A VIDA DE UM MÉDICO DE UTI

Memórias e Inovações

Afonso José Celente Soares

ATHENEU EDITORA CULTURAL

A Vida de um Médico de UTI

Memórias e Inovações



www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

A Vida de um Médico de UTI

Memórias e Inovações

Afonso José Celente Soares

ATHENEU EDITORA CULTURAL

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	*Rua Maria Paula, 123 – 18° andar* *Tel.: (11) 2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro	—	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21) 3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: MWS Design

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S652v

Soares, Afonso José Celente
A vida de um médico de UTI : memórias e inovações / Afonso José Celente Soares. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2023.
: il. ; 21 cm.

ISBN 978-65-5586-680-3

1. Unidade de tratamento intensivo. 2. Tratamento intensivo. I. Título.

23-83234

CDD: 616.028
CDU: 616-083.98

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

29/03/2023 03/04/2023

Soares AJC
A Vida de um Médico de UTI – Memórias e Inovações

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — Rio de Janeiro, São Paulo, 2023

CAPÍTULO 1

A MINHA VIDA COMO INTENSIVISTA

A partir daqui vou relatar fatos da minha vida e contar algumas “histórias”. Todas, absolutamente verdadeiras. Vamos lá então.

Como fui estudar medicina? Preciso voltar ao ensino médio. Primeiro aprendizado e o mais importante: dentro de casa com os exemplos dos meus pais, Fortunato e Mercedes. Final da década de 1960, início da década de 1970. Sempre estudei em escolas públicas. Fiz o colégio normal, orientação da minha mãe, que me falou o seguinte: você vai estudar alguma coisa em que você possa trabalhar. O curso normal forma os professores primários. Morávamos em Jacarepaguá, subúrbio do Rio de Janeiro, rua sem calçamento. Lembro disso para testemunhar o esforço hercúleo que os meus pais fizeram para poder proporcionar uma vida digna para os seus filhos, investindo em educação. Na

escola normal foi onde aprendi a dar aulas, minha atividade principal hoje.

A minha entrada na faculdade foi no segundo vestibular e eu sei o quanto foi difícil para o meu pai, meu exemplo de vida, o Sr. Fortunato, pagar, com muito esforço, cursinho pré-vestibular pela segunda vez. Somos três irmãos, eu o mais velho, o neto mais velho, e a fila ia andar.

Entendam que no curso normal, nunca tivemos aulas de química, de física, biologia fraquíssima e matemática então, no máximo as quatro operações. Como iria passar para medicina? A famosa frase: "explica, mas não justifica" foi colocada claramente para meu entendimento. Se vira nos 30, amigo. Ou vai ou vaza, como se diz hoje.

Na segunda tentativa, a ficha havia caído e aprendi a estudar com afinco. Pensei e agi. Consegui ter acesso às provas de vestibulares anteriores. Havia um livro com as provas antigas, de vários vestibulares. Fazia todas as questões, quando não entendia a resposta ia procurar o motivo. Autodidata e tinha boa memória. Cheguei ao ponto de que quando, no cursinho faziam os testes, pelo enunciado da questão já sabia a resposta. Consegui ser aprovado em 17º lugar na UFRJ. A minha primeira grande vergonha foi transformada em mudança de comportamento, determinação e consegui o objetivo.

Como havia me formado em professor primário, quando passei para a faculdade de medicina, a UFRJ, durante todo

o curso de medicina, dava aula à noite no supletivo do Estado. Portanto, trabalho desde os 18 anos.

Graduação de 1972 a 1977. Como é bom ser universitário. O mundo pela frente. Início do curso, eu e dois colegas, e, já adianto, a ideia não foi minha, mas concordei, fomos a um cemitério atrás de ossos. Havíamos tido aula de anatomia. O professor cobrava detalhes. Precisávamos aprender. Entramos em Inhaúma. Fomos lá atrás, onde, segundo o colega, tinha um "depósito de ossos". E tinha mesmo. Uma caçamba com ossos. Para serem incinerados. Olhamos e pegamos alguns poucos, com muito medo. Não deu outra. Apareceu um funcionário que desconfiou e passou a nos seguir. Deve ter pensado: o que estes três malucos estão fazendo aqui? Virei para um dos colegas e falei: "Vamos nos dividir, nós dois vamos entrar nessa viela e parar junto a uma sepultura e 'fingir' que estamos rezando". O funcionário veio para perto, olhou e foi embora. Nessa hora, olhei para baixo onde tinha o nome do falecido na lápide. Chamava-se Afonso. Mostrei ao colega que estava ao meu lado. Ele riu. Fomos embora. Nunca me esqueci. Os poucos ossos foram dados para a faculdade e sendo úteis para o aprendizado. Depois da grande besteira, pelo menos isso.

Fiz, como todo estudante de medicina, plantões em PS. Um colega de faculdade tinha conhecimento em um determinado hospital e me convidou para dar "plantão". Não sabia nada. Tudo era novidade. Os estudantes que estavam mais à frente no curso, eram bolsistas, tinham uma remuneração pelo

plantão. Vi que poderia chegar lá também. Comecei a dar os plantões e presenciei algumas coisas que jamais esquecerei.

Uma paciente veio ao PS com um resultado de um exame que havia pego no laboratório e foi ao hospital perguntar sobre o resultado. Quem a atendeu? Eu. O resultado de um exame de urina mostrou positividade para a proteína de Bence-Jones. Eu não sabia o que significava. Perguntei a todos os médicos que estavam presentes no hospital, clínicos, cirurgiões e anestesistas. Aos "acadêmicos mais antigos", também. Ninguém sabia o que significava. Lembro a todos que naquela ocasião não havia internet com as facilidades de consulta que temos hoje. Recebi a seguinte orientação dos meus *staffs*: oriente a paciente a voltar ao laboratório e pedir para corrigir o resultado de um exame que "estava errado", "que não existia". Fiz isso. No dia subsequente, a consulta a um livro texto, mieloma múltiplo. Meu Deus, quanta ignorância, quanta arrogância da minha parte.

