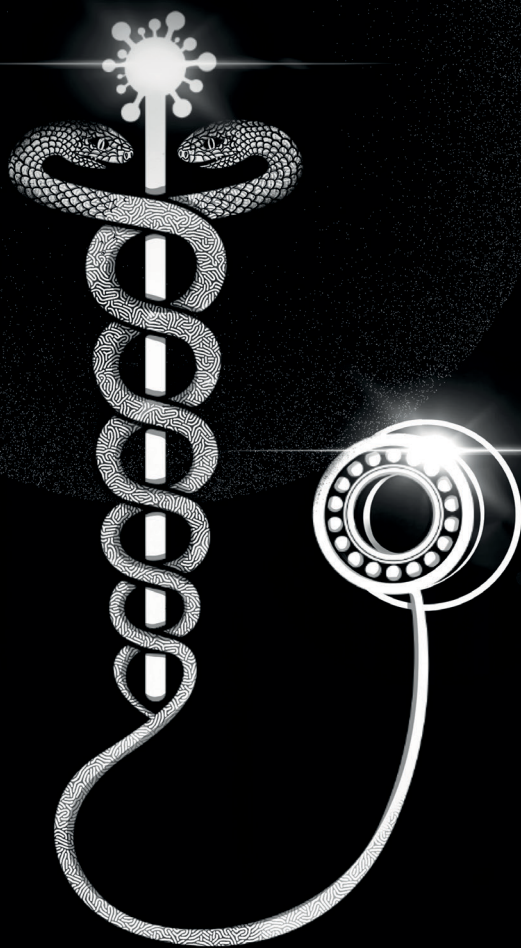


Alberto Viladouro

Do rolimã ao covid

Esculápio conta casos



Alberto Viladouro

DO ROLIMÃ AO COVID

ESCULÁPIO CONTA CAUSOS

Do rolimã ao covid: Esculápio conta causos

© 2022 Alberto Viladouro

© TAO Editora

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Jonas Eliakim

Produção editorial Luana Negraes

Diagramação Guilherme Henrique

Revisão de texto Maurício Katayama

Capa Leandro Cunha

Imagem da capa Vitor Hidekazu



Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
contato@taoeditora.com.br
www.taoeditora.com.br

Segundo Novo Acordo Ortográfico,
conforme 5. ed. do *Vocabulário
Ortográfico da Língua Portuguesa*,
Academia Brasileira de Letras, março de
2009.

É proibida a reprodução total ou parcial
por quaisquer meios, sem autorização
escrita da Editora.

Viladouro, Alberto
Do rolimã ao covid : Esculápio conta causos /
Alberto Viladouro. – São Paulo : Tao, 2022.
368 p.

Bibliografia
ISBN 978-65-89913-04-7 (impresso)
ISBN 978-65-89913-02-3 (eletrônico)

1. Doenças – Registros de casos 2. COVID19
(Doença) 3. Crônicas brasileiras I. Título.

22-2042

CDD 614

Todos os direitos reservados pela Tao
Editora.

Índices para catálogo sistemático:
1. Ficção brasileira

Conteúdo

1. Rolimá	15
2. Internato	19
3. Pronto-socorro	27
4. Mecanicismo	33
5. Professor de cirurgia	35
6. Plantão noturno	39
7. Tubo no tórax	43
8. Operação do estômago	51
9. Operação de vesícula	55
10. Doentes modelos	59
11. Doenças comuns e doenças raras	63
12. Epidemias	69
13. Economia da saúde	79
14. Nomes de doenças	83
15. Emprego	87
16. A assistência à saúde como funcionava	91
17. A primeira apendicectomia	95
18. Iatrogenia	99
19. Especialidade	105
20. Médico	109
21. Hospital de periferia	115
22. Coração no espeto	123
23. Encaminhar com segurança	131
24. Hospital de esquecidos	135
25. Emergência urológica	141
26. Luta por reconhecimento	143
27. Casos incomuns	147
28. Morte por estresse	151
29. Câncer	153

30. Administração hospitalar.	159
31. Hepatite B.	161
32. BIP	167
33. Transfusão proibida.	171
34. Video game e laparoscopia	175
35. Medicina no interior	177
36. Administrador de saúde	181
37. Oposição.	189
38. Agonia	191
39. Reforma	195
40. Andar adicional	201
41. Professor toma posse	205
42. Nata da sociedade	209
43. Superbonder	211
44. Nasa	215
45. Estágio no Japão	219
46. Religião.	229
47. Convênio	233
48. Odontologia de massa	243
49. Novos equipamentos.	247
50. Novo emprego.	255
51. Japão e futebol.	261
52. Escolhido superintendente	265
53. Primeira-dama.	269
54. Piscina reformada	275
55. Transplante em VIP	279
56. Despedida de professor	283
57. Desastre.	287
58. Presos em greve de fome	291
59. Consultoria	293
60. Angola	299
61. Itinga.	307
62. Argentina	311
63. Empresa familiar	313
64. Na secretaria da saúde	315

65. Novo serviço de transplante.	319
66. Hospital moderno	323
67. Parada cardíaca	325
68. Responsabilidade social	331
69. Terremoto no Haiti.	335
70. Hepatite mortal.	339
71. Medicina no interior do país	343
72. Contraste	347
73. Tumor na medula óssea.	351
74. Covid	357

I. Rolimã

Era uma tarde meio fria, dia útil depois de um feriado no meio da semana, que não se programa o que fazer. Ficar no ócio era uma alternativa, até porque chovia desde cedo. Era um tempo em que São Paulo era brindado com uma garoa fina e persistente. José, João ou Antônio, não importa, mas adotar um nome facilita a narrativa. Sozinho em casa, José ouvia a chuva que caía no telhado e era recolhida numa calha que pingava dentro de uma lata enferrujada de cera Parquetina. Estava ali colocada, um pouco inclinada por uma pedra por debaixo, justamente para que a água fosse dirigida para fora do alcance do canteiro de onze-horas, que ornava as laterais da porta de entrada da casa. Casa simples, térrea, um pequeno jardim sem muros e a entrada cimentada até a rua. Um ruído se ouvia de algo metálico, zunindo e veloz. “Zummmm, zummmm”, seguido de curtos uivos “ui, ui” e depois um silêncio profundo. Algo que não se esperava tinha acontecido. José teve que ser levado para o pronto-socorro do HC, o maior e melhor hospital da cidade e quiçá do país.

Vivam a cena.

Agora no pronto-socorro, José está deitado de lado em uma maca com uma toalha de banho cobrindo-o da cintura para baixo, sendo conduzido por um atendente de enfermagem. Adentra a sala de atendimento. Seu rosto expressa desconforto e vergonha. A sala de admissão para onde foi colocado é um espaço amplo com outras cinco macas, cada qual com um doente deitado. Nem sempre um acompanhante podia estar junto ao paciente naquele espaço, e no momento há cerca de dez pessoas. Doentes ou não, independente do gênero, estão colocados nesta sala. Um médico se aproxima e lhe pergunta o que ele tinha para estar ali. Não sabendo o que dizer, José balbucia algo, apontando para debaixo da toalha. O médico retira a toalha, a braguiha da calça, desabotoada e aberta, mostra um rolimã de uns vinte centímetros de

diâmetro por dois centímetros de espessura. Brilhante, reflete a iluminação mais intensa do local onde a maca estava colocada. Pelo orifício central do rolamento um órgão ereto, entumecido, de fazer inveja a Príapo. A primeira reação do médico é levantar o rolimã, que parece pesar cerca de um quilograma.

– Uuuuuuuuu – berra José.

O médico veste um par de luvas e pede vaselina líquida, que está em uma almotolia num carrinho ao seu lado. A enfermeira aplica o líquido em torno do falo junto ao orifício do rolimã e o médico tenta uma nova manobra, desta vez girando a peça.

