

# Mitos da Anestesia

De todas as Especialidades médicas, aquela que envolve mais mistério é a Anestesiologia. Mantém-se, para algumas pessoas, ideias e conceitos errados, antigos mitos e medos, relacionados com complicações e efeitos indesejáveis de fármacos e técnicas antigas.

A Anestesiologia é uma das Especialidades da Medicina que mais evoluiu nos últimos anos, e tem na sua base uma **cultura de segurança e prevenção do risco** que permite procedimentos seguros. **O doente tem um papel importante no controlo do risco associado à anestesia.** O doente deve dar ao Médico informações rigorosas sobre o seu estado de saúde e deve cumprir as regras de segurança recomendadas.

**Converse com o seu Anestesiologista e esclareça dúvidas.**

## A anestesia tem riscos?

Como em qualquer outro ato médico, há sempre um risco associado aos procedimentos anestésicos. Assente na avaliação rigorosa do doente, na utilização de fármacos seguros e equipamentos tecnológicos avançados e em metodologias de segurança e minimização do risco, a **Anestesiologia moderna diminuiu drasticamente a mortalidade e a morbilidade** relacionadas com a anestesia.

## Posso não acordar no final da operação?

O risco de morte por causa anestésica é, atualmente, um **risco muito raro**, com uma taxa de cerca de 1:200.000 a 300.000, ou seja **cerca de quatro mortes em um milhão de pacientes sem doenças graves**. As mortes relacionadas com a anestesia ocorrem sobretudo em doentes com patologia grave ou em situações graves, como cirurgias de emergência ou após acidentes.

## Vou sentir-me mal e ter dores quando acordar da anestesia?

Algumas pessoas acordam agitadas ou maldispostas. No entanto, ainda durante a operação, administram-se medicamentos que tornam o acordar mais suave e que controlam as náuseas pós-operatórias. Atualmente, a gama de analgésicos para controlar a dor é muito variada e eficaz, de modo que se pode assegurar aos doentes um **pós-operatório tranquilo**, com eventual desconforto passageiro.

## A anestesia geral é mais perigosa?

Existe uma crença de que a anestesia geral é muito mais "perigosa" que as outras técnicas anestésicas. No entanto, o **índice de risco de todos os tipos de anestesia**, seja ela regional (como a raqui ou epidural), bloqueios de nervos periféricos ou anestesia geral, apresentam pequenas diferenças na incidência de complicações entre si.

## Se fizer uma epidural ou uma anestesia raquidiana (raqui) posso ficar paralisado?

**Não.** Após uma anestesia regional (epidural/raqui/bloqueio deplexo) a incapacidade de mobilizar os membros e a passagem, e o retorno à condição normal far-se-á em pouco tempo.

## Posso ser alérgico à anestesia? Posso fazer algum teste?

A alergia a medicamentos utilizados para anestesia é **muito rara**. Os medicamentos atuais são muito seguros e muito baixa a incidência de alergias e complicações graves. Não há um exame que determine se o paciente tem alergia aos medicamentos anestésicos, mas é importante saber quais as reações alérgicas prévias (a antibióticos, alimentos, por exemplo).

## Quais são as complicações mais frequentes?

O risco de sofrer **complicações devido à anestesia** é pequeno e depende, em grande parte, do estado pré-operatório do doente (idade, obesidade, doenças prévias, medicamentos que toma, tabagismo, etc.), do tipo de cirurgia que vai ser efetuada e do tipo de procedimento (emergente, urgente ou de rotina).

Desde o início até ao final da cirurgia e no período de recobrir, o doente está sob vigilância permanente do Anestesiologista, que **resolve prontamente as complicações** que possam surgir.

### Complicações mais frequentes

- náuseas e vômitos pós-operatórios
- dores de garganta
- cefalias/dores de cabeça

### Complicações mais raras

- problemas cardíacos e respiratórios
- lesões nervosas
- lesão dentária

## Posso acordar durante a operação?

O **despertar intra-operatório (awareness)** é uma complicação, atualmente, extremamente rara, associada à anestesia geral. Durante a cirurgia, os Anestesiologistas recorrem permanentemente a indicadores (pressão arterial, frequência cardíaca, sudorese, lacrimejo) e a monitores (BIS, o mais conhecido) para avaliar a atividade cerebral e a **profundidade anestésica**, intervindo a **resposta alteração do estado do doente**.