Em outra ocasião, nesse hospital, atendi uma mãe que entrou no PS com seu bebê no colo gritando. Quem a atendeu? Eu. A criança completamente "roxa", já inconsciente e com respiração "tipo peixe fora d'água". Haviam outros acadêmicos e um *staff* perto que não se aproximou. Falei alto com a enfermeira para ir correndo chamar o médico anestesista e

> *"Comecei a dar os plantões e presenciei algumas coisas que jamais esquecerei."*

fiquei ali ao lado. Hoje, vejo com clareza que foi instintivamente, coloquei meus dedos na cavidade oral do bebê e percebi algo "duro", coloquei os dedos por baixo e consegui deslocar e retirar uma tampa de refrigerante. O bebê voltou a respirar imediatamente. Jamais esquecerei disso.

Em outra ocasião, durante a madrugada, eu sozinho no PS. Que perigo. Entra uma mãe com seu filho no colo dizendo que o mesmo havia tido uma convulsão. Olhei para a criança e não estava fazendo convulsão. A mãe então me disse que a criança começava a ter movimentos com a sua mão e logo a seguir ficava "todo se batendo". Olhei para a mãe com "ar de desconfiança". Como assim, está inventando, isso não existe. Logo a seguir, a mãe observou o movimento na mão do seu filho e disse: "Está começando novamente doutor, não falei?". Olhei e a criança passou a ter crises tônico-clônicas generalizadas. Saí correndo para chamar o *staff*, que estava dormindo, o Dr. Mauro, que disse, ao ver a criança: "Meu filho, isto é crise convulsiva, diazepam imediatamente na veia". No dia seguinte, fui ler no livro. Convulsão do tipo Bravais-Jacksoniana. Meu Deus. Quanta imbecilidade da minha parte.

Ainda nesse hospital, atendi uma paciente com cólica biliar e o meu *staff* mandou que eu escrevesse uma receita de antiespasmódicos para "vesiculite", ou seja, pura zoação com alguém, eu, que deveria estar aprendendo. Tais fatos me fizeram chegar à conclusão que ali não aprenderia nada ou melhor, aprenderia tudo errado e saí do hospital, desistindo

> *“Tempos difíceis, mas foi a melhor decisão. Sair dali.”*

da possível remuneração como bolsista mais adiante. Tempos difíceis, mas foi a melhor decisão. Sair dali.

No quinto ano da faculdade, me inscrevi para ir para o projeto Rondon. Fui para o interior do Ceará, Quixadá. Ficamos em um distrito, São Luís de Ibaretama. Mais de mês. Quanta coisa aprendi no convívio com aquelas pessoas. Humildes, carentes, mas fortes. O interior do Brasil, árido, pobre. Quem vive só no Rio de Janeiro, não conhece o Brasil. Vivenciar isso me influenciou para o resto da vida. Como ajudá-los? Um exemplo: quase todas as pessoas da vila tinham escabiose. Usavam a água de um açude próximo a vila e os animais também ficavam dentro da água do açude. Conseguimos orientar e melhorar. Agradeciam o tempo todo pelo que fazíamos. Na despedida de São Luís, a comunidade, com todas as crianças, fez uma homenagem para a nossa equipe, dentro da igreja. Cantaram músicas. Meu Deus. Não merecíamos aquilo.

Também ocorriam festas com o pessoal de Quixadá, o povo da cidade e das outras equipes. Confraternização. O povo da terra bebe muito, e nós, eu, íamos atrás. Volto para o RJ, e, um dia normal da semana, na hora do almoço, entro em um botequim para comer um sanduíche e peço ao funcionário. Coloca uma cerveja para mim. Ele colocou. Ao lado, outra

pessoa bebendo, me olhou e já começamos a conversar. Todo pinguço tem bom papo. Conversa com todo mundo. Eu já era um deles. No momento exato que peguei a garrafa de cerveja para colocar no meu copo, parei e disse para o funcionário: "Quero uma garrafa de água mineral. Não quero a cerveja". Ele me olhou. Já havia aberto a garrafa. Olhei para o meu amigo desconhecido ao lado e disse: "Dá para ele, apontando". Agradeceu. Tomei minha água mineral e fui embora. Como havia bebido muitos e muitos dias em Quixadá, a possibilidade de dependência existia. Nunca mais entrei em um bar e pedi cerveja.

Ainda como estudante constatei que havia concursos para estagiário em UTI para os acadêmicos do 9º e 10º período. HCE, Andaraí, por exemplo. Mas, só sabia do concurso depois da sua realização. "Concorrência estúpido", como diria o economista americano.

Próximo do último ano, fiz o famoso concurso da Suseme e pude dar plantão como acadêmico bolsista em hospital do município, o antigo Lourenço Jorge, na praia, junto ao "postinho da Barra". Pelo PS passavam pacientes graves que logo após eram removidos e depois encaminhados para o CC ou para a UTI do HMMC. Antes de eu chegar a uma UTI, ali, no antigo HMLJ, também "fiz das minhas como acadêmico".