– Uuuuuuuuu – novamente José urra de dor.

A esta altura na sala de atendimento tem umas trinta pessoas que se aglomeram, entre médicos, residentes, enfermeiros, atendentes e internos. Alguém sugere comprimir o órgão para fazer o sangue que ingurgitava o órgão refluir. Outro sugere espetar uma agulha para esvaziar o corpo cavernoso (nome que se dá ao tecido interno do pênis).

– Nããããã – reage José.

A cada manobra o órgão fica mais roxo e inchado. A demora podia interromper o fluxo arterial e necrosar o órgão, alguém opina. Sugerem trazer um mecânico da manutenção para serrar a peça. Em alguns minutos, Manoel, chefe da manutenção, chega. Quando olha para a peça sentencia que ia demorar umas cinco horas para serrar aquela peça. Tinha ainda que prendê-la a uma morsa fixa em uma bancada com o cidadão junto. Achava inviável e não havia tempo para isso, o órgão ia necrosar. De pronto, Manoel diz que há um método que é usado para retirar rolamento emperrado pelo tempo e pela umidade das enormes máquinas de lavar do hospital. Uma martelada bem dada no rolamento e o anel de retenção das bolinhas se quebrava e uma martelada mais seca e forte quebrava o aro externo. O aço temperado é quebradiço, ensina. Alguns duvidam e outros concordam. Àquela altura se forma não uma junta médica, mas uma assembleia de especialistas. A solução pela via cirúrgica parece ser uma unanimidade. Se necrosar, só amputação salvará o doente, não o órgão. Mas é preciso tentar uma solução não cruenta. Decidem levar o homem para a oficina, que fica a uns 150 metros do pronto-socorro. Pelo elevador descem ao

subsolo, que tem um túnel que se comunica com outro prédio, onde fica a ortopedia, e da porta de trás do prédio a oficina está a cinquenta metros pela rua. Forma-se um cortejo. Todos querem ver a façanha. A oficina fica apertada com tanta gente. Manoel calmamente posiciona na maior bigorna que tem na oficina o doente montado a cavaleiro na parte pontiaguda. O rolimã repousa de pé sobre a parte plana, e o membro resistindo em ereção, ainda que naquela humilhante situação, extremamente broxante, sem dúvida. O mecânico ordena ao seu auxiliar, Sebastião, que traga a marreta, a maior. O clima fica tenso. Silêncio. Um homem de macacão limpo, mas surrado pelo uso, com uma marreta de frente para um doente sentado, ainda envolto na toalha de banho, com as mãos juntas ao peito, rezando. O doente está sendo tratado em um hospital, é verdade, mas na oficina do nosocômio, em meio a tornos e furadeiras, bancada suja de graxa, com a assistência de ao menos trinta pessoas de branco, profissionais de saúde prontos a intervir se o doente viesse a precisar. Nenhum deles toca o doente, todos literalmente assistindo com grande expectativa ao mecânico tratar a emergência. No fundo o som de uma serra elétrica incomoda os ouvidos e alguém manda desligar. Agora o silêncio é absoluto. Manoel pede ao doente que segure o rolimã com as mãos, o que o doente não consegue fazer. Treme tanto que a peça não fica parada. Novamente Sebastião é chamado a ajudar. Ele segura a peça, mas avisa que, quando a marreta descer, ele a largará. Tudo pronto, Manoel levanta a marreta mais de metro da bigorna e pimba! Desce a marreta certaíra. Um som agudo e curto de metal contra metal ressoa no ar. Uma fração de segundo que o cérebro custa a processar. Parece uma longa pausa, que faz qualquer um engolir saliva grossa em garganta seca. Pela cabeça do doente José, sua vida inteira passa em *flashback*. Não sente dor, não sente o órgão, não sente nada. Finalmente o tilintar de pedaços de metais caindo pelo chão o faz voltar à consciência. Manoel repousa a marreta junto à perna direita, enquanto José abre os olhos. Sente agora o frio metal na superfície inferior do pênis e vê que este está inteiro. Ainda paralisado pelo terror que vai se esvaindo, comemora em silêncio. O médico examina o órgão, agora flácido, mas muito inchado, faz um sinal de positivo para a plateia. Palmas, muitas palmas. A cirurgia conduzida pelo mecânico fora um sucesso. Fim da cena.

Trinta anos ou mais devem ter se passado entre o que acima está narrado, como se fosse hoje, com a licenciosidade de romance. Alberto, nosso personagem, estava entre os presentes no dia em que foi contada a epopeia, digna de um salão de barbearia, diferente dos salões atuais, só frequentados por homens. Essa história quem contava era Nelsinho, advogado, durante um velório no Araçá, numa roda de pessoas relacionadas com a filha do defunto. Como em todo velório, em meio ao ambiente de pesar há um momento de descontração para contar causos. A primeira reação dele foi de incredulidade. Nelsinho era gozador e devia estar brincando com histórias que são criadas no ambiente hospitalar, ampliadas, modificadas, enxertadas, que, passadas de boca em boca, acabam por compor o anedotário do hospital, um lugar propício para pequenos incidentes ganharem contornos trágico-cômicos, sendo contados naqueles plantões modorrentos das manhãs de domingo. Histórias que são contadas em diversas versões, mentiras que se tornam verdades e fatos que se tornam histórias inverídicas. Quando diz que duvidava do que acabara de ouvir, Nelsinho chama Manoel, também presente ao velório em outra roda de conversa. Ele mesmo, o chefe da manutenção, que confirma a história e acrescenta detalhes do que tinha acontecido. Detalhes que só quem viveu o fato poderia se lembrar. Alberto conhecia bem o Manoel, era um homem sério e avesso a piadas. Ele acreditou, mas ficou com uma pulga atrás da orelha. Como foi que um rolimã foi parar justamente naquele lugar? Pesado, frio e duro. Que finalidade objetivava o usuário daquela peça de metal? Tortura masoquista? Estava em busca de prazer solitário? Mas como achar prazer em um metal cheio de graxa? Essa curiosidade o perseguiria por anos.

2. Internato

Hospitais são lugares muito interessantes onde muitas coisas inusitadas acontecem, em especial no serviço de urgência. Um lugar sempre movimentado e que funciona dia e noite, sete dias por semana, que atende o que chega, gente nascendo, desfalecendo, sangrando ou morrendo. Onde dramas humanos são transformados em piadas, acontecimentos fortuitos que são passados de plantão em plantão e vão ganhando detalhes cada vez mais pitorescos com dimensões de catástrofe. Algumas vezes são minimizados de tal forma que um doente grave recebe alta e morre em seguida, antes ainda de sua saída. Uma febrinha vira um febrão, um infarto passa por “piripaque” ou “peripaque”, neologismo que, segundo contam, foi inventada no HC, que significa sintoma exagerado, fingimento. Um pequeno corte no pulso é descrito como ferimento no membro superior direito, que nem sangrava, mas, quando o quarto médico vai ver o doente, interpreta, pelo tamanho do curativo feito, que o sangramento fora copioso, ademais quando um exame indica uma anemia. O que o último médico não sabe é que o exame foi pedido por um aprendiz de feiticeiro, um interno, que examinara anteriormente o doente e, sem saber o que fazia, pediu um hematócrito (exame para verificar anemia) de rotina, isto é, sem uma razão que o indique. Para facilitar as coisas a amostra de sangue foi colhida pela agulha que injetava soro glicosado na veia. O doente dormia, recompondo-se de uma bebedeira. Obviamente o exame mostra uma anemia por causa da diluição pelo soro, que está sendo infundido por aquela veia. Para quem não viu o doente chegar, aquele resultado de exame só pode indicar sangramento. Afinal um curativo de crepe que vai do punho até o cotovelo denunciava que um grande ferimento havia sido tratado. O interno é um aluno da graduação dos dois últimos anos. O interno do quinto ano passa a integrar a equipe médica assistencial como calouro iniciante na prática clínica, um médico com todas as prerrogativas, mas ainda sem diploma.