# Sofrimento e Dor

## A magia e o divino, visão popular e crenças

A necessidade de **abolir a dor e reduzir o sofrimento**, impulsionou o Homem na invenção e na descoberta de produtos e técnicas para o conseguir.



Para o Homem primitivo, a dor tinha conotações com os espíritos malignos que se apropriavam do corpo. Utilizavam-se **amuletos, exorcismos e outros tipos de magia**, e recorria-se ao **curandeiro, ao mago, ao bruxo ou ao xamã** para aliviar e o sofrimento.

Mais tarde, o curandeiro e o mágico introduziram as **ervas medicinais**.

O **tratamento da dor com plantas medicinais** encontra-se referido no Mundo Babilónico (2250 a.C.) e no papiro Egípcio de Ebers (1550 a.C.), que cita como exemplo o **uso do ópio** para as cefaléias do Deus Ra. Na civilização Grego-Romana aparecem referências à utilização de **mandrágora** e o **ópio**.

Na civilização Cristã, o conceito de dor adquiriu uma conotação de **castigo divino** pelos pecados cometidos, considerando-se que a **penitência purificava a alma**.



A primeira abordagem organizada da dor vem dos **gregos** que consideravam o **cérebro como o centro das sensações e da razão**.

**Galenos** (sec. XII) estabeleceu a Anatomia dos nervos cranianos, elaborando uma complexa teoria das sensações.

Cerca de 1250, Alberto Magno e Mondino, filósofos da Idade Média, reconheceram, definitivamente, o **cérebro como o centro da sensação dolorosa**.

No Renascimento, **Leonardo da Vinci** (tre. XV) descreve os nervos e estabelece a sua relação com a sensação dolorosa, dando continuidade à teoria de Galeno sobre o **cérebro, como coordenador das sensações**.

**Descartes** (sec. XVII) definiu os nervos como tubos pelos quais eram transmitidas as sensações ao cérebro, tornando-se conscientes na glândula pineal.



No início do **século XIX**, surgiram as primeiras **teorias modernas sobre a dor**, ao mesmo tempo que se desenvolvia a Fisiologia e a Química. Bell e Magendie demonstraram que os cornos posteriores da medula participavam na sensibilidade dolorosa, e que os cornos anteriores exerciam um papel importante no controlo motor.

Esta teoria estabeleceu as bases para o estudo da Neurofisiologia e a importância do Sistema Nervoso na transmissão da dor.

Na atualidade, para a **cura da doença e o tratamento da dor**, apesar da tecnologia e da evolução da Ciência, os povos recorrem a formulas ancoradas nas raízes dos tempos e na filosofia popular. Índices de mitos da Antiguidade, práticas e convicções adaptadas das ciências árabes e dos exercícios mágicos, continuam presentes.



**"A medicina empirico-tradicional"** como lhe chamou **Michel Giacometti**, está presente nos nossos dias, nomeadamente em Portugal, defuando a racionalidade prazente da Medicina.

**"Para alívio das dores de parto, deve a parturiente cingir-se com o cordão de S. Francisco"**

(Alentejo, PIREs:1909, 184)

**"Para se evitar as dores de partos futuros, depois do primeiro, é bom comer talhadas de cidrão"**

(Vila Seca/Viseu)

**"Para aplacar as dores de parto, esfrega-se a barriga da parturiente com água aquecida numa panela com louro e heras"**

(Germil/Viana do Castelo)

**"Para as dores de ouvidos, introduz-se no canal auditivo um unguento feito de ratos recém-nascidos, fritos em azeite"**

(Trás-os-Montes, GONÇALVES:1917, 42)

**"Cura-se a dor de ouvidos, deitando-lhes leite de peitos duma mulher"**

(Alentejo PAÇO: 1930, 258)

**"A dor numa parte do corpo cura-se colocando sobre esta a camisa de um gêmeo"**

(Alegrete, VASCONCELOS: 1967, 41)

**"Põe-se no local da dor um tijolo quente, envolvido em pano"**

(Costa Grande, Porto)

**"Põe-se um pombo vivo aberto pelas costas em cima de uma dor"**

(Porto de Mos, Leiria)