> *"Vivenciar isso me influenciou para o resto da vida."*

Naquela época, o atendimento externo era feito pelo bolsista que saia de ambulância com enfermeiro e motorista. Um desafio. Saí para atender um chamado de "mal súbito" em um motel da região. Antes de sair, fui recomendado pelos *staffs* a dar "toda a atenção necessária" ao caso. Não entendi bem o porquê, mas, vamos lá. Ao chegar ao motel, encontro um homem morto dentro do quarto e uma mulher sentada na cadeira. Olhei para o meu enfermeiro e disse: "Vamos voltar, já está morto, caso para o IML, polícia, sei lá o que". Comecei a preencher a ficha de atendimento com os dados do paciente que estava morto. Acabei de preencher com seus dados. Olhei para a mulher e pedi seus documentos. Ela me ignorou. Insisti. Ignorou-me novamente. Voltei a olhar para o meu enfermeiro que, neste momento, já estava com o gerente do hotel, que havia ligado para o hospital e o enfermeiro cochichou no meu ouvido: "Temos que levar o corpo para o hospital". Bem, como bom acadêmico, cumpri a ordem. Na hora da saída do motel, com o corpo na ambulância, caixas de bombom para toda a equipe e funcionários que estavam no hospital. No hospital, um dos meus *staffs* falou que tinha um "passe livre" de todos os motéis da Barra e não era eu que iria atrapalhar isso. Todos os *staffs* tinham também. Entendi. Vida que segue.

Em outra ocasião, atendimento de mulher em trabalho de parto. Nunca gostei de obstetrícia. Fui atender e decidimos, eu e o enfermeiro, pelo transporte da grávida para o Miguel Couto. Não deu outra. Em São Conrado, a dor piora, a

ambulância para e a criança acaba nascendo ali mesmo. Corto o cordão umbilical e "chispa" para o HMMC. Entro no Miguel Couto com a criança no colo, todos olhando e falo alto: "Vamos imediatamente para a obstetrícia". Só faltou o aplauso do público. Como sempre, quando chegamos nesses hospitais, nos setores, o que demoramos a ver são os médicos, que estão sempre ocupados em outro lugar. Cantina por exemplo. Chego à obstetrícia, viro para a enfermeira que nos recebeu, entrego a criança para levar ao berçário, olho para a mãe, e, visto que ainda não havia médico no local, dou, eu mesmo, a seguinte ordem para a enfermeira, ainda cheio de autoconfiança. Afinal, havia feito o parto e cheguei com a criança no colo. Faça agora uma ampola de Methergin® na paciente. A enfermeira, do alto dos seus duzentos anos de experiência, virou para mim e disse com toda a educação: "Doutor, primeiro a placenta deve sair, depois Methergin®". Pano preto. Fui embora calado e prometi a mim mesmo nunca mais dar opinião em assuntos que não conheço.

Demorei anos para entrar em uma UTI. A primeira foi lá no HMMC, 1976/1977. Ainda como bolsista da Suseme, em outra ocasião de remoção ao HMMC, entrei na UTI e fui apresentado ao médico plantonista. Na verdade, me apresentei. Cara de pau. Depois em outro dia, com seu prévio consentimento, voltei lá no seu plantão e fiquei por algumas horas. Deu para conversar com o médico com mais calma, vi pacientes em VM, cânula de traqueostomia, veia dissecada. O plantonista falou que ele fazia a traqueostomia e dissecava veia.

Fiquei "maravilhado" com a quantidade de equipamentos que existiam naquele setor. Não sabia absolutamente nada. Para que serviam, como aprender a utilizá-los, os procedimentos feitos pelos médicos do setor, para mim, verdadeiros "monstros, no bom sentido, em medicina". Pedi a este médico se poderia frequentar seus plantões. Expliquei que era bolsista no PS do Lourenço Jorge e iria continuar lá também. Permitiu. Dei vários plantões com a sua permissão, gostei e continuava a não saber nada.

O estudante de medicina é um curioso, na medida em que a graduação avança com as disciplinas e o paciente se apresenta na sua frente, o entendimento do que se trata e do que fazer com aquele determinado caso é difícil. Uso a palavra curioso porque naquele momento do não entendimento, as perguntas naturalmente surgem e um bom preceptor faz toda a diferença.

Então, quando vi pacientes graves, ainda como acadêmico, não tinha e não poderia ter a mínima noção do que aquela área de atuação iria representar na minha vida. Na verdade, o deslumbramento, para quem gosta de UTI, fica durante a vida toda. Isto continuou ocorrendo quando tive acesso, mais adiante, aos ventiladores microprocessados, ao Swan, ao BIA, e, recentemente, quando tive contato com o HemoSphere. São incontáveis as vezes que fiquei deslumbrado com os equipamentos na UTI. Só que, como especialista, o deslumbramento toma outra forma. Você procura, você conhece, você usa.

Durante a graduação, curso longo, 12 períodos, fazemos inúmeras disciplinas. Vamos tendo as aulas e fazendo as provas. Vencendo etapas. Durante um bom período não damos conta da importância daquelas matérias que ficaram para trás. Só mais adiante é que vemos o quão importante é ter a integração das informações quando estamos diante dos pacientes. É o que diferencia um bom médico. Passei claramente por isso. Hoje, o ensino médico coloca o aluno desde cedo em contato com os pacientes e as disciplinas são dadas colocando questões de anatomia, fisiologia, patologia, bioquímica..., tudo junto. Ficou melhor.