Vivam a cena.

Agora, estamos de volta ao nosso caso – é assim que se denomina o doente que está sendo atendido –, um interno que vira o resultado do exame de sangue do doente que dorme tranquilamente e faz os preparativos para fazer a transfusão que acha necessária. Transfusão era algo corriqueiro no pronto-socorro, que qualquer médico podia prescrever, sem muito cuidado, em especial no pronto-socorro de cirurgia. Nessa hora, o doente acorda da bebedeira e pede para urinar. Um urinol lhe é apresentado, mas, como nunca vira um antes, não sabe como usar. Abandonado à própria sorte, tenta fazer como imagina correto, fica de lado, mas não consegue relaxar o suficiente para esvaziar a bexiga. Fazer xixi deitado em uma maca não é para amadores. O doente levanta o dorso, senta na extremidade da maca, começa a urinar, mas, antes que termine, a maca tomba e o doente vai ao chão e o urinol de vidro se espatifa em mil cacos. De vidro? Sim, feito de vidro grosso. As seringas são de vidro, os pratos e cuias usados nos hospitais são de porcelana. O prontuário, ou um conjunto de cinco folhas de papel com garranchos anotados, que deveria estar preso a uma prancheta na maca, se espalha. O chão agora está molhado com líquidos, que podem ser água, soro ou urina. O resultado da análise de sangue em papel está molhado. O resultado anotado à mão, escrito com caneta-tinteiro, fica impossível de ser lido. O doente é recomposto na maca por um atendente de enfermagem que está de passagem. Os cacos são recolhidos e tudo parece voltar ao normal. O interno zeloso, que acredita em anemia, se prepara para fazer a transfusão. Nisso chega o médico-assistente, um médico mais experiente, que efetivamente tem a responsabilidade de assistir. Olha para o doente, que olha para ele e pede em súplica:

– Doutor, pelo amor de Deus, eu preciso urinar. O susto me interrompeu. Agora está doendo aqui embaixo, a bexiga parece que vai estourar.

O médico pede para o doente se levantar, descer da maca e, agora de pé, entrega-lhe um saquinho plástico e pede para que urine nele. Constrangido, vira as costas para o médico, e se alivia. De pé, sem apoio, o doente parece muito bem. O médico-assistente examina o

curativo no braço, pergunta o que foi aquilo, o doente responde que não se lembra, mas acha que é um pequeno machucado. Tira a atadura, revela-se um ferimento de dois centímetros suturado com dois pontos. O médico tira pressão, faz uma ausculta pulmonar, palpa o abdome, examina as mucosas e conclui que o doente pode ter alta. O interno, que esperava com o frasco de sangue na mão, de vidro, protesta.

– Ele precisa tomar sangue – resmungo. Tem certeza de que o doente está anêmico.

O médico-assistente pergunta por quê. O interno procura o resultado de exame que agora é um borrão azul esmaecido. Desconcertado, o interno garante que o exame indicava grave anemia. O doente nega ter sangrado, apenas se lembra de ter caído e machucado o punho na sarjeta. O médico assistente reexamina a mucosa e conclui que ele pode ir embora.

– Interno, preste atenção. Anemia que precisa de transfusão é visível pela coloração da mucosa. Olha isso, você acha que tem anemia?

O interno, cabisbaixo, reconhece que as mucosas estão bem coradas, mas não se conforma, porque no exame a anemia era evidente. O médico-assistente chama o residente de segundo ano, R2, e lhe dá um sabão por não ter supervisionado o atendimento daquele caso. O urinol de vidro quebrado tinha salvado o doente de receber uma transfusão desnecessária. Fim da cena.

O HC é um hospital-escola e, como tal, é um ambiente para treinamento de médicos e outros profissionais de saúde, onde existe uma rígida hierarquia. Tudo conspira para o aprendizado. Errar não é só humano, e sim parte do processo, mas os olhares vigilantes dos mais experientes devem evitar que erros se transformem em danos irreparáveis. Médicos, enfermeiros, todos os funcionários mais antigos que participam da assistência estão treinados para orientar e corrigir as bobagens que os novatos podem fazer. Até o doente contribui para esse clima. O doente sabe qual é o seu papel, sendo tratado dentro de um hospital-escola. No pronto-socorro o médico-assistente é o mais graduado que supervisiona o trabalho do residente de segundo ano. Este, por sua vez, supervisiona o residente de primeiro ano. Abaixo dele está o interno do sexto ano, que recebe instruções do residente, e

ainda o interno de quinto ano, que está lá iniciando a prática médica e é supervisionado por todos. O interno chega achando que sabe tudo e percebe em poucos dias que não sabe é nada. Mas é nesses dois anos de internato que terá que transpor a teoria que aprendeu nos livros para a prática assistencial. Da atitude passiva da sala de aula para o ativo exercício de encarar o doente, as doenças, o sangue, as excreções humanas, as mazelas do sistema de saúde e enfrentar os dilemas da escolha profissional. A hierarquia entre médicos se repete no corpo de enfermagem e na estrutura administrativa. A enfermeira-chefe era a comandante de uma unidade de atendimento, denominada unidade de cuidados ou enfermaria, no jargão das velhas Santas Casas: primeira e segunda enfermaria, enfermaria de homem número tal e enfermaria de mulheres. A enfermeira-chefe mandava e desmandava, no sentido de contramandar e não de abusar, com a autoridade de um general em campo de batalha. Abaixo dela, enfermeiros que supervisionam auxiliares de enfermagem e, no último degrau, o atendente de enfermagem. Era assim naquele tempo.

Era fevereiro de 1975, quando nosso personagem iniciou o internato. A primeira tarefa foi aprender como a estrutura de pessoal do HC estava organizada e reconhecer o papel de cada um. O internato é uma fase prática da graduação médica, é quando o aluno, depois de quatro anos ouvindo aulas e mais aulas, sentado, agora passa a aprender ficando mais tempo de pé. Fantasiado de médico, vestindo camisa e calça branca, meias e sapatos brancos, encarna o profissional e é estimulado a passar por tal. Começa a frequentar diariamente o hospital com estetoscópio adornando o pescoço, com licença para abordar um doente, imaginar uma doença que possivelmente o afeta, discutir o caso com alguém que acredita saber mais que ele e prescrever remédios que lhe são indicados por esse alguém. Entretanto, no início, a prescrição é feita sem convicção e sem que se saiba exatamente o que e por que está fazendo. Perguntar quando se tem dúvida é o caminho, mas nem sempre isso é possível. O colega que orienta a prescrição, consultado quando estava de passagem, nem viu o doente e acredita na história contada pelo interno que busca orientação. A orientação dada nem sempre é clara. Na dúvida, quando há tempo, o interno pega o vade-mécum

no bolso ou na bolsa e dá uma conferida no medicamento prescrito. E, quando não há tempo, vai para casa com dúvida, que, se tiver ânimo, pode conferir nos livros-textos. Mas o atendimento já aconteceu e se o que prescreveu não estava correto o doente só saberá se algo anormal acontecer. Do contrário, e na maior parte das vezes, jamais saberão, interno e doente. Se o que foi prescrito era um sintomático, menos mal. Se acontecer de algo que não fazia nenhum sentido ser aplicado no caso, terá sido inócuo e, se algum efeito colateral acontecer, o paciente vai interromper o uso, por mal-estar, vômito ou dor. Remédios são bem tolerados pelo organismo e só em grande quantidade ou uso prolongado produzem malefícios imediatos. Como ensinava Paracelso (século XV), a diferença entre veneno e remédio é a dose. Felizmente o interno, medroso que é, quando prescreve o que não sabe, dá a quantidade mínima, imaginando que, se bem não fizer, matar também não fará, porque sabe que a dose letal de qualquer remédio é uma dose cavalariça. No curso de farmacologia fez experiência com ratinhos para calcular o DL50 (dose letal de 50%), e, que se lembre, não era fácil matar ratinhos com injeção de algo sabidamente tóxico.

