro) parece ilustrar melhor o escopo da teoria das emoções de Darwin – as expressões de ‘sofrimento’ e o ‘choro’ têm seguramente um sentido singular na experiência humana no modo como representamos ou começamos a representar certas relações complexas com o meio ambiente. Darwin (1872/2000, p. 140) identifica no ‘choro o sofrimento do corpo e da mente’ – como se o choro fosse a expressão singular de um estado do indivíduo em que parece difícil sustentar uma distinção entre o que é mental e o que é físico na experiência de dor. Como já discutido anteriormente, dada a característica essencialmente subjetiva da dor, quando alguém diz que sente uma dor, ele realmente a sente. Porém, embora os estados ou experiência de dor sejam subjetivos, às vezes fica difícil estabelecer os limites entre o que é ‘mental’ e o que é ‘físico’. Por exemplo, o choro é um evento físico ou mental? Poderíamos dizer, e assim nos parece sugerir a teoria das emoções de Darwin, que o choro são eventos físicos do corpo cuja propriedade específica e distintiva os torna a expressão de estados mentais (ou ‘estados de espírito’ nos termos de Darwin).

Mas por que um estado físico do corpo (choro) pode ser considerado ‘mental’?

Comparativamente ao vocabulário corrente entre teorias filosóficas da mente, parece ser ‘mental’ a propriedade distintiva de alguns estados físicos do corpo cuja

expressão de emoção é o choro. Assim, chamamos ‘mental’ a uma propriedade que é, na realidade, uma propriedade físico-biológica do corpo, cuja expressão de dor é o choro, e resposta imediata do cérebro. Certas propriedades têm uma função biológica específica entre os estados internos do cérebro – alguns desses estados têm propriedades ‘mentais’ e podem ser a expressão de diferentes emoções e sentimentos (dor, prazer, alegria, medo, raiva, etc.).

Na modulação e interpretação dos conteúdos sensoriais de diferentes tipos de experiência, com efeito, o cérebro humano parece ter desenvolvido evolutivamente uma constituição anatômica específica e aprendeu a realizar ‘funções mentais’ como característica ou propriedade biológica de estados internos superiores (pensamento, linguagem, emoção, etc.). Como ainda assinala Darwin (1872/2000, p. 146), por exemplo, o ‘lacrimar’ parece ter sido adquirido quando, a partir de um ancestral comum do gênero Homo, o homem se separou dos macacos antropomórficos, que não lacrimam. Ele nota que antes, e provavelmente no começo da vida biológica, as situações de dor ou emoção não produziam lágrimas ou tinham diferentes modos de expressão – agora parece inegável que, na atual condição evolutiva e fisiológica do homem anatomicamente moderno, as lágrimas no choro são a expressão generalizada de certas emoções ou estados mentais complexos (dor, prazer, alegria, tristeza, raiva, desespero, medo, etc.).

Em grande parte do Capítulo 6, como um naturalista exemplar, Darwin se refere à observação do choro de seus próprios filhos. Como ele já tinha assinalado anteriormente (Capítulo 3, p. 82-3), a ocorrência de um estado de dor extremo – por exemplo, quando uma mãe perde um filho e reage gritando, arrancando a roupa e puxando os cabelos – pode gerar sinais evidentes de expressão no corpo. É o Princípio de Antítese: a tristeza aguda da mãe é compensada por uma máxima excitação nervosa e alterações de movimento e modificações no corpo.

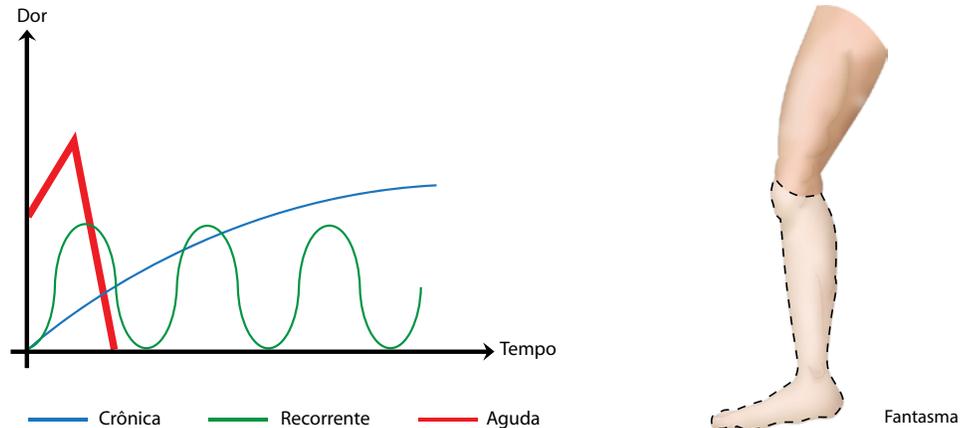
Comparativamente ao texto de Darwin e ao Princípio de antítese, a dor do parto tem funções extremamente importantes, já que representa ou significa alguma coisa nova na experiência da mãe/parturiente – a dor, entre gritos, choro, medo, etc., pode significar a expressão de alegria e prazer extremos ainda não vivenciados. A dor representa ou expressa um conteúdo emocional/afetivo extremamente complexo e mostra como a mulher estabelece um tipo de significação nova da própria experiência de vida (parir). Assim como nos parece, está sustentado igualmente no Princípio III (ação direta devido ao sistema nervoso) o caso de expressão da dor do parto: é uma resposta imediata e fora do controle da vontade no momento de parir. No entanto, as lágrimas e o choro têm agora um significado diferente de expressão da emoção na experiência da mulher e não

correspondem simplesmente a uma resposta fisiológica do organismo – lágrimas e choro têm um significado novo na experiência de vida da mulher que agora tem o sentimento de ‘mãe’.

A expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas. A ocorrência de dor, especialmente crônica, é crescente, e talvez em decorrência de:

- . Novos hábitos de vida;
- . Maior longevidade do indivíduo;
- . Prolongamento de sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais;
- . Modificações do ambiente em que vivemos,
- . Reconhecimento de novos quadros dolorosos e da aplicação de novos conceitos que traduzam seu significado.

A dor pode ser considerada como sintoma ou manifestação de uma doença ou afecção orgânica; no entanto, ela pode vir a constituir um quadro clínico e uma experiência complexa. Existem muitas maneiras de se classificar a dor. Assim, considerando-se a duração de sua manifestação, ela pode ser de três tipos:



Aguda: se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas. Normalmente desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e quando o tratamento recomendado pelo especialista é seguido corretamente pelo paciente. Ex.: dor pós-operatória; cólicas menstruais.

Crônica: tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica. Ex.: dor do paciente com câncer; dor relacionada a esforços repetitivos durante o trabalho; dor nas costas.

Recorrente: apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Ex.: a enxaqueca.