Agora, tenho que descrever um fato o qual considero um dos mais importantes na minha vida. Estava eu já no internato, em 1976, na 22 enfermaria da Santa Casa. Uns 30 leitos. Tínhamos que ver os pacientes todos os dias e depois discutir com o preceptor, que, para o meu grupo, era o Dr. Nelson, um clínico muito experiente. Como ele, havia outros preceptores na enfermaria. A Dra. Maria era a chefe da enfermaria. O "titular" era o Dr. Juarez Gomes, uma verdadeira sumidade de conhecimento. E, tinha o Dr. Otávio, o preceptor que sabia absolutamente tudo de clínica médica. Este último, andava sempre com algumas revistas na mão, que eu não sabia quais eram. Víamos os casos todos os dias e discutíamos com o nosso preceptor, o Nelson. Semanalmente, tínhamos, na enfermaria, um "*round* geral", onde todos os casos eram apresentados pelos internos a todos os preceptores e ao chefe da enfermaria. Neste dia ficávamos nervosos quanto

> *...a pressão vai fazer parte da sua vida."*

ao que iríamos falar, e o Nelson nos deixava tranquilos. Tipo assim, a pressão vai fazer parte da sua vida. E, em um destes *rounds*, em que eu ouvia com atenção o que o Juarez Gomes e o Otávio falavam dos casos, havia um paciente que fora internado com dor torácica e alterações no ECG e o Otávio opinou que talvez se tratasse de um caso de angina de Prinzmetal. Eu nunca havia ouvido aquele nome. Terminou o *round*, eu fui atrás do Otávio e perguntei: professor, o que é angina de Prinzmetal? Ele me olhou com "aquele ar de professor" e falou: "Você quer estudar o que é angina de Prinzmetal?". Respondi que sim. Então o Otávio me deu um artigo sobre esta patologia. Em inglês. E eu não sabia ler inglês. Olhei para ele agradeci e "ficou combinado nas entrelinhas" que eu posteriormente voltaria a falar com ele sobre a tal patologia. Para isso, deveria ler o artigo. Comprei um dicionário inglês-português e fugi da vista do Otávio por pelo menos duas semanas. Quando acabei de traduzir todo o artigo, o encontrei e falei absolutamente tudo que o artigo continha, lembro de tudo até hoje. O Otávio, após me ouvir, teve a certeza que eu havia lido o artigo. Em outro momento semelhante, após o *round* semanal, fui perguntar sobre uma fala sua, do Otávio, sobre um caso que ele se referiu como "asma maligna". Mais uma vez ganhei um artigo para ler sobre a patologia. Desta vez li

em um tempo menor, e, mais uma vez, mostrei para ele que havia lido o artigo. Em um terceiro episódio, semelhante, o professor Otávio me falou a seguinte frase: "Menino, você quer estudar?". Respondi que sim. Então ele me deu um papel e disse: "Assina esta revista e vai ler". Naquele momento não entendi o que dizia. Mas, logo, no minuto seguinte, veio o entendimento. Era um *invoice* da revista *New England Journal of Medicine* (NEJM). Ele estava me orientando a assinar uma revista para estudar. Não tinha dinheiro e meu pai, com quem sempre contei, e, com certeza com muita dificuldade, fez a minha assinatura do NEJM, em agosto de 1976. Não havia cartão de crédito internacional e internet. Era a carta para a revista e os dólares comprados e enviados pelo Citibank. O primeiro *invoice* enviado diretamente para mim pelo NEJM guardo até hoje. Tinha a possibilidade de assinatura *lifetime* por 300 dólares. Imagina. Meu pai pagou para um ano. Logo que me formei passei a pagar a assinatura. Assino o NEJM até hoje. São 46 anos de assinatura.

Otávio e meu pai mudaram a minha vida para sempre. Uma revista com periodicidade semanal. O correio entregava toda semana. Passei a ter o hábito da leitura em medicina. Lia uma revista inteira em um plantão. Acho hoje, mais maduro, que a leitura regular de publicações científicas tende a tornar o médico que as lê em uma pessoa humilde, pois tudo o que fazemos em medicina é baseado nos trabalhos que os pesquisadores nos proporcionam. E nós, quanto mais estudamos, mais chegamos à conclusão que pouco sabemos.

> *...quanto mais estudamos, mais chegamos à conclusão que pouco sabemos."*

Gostava de ler os casos clínicos da revista, os médicos convidados partiam dos dados colocados e faziam uma discussão belíssima, com diagnósticos diferenciais, e eu ficava impressionado como a clínica médica é bonita quando feita dessa forma. Toda semana eu lia. Como passei a aprender medicina lendo os casos clínicos. Os artigos também. Melhorei muito. Passei a entender então que, na verdade, era o que o Otávio fazia nas discussões no internato. Uma infinidade de diagnósticos diferenciais colocados, trazia-os para o caso, afastava-os com raciocínio lógico e chegava à hipótese diagnóstica principal. Otávio era um gênio. Como eu aprendi com o NEJM e ainda aprendo com a sua leitura.

Formado médico, prova para residência. Já como médico residente (R1) no HCF, fazíamos os plantões em uma unidade de pós-operatório junto a UTI, que na verdade, ficavam os casos de PO que complicavam e não tinham vaga na UTI do hospital. Tinha todos os equipamentos de uma UTI. Ali, que comecei a aprender o manuseio dos pacientes graves. Tinha o *staff* responsável, o Guilherme, já médico experiente, também plantonista do CTI do HCE, que era o responsável pela unidade no HCF e tinha paciência para ensinar os "novinhos", o meu caso. Lembro que, ali, pela primeira vez, ele

me mostrou o que era, quando indicar e como colocar a PEEP em um paciente. Na época, uma coluna de água acoplada ao circuito expiratório. Explicou-me o que era SARA. Brincou comigo, quando pela primeira vez falei para ele que um doente que estava internado e que eu havia visto poderia ter SARA. Ele rindo disse: "Aprendeu hein!". Outro *staff*, o Nilson, me mostrou e me fez comprar um livro, ler todo o Fisher, estudar, o que era a nutrição parenteral. Estava dando os meus primeiros passos frente a um paciente grave.