No internato se aprende muito. De prático, o que é realmente importante saber. Aprende-se com o professor menos, com o residente um pouco mais, mas, para aquilo que é prático e indispensável para dar os primeiros passos na profissão, o principal tutor é a categoria do corpo de enfermagem mais numerosa nos hospitais daquele tempo, o chamado atendente de enfermagem. Não estudou medicina, mas aprendeu na prática quando o doente está doente e quando a doença não é real. Aprendeu com eles, os doentes, essa ciência sem livros nem cadernos, observando. A sala de inalação é a tábua de salvação dos asmáticos, alguns deles frequentadores costumeiros. Para eles, perto da hora do almoço é que as crises acontecem. Coincidência?

Vivam a cena.

Como interno, estou agora cumprindo pela primeira vez um plantão na sala de inalação.

– Doutor, quer ver uma coisa? – O atendente chama a minha atenção para um doente que chega em crise.

– Dá para ele inalar só água destilada – orienta bem baixinho.

Examino o doente, preparo a inalação como foi orientado pelo atendente e dou ao doente. O doente continua chiando, o típico ruído no pulmão de asmático. Por um momento, achei que era uma grande sacanagem o que estava fazendo. O carrinho da copa encosta na porta da sala de inalação. Uma tigela de arroz ensopado em caldo de legumes é servido aos doentes. O doente que inalava água destilada deixa o inalador de lado e começa a comer. Antes de sorver a terceira colherada está respirando melhor. Enquanto come faço a ausculta do pulmão e percebo que está completamente limpo. O atendente se vira para mim e cochicha no meu ouvido.

– Esse eu conheço, vem três vezes por semana, sempre na mesma hora. Vem para comer.

Mas a crise asmática era real. A ausculta pulmonar, quando chegou, confirmava isso. Tinha ouvido o ruído típico de espasmo pulmonar. A mente humana é capaz de tudo para garantir a sobrevivência, pensei. Fim da cena.

Atendente de enfermagem é o profissional menos categorizado da equipe de enfermagem. Saber ler e escrever ou ter o curso primário era a exigência para ser um ou uma. Nesse tempo de país em desenvolvimento, os atendentes eram as figuras mais queridas do hospital, pelo menos para os internos. Todo início de ano, quando uma nova leva de internos chegava na enfermaria ou no pronto-socorro, era com eles que os internos aprendiam a rotina hospitalar. Eles enxergavam os internos como pares, mas tratavam-nos por doutor e estavam sempre dispostos a ajudar. Internos são como iniciantes de uma gangue, que para galgar na hierarquia precisam aprender a rotina e passar por provas de habilidades e lealdade à instituição. Colher sangue era a primeira coisa que os residentes ordenavam aos internos fazer. Perguntar ao residente como se fazia isso era se assumir incompetente. Gozação na certa, mas em clima de muita camaradagem. Ainda passariam anos para ser considerado *bullying*, seguramente cabendo uma ação de assédio moral. É claro que alguns residentes iam além e gostavam de judiar dos internos. Para estes a vingança era a porta do banheiro. O lugar reservado para exonerar a escória corporal era usado para descarregar a ira. O nome do residente malquerido era lembrado juntamente com

o da sua mãe. Aqueles que tinham talento literário escreviam poemas impublicáveis em homenagem ao residente.

Para colher amostra de sangue a primeira coisa a aprender era em que frasco se devia depositar, porque para cada tipo de exame há um tipo de anticoagulante. Frasco tapado com rolha de cortiça, identificado com uma sigla em papel colado, onde se escrevia o nome do doente. O atendente é quem ensinava, porque é ele quem ajudava a enfermeira ou o auxiliar de enfermagem a colher sangue e levar até o laboratório, que demorava um ou dois dias para dar o resultado pela rotina. O interno novo, recém-chegado, começa por substituí-lo, assume as funções do atendente. Empurrar maca, se preciso fosse para acelerar o atendimento, o interno fazia. Quando o interno carregava a amostra até o laboratório, era orientado a pressionar o laboratorista a soltar o resultado na hora. Era uma forma de acelerar o atendimento.

O ingresso do aluno de medicina no hospital se dá num clima de expectativa e medo. Vestido todo de branco, com estetoscópio no pescoço, ele se mistura aos médicos residentes e assistentes, e o primeiro desafio é fazer acreditar aos doentes que é um médico. Entretanto, na primeira abordagem ao doente, a máscara cai. A aproximação é acanhada, envergonhada, quase de submissão ao doente. Falta-lhe a arrogância, a autoridade e a gentil superioridade, como quem diz “vim para lhe dar o privilégio de ser atendido por mim”. Alguns internos aprendem essa postura rapidamente, em dois meses o ar de superioridade se aproxima do assédio. A generosidade é algo que demora a brotar e geralmente acontece quando a falta de humildade o faz cometer os primeiros erros. Erro médico, como genericamente é conhecido, é a prática mal conduzida que resulta em prejuízo ao doente. Depois de ter praticado o que acha suficiente, o interno ganha confiança. É aí, então, que bobagens acontecem. Aprende que mesmo atos simples, como coletar sangue da veia braquial junto à dobra articular do braço, pode se transformar em dano irreparável. Em doente magro, caquético, no braço fino a agulha grossa pode penetrar mais do que deve e atingir a artéria inadvertidamente. O sangue vem rápido e vermelho brilhante. Assustado, a agulha é retirada, mas a compressão feita de forma insuficiente pode produzir um hematoma, resultando em uma infiltração

no tecido adjacente de grandes proporções. Um dia depois a pele fica completamente enegrecida e a mobilidade do braço fica prejudicada. Esta experiência é traumática. Pensa que o dano é irreversível, e quando o residente, de brincadeira, diz que o antebraço pode precisar ser amputado, o desespero invade a mente do coitado. Quando ele se coloca no lugar do doente, se sente culpado e reconhece a sua incompetência. Fica se remoendo do mal que causou. Primeira lição aprendida: qualquer ato médico, por mais simples que seja, envolve risco.

3. Pronto-socorro

O HC tinha à época o principal pronto-socorro da cidade. Recebia doentes de toda a região metropolitana por encaminhamento e tinha uma demanda espontânea de doentes de todo tipo. Sem dúvida era o melhor lugar para se aprender medicina.

Vivam a cena.

Agora estou no pronto-socorro. Para o interno que começa, tudo é novo. Um médico me pega pelo braço e pede para acompanhá-lo. Está indo para a sala de cirurgia e pergunta:

– Quer me ajudar a fazer uma trepanação?

Concordo na hora, embora não saiba o que me reservava. Nunca tinha visto uma trepanação. Depois de me lavar e me paramentar como tinham me ensinado, entro em campo. O residente de neurocirurgia, um sujeito alto e magro que tinha acabado de conhecer, posiciona o doente, com o auxílio do anestesista. Um doente intubado, com a cabeça completamente raspada, pálpebras fechadas, inchadas e arroxeadas. Eu preparo a mesa com os instrumentos, enquanto o residente que se lavava grita:

– Pinta todo o couro cabeludo e pode pôr os campos, deixando a abertura na têmpora direita.