Fantasma: A sensação da presença do membro ou do órgão após sua extirpação é descrita por quase todas as pessoas que sofreram amputação. É, muitas vezes, referida com características normais e pode iniciar-se imediatamente após a amputação. A forma e disposição dos segmentos do membro ou do órgão amputado variam de acordo com a pessoa. Sensações de pontada, dormência, queimação e câimbra, entre outras, são freqüentemente descritas na extremidade do membro ou órgão fantasma. A dor fantasma (percepção de sensações geralmente dolorosas em partes do membro que foram retiradas na cirurgia) é sempre grave e intensa; às vezes resiste a diversas formas de tratamento e consegue eventualmente impedir o programa de reabilitação.

Mas qual pode ser particularmente a origem e a causa de dor fantasma?

Comparativamente aos casos clínicos desse tipo de dor, nos parece oportuno mencionar uma passagem da obra *Meditações Metafísicas* do filósofo francês René Descartes (no século XVII), onde ele (§§ 12–13) procura assinalar que a causa dos estados do espírito (aqui estados mentais) teria origem interna e não se refere aos objetos representados por esses estados – objetos externos (fogo, perda de alguém querido, ato sexual, etc.) podem ocasionar certos estados mentais (dor, angústia, prazer, etc.), mas não podem ser a causa desses estados. Não está no estômago, por exemplo, o significado do sentimento da dor (de estômago) porque, como sabemos, este órgão não tem a capacidade de sentir alguma coisa – uma dor só existe enquanto é sentida ou significa alguma coisa na experiência de alguém. Em particular (§ 13), Descartes sustenta que a dor é algo íntimo e interior e, como ilustração, ele se refere exatamente aos casos de membros fantasmas: a origem ou causa da dor fantasma não está certamente no membro amputado ou perdido porque ele não existe simplesmente – a experiência de dor fantasma parece significar o sentimento interno e real da experiência de alguém.

Assim, a linguagem da dor pode ser usada para descrever um sentimento de sofrimento intenso. Mas relativamente independente do contexto ou objeto ocasional de dor, podemos sustentar que o significado desse tipo de evento é interno e

intrínseco à experiência de alguém e, portanto, não podemos simplesmente traduzir sua ocorrência a um ponto de vista externo (por exemplo, a simples interpretação do quadro clínico).

Dor é aquilo que alguém diz que sente e não o que supomos simplesmente que a pessoa diz sentir em relação à interpretação de um certo quadro clínico.

Este nos parece ser o caso evidente dos membros fantasmas porque, como eles não existem, não existe tampouco o contexto ou objeto da dor; logo, a causa e a origem desse estado só podem estar na cabeça de alguém. Porque se nada acontece na cabeça de alguém, não existe a chance possível de algo externo ser a origem ou a causa desse estado – aqui estamos sustentando um ponto de vista internalista, reconhecido entre diferentes teorias da mente, quanto ao significado de dor.

Mas os mecanismos pelos quais a dor fantasma ocorre não foram claramente elucidados. Em geral, devido à inadequada resposta a diferentes formas de tratamento, a dor fantasma tem sido associada a transtornos psicológicos. No entanto, podemos mencionar o trabalho inovador do Dr. Ramachandran (1999) no estudo dos diferentes tipos de fantasmas no cérebro. Ele mostra no seu estudo clínico que essas ocorrências são geradas por reorganização do conteúdo ou imagem associada ao membro amputado ou perdido nas áreas corticais – e são ocorrências reais na experiência da dor e não uma ilusão. A percepção, por parte do paciente, de um membro fantasma doloroso pode manifestar-se em membro fantasma normal ou deformado. Essa dor pode ser de leve a moderada, tolerável, e responde de forma satisfatória à terapêutica física ou medicamentosa. A duração das dores fantasmas pode ocorrer durante semanas ou anos. Diferentemente da dor do parto que cessa com o nascimento, e é recheada com o sentimento de amor ao se receber uma criança nos braços, a dor fantasma está acompanhada do luto pela perda de uma parte do corpo e sofrimento de aceitação difícil.

Irreducibilidade e realidade da aparência na experiência

À muita gente pareceu que o célebre artigo *What is it to be a bat?* de Thomas Nagel (1974) indicava um tipo particular de ceticismo – a impossibilidade de acesso ao ponto de vista de diferentes experiências. Quando Nagel sustenta que o ‘ponto de vista’ de uma experiência, eventualmente identificado ao termo qualia, tem um caráter privado e irreducível, ele não está afirmando a impossibilidade de acesso

a diferentes pontos de vista ou eventualmente outras mentes. O alvo de Nagel é a redução fisicalista da mente ao cérebro, inclusive quanto ao funcionalismo, como uma variante do fisicalismo, e o modelo de redução de estados mentais a estados funcionais. A irreducibilidade do ponto de vista da experiência a estados funcionais, por exemplo, não implica não ser ele uma propriedade natural e que, portanto, se pode conceber logicamente a possibilidade de atribuição de pontos de vista a diferentes experiências e acesso a outras mentes. Nagel, portanto, não parece estar interessado na explicação científica do ponto de vista da experiência, que a experiência fenomenal supervem natural e não logicamente aos estados físico-biológicos do indivíduo, e procura mostrar que ele pode ser integrado a uma concepção naturalista como propriedades reais no mundo. Assim, Nagel parece indicar a possibilidade de uma explicação naturalista dos qualia, e não simplesmente um uso metafórico do termo, quanto à compreensão do aspecto fenomenal, subjetivo ou ponto de vista da experiência.

Comparativamente a Nagel, o filósofo americano John Searle, quanto às experiências de dor, entende que uma descrição de 3ª pessoa dessas experiências, como 'nada exceto' uma descarga neural ou ativação das fibras-C, coloca fora as características essenciais de 1ª pessoa porque simplesmente são níveis diferentes de conhecimento: 'meu conhecimento de que estou com dor tem uma espécie de fundamento diferente daquele do meu conhecimento de que você está com dor. Contudo, o detalhe anti-reducionista do argumento é ontológico e não epistêmico' (cf. Searle, 1997, p. 171). Se, do ponto de vista da análise ou descrição, a subjetividade pode ser eliminada, do ponto de vista da experiência, ao contrário, quando ela acontece, ela é ineliminável. Assim, as reduções eliminam as experiências subjetivas em função de um nível de conhecimento objetivo; no entanto, o que interessa é o que a redução elimina. E não podemos eliminar as aparências da experiência, ou como as coisas nos parecem ser, porque quanto à consciência, ela 'consiste nas próprias aparências. Onde a aparência está envolvida, não podemos fazer a distinção aparência-realidade porque a aparência é realidade (Searle, 1997, p. 176).