Em um dos meus plantões na residência, fui chamado no andar, já tarde da noite, porque um paciente havia reclamado que um paciente ao seu lado estava gritando e ele não conseguia dormir. Fui lá, falei com o paciente e olhei para o que estava agitado e gritando. Fui examinar e havia dor em MID. Foi internado naquele dia. Estava com um curativo até a coxa feito pelo médico do PS. Quando coloquei a mão na sua perna acima do curativo, percebi uma crepitação. Retirei o curativo e havia extensa lesão em quase toda a sua perna, com áreas de necrose e crepitação, como já relatei. O cirurgião, ao invés de colocar na sala de cirurgia e fazer o desbridamento ou até uma amputação, optou por fazer um curativo e colocar no andar. O paciente estava hipotenso. Falei com a enfermagem para providenciar o material de punção venosa profunda, O_2, cateter vesical e eu rapidamente fui à UTI pedir vaga. Não havia. No setor de PO também não havia. Fiquei revoltado. Fui falar com o cirurgião e nada mudou. Disse que atendeu e internou o paciente, fez o curativo e prescreveu antibióticos. Acabou a conversa comigo,

o residente. Permaneci ao lado do paciente toda a madrugada e o mesmo acabou evoluindo para o óbito. Vi como uma conduta tomada por um médico poderia determinar o destino de uma pessoa. Outro caso na minha enfermaria foi de um paciente admitido com amaurose. Foi aventada a possibilidade de rotura de aneurisma cerebral. Diagnóstico diferencial bonito. Desceu para a radiologia para fazer uma angiografia cerebral. Acompanhei o paciente. O anestesista, idoso, com certeza muito experiente, fez uso das drogas apropriadas e procedeu o acesso a via aérea. O colega da neuro puncionou a carótida. O sangue veio muito "escuro" e ele, o neuro, interrogou o anestesista, que disse que estava tudo certo. O paciente parou e não respondeu às manobras de reanimação. Na reanimação voltou-se a olhar posição do tubo que estava em esôfago. Fiquei arrasado. Fui à chefia do serviço para pedir apuração. Ficou por isso mesmo.

Em outro momento, durante uma visita com o *staff* na residência, entramos em uma enfermaria e vimos um caso de icterícia obstrutiva que havia sido internado. Poderia ser um colangiocarcinoma. Ao lado do *staff*, comentei que talvez pudesse ser um tumor de Klatskin, que também poderia causar obstrução de vias biliares. Havia lido um caso no NEJM. O meu *staff*, o Boninho fez uma intervenção que nunca mais esqueci.

Uma pausa para explicação. O Boninho, excelente clínico, excelente preceptor, uma vez, sentado junto com os residentes, no aniversário de alguém, pediu uma rodada de

chope para a mesa onde todos almoçávamos. Éramos quatro residentes e ele. Ele pediu seis chopes. Virei para o garçom e disse que eram cinco e não seis chopes. Boninho me corrigiu. Afonso, são seis, pois o meu Harrison, o livro dele estava em cima da mesa, livro que lia regularmente, que era o seu companheiro de todas as horas do dia e que não poderia ficar sem o devido chope para brindar. Solenemente, disse que o respeitava e, portanto, merecia sua homenagem. Concordei de pronto.

Voltamos à visita com Boninho. Quando comentei sobre o tipo de tumor de vias biliares, que havia lido em caso clínico no NEJM, e que poderia explicar o caso, todos os colegas, residentes e *staffs* olharam para mim. Boninho, que passava a visita, calmamente falou: "Afonso, aqui eu falo e você anda atrás de mim ouvindo". Fiquei quieto. Boninho estava certo.

Odilon, outro médico do serviço, excelente, estudioso, aprendi muito com ele. Resolvia os problemas clínicos com uma objetividade e uma clareza que nunca havia visto no internato. Na Santa Casa, os pacientes ficavam um século para resolver um derrame pleural, por exemplo. No HCF o ritmo era outro. Odilon cobrava por que o derrame pleural não foi abordado até aquele momento? E o paciente havia sido internado ontem. Ele sempre esteve certo. Depois de muitos e muitos anos, preparando uma aula, lembrei dele ao cunhar esta frase: "Não adianta fazer as coisas certas, tem que fazer no tempo certo. O paciente grave não permite atrasos".

> *“Não adianta fazer as coisas certas, tem que fazer no tempo certo. O paciente grave não permite atrasos.”*

Também, na residência, fui ajudado pela chefia de serviço quando tive problemas com horário e o Dr. Gerson, sabendo que eu iria pedir demissão da residência, eu, já casado e com dois filhos.

O Dr. Gerson, no início da minha residência, havia me chamado na sua sala e, particularmente, disse o seguinte: “A R2 da enfermaria em que você vai ficar estava afastada por problemas psiquiátricos. Voltou agora a trabalhar. Quero que você veja e reveja absolutamente tudo o que ela fizer com os pacientes a partir de agora. Inclusive a prescrição. Entendeu Afonso?”. Respondi que sim e agi todo o tempo com muita cautela revendo discretamente o que a colega fazia sem causar constrangimentos.

Agora, eu que estava com problemas e já havia decidido o que fazer. Ele quis conversar comigo em particular, novamente. Ouviu, eu quase chorando, e disse que ele não queria de jeito nenhum que eu saísse da residência. Propôs, para poder terminar, um horário que eu pudesse fazer na rotina e que compensasse o restante com plantões fixos em todo o final de semana. Surpreso, perguntei se as pessoas não iriam ficar chateadas comigo. Ele, serenamente, disse que elas iriam gostar do que eu iria fazer. Iriam parar de rodar o plantão de final de semana. Mais adiante, consegui ajustar melhor meu

horário. Consegui terminar a RM Clínica Médica. Como ele foi bom para mim. Aprendi que talvez ele estivesse me permitindo fazer aquilo por observar o quanto eu havia me dedicado até então na residência. Agradeço muito aos meus colegas de residência pela compreensão. Jamais terei como pagar isso. Levei isso para a minha vida. Ajude as pessoas que fazem por merecer. A minha família estava pagando o preço da minha formação. Plantões todos os finais de semana. Complicado.