Faço da melhor maneira que posso. O médico entra em campo e agora estamos os dois, cada um de um lado do doente. Cadê o assistente?, pergunto para mim mesmo. Será que ele vai operar sozinho?, penso. Pede o bisturi, faz uma incisão em semicírculo na têmpora direita, afasta a fáscia, expôs o osso. Percebo que o cirurgião é sinistro, isto é, canhoto. Pinça a pele com duas pinças de Koch, que fica pendente. Pega a furadeira e faz um primeiro furo no osso. Depois mais outro e mais outro. Faz quatro furos, deixando um intervalo de quatro centímetros entre eles. Passa uma espécie de arame cheio de farpas através de um furo e exteriorizado pelo outro, por debaixo da calota craniana.

– Agora você encaixa esses ganchos (era um instrumento na forma de T com a ponta inferior terminando em gancho) nas argolas em cada ponta do arame e pode serrar o osso. Esse arame é uma serra de Gigli – ensina.

Desajeitado, nunca tinha visto nada parecido, mas, como não há outro médico na sala, deduzo que é comigo que ele está falando. Pego os dois ganchos e paro. O médico pega nas minhas mãos, traciona o arame, faz um movimento de vai e vem e o arame corta o osso. Tira o gancho de uma das pontas e passa o arame para outro buraco por debaixo do osso. Encaixo o gancho, traciono o fio e faço o movimento de vai e vem com força e o osso é cortado. Repito o movimento mais duas vezes e uma placa de mais ou menos quatro centímetros por quatro centímetros sai do crânio como se fosse uma tampa. Por debaixo da membrana meníngea meio transparente pode-se ver o cérebro em um meio sanguinolento. O médico corta a membrana com tesoura e, com o bico de um aspirador, retira o que eu acho que é cérebro macerado. Com bisturi elétrico faz hemostasia, sutura a meninge, recoloca o osso e o couro cabeludo é fechado. Acho tudo isto surreal. O cérebro exposto por um buraco no crânio pulsa, e uma massa amorfa que parece ser encefálica é aspirada feito pudim. Será que não vai fazer falta? Só fará falta se sobreviver, penso. Neurocirurgia é fácil, assim me parece. Um cirurgião sozinho, tendo como auxiliar um interno de quinto ano, é suficiente para fazer uma trepanação. Quando conto o que tinha acontecido para outros residentes da cirurgia, logo identificam o neurocirurgião, chamavam-no de o Louco. Fim da cena.

Voltando para os atendentes, no pronto-socorro, dois deles se destacavam. Durante o dia um tiozinho baixo e forte, Nicanor, era escalado na porta para ajudar e autorizar os doentes que chegavam de carro ou a pé a entrarem. Ele fazia a primeira triagem, avaliando aqueles que não estavam em condições de esperar o “médico da porta” chegar. O médico da porta só aparecia de meia em meia hora, para a consulta de contato feita com o doente em pé. Primeiro sinal de que não padecia de um grave mal. Se precisava estar sentado é porque estava menos sadio. Ele se sentava numa banqueta alta com um balcão à frente, perguntava se doía e onde, se sangrava e de onde. Mesmo

sem respostas ele dava um papelzinho com três letras que indicava a sala que deveria procurar, ou lá mesmo dava uma receita de sintomáticos e dispensava o doente. Terminada a fila, sumia para dentro do Pronto-Socorro. Quando a aglomeração na porta atingia uns vinte ou trinta doentes, o tio Nicanor chamava algum médico para “limpar a porta”. Os que não conseguiam caminhar e tinham fâcies de dor eram colocados deitados em macas e ele saía apressado pelo corredor, levando o doente ou a doente e já ia gritando:

– Chegou a úlcera perfurada das cinco! – Ou: – Quem é o residente que quer operar essa apendicite?!

No caso de doentes do sexo feminino com lenço na cabeça e um pano manchado com sangue entre as pernas, ele levava direto para a sala de curetagem (procedimento para abortamento incompleto). Noventa por cento das vezes ele acertava o diagnóstico. Ele usava uma manobra propedêutica (meios para se chegar a um diagnóstico) peculiar. Na corrida pelo corredor, quando passava de um ambiente para outro, a soleira da porta criava um pequeno degrau. Com o solavanco o doente gemia de dor e pousava a mão no abdome. Estava feito o diagnóstico de abdome agudo (dor de irritação inflamatória no interior do abdome). Se a mão era levada para a parte superior, era úlcera perfurada, e, se a mão era colocada no baixo ventre, então era apendicite.

Outro atendente muito atencioso dava plantão no noturno, o Pedrão. Alto, forte, vesgo. Depois do bife da meia-noite (o hospital servia um bife com arroz para quem estava de plantão), se o plantão estava sossegado, Pedrão preparava algumas macas para que os internos pudessem descansar no meio da sala de atendimento, em meio aos doentes que estavam sendo assistidos. Ausentar-se do plantão era proibido. Nem cadeiras para sentar existiam. As macas, quando sobravam, serviam para se sentar e, quando possível, para deitar. Fechar os olhos era relaxante. Algumas vezes pegavam no sono, mas sempre muito leve. Uma noite o cansaço era tanto e o sono se aprofundou de tal forma, ainda que houvesse muito barulho na sala, que um interno continuou dormindo profundamente. Cochicho daqui e dali, Pedrão então pega um lençol branco e cobre o dorminhoco, como se fazia com os doentes que morriam. Era comum ter um ou dois óbitos por

noite. Como o Serviço de Verificação de Óbitos só recebia cadáveres durante o dia, os mortos eram colocados num corredor da enfermaria, que se abria lateralmente à sala de atendimento. Com muito cuidado, o interno que dormia foi colocado ao lado dos mortos, como se fosse um deles, coberto por um lençol branco, bem em frente da sala do diretor. O dia estava raiando quando o interno dorminhoco chega à sala de atendimento.

– Que sacanagem! De morto eu não tenho medo, mas se o diretor do pronto-socorro me pega de manhã dormindo na frente da sua porta ia dar suspensão na certa.

O diretor costumava chegar para trabalhar às 6h30 da manhã.

A vida do interno nos primeiros meses não era nada fácil. Chegando para o internato, havia dificuldade em reconhecer quem era enfermeira e quem era auxiliar de enfermagem. Identificar o atendente era mais fácil, até pela postura e pelo uniforme azul. Já enfermeiras e auxiliares de enfermagem do sexo feminino vestiam uniformes brancos, um conjunto de saia e blusa. Tratar enfermeiro como se fosse auxiliar era pecado mortal. No inverno as enfermeiras vestiam um casaco azul-marinho, o que facilitava a identificação. Enfermeiros homens eram poucos, mas vestidos de calça e camisa branca se confundiam com médicos. A diferença entre as moças estava num adereço que as auxiliares utilizavam na cabeça. Uma espécie de meia touca em tecido engomado, com a parte frontal mais elevada que era presa com um grampo no cabelo. Devia ter um nome bonito para tal enfeite, mas para os internos era aviãozinho. Esse adereço estava começando a cair em desuso, e nem todas usavam, mas em algumas unidades a enfermeira-chefe fazia questão de obrigar seu uso. Um novo uniforme estava para ser adotado. A enfermeira continuaria com a blusa e saia branca, permitindo-se substituição por calça. Sim, a enfermeira, até aquele momento, só podia usar saia. Por sobre a blusa um blazer azul-marinho de mangas compridas. O auxiliar de enfermagem ia ganhar um uniforme formado por calça e jaleco de cor azul-turquesa claro, e os atendentes, calça e jaleco na cor azul-claro. Pela cor do uniforme ficaria mais fácil identificar a categoria do profissional de enfermagem. Os uniformes teriam sido desenhados por um costureiro famoso que

estava internado na dermatologia, diziam. E o uniforme do enfermeiro do sexo masculino? Era todo branco, igualzinho ao uniforme que os médicos e internos vestiam.