Em resumo, podemos considerar que, enquanto os modelos tradicionais de redução tem como referência o que se conhece dos aspectos físicos envolvidos, ao contrário, quanto às experiências conscientes, elas são uma exceção a esses modelos porque sua realidade é aparência. E se as experiências conscientes não podem ser reduzidas não é porque elas são alguma coisa 'misteriosa'; mas simplesmente porque elas estão fora dos modelos tradicionais de redução (cf. Searle, 1997, p. 177-8): a idéia é que o universo contenha um elemento irreduzivelmente subjetivo como parte da realidade física.

Mas aqui consideramos ser importante uma definição do tipo de experiência mental

em questão. Entre possíveis definições, uma 'experiência mental' significa o aspecto qualitativo, fenomenal ou subjetivo e eventualmente ela é identificada ao uso do termo 'sentiência'. Assim, podemos contextualizar o artigo de Thomas Nagel (1974), quanto ao sentido de experiência mental, e a atribuição ou concepção de mente ou mentalidade como equivalente à sentiência (ou estado de consciência de 1º grau).

Searle partilha o ponto de vista e os argumentos de autores como Thomas Nagel, Frank Jackson e Saul Kripke. No seu sentido geral, o argumento sustenta que o conhecimento objetivo de uma experiência particular de um indivíduo, como, por exemplo, o conhecimento da organização sensorial e neurofisiológica de um morcego, não inclui a subjetividade da experiência: como os morcegos, pelo menos algumas espécies, percebem o mundo se eles são cegos? E quanto aos casos ou experiências de dor? Se, como assinala Searle, reduzimos a sensação de dor subjetiva aos processos no cérebro, a 'dor' é 'nada exceto' descargas neurais e, neste caso, a redução teria como consequência a exclusão das características subjetivas dessa experiência (cf. Searle, 1997, p. 170) – o conhecimento dos fatos objetivos nada comunicaria dos fatos subjetivos. No entanto, aqui, precisamos considerar a seguinte conclusão: o conhecimento da 'minha dor' tem um fundamento diferente do conhecimento da 'sua dor'; e a diferença do argumento é, portanto, ontológica. Se aceitamos o sentido ontológico do argumento, precisamos abandonar nossa visão científica do mundo e aceitar o dualismo de propriedades? É questão apontada por Searle (1997, p. 171).

Mas por que aceitamos a redução do calor à energia cinética dos movimentos moleculares e não aceitamos a redução de 'dor' a descargas neurais no cérebro? De novo, irreduzibilidade? Mas, se não é caso de irreduzibilidade, que lugar tem a experiência subjetiva de dor na redução? Aqui Searle mostra uma alternativa muito atraente de abordagem dos problemas. Quando no caso de calor, por exemplo, a redução exclui a 'aparência' e mantém a referência à 'realidade', não está em questão a experiência subjetiva. Mas quanto à consciência, não podemos promover a distinção entre 'aparência' e 'realidade': 'porque consciência consiste em aparência' (Searle, 1997, p. 176). Atribuímos a 'realidade' ao mundo e à experiência ou consciência do mundo atribuímos 'aparência' porque atribuímos ao mundo a propriedade de ser, enquanto atribuímos à experiência a propriedade de parecer ser – aqui temos o velho problema realidade-aparência como já assinalado nas sessões anteriores. Mas as coisas do mundo que são realidades físicas, elas nos parecem ser de um certo modo na experiência e podemos reduzir ao ser à aparência de ser e vice-versa porque são realidades irreduzíveis entre si.

A experiência subjetiva ou consciente já é uma realidade aparente e, portanto, a irreduzibilidade é uma consequência trivial. Aqui precisamos notar que a irreduzibilidade não mostra que a experiência subjetiva ou consciente não possa ser parte da nossa visão científica do mundo, mas significa que um modelo padrão de redução é excessivamente excludente. Talvez aqui possamos retomar o princípio de complementaridade e sustentar que o modelo padrão de redução parece romper a estrutura da realidade e tornar isoladas partes de um mesmo mundo (cf. Searle, 1997, p. 179):

Quer consideremos a irreduzibilidade a partir do ponto de vista materialista, quer do ponto de vista dualista, ainda continuamos com um universo que contém um componente físico irreduzivelmente subjetivo como componente da realidade física.

- 1) Como compreender que 'dor', como um tipo de evento mental, tem um significado primário na experiência?
- 2) Explique a relação entre os diferentes tipos de dor e a dor no ponto de vista do anesthesiologista entre duas concepções (representacionista e não-representacionista).



3

Neurotransmissores e eventos de dor

A percepção dolorosa é desencadeada por estímulo nocivo, seja uma lesão ou uma doença em tecido somático ou tecido nervoso, periférico ou central. O sofrimento é uma resposta negativa induzida por inúmeros fatores, entre os quais estão a dor, medo, estresse, perdas, entre outros. A linguagem da dor pode ser usada para descrever sofrimento, independente da causa, levando tanto o médico como o paciente a equívocos quanto à razão do sofrimento, e aparece quando a integridade física ou psicológica do indivíduo é ameaçada. É interessante notar que nem todo sofrimento é causado por dor, mas frequentemente ele é descrito nesses termos ou como alguma coisa sentida e, portanto, teria um significado ‘mental’ na experiência.

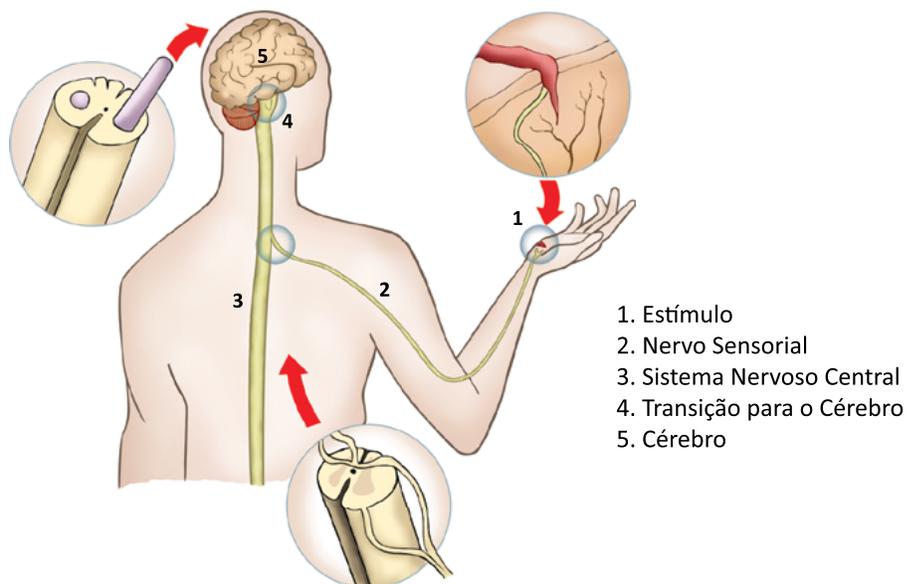
Mas o que é mente? Qual é a natureza dos estados mentais? Mente e cérebro são a mesma coisa? No século XVII, o filósofo René Descartes é quem primeiro busca uma solução sistemática para essas questões. No seu ponto de vista, mente (‘alma’ nos termos de Descartes) e cérebro não são a mesma coisa e, embora a mente esteja situada na glândula pineal, onde melhor realiza suas funções, suas propriedades não podem ser reduzidas ou explicadas por propriedades físicas do cérebro – a essência da mente é o pensamento, assim como, quanto aos corpos físicos, a extensão é a essência.