Em outro momento da residência, interna na enfermaria, uma paciente que era "bailarina do Chacrinha". Linda. Havia feito uma taquiarritmia supraventricular. Possibilidade de síndrome de pré-excitação. Um reboliço no hospital. Era *staff* querendo fazer o ECG todo dia, residente apaixonado chorando, ela apaixonada pelo residente chorando, um caos. A solução dada pelo chefe foi proibir a entrada na enfermaria e pedir que dessem alta o mais rápido possível para a paciente. Assim foi feito.

Ainda na residência, comecei a dar plantão em uma UTI. UTI do Hospital da Venerável Ordem dos Mínimos de São Francisco de Paula. Um hospital da cúria, onde hoje se encontra o Quinta Dor. Foram alguns anos dando plantão 24 horas no final de semana. Tinha que resolver sozinho os problemas. Lembro-me quando recebi um paciente gravíssimo e fui fazer os procedimentos de suporte à vida. De plantão comigo, um senhor, antigão, "cascudo", da enfermagem. Aproximei-me do leito, ele pegou os materiais para entubação e punção de veia profunda e eu, na beira do leito, voltei a olhar para o paciente

e para o enfermeiro. Ele me disse: Vai lá doutor, vamos resolver". E tudo foi feito adequadamente. Aprendi naquele momento que você deve ter forças para ajudar quem necessita e uma palavra de estímulo pode ser tudo. Passei no teste.

Já casado, com filhos, depois da residência algumas vezes dobrava o plantão de final de semana, fazia 48 horas, para no próximo final de semana pode ficar um final de semana inteiro com os filhos. Vida dura.

Também, ali naquela UTI aprendi como é bom ter uma boa relação com toda a equipe da UTI. Um ajuda o outro. Tínhamos uma técnica de enfermagem que, por ter mais idade, tratava-me como um filho. Um plantão de 24 horas aproxima as pessoas. Lembro dela toda satisfeita quando trazia de casa uma "frigideira" para comermos no plantão e eu dizia que estava muito boa. Frigideira é um prato da culinária do Espírito Santo.

Ali, durante um dos plantões, atendi um funcionário da cozinha que após uma briga com outro funcionário do mesmo setor, foi esfaqueado. Durante a sutura, me contou o que aconteceu. Descobriu que o outro funcionário estava roubando carne do hospital e foi cobrá-lo. O outro, o ladrão, com a faca na mão, o machucou. Na semana seguinte, perguntei à equipe pelo funcionário que havia atendido. Resposta: foi mandado embora. Não entendi. Por que? E o outro, o que esfaqueou também? Resposta: não. A equipe contou que o roubo era com a conivência da direção e o funcionário que descobriu foi mandado embora e o outro foi mantido. Aprendi o que é a corrupção e onde ela chega.

Conversar com as famílias faz parte da rotina de uma UTI. Em um dos plantões neste hospital conversei com a esposa de um paciente que havia feito um AVE e estava em coma. Falei da gravidade do caso e de não estar ocorrendo melhora. Já havia aprendido que devíamos dizer sempre a verdade na hora da visita, sem retirar da família a esperança que ela sempre trazia. Uma família pode vir a compreender um desfecho ruim, desde que você demonstre que foi feito todo o possível para salvar o seu ente querido. Deve-se construir uma relação de confiança entre o paciente, sua família e o médico. Nas UTIs isso é difícil, pois não é incomum cada dia um médico diferente conversar com as famílias. No caso descrito acima, a esposa durante a conversa, começou a chorar e repetia que ela era a culpada pelo que tinha acontecido com o marido. Ouvi e perguntei por que aquela culpa? Ela informou que o marido havia apresentado o quadro de AVE durante uma relação sexual. Eram idosos e casados há muitos anos. Expliquei que ela não deveria ter esse sentimento, pois o seu marido poderia apresentar o quadro de AVE em muitas outras situações do seu dia a dia e não havia relação da doença do seu marido com o que ela havia descrito. Não sei se consegui retirar o sentimento de culpa, mas tentei.

Quis o destino que o Hospital da Venerável Ordem dos Mínimos de São Francisco de Paula falisse. Vivia do SUS. Todo dia eram 30-40 cirurgias feitas no hospital. E, por algum motivo que não soubemos, o SUS não encaminhava mais pacientes para lá serem internados. Também, ou até por conta de um repasse irregular pelo SUS, não recolhiam em dia os

impostos da carteira de ninguém. Foi chato. Muitos colegas, com razão, entraram na justiça e eu não quis. Já trabalhava em outros lugares e, embora chateado, não acionei a justiça.

A minha vida financeira interessa só a mim, mas vou contar uma passagem para os leitores. A vida continua e mais adiante, depois de alguns anos, meados dos anos 1980, eu já havia, com muita dificuldade, comprado meu apartamento financiado pelo SFH na CEF. Muita felicidade. Saí do aluguel. Mas, os juros eram altíssimos por causa da inflação à época, e o meu salário de funcionário público, como o de qualquer outra pessoa, não aumentava na mesma proporção. Resultado, não conseguia pagar a prestação do imóvel. A conta não fechava. Comida, escola, luz, gás.... Não tinha sentido tirar as crianças da escola para pagar a prestação da CEF, pensei. Então, entrei na justiça por uma associação de mutuários do BNH, que foi criada e cujo presidente era o Paulo Aleixo, e consegui uma liminar. Votei em várias eleições no Paulo Aleixo por conta da sua história. Passei a pagar um valor mais baixo, depositado em juízo, mas, sabia que, a qualquer momento, a CEF poderia derrubar a liminar. Depois de alguns poucos anos, foi o que aconteceu.