Vivam a cena.

Estou de plantão no pronto-socorro. Um residente examina um doente, e, curioso, pergunto o que é. O residente apresenta-me o caso e diz que estava na dúvida, quando então me pede para ir até a enfermaria de urologia e chamar o Chico, seu colega de turma. O residente Gilberto, que fazia gastroenterologia, queria a opinião de um especialista. Eu, recém-chegado, não sabia nem onde ficava a enfermaria de urologia nem quem era o tal Chico. Subo ao sétimo andar e pergunto pelo Dr. Francisco.

– Está na enfermaria ao lado – me indicam.

Entro na enfermaria, onde encontro apenas uma pessoa. Veste um uniforme branco. Penso ser o tal Chico e me apresento. Conto sobre o caso que me fora apresentado, capricho nas palavras que acabara de aprender sobre a síndrome, os sinais e sintomas encontrados do jargão médico e digo que seu colega Gilberto o quer lá no pronto-socorro. O sujeito de branco ouviu o caso, disse-me que discordava do diagnóstico e me disse que não ia descer ao pronto-socorro porra nenhuma, porque não podia deixar a enfermaria e que Gilberto fosse lambar sabão. Desconcertado, dou as costas quando, em gargalhada, me chama de volta. Diz-me que estava brincando, que não é o Dr. Francisco.

– Sou o enfermeiro Manoel, se precisar alguma coisa da enfermagem estou à disposição, quanto ao Dr. Francisco ele não deve mais voltar hoje. Fim da cena.

Embora maltratado, é durante o internato que se aprende que estar de bem com a enfermagem é importante. As enfermeiras-chefes também gostavam de atazanar. Dona Carmen nos chamava a atenção quando a camisa estava amarrotada ou quando sentávamos na cama do doente. É também durante este período que se molda a personalidade médica. Pode-se ser um médico bom ou mau, médico grosseiro ou médico gentil. Não falo da qualidade técnica e das habilidades que se deve adquirir, mas da forma de lidar com o outro que está fragilizado pela doença, do caráter. Essas qualificações se dão pela capacidade de

transportar para a prática o que se aprendeu nos livros, capacidade de observação, de tirar conclusões lógicas e desenvolver a intuição, para descobrir a forma mais adequada de abordar cada doente. Seguindo preceitos da medicina francesa da transição revolucionária, fugindo das teorias da velha escola, o importante agora era a prática: “Ler pouco, ver muito e fazer muito”, decretou Fourcroy em 1794. O internato feito num grande hospital com uma enorme demanda é de grande valia para a formação, porque é possível vivenciar muitas situações diferentes e repetição de casos importantes para fixar o tirocínio. O contato com uma infinidade de médicos experientes também conta. E a opinião do professor, nos casos mais difíceis, soava como arauto da sabedoria médica. Até bobagens que diziam serviam para moldar o comportamento do futuro médico. Um professor citava em francês: “*en médecine, comme en l’amour, ni jamais ni toujours*” (na medicina, como no amor, nem nunca nem sempre). É a pura verdade. Quando pensamos que nunca vai acontecer um fato, no momento seguinte acontece. Quando estamos seguros de que sempre ocorre da mesma forma, não é o que acontece. Outro professor dizia que, com médico, sem médico ou apesar do médico, oitenta por cento das vezes a doença se cura por si. Em dermatologia, quando antifúngico, antibiótico ou corticoide não funcionam, chame a benzedeira. Para quem faz cirurgia a máxima era: na dúvida abra.

4. Mecanicismo

Ensinavam na faculdade que operações cirúrgicas tinham sido descritas em achados arqueológicos da pré-história e que a cesariana teria sido feita na Roma Antiga. Entretanto, a cirurgia moderna e cientificamente padronizada é praticada há pouco mais de 150 anos. A antisepsia foi utilizada pela primeira vez por Joseph Lister em 1865 e a anestesia aplicada pela primeira vez em uma cirurgia em 1842 por Crawford Long. Nos anos 1970 o paradigma mecanicista da medicina era evidente. A primeira história contada no início deste livro ilustra bem este aspecto da medicina. A solução das doenças estava na mecânica. Um osso longo quebrado era consertado com uma haste metálica, passada por dentro do osso ou fixada com fios e parafusos.

Vivam a cena.

Agora estamos na sala de admissão da ortopedia. Havia um barulho ensurdecedor na sala ao lado. Pergunto o que era. O atendente responde que era o cortador de gesso: estavam cortando o gesso de uma perna. Curioso, fui ver como se fazia. Um atendente segurava com as duas mãos um equipamento cilíndrico de mais ou menos sete centímetros de diâmetro por trinta centímetros de comprimento. Tinha um motor com um fio ligado na rede elétrica e na ponta oposta uma lâmina circular brilhante, de cinco centímetros de diâmetro com borda serrilhada. Parecia girar em alta velocidade sobre o gesso branco. Tive arrepios quando vi a lâmina penetrando o gesso. E se a lâmina atingir a perna? Será que o atendente tem habilidade para parar a tempo? Será que a serra tem um mecanismo de breca automaticamente? E o atendente continuou a cortar o gesso da coxa em direção ao pé com uma tranquilidade surpreendente. Mais surpreendente era ver a doente tranquila. Cheguei mais perto e não me contive.

– Esse negócio não pode atingir a perna e cortá-la?

O atendente retirou a serra e desligou o motor. Como se quisesse me mostrar como funcionava, encostou a lâmina no meu braço e ligou o motor. Senti o braço todo tremer e instintivamente retirei o braço e o motor foi desligado. Que susto! Meu braço estava intacto. O atendente me explicou que a lâmina não girava, apenas vibrava. Como o gesso é duro e quebradiço a vibração quebra o gesso. Quando a lâmina atinge a pele, como esta não oferece resistência à vibração, acompanhando o movimento vibratório e não resistindo ao contato da lâmina, não quebra nem corta. Fiquei encantado com o processo. Princípios da pura física sendo aplicados em prol da medicina, como fez o mecânico para livrar o rolimã daquele infeliz da história contada no início. Daquele momento em diante a minha percepção do corpo humano, enquanto sistema organizado segundo leis da física e da química, se ampliaram. Toda a lógica propedêutica e terapêutica passava por aí. Como o percutir do tórax ou do abdome e a forma como, ouvindo o som, somos capazes de saber se é oco ou sólido. Se uma faca penetrou o tórax e atingiu o coração, desde que a intervenção aconteça a tempo de o sangue não se esvaír, se eu costurar o ferimento do coração, que é um músculo, e fechar o tórax também com uma costura, a vida pode ser salva. Para corrigir um olho torto (estrabismo), se corta e enfraquece o músculo que está tracionando o globo mais do que devia para aquele lado. Pronto, e o olho se reposiciona. Quando a tireoide produz hormônio em excesso, retira-se a glândula. Se uma hemorragia está comprimindo o cérebro, faz-se um buraco (trepanação) e retira-se o coágulo de sangue e a compressão cessa. A cirurgia me pareceu ser a medicina que eu queria seguir. Era prática e objetiva. Abrir, remendar, consertar e fechar. Fim da cena.