Em oposição ao chamado dualismo de Descartes, já no século XVIII, alguns fisiologistas, como o francês Guillaume Lamy, procuram resolver o problema da natureza da mente a partir da ação dos chamados “espíritos animais” nos estados do cérebro. Lamy identificava na ação dos espíritos animais a ‘substância da alma’ como princípio de animação, ânimo ou movimento da alma – a alma (aqui referida mente) é resultado da ação causal dos espíritos animais no cérebro (atualmente chamados neurotransmissores). Hoje sabemos que a rede de conexões causais entre unidades e grupos neurais gera estados altamente funcionais e biologicamente estruturados nas atividades do organismo – nesse nível de alta organização funcional e complexo do cérebro parecem estar situados os estados e funções mentais.

Existem inúmeras substâncias produzidas pelo organismo durante o processo doloroso, mas muitas ainda nem descobertas, tendo em vista a complexidade do fenômeno de dor entre os diferentes tipos de experiências conscientes. Em grande medida, entre teorias filosóficas e científicas da mente, o problema de caracterização da experiência de dor é parte do estudo da consciência. O termo

'consciência' tem um sentido particular nesse contexto. Diferente dos sentidos de 'estar desperto', 'ter consciência (ou conhecimento de alguma coisa)' ou 'ter o controle de um certo comportamento', o sentido de consciência corresponde a como alguma coisa parece ser na experiência de alguém (sujeito). Se alguém sente uma dor no dedo do pé direito, por exemplo, ela pode ter sido ocasionada pelo choque com a perna da mesa. Mas 'sentir dor' é uma propriedade interna da experiência de alguém (ser consciente de alguma coisa) e significa ou representa um certo tipo de relação possível entre mente e mundo.

Atualmente é praticamente unânime que as substâncias denominadas neurotransmissores agem em cooperação entre diferentes partes do cérebro e sustentam a realização de experiências conscientes. Em particular nos casos de dor, a ação de neurotransmissores aumenta a sensibilidade dos nociceptores com uma conseqüente redução de seu limiar de excitabilidade e aumento da dor. Os nociceptores são como receptores da dor encontrados nos tecidos superficiais, profundos e vísceras que anatomicamente se apresentam como terminações nervosas livres. Sua principal característica é captar as sensações dolorosas. Quando um estímulo mecânico, térmico ou químico intenso, potencialmente lesivo, é aplicado ao organismo, os nociceptores são ativados e uma informação de agressão é encaminhada ao Sistema Nervoso Central (SNC). Provavelmente se situam no SNC os estados do cérebro que sustentam nossas experiências conscientes e se existe um tipo de evento consciente, ele é inegavelmente a dor – ninguém ignora ou não está consciente de sua própria dor.



4

Mecanismos e representação da dor

Logo após um traumatismo, infecção ou outro fator, as terminações nervosas existentes no local afetado conduzem o estímulo doloroso por nervos (como se fossem fios telefônicos) até a medula espinhal. Deste local, o estímulo (a mensagem) é levado a diferentes regiões do cérebro, onde é percebido como dor e transformado em respostas a este estímulo inicial. Esse mecanismo tem sua atividade regulada por um conjunto de substâncias produzidas no sistema nervoso e é constituído no chamado sistema modulador de dor. Algumas dessas substâncias, por exemplo, a serotonina e as endorfinas, agem sobre o sistema de transmissão da dor, aumentando ou diminuindo a sensação dolorosa.

Os neurotransmissores, endorfinas, acetilcolina, encefalinas, adrenalina, prolactina, ocitocina e cortisol são exemplos de substâncias produzidas no cérebro, medula e tecidos, as quais se integram numa grande rede para a modulação, interpretação e representação do conteúdo da dor como conteúdo mental de uma experiência. A ocitocina, por exemplo, é o neuro-hormônio responsável por iniciar o parto, participa no aleitamento e é liberado durante o orgasmo sexual. É reconhecida por ter um papel na iniciação do comportamento maternal e a formação da relação mãe-filho, ao levar ao contato social positivo que representa recompensa, associado com as características interpessoais do indivíduo. Por outro lado, dor e ansiedade durante o trabalho de parto causam liberação dos hormônios do estresse, como, por exemplo, a adrenalina e o cortisol.

Com efeito, podemos ver que os estados ou experiência de dor são eventos internos ao cérebro. Comparativamente, na concepção do filósofo americano John Searle (1997), por exemplo, e o que ele chama 'naturalismo biológico', a mente ou estados mentais são uma propriedade do cérebro. Se nada acontece no cérebro, por exemplo, a dor (como evento mental) não existe. Embora possamos ter situações de dor (por exemplo, corte na pele ou exposição do nervo molar), se ela não é sentida ou representada no cérebro como dor, ela não existe; aliás, esse é o princípio geral de ação anestésica – ela inibe a transmissão da estimulação sensorial ao cérebro. Mas parece difícil reduzir a experiência de dor simplesmente a termos físicos. Thomas Nagel (1974; 2005), ao contrário, sustenta que, como estado físico, a estimulação sensorial corresponde à dor e que, na experiência ou ponto de vista do sujeito, ela corresponde a um evento mental. Dor representa um aspecto subjetivo enquanto alguma coisa é sentida por alguém e, portanto, tem propriedades intrínsecas na experiência.

Os métodos para o tratamento da dor são utilizados de maneira associada, conforme a necessidade de cada paciente, e são descritos a seguir:

Antidepressivos: têm efeito analgésico e melhoram o humor, o sono e o apetite.

Tranqüilizantes: em geral diminuem a ansiedade gerada pela dor e também colaboram no seu alívio;

Corticosteróides: em geral reduzem o inchaço e a inflamação local e aumentam o limiar doloroso.

Tratamentos auxiliares

Além dos remédios, a utilização de recursos como a fisioterapia, a acupuntura e a psicologia auxiliam num melhor controle do processo da dor. Esses recursos, além de aliviarem a dor, têm a vantagem de apresentarem pouco ou nenhum efeito colateral e de diminuir a necessidade de analgésicos.

Fisioterapia: Emprega diversas técnicas (meios físicos, massagens, exercícios e aparelhos) para auxiliar no tratamento da dor e para melhorar a função das estruturas que foram comprometidas pelo processo doloroso.

Termoterapia: Uso de calor superficial com a utilização de bolsas térmicas, banhos de parafina, infravermelho e hidromassagem. Proporcionam bem-estar e facilitam a execução dos exercícios.