Recebi um telegrama que eu deveria comparecer à CEF para quitar as prestações atrasadas sob pena de perder o meu apartamento. Um desespero. Aí, o inexplicável aconteceu. Fico sempre emocionado quando conto isso. Recebo também, na mesma semana, outro telegrama para comparecer à sede da cúria, no largo de São Francisco, para tratar de assunto do

meu interesse. Como assim, o hospital havia falido, anos se passaram e queriam conversar comigo o quê? Não entrei na justiça contra o hospital. Mesmo assim, fui lá saber do que se tratava. Meio indignado com tudo que estava acontecendo. Risco alto de perder o apartamento, pois não tinha o dinheiro da diferença das prestações altas que eu não havia pago a CEF e o que a cúria queria comigo.

Aguardo na sala e sou recebido pelo provedor. Pergunta o meu nome, vê a minha identificação e me dá um envelope. Não entendi. Ele disse o seguinte: "O senhor foi uma das duas pessoas que não colocaram o hospital na justiça. Nós vamos fazer acordo com todos os outros que entraram". Pensei, e eu com isso? O provedor continuou falando: "Mas, por questão de justiça, resolvemos pagar o que devemos primeiro a vocês que não nos acionaram judicialmente. O senhor é um dos dois". Abri o envelope. Era um cheque exatamente do valor que eu deveria pagar a CEF relativo ao apartamento. Falei que não entendi. Ele repetiu, o dinheiro é seu, é o justo. Agradeci e ele, o provedor, falou que ele que agradecia. Fui à sede da CEF e quitei integralmente a minha dívida. Não perdi o apartamento. Quem pode explicar isso? Entendi que a vida impõe dificuldades e mais adiante te recompensa, se você age corretamente.

> *"Entendi que a vida impõe dificuldades e mais adiante te recompensa, se você age corretamente."*

Já intensivista há vários anos, fui chamado pela família para ver minha vó. O neto mais velho e médico. Lembro que desde criança, ela sempre que me via, me chamava de Afonsinho e colocava a sua mão dentro do seu sutiã e me entregava uma nota, um dinheiro. Sempre fazia isso. Veio a inflação e ela me dava uma nota que na realidade não tinha mais valor nenhum. Como que uma senhora idosa vai entender uma inflação altíssima que ocorria no Brasil? Eu, pegava a nota, sempre agradecia e a guardava. O seu olhar de carinho por mim não esqueço.

Bem, agora ela estava doente. Diabetes descompensado. Mandei internar e pedi a um colega para vê-la. Na época era comum prescrever plasma para repor albumina. Alguns meses depois ficou ictérica e novamente internada. Acabou evoluindo para o óbito. No sepultamento, toda a família chorando e eu não. Fiquei impressionado com a minha atitude. Estava me transformando em um monstro. Via óbitos toda semana. Era como se fosse normal para mim. A minha própria família. Fiz uma reflexão e mudei minha atitude. Ainda bem.

Quando já com alguns anos de formado, tive a oportunidade de trabalhar na UTI do HFAG. Fui para o hospital na data de sua inauguração, janeiro de 1981. Vi com clareza a chance de poder me desenvolver profissionalmente. Uma UTI nova com materiais de ponta. Muitos recursos. Já em 1982, publicávamos trabalhos com o uso de cateter de Swan-Ganz e monitorização da PIC. Colegas exemplares e a chefia muito presente do Renato Gomes, carinhosamente tratado por mim

como RG. Passei a frequentar os congressos de UTI. Enviamos oito trabalhos do serviço para o CBMI, em Minas Gerais.

Conheci outros colegas e de uma certa maneira, comparava o que fazíamos na UTI do HFAG com outras UTIs "referenciadas" do RJ. Quando dizia para o RG que os colegas tinham algum recurso que nós não tínhamos, ele sempre dizia, vamos obter então. Aqui tem que ter tudo. Estava certo. Passei a pensar da mesma maneira.

Muito movimento. UTI clínica e cirúrgica. Hospital com cirurgias de grande porte como neuro, cardíaca, vascular, torácica, geral, entre outras. O setor recebia os PO e aprendíamos todos com o tempo. Muita conversa com os cirurgiões. Várias discussões. O avanço da imagem foi fundamental. O HFAG foi um dos primeiros hospitais a usar trombolíticos no RJ. A instituição naquela ocasião nos dava a oportunidade de obter itens e avançar.

Estava de plantão e tínhamos um paciente jovem, um soldado, que após mergulhar de um deque na ilha do governador, fez fratura de coluna cervical e tetraplegia. Admitido, visto pela neuro, traqueostomizado em VM. Fez PCR por sangramento na via aérea mais secreção. Naquele momento, passou pela minha mente não o reanimar. Fiz a reanimação, troquei a cânula, parou de sangrar. Mais adiante, saiu da prótese e teve alta da UTI.

Fui visitá-lo no quarto em um dos meus plantões. Encontrei ele sorrindo com a namorada ao lado fazendo carinho nele. Olhou para mim e me perguntou quantos orifícios havia

em uma placa que compunha o teto do quarto. *N* placas no teto. Olhei e disse que não sabia. Ele disse que cada placa tinha *X* orifícios e em todo o quarto tinham *Y* orifícios. Meu Deus, como pode passar pela minha cabeça decidir quem vai ficar vivo ou não? Aprendi naquele momento que jamais devemos ter este direito.

A vida nos traz muitas surpresas. Temos que conversar com as famílias dos pacientes. E temos que falar para os familiares próximos sobre o estado de saúde do paciente. Aprendi ao longo da vida como médico intensivista que nunca devemos mentir, mas nunca retirar a esperança que a família manifesta sobre o destino do paciente.