5. Professor de cirurgia

Professores para o interno são todos os que dentro do hospital contribuem para sua formação. Durante a graduação, professores são todos aqueles que nos dão aulas e aplicam provas, independentemente se são titulados ou não. No internato são raras as oportunidades de termos aulas com professores titulares (o mais alto grau da hierarquia docente), mas é quando acontecem os contatos com todos eles, que respondem pelas disciplinas clínicas e cirúrgicas. O professor é o chefe de clínica, que semanalmente passava em visita os leitos, quando todos os médicos e internos podiam discutir os casos e ouvir as orientações. Essa era a hora muito proveitosa do aprendizado na beira do leito, quando o conhecimento daquele mais graduado era compartilhado. Alguns gostavam ainda de serem nomeados professores catedráticos. Esta era a denominação do lente, uma instituição medieval, em que os “donos do saber” ministravam suas aulas magistrais, sentados em uma cadeira de espaldar elevado, a cátedra, tradição trazida ao Brasil por Dom João VI, em 1808, quando da fundação da Faculdade de Medicina da Bahia. Apesar da reforma universitária em curso desde 1969, que extinguiu a cátedra, alguns dos professores insistiam na nomenclatura cátedra, que passara a se chamar disciplina. Um desses professores, muito empertigado, chegava ao hospital sempre muito alinhado em sua roupa branca com um blazer azul-marinho. Esse episódio, dizem, teria acontecido alguns anos antes de Alberto fazer sua iniciação hospitalar. Pode ser apenas folclore. A entrada do HC ficava no quinto andar e sua cátedra no penúltimo andar.

Vivam a cena.

Hoje é um dia especial, início de um novo ciclo de internato, o saguão está repleto de alunos em festa, esperando o elevador. O elevador chega, o ascensorista abre a porta e cerca de dez alunos já tinham entrado. Um senhor chega um passo atrás na porta do elevador e encara

o ascensorista. Ele olha para os alunos, como esperando que alguém se manifestasse, mantendo a porta aberta. Nada acontece. Mais alguns segundos e o senhor que esperava ordena:

– Você, apontando para o aluno mais franzino, saia para que eu possa entrar.

Ninguém se mexe, todos os alunos encaram aquele ser autoritário, com a expressão indisfarçável de “quem esse cara pensa que é?” O senhor, então, com o cabo do guarda-chuva, que portava de hábito, engancha-o no braço esquerdo do escolhido e puxa-o para fora do elevador. Agradece a gentileza e entra no seu lugar e ordena ao ascensorista.

– Vá direto para o meu andar.

O ascensorista fecha a porta pantográfica e move a alavanca para subir. O silêncio é quebrado por uma pergunta do ilustre senhor que acabara de entrar.

– Vocês sabem quem eu sou?

Nenhuma resposta.

– Sou o seu professor catedrático de cirurgia.

Alguns alunos respondem em uníssono:

– Muito prazer, professor Zerbini!

A resposta não o agrada, com certeza. O ascensorista abre a porta mais rápido que o habitual e anuncia que chegara ao andar solicitado. O professor sai chutando o balde. O ascensorista começa a rir, perguntando aos alunos onde eles iam descer.

– No oitavo – responderam.

Um aluno, que percebera a ira daquele que acabara de descer, pergunta:

– Quem é esse cara?

– É professor de cirurgia, mas não se chama Zerbini, responde o ascensorista.

Os alunos ficaram na mesma. Professor Zerbini ficara famoso porque em 1968 tinha feito o primeiro transplante de coração no Brasil. Para os alunos ele era o único professor de cirurgia de que já tinham ouvido falar. Fim da cena.

Esse professor de cirurgia não era uma figura desconhecida, mas não tinha contato com alunos do primeiro ao quarto ano, só no internato

ele se apresentava. Professor importante que fazia parte dos quadros da Casa de Arnaldo, apelido da Faculdade de Medicina, que foi fundada por Arnaldo Vieira de Carvalho, hoje nome da avenida que tem a faculdade como a mais bela arquitetura do início do século passado. Tinha um busto dele próprio na sala de aula e que ostentava uma placa sobre a porta, que denominava com seu próprio nome o anfiteatro onde exercia a cátedra, como gostava de nominar. Contam também que teria criado um prêmio que denominara “Bisturi de Ouro” e que deveria laurear o melhor cirurgião do mundo. Procurou nos quatro cantos do planeta em muitas viagens quem o merecesse. Não encontrando, outorgou a si o prêmio. Ele, é verdade, operava muito bem. Um grande cirurgião. Alberto teve oportunidade de vê-lo operando umas duas vezes. Havia uma sala de cirurgia que tinha um visor de vidro por cima da mesa cirúrgica, e do mezanino era possível observar o professor operando. As manobras que fazia deixavam a cirurgia bonita, como a de transpassar o epíplon (fina membrana que recobre órgãos abdominais) da grande curvatura do estômago com a tesoura, pescar dois fios com a ponta da tesoura, apresentados pelo auxiliar. Posicionar os fios um de cada lado com a tesoura pelo meio, laçar o vaso e tracioná-lo, para o assistente dar o nó da ligadura e seccionar o vaso sem tirar a tesoura da posição, e em seguida cortar os fios, rente aos nós. Tudo isso feito rapidamente para depois seccionar o estômago. Quando o órgão era retirado, ele olhava para o alto, como quem estava concluindo uma obra de arte, e tinha sempre um puxa-saco que puxava uma salva de palmas, e o professor sorria e parecia muito satisfeito. Se os professores, pela importância e pelo prestígio merecido, eram orgulhosos e cheios de si, os alunos não deixavam por menos. Quando identificados como estudantes de medicina nas farras que faziam, à pergunta sobre onde estudavam, respondiam: na Faculdade, claro. Era porque os estudantes da concorrente eram alunos da Escolinha (Escola Paulista de Medicina). No torneio poliesportivo denominado Santa-Pauli-Med, que reunia anualmente em animado ou animalesco conagraçamento os alunos das três faculdades de medicina da capital, em torcida que se organizava para incentivar os times em campo, a primeira gritava “Santacasa! Santacasa!” A segunda gritava “Paulista! Paulista!” E a terceira entoava

“Medicina! Medicina!” Como se fosse a única. O professor em tela se aposentava naquele ano pela “expulsória” (ao completar setenta anos a aposentadoria era compulsória). Após muitos anos, Alberto teve a honra de ajudá-lo, em outro episódio.

Professor de medicina era tratado com toda a deferência, quase endeusado. A sala da congregação era o Olimpo. Contam que, durante uma reunião da congregação, quando discutiam um ponto importante e estava difícil chegar a uma decisão, um deles se levanta para anunciar a sua posição e que para chegar a ela tinha tido uma conversa no domingo com Deus e dele recebera a orientação que acabara de proferir. Todos os presentes em silêncio fazem uma reflexão. Um outro professor então pede a palavra e diz que achava estranho aquela colocação, até porque não se lembrava de ter dado qualquer audiência naquele fim de semana.

6. Plantão noturno

Dar plantões diurnos de doze horas durante trinta dias no pronto-socorro foi o primeiro estágio do nosso personagem. Nos estágios subsequentes, em outras clínicas cirúrgicas, tinha por obrigação cumprir um plantão noturno semanal no pronto-socorro. Trabalhar nesta unidade não era, portanto, uma novidade para ele, mas em abril ser escalado para um plantão noturno no pronto-socorro era algo excitante. Durante a noite, os casos que chegavam da rua, diziam, eram mais ricos e sempre mais graves. A equipe do noturno, escalada uma vez a cada oito dias, era a mesma durante o ano e a companhia dos residentes de segundo ano, primeiro ano e interno do sexto ano se tornava costumeira, num clima de camaradagem e cumplicidade. A chefia do plantão noturno ficava normalmente na mão dos residentes de segundo ano, “R dois”, que eram chamados “R deus”, porque a eles cabia determinar o destino dos doentes e a divisão de tarefas entre os residentes de primeiro ano e os internos. À noite o médico-assistente de plantão, o que efetivamente era responsável, desaparecia e o pronto-socorro se transformava na sucursal do Olimpo, onde os residentes eram protagonistas. Era o terceiro plantão daquele mês. O plantão transcorria sem grandes emoções naquela noite.

Vivam a cena.