Crioterapia: Uso do frio, muito útil para o alívio da dor, principalmente da dor aguda. Pode ser utilizado gelo, bolsa com agentes frios e aerossóis refrescantes, seguidos de alongamento muscular ou de massagem.

Eletroterapia: Uso da eletricidade para estímulos ou choques leves nos músculos, útil para aliviar a dor e diminuir a atrofia muscular.

Massagens: Bem conhecidas de todos, ainda constituem um recurso eficaz para determinado tipo de afecções. Elas servem para estimular o relaxamento e

melhoria da circulação dos tecidos massageados, provocando melhora da dor, e podem facilitar a realização de mobilização e tratar dores musculares.

Cinesioterapia: Série de movimentos ou exercícios executados pelo paciente sob orientação de um profissional (fisioterapeuta) e devem ser continuamente feitos como uma medida importante para manutenção do alívio da dor.

Acupuntura: Método utilizado há milênios, que consiste na introdução de agulhas especiais em pontos determinados e descritos pela acupuntura. Produz um efeito mecânico de estímulo das estruturas da pele, subcutâneo e até nos músculos adjacentes, proporcionando relaxamento muscular e efeito anti-inflamatório e liberação de substâncias analgésicas como a endorfina e a serotonina.

Parir dói e isso é fato! A propaganda da horrível e insuportável dor do parto é eventualmente excessiva na imprensa falada e escrita. Ela recheia os dramas televisivos e os cinemas, está presente na boca de mulheres e homens, inclusive de quem não passou pela experiência, e assombram futuras parturientes que procuram indistintamente a cesárea como uma alternativa menos dolorosa.

Mas por que parir dói? Por que o parto não é indolor ou mesmo prazeroso, já que visa à procriação da espécie? A Mãe Natureza seria tão cruel em maltratar as mulheres em momento tão sublime?

No entanto, a dor do parto tem funções extremamente importantes na hora do parto. Ela mostra o caminho a ser percorrido pelo corpo durante o processo: qual a melhor posição, qual o momento de fazer força ou como a mulher deve fazer para facilitar o processo fisiológico do nascimento do bebê. Mas se o parto, por um lado, é um processo intenso, primitivo, dolorido e às vezes difícil, por outro, ele pode ser uma oportunidade única de experiência intensa da mulher. A dor do parto nos mostra a experiência de um momento singular e talvez seja esta a sua principal função: colocar corpo, mente, hormônios e sentidos em uma unidade indistinta de partes como expressão de uma realidade única e indivisível. A dor do parto parece mostrar a possível superação do dualismo entre corpo e mente, pretendida por Descartes, e posteriormente reafirmada por diferentes autores, como experiência da existência de uma única realidade e não duas realidades distintas (corpo e mente).

A dor experimentada durante o trabalho de parto desencadeia respostas fisiológicas que podem ter conseqüências danosas não só à própria gestante, mas principalmente ao seu feto. Por ser um fenômeno essencialmente subjetivo, sentir uma dor não parece ser simplesmente uma disposição para agir de um certo modo. Como mostra o Princípio da Antítese de Darwin, a expressão de dor pode ser um comportamento de silêncio resignado e não uma explosão de gritos e choro. Assim, uma dor parece mostrar a característica intrínseca de uma experiência que não tem referência senão em si mesma, em relação a sua natureza e intensidade. Fatores obstétricos, individuais, ambientais e culturais influenciam a intensidade da dor vivenciada pela gestante. Esta multiplicidade de variáveis, aliada a dificuldades na quantificação da dor do parto, é responsável pelos resultados não conclusivos ou contraditórios de muitos estudos realizados para avaliar a percepção dolorosa do trabalho de parto.

A dor do parto é diferente dos outros tipos de dor por várias razões. Primeiro, porque é uma dor intermitente. Ela vem com a contração, começa fraca, vai aumentando, e atinge o pico, quando começa a diminuir e desaparece completamente. A dor no primeiro estágio do trabalho de parto é transmitida pelas fibras A-delta e C e entra na medula espinhal entre T10/L1. No segundo estágio, período compreendido entre a completa dilatação do colo até o nascimento, a dor é somática resultante da distensão da vagina e períneo. Ela é transmitida pelo nervo pudendo (segmentos espinhais S2/S4). Os nervos pudendos são responsáveis não só pela inervação sensitiva de vagina, vulva e períneo, mas também fornecem inervação motora a vários músculos da pelve e região perineal.

A dor de origem somática não ocorre precocemente no trabalho de parto. Ela aparece apenas no final da primeira fase, intensificando-se na segunda. Quando ela surge, soma-se à dor visceral ainda presente. Assim, o período compreendido entre o início da descida fetal e o nascimento é descrito como o mais doloroso do trabalho de parto. Outro fato é que a intensidade da dor do parto varia de mulher para mulher e de gestação para gestação, de acordo com diversos fatores: limiar individual, grau de relaxamento, intimidade com o ambiente, apoio de familiares e profissionais, preparação, etc. É uma dor diretamente influenciada por fatores psicológicos, funcionais e emocionais. Quando estamos com medo, ficamos tensos, e a nossa tensão faz a dor aumentar. É um ciclo bem conhecido, o ciclo do medo-tensão-dor e está associado a qualquer tipo de dor.

Uma nova visão na analgesia e o parto humanizado: o que se pode mudar na abordagem da dor?

Hoje a analgesia de parto é um procedimento desejado pela maioria dos obstetras e das pacientes. Talvez a analgesia obstétrica mais famosa tenha sido a realizada por John Snow na rainha Vitória, em 1853, por inalação de clorofórmio, para o nascimento de seu 4º filho (Leopoldo). A forte influência cultural e comportamental da mulher ocidental em relação à dor do trabalho de parto, sem dúvida, tem corroborado para os altos índices de cesariana no Brasil. Assim, um aspecto nos parece central no contexto de uma analgesia humanizada: 'dor' é o que o indivíduo diz que sente e existe quando ele/ela diz sentir. Aos profissionais da equipe de atenção ao binômio mãe e filho não podem corresponder posturas que possam tolher as suas expressões e facilitar o envolvimento emocional nesse momento.

O avanço no estudo da dor pela ciência médica demonstra que a percepção e expressão desencadeadas pelos estímulos dolorosos são complexas e se devem a uma soma de fatores biológicos e emocionais. Vários estudos têm surgido para uma melhor compreensão e afirmam que ser a dor do trabalho de parto real e intensa. E se as influências culturais podem modificar o comportamento, elas não podem reduzir o nível da dor experimentada e seu significado metabólico.

A partir dos novos conhecimentos sobre a fisiologia da dor, e a descoberta de receptores opióides na medula espinhal, tem sido possível a elaboração de novas técnicas com a associação de opióides a baixas doses de anestésicos locais. Esta nova metodologia permite utilizar, como principal parâmetro de instalação, a dor referida pela parturiente: é a gestante quem vai determinar o momento da instalação da analgesia. Essa informação gera imediatamente um sentimento de alívio, segurança e conforto, claramente espelhados na postura de confiança e na relação de parceria entre a parturiente e a equipe médica.