Normalmente, o médico que trabalha na UTI é rapidamente esquecido pelo paciente que tem alta e a sua família. Compreensível. O ambiente da UTI é hostil e o natural é que o paciente tende a apagar a sua passagem pela UTI da memória. Brincamos dizendo que o paciente é salvo na UTI e quem ganha presentinho é o médico do andar. Pura zoação. Aqui descrevo uma exceção à regra.

Tivemos um paciente com peritonite devido a perfuração de alça por doença de Crohn, jovem, que na hora de conversar com os familiares, conversei com a sua esposa, que estava extremamente preocupada com a evolução e me disse que tinha dois filhos pequenos. Nos dias subsequentes, o paciente continuava grave, sem melhora. Na beira do leito, ao examiná-lo, comentei com os colegas da equipe que estavam próximos que aquele paciente não deveria morrer, pois tinha

> *...para conhecer o médico que havia dito que o pai dela não poderia morrer pois tinha filhos pequenos. Meu Deus, foi uma das maiores emoções que já tive como médico."*

filhos pequenos para criar. Ficou internado por um longo tempo e teve alta. Depois de muitos anos, recebo a informação de que havia algumas pessoas na porta da UTI querendo falar comigo. Fui lá e não os reconheci. Perguntei de que se tratava e era o paciente da peritonite que levou sua filha que fez 15 anos e ele a levou para conhecer o médico que havia dito que o pai dela não poderia morrer pois tinha filhos pequenos. Meu Deus, foi uma das maiores emoções que já tive como médico. Uma frase instintiva na beira do leito, ele ouviu, guardou e voltou depois para me agradecer. Somente nessas horas entendemos porque temos esta profissão e o que fazemos aqui.

Tivemos uma paciente jovem com esclerose múltipla internada na UTI por longo tempo em VM. Inúmeras complicações, incluindo infecções. Isolamos *Pseudomonas aeruginosa*. Na época tratávamos com carbenicilina associada a aminoglicosídeo. Havia lido um artigo no NEJM, com resultados favoráveis nesses casos com o uso de um novo antimicrobianos, a ticarcilina. Fui à esfera superior, expliquei o problema, mostrei o artigo e pedi para ver se havia possibilidade da compra nos Estados Unidos e envio para o Brasil, para tratamento da paciente. Não tive resposta. Dias depois, quis o destino, que outro paciente, politraumatizado após queda de avião fosse

admitido na UTI. Este último caso mobilizou toda a direção. Acabou fazendo também uma PAV por *Pseudomonas aeruginosa*. Sou chamado a direção e consultado sobre a indicação da droga que eu havia pedido anteriormente. Ouço que seria comprada imediatamente. Chegou no dia seguinte para tratamento do novo caso, mas em quantidade suficiente que permitia o uso para a outra paciente também. A paciente melhorou e teve alta da UTI e o paciente politraumatizado com complicações morreu. O aprendizado foi: nunca desista de procurar sempre o melhor para os seus pacientes.

De outra feita, tivemos um colega que durante o plantão, diante da gravidade da doença de um paciente que apresentava agitação psicomotora, resolveu, durante seu plantão noturno, chamar a equipe de plantão e na beira do leito, "exorcizar o demônio" que estava presente na paciente. A equipe atendeu o pedido do colega e todos ficaram em volta da paciente "orando". Todo o hospital teve conhecimento do fato no dia seguinte. Tratava-se de *delirium*. No dia seguinte, o colega foi afastado da equipe da UTI.

Admitimos um paciente idoso com edema agudo de pulmão oriundo do andar. Nesses casos tratamos e observamos a resposta. Podem necessitar de intubação e VM ou não. Depende de vários fatores e necessitamos de uma avaliação

> *"...nunca desista de procurar sempre o melhor para os seus pacientes."*

na beira do leito para decidir o que fazer agora e logo a seguir. Ou seja, preciso "olhar de perto" e decidir. Se não, risco de PCR. Estava no horário próximo da visita e eu já havia pedido para a família aguardar que logo a seguir conversaria com eles. Até aí tudo OK. Acontece que o capelão da unidade, que, a pedido da família, entrou na UTI, estava na beira do leito e começou a dar a extrema unção ao paciente, e o fez, sem a minha autorização. Ficou à beira do leito e, mais, por um período longo. Passou de "10 segundos". Estava me atrapalhando a visão do caso/exame físico e, para não atrapalhar as decisões que deveria tomar, pedi para o padre sair imediatamente para fora da UTI. Fui "grosso". O paciente foi para a prótese ventilatória, foi tratado, extubado mais adiante e após encontrar novamente com o capelão, fizemos as pazes. O importante é que o paciente saiu.

Tivemos um paciente que literalmente "fugiu" da UTI. Tratava-se de um paciente que havia sido internado após quadro de intoxicação exógena, evoluiu com gravidade, prótese ventilatória, PAV e tudo o mais. Conseguiu ser extubado e estava "algo agitado", sendo prescrito drogas sedativas via oral. Necessitava ainda de contenção no leito. No final da madrugada, enfermeiro me chama dizendo que o paciente do leito X havia "fugido da UTI". Como assim? O paciente não estava no leito e não estava no setor. Fiquei louco. Saímos eu e o enfermeiro ainda noite, atrás do paciente. A área do hospital é grande e o nosso medo era que o paciente tivesse saído pelo portão que dava acesso ao tráfego. Fui até lá e a portaria me

disse que ninguém havia saído. Outra opção seria o "fugitivo" ter ido para a casa gerontológica, que ficava ao lado do hospital e havia um acesso íngreme para ela. Longe, não perto. Fomos até lá e vi um "vulto" correndo pela grama. Eu e o enfermeiro resgatamos o "paciente fugitivo". Posteriormente demos alta para o mesmo.

Fazíamos uma sessão semanal na UTI, que na verdade era a leitura do caso clínico semanal do NEJM. Eu lia o caso, os colegas discutiam e depois