Agora a equipe de limpeza da madrugada começa a faxina, quando o som de uma sirene começa a se aproximar. De repente uma correria se escuta do corredor. Aos berros policiais empurram três macas para dentro da sala de admissão. Parecem graves e as três macas são colocadas lado a lado. Um residente de segundo ano pede material de intubação e aos internos presentes ordena:

– Dissequem uma veia de cada doente!

O residente examina o primeiro, o segundo, o terceiro e grita uma contraordem.

– Podem parar tudo, estão mortos.

O policial parece contrariado e diz:

– Mas chegaram vivos! Todos bandidos!

Àquela altura cerca de dez policiais estão na sala. Todos vestidos com longos sobretudos de cor azul-marinho, alguns armados com metralhadoras. O residente diz para os policiais que levassem os mortos e os entregassem ao IML, no outro lado da rua. Os policiais nem parecem ouvir e dão as costas ao residente. O escrevente da recepção, com a prancheta na mão, pergunta ao residente se era para admiti-los. O residente diz que não porque eram cadáveres, não pacientes. Curioso, vou examinar os mortos. São três jovens que aparentam ter entre dezesseis e vinte anos. Bem vestidos, não aparentam ter o aspecto habitual dos bandidos que são trazidos ao pronto-socorro de madrugada. Todos crivados de balas, em um deles contamos mais de vinte furos. Os tiros pareciam ser todos transfixantes, alguns deles com manchas que pareciam queimaduras, e uma bala penetrava pela axila. Não havia dúvidas, eles tinham sido metralhados a curta distância. O residente continua resistindo em admiti-los como doentes. A ordem do diretor do pronto-socorro era que mortos não deveriam ser admitidos. O normal era que a constatação da morte fosse feita ainda na porta. Os casos foram levados para a sala pelos policiais à revelia dos atendentes que ficavam na porta. Não foi possível impedir que os cadáveres fossem levados até a sala de admissão. Os policiais vão embora e os cadáveres ficam sem serem admitidos ou identificados. Entre nós começa uma discussão sobre o que teria acontecido aos três. Bandidos? Serão? Foram metralhados porque resistiram? Quando o dia começou a raiar, informações desencontradas começam a chegar. Um policial graduado, acho que um coronel, chega junto com o diretor do pronto-socorro. Examinam os cadáveres. Meu plantão já tinha terminado, mas com o desfile de tantas personalidades fico um pouco mais para entender o que tinha acontecido.

– Podem admitir como doentes – autoriza o diretor ao residente de segundo ano que está entrando de plantão.

O confronto tinha acontecido no Jardim América, a notícia mais fresca era que eram filhos de gente importante. Acabaram por ser

admitidos como tendo chegado com vida. O diretor do pronto-socorro tinha se curvado aos argumentos do comandante da Rota. Ao longo do dia as rádios noticiaram que três jovens tinham sido metralhados pela polícia porque resistiram com balas à abordagem policial. Esse episódio ficou conhecido como o caso da Rota 66. Um triste desfecho da polícia de então, comandada pelo coronel Erasmo. Vivíamos ainda os anos de chumbo. O clima de guerra contra a esquerda armada era ainda intenso. A chocante imagem de três jovens mortos pela polícia ficou gravada por muito tempo na minha mente. Fim da cena.

Mas não era só desgraça que se via nos plantões. Havia também situações divertidas. Era um plantão noturno de sexta-feira na Segunda Clínica Cirúrgica e no plantão ficava um interno do quinto ano e outro do sexto ano. Antônio era o nome do sextanista. Era nervosinho e tinha uma voz rouca indisfarçável; quem o conhecia não tinha como não o identificar pela voz.

Vivam a cena.

Agora é noite e o relógio na parede indica 1h24, quando o telefone toca no posto do plantão. Antônio atende, do outro lado uma voz anasalada conhecida de um professor que quer saber como está uma doente que operara aquela manhã.

– Deve estar bem, porque a enfermagem não me disse nada – responde.

O professor lhe diz então para ir ver a doente, examinar o curativo, verificar a curva de temperatura, o volume na bolsa de drenagem da sonda nasogástrica etc. etc. etc.

– A essa hora, professor? O senhor não acha que está pedindo demais?

Bravo, o professor lhe diz:

– O senhor sabe com quem está falando?

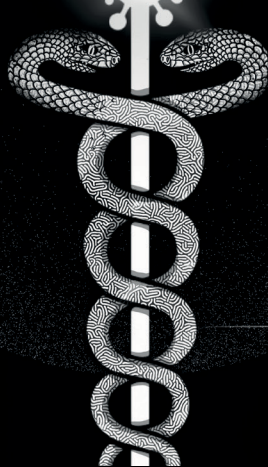
– Sei – responde, e em seguida retruca:

– E o senhor sabe com quem está falando?

A resposta é negativa, e Antônio então diz:

– Ainda bem – e desliga o telefone.

Naquela noite pegar no sono é difícil, o telefone fica tocando muitas vezes e ninguém atende. Fim da cena.



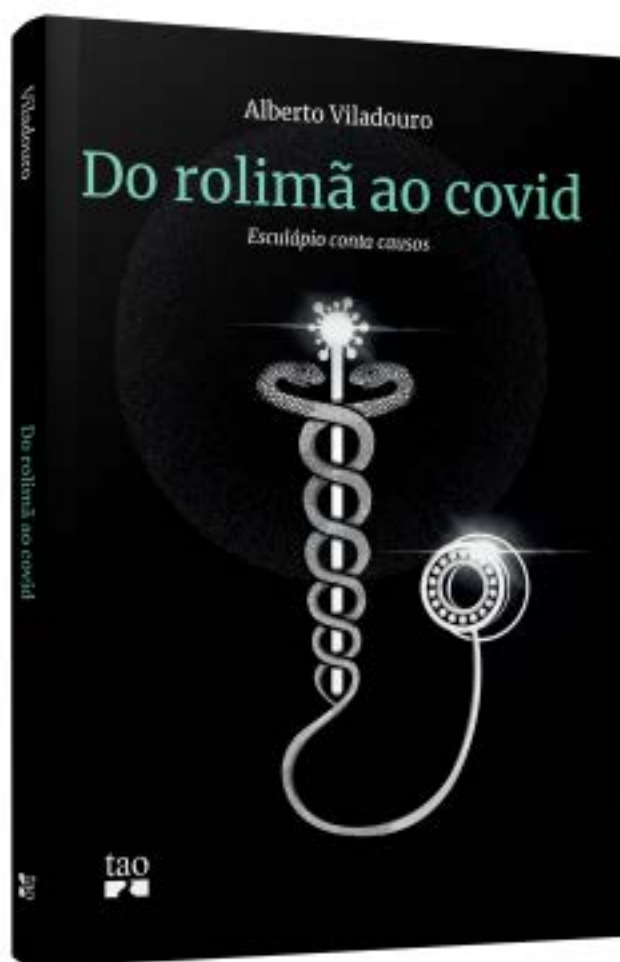
O médico desde a antiguidade desfruta de grande prestígio na sociedade e sempre se constituiu em corporação fechada, com regras para nela ingressar. Modernamente, o vestibular concorrido é a primeira regra para alguém se incorporar na carreira de médico. Depois um treinamento da prática por muitos anos, quase sem fim.

Contando casos o autor mostra a trajetória profissional desde o primeiro dia do internato, relatando os desafios, os dilemas e as transformações da medicina que ocorreram nos últimos quarenta anos, até a sofrida experiência de enfrentar, no papel de doente, um câncer simultaneamente com a covid.



www.taeditora.com.br

tao



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

Do Rolimã ao Covid

Esculápio conta causas

Alberto Viladouro

ISBN: 9786589913047

Páginas: 368

Formato: 21 x 14 cm

Ano de Publicação: 2022