No final do século passado, já observamos um importante movimento de reflexão e autocrítica à luz da ciência médica para uma vida saudável. Conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS):

O QUE VEM A SER A SAÚDE?

Saúde é um estado completo de bem estar físico, mental e social e não significa apenas ausência de doença ou enfermidades.

A tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na medicina. Porém a generalização indiscriminada e a adoção de condutas sem testes conclusivos, sem que a relação custo/benefício seja levada em consideração, contribuiu para a excessiva medicalização de um processo natural e fisiológico como é o caso do ciclo gravídico puerperal. A cirurgia cesariana é um dos exemplos mais claros. Trata-se de um procedimento cirúrgico à disposição do profissional médico cujo objetivo é contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade perinatal. Contudo, se utilizada fora dos critérios a que se propõe, pode proporcionar mais riscos do que benefícios à saúde do binômio mãe e filho. Embora os riscos da operação cesariana tenham decrescido muito na última década, o risco é ainda hoje 3 a 4 vezes maior do que o parto vaginal, além de se aumentar o risco de morbidade dos recém-nascidos.

A hospitalização e a medicalização dos partos provocaram uma mudança de atitude da mulher com relação à gestação e ao nascimento. A parturiente deixou de ter uma postura ativa de condução do processo e o delegou, por desconhecimento, exclusivamente ao médico. Mas essa troca de papéis e visão distorcida têm sido fortalecidas gradativamente pelo destaque dado pelos meios de comunicação ao sofrimento imposto pelo parto normal ao transformar o trabalho de parto e o parto vaginal em algo anormal. O gradativo aumento da cesariana observado parece ser decorrente principalmente de:

- . Desinformação da sociedade (casal) sobre os benefícios para o binômio materno-fetal do processo natural de nascimento;
- . Despreparo psicológico e cultural da mulher para o parto vaginal;
- . Falha na qualidade de informações durante o pré-natal;
- . Medo de sentir dor durante o parto;
- . Valorização da formação cirúrgica do médico especialista em obstetrícia;
- . Manobras hospitalares sem um verdadeiro respaldo científico;
- . Comodidade e o controle da equipe médica;
- . Falhas na fiscalização do cumprimento das políticas de saúde, com abrangência inclusive sobre a rede privada.

Existe hoje uma consciência mundial sobre a necessidade de se questionar e se rever o modelo norte-americano tecnicista e medicalizado de assistência ao parto. Este modelo não tem trazido um melhor resultado do que as posturas menos invasivas que privilegiam o bem-estar da gestante, parturiente, recém-nascido e puérpera. Assim um aspecto fundamental da idéia de humanização do parto é que, por décadas, estudiosos do comportamento humano reconhecem que o desenvolvimento social e afetivo, ou seja, a capacidade de amar, começa a partir

da relação que o recém-nascido estabelece com a figura materna. O nascimento não pode ser entendido apenas como um procedimento técnico de extrair a criança do ventre materno. Atualmente várias ações são realizadas no sentido de buscar a humanização do parto. Estes programas têm como objetivo incentivar o parto normal e resgatar a verdadeira postura da mulher, da família, da sociedade, dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde na condução do parto.

Entretanto, uma grande dificuldade a ser superada na implantação destes programas é, sem dúvida, o 'medo de sentir dor'. A etnia e a cultura de um povo têm forte influência sobre a resposta à dor. A cultura ocidental apresenta uma relação negativa com a dor, e em particular com a do parto, encarando-a como um sintoma patológico. Dessa forma, dificulta às mulheres grávidas, a despeito de toda a preparação, a aceitação dos fenômenos presentes durante o trabalho de parto. O medo paralisante da dor do parto contribui para que a gestante assuma uma postura passiva e em algumas situações influenciam a opção pela cesariana como um mecanismo de evitar o sofrimento.

Sentir dor é algo natural nas nossas experiências de vida e a expressão de dor pode significar ou representar processos de adaptação e modificação do comportamento em relação ao meio. Parece que é esta a lição principal a ser tirada do estudo das emoções de Darwin, acima exposto. Expressar o sentimento de dor tem um papel fundamental na experiência de vida em relação ao meio e aos outros. Nossas expressões de dor, gritos, gemidos, choro etc., mostram um significado novo da nossa espécie no mundo, ao conceder a eles sentido além de meros sons, gestos e lágrimas.

Não é simplesmente o caso de processos físico-fisiológicos de sustentação dos eventos de dor: sons, gestos, lágrimas significam ou representam alguma coisa na experiência de alguém em relação ao mundo. Como os estados ou experiência de dor são parte das experiências de vida, muito provavelmente sons, gritos, gemidos, lágrimas significam que alguma coisa está acontecendo a alguém e ela representa sua relação com o mundo deste modo. O contato pele a pele e a primeira mamada ainda no ninho do parto, por exemplo, restabelecem sem ruídos a comunicação, só então vivenciada intra-útero, entre mãe e filho. Assim, o nascimento é o início de uma longa trajetória cujos sentimentos gerados naquele momento influenciam pelo resto da vida o ser que nasce.

Com efeito, os novos conhecimentos sobre a modulação da dor, da sua influência na dinâmica do trabalho de parto e no bem-estar do binômio mãe e filho, impelem o médico anestesiológico a uma postura mais participativa e de

contribuição nos programas de humanização do parto e do nascimento. Inúmeros trabalhos na literatura demonstram os benefícios proporcionados pelo alívio da dor da parturiente obtido com as novas técnicas e anestésicos à disposição do anesthesiologista. Acreditamos ser possível apresentar uma alternativa à visão distorcida de alguns profissionais que ainda imputam à técnica anestésica o insucesso do parto vaginal e uma concepção mecanicista/reducionista de interpretar a dor. Desinformados ou embasados em antigos trabalhos da literatura com técnicas e condutas já ultrapassadas, ou com graves falhas metodológicas, esses profissionais dificultam o acesso da gestante a um procedimento que poderia modificar a sua relação com a parturição, muitas vezes comprometida pelo medo de sentir dor.

Dentro dos critérios modernos da medicina baseada em evidências, defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o anesthesiologista desempenha um papel fundamental ao disponibilizar conhecimentos e condições à mulher para o parto natural através de uma visão humanizada. Assim, se evitam situações freqüentemente observadas quando o desgaste físico e emocional, causado pela grande intensidade dolorosa, prolonga o trabalho de parto e comprometem a expectativa do casal e o resultado esperado pela equipe médica. O anesthesiologista precisa ter consciência da sua função e a visão de que o seu papel vai muito além do aspecto puramente técnico de instalar uma analgesia ou anestesia. Sua postura e conduta profissionais podem contribuir significativamente no processo natural e fisiológico da parturição.

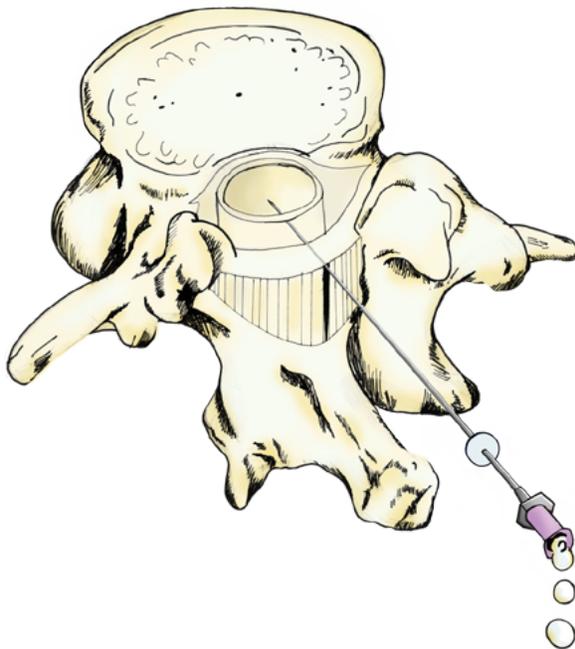
Por conta do arsenal terapêutico atual, possuímos meios de fornecer analgesia adequada à parturiente no momento em que ela solicitar e independente dos parâmetros obstétricos. E, sem comprometer o resultado técnico, denominamos a esse procedimento de analgesia de parto personalizada. Muitas vezes deveremos respeitar limites de segurança e ter em mente que temos o poder de amenizar qualquer intensidade de dor com nossas medicações. No entanto, a eventual ânsia de tirar “toda” a dor pode atrapalhar o trabalho de parto, o que mostra a necessidade de um trabalho de equipe. Acreditamos que a tecnologia e os avanços da ciência devem estar à disposição para serem utilizados, se necessário, para a gestante e não para adequar a evolução do parto de acordo com as rotinas e os interesses hospitalares. Devemos lembrar por fim que, a despeito do procedimento anestésico a ser realizado para o parto normal ou para a cesárea, a parturiente deve estar preferencialmente lúcida e participativa – afinal, é ela o sujeito da experiência, ou quem sente a dor.

Os medicamentos e as drogas são responsáveis por 2 a 3% dos defeitos congênitos. A maioria dos outros defeitos congênitos tem causa hereditária, ambiental ou

desconhecida. As drogas que uma mulher utiliza durante a gravidez podem afetar o feto de várias maneiras: os anestésicos locais, os opióides e outros analgésicos geralmente atravessam a placenta e podem afetar o recém-nascido (por exemplo, enfraquecendo o seu impulso para respirar), causando fraqueza ao nascer. Por essa razão, quando é necessária a utilização de drogas durante o trabalho de parto, elas são administradas em doses mínimas efetivas e preferivelmente o mais tarde possível, o que diminui a probabilidade de elas atingirem o feto antes do nascimento.

Técnica anestésica

Como a dor é um evento subjetivo, cada experiência dolorosa do indivíduo é influenciada por sua própria história pessoal, por suas crenças e pelo estado emocional daquele momento. Além disso, a gestante apresenta uma maior instabilidade emocional decorrente de fatores hormonais. Logo, por mais bem preparadas que elas estejam, algumas grávidas apresentam um alto grau de ansiedade, podendo assim reduzir o limiar doloroso. Esta maior sensibilidade à dor acarreta um aumento da percepção dolorosa do trabalho de parto e sem necessariamente corresponder aos parâmetros técnicos.

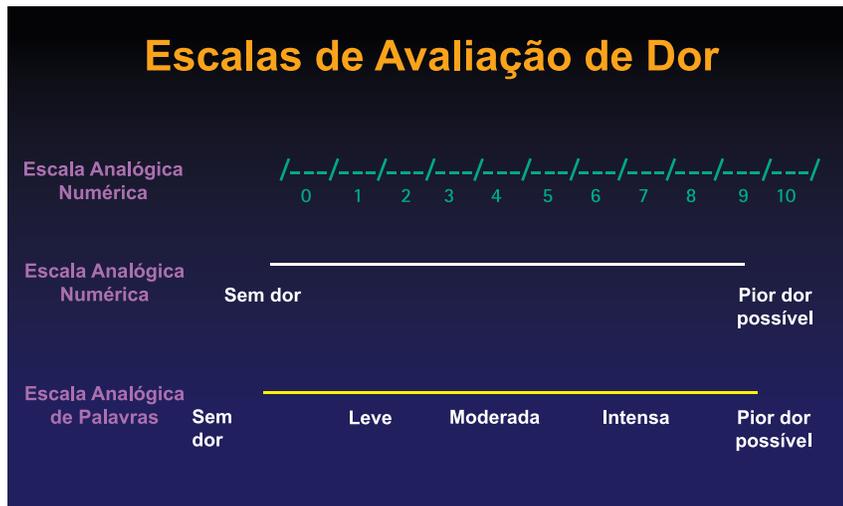


A medula espinhal, além de filtrar, modula e potencializa os estímulos nociceptivos que ali chegam. A dor do trabalho de parto, com estímulos prolongados e de intensidade crescente, gera estado de hipersensibilidade e excitabilidade dos neurônios da medula, que se somam a outros mecanismos provocando uma superposição de estímulos. Tais estímulos amplificam as respostas e convertem sinais até então inofensivos, como o tato, em sinais dolorosos (alodinia), criando uma espécie de 'memória' da dor. Estas alterações, na prática, dificultam o controle e o alívio da dor, quando se pode observar a necessidade de um maior número de doses ou a utilização de uma concentração anestésica maior para uma analgesia efetiva.

Com a descoberta dos receptores opióides na medula espinhal foi possível um grande avanço das técnicas de analgesia. A associação de opióides a baixas concentrações e doses de anestésicos locais proporciona uma analgesia de boa qualidade sem as desvantagens então imputadas aos efeitos indesejáveis presentes em algumas das técnicas de analgesia utilizadas antes. Ao eliminar a dor excessiva durante o trabalho de parto, o anestesiológista contribui para a humanização do atendimento ao casal gestante.

O objetivo desta nova proposta é uma quebra de paradigmas quando, por exemplo, deve ser a parturiente, e não o médico, quem determina o momento de instalação da analgesia. Esta liberdade de instalação da analgesia, tendo como principal referência a dor referida pela gestante, gera um sentimento positivo de segurança e conforto. Dessa forma, a paciente estará mais relaxada e participativa, contribuindo, inclusive, para uma postura ativa de comando. Para a escolha da técnica adequada, deve-se levar em consideração não apenas as condições clínicas da grávida e os dados obstétricos, mas também o perfil comportamental da gestante. São informações e subsídios necessários para aquela paciente, naquelas condições e naquele caso, ou seja, a técnica deve ser individualizada para cada paciente nas diferentes situações do trabalho de parto.

O momento ideal para a instalação da analgesia é, sem dúvida alguma, a dor referida e a solicitação da parturiente – a experiência da dor é referente a ela e não ao médico. Esta deve ser justificativa suficiente para o início da analgesia. Caso se utilize algum recurso metodológico para avaliar ou quantificar a dor, como a escala visual analógica (EVA 0 - 10), deve-se proceder a uma orientação prévia da gestante.



Existem controvérsias a respeito do efeito dos bloqueios espinhais na evolução do trabalho de parto. A dificuldade de padronização de gestantes e de condutas torna ainda mais difícil a comparação dos resultados, muitas vezes díspares, publicados na literatura especializada. A multiplicidade de fatores envolvidos na gênese desta dor também contribui para o impasse. Contudo, existem evidências na literatura que associam a analgesia peridural a um risco aumentado de parto instrumental e, possivelmente, a um prolongamento na evolução do trabalho de parto. Por outro lado, estudos prospectivos recentes sugerem que a analgesia peridural não está associada a uma incidência mais elevada de cesáreas. Ainda mais, existem evidências que o recente advento do uso de opióides no neuroeixo pode encurtar a evolução do trabalho de parto – isto é especialmente marcante com os opióides administrados no neuroeixo. Não há consenso sobre a influência da analgesia de parto na sua duração. Em nossa experiência, a analgesia de parto, não altera e pode inclusive abreviar as fases de dilatação e expulsão.

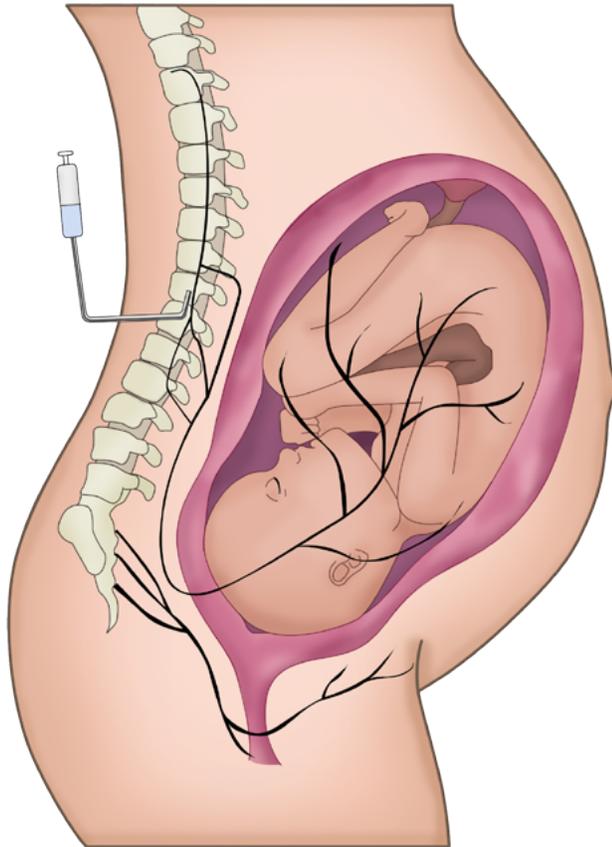
Analgesia de parto

O QUE VEM A SER A ANALGESIA DE PARTO?

Significa diminuição da dor e não ausência completa da mesma.

O grande recurso com que o anesthesiologista contava até bem pouco tempo para controlar a dor do parto era a analgesia peridural. A Anestesia Raqui Peridural Combinada (ARCP), se ainda não é a técnica de anestesia ideal para o parto, com certeza está muito próxima (ver figura acima). Quando bem executada, não provoca hipotensão arterial materna, não promove relaxamento motor da

musculatura abdominal, não repercute negativamente sobre o feto e produz ótima analgesia materna (inclusive perineal), preservando as sensações proprioceptivas (toque). Outra vantagem da ARPC para analgesia é que pode ser indicada em qualquer fase do trabalho de parto, desde o início do primeiro estágio até o período expulsivo, bastando para isso variar o volume de anestésico local.



- 1) Que tipo de mecanismos no cérebro pode representar a dor como um evento mental?
- 2) Que argumentos justificam uma nova concepção e abordagem da dor no campo da analgesia direcionada ao parto natural?

Conclusão

Após inúmeros trabalhos publicados na literatura, parece não haver mais dúvidas sobre as vantagens da associação de opióides a baixas doses e concentrações de anestésicos locais para o alívio da dor no trabalho de parto. Apresentando um baixo índice de efeitos colaterais e sem necessidade de tratamento específico, a analgesia de parto é, sem dúvida, uma importante ferramenta para se atingir o objetivo de um parto hospitalar humanizado. No ponto de vista de anesthesiologistas, a analgesia ideal é aquela em que todos os pontos acima discutidos sejam alcançados: o bebê nasce em segurança e com boa vitalidade, o casal aproveite este momento único e a equipe médica se gratifique de presenciar e colaborar com o resultado final de ter humanizado o atendimento nesse momento único que se chama nascer.

Discussão em grupos entre alunos ou em chats pré-agendados de alunos com o tutor.

ATIVIDADE FINAL

Elaboração de texto-comentário de tópicos e temas das unidades: escolher um tema e elaborar um texto de 5 páginas no mínimo e espaço (entrelinha) 1,5 cm.





Austin, J. L. **Outras mentes**. Trad. de Marcelo Guimarães da Silva Lim,. São Paulo: Abril Cultural, 1989. (Coleção Os Pensadores).

Churchland, P. M. **Matéria e Consciência**. Trad. de Maria Claro Cescato; São Paulo: Editora da UNESP, 2004. (Cap. 2).

Darwin, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais**. Trad. de Leon de Sousa Lobo Garcia; São Paulo: Companhia das Letras, 2000. (Cap. 1 e 6).

Descartes, R. **Meditações**. Trad. de J. Guinsburg e Bento Prado Júnior; São Paulo: Abril Cultural, 1991. (Coleção Os Pensadores).

Hipócrates. **Conhecer, cuidar, amar – o juramento e outros textos**. Trad. Dunia Marino Silva; São Paulo: Landy Editores, 2002.

Nagel, T. **Visão a partir de lugar nenhum**. Trad. de Silvana Vieira; São Paulo: Martins Fontes, 2004.

Ramachandran, V. S. **Fantasmas no cérebro**. Trad. de Antonio Machado; Rio de Janeiro / São Paulo: Editora Record, 1998. (Cap. 3 e 12).

Searle, J. **A redescoberta da Mente**. Trad. de Eduardo Pereira e Ferreira; São Paulo: Martins Fontes, 1997. (Cap. 6).

Arthur Araújo

Professor de Filosofia

Cassiano Bernardes

Médico anestesista



www.neaad.ufes.br
(27) 4009 2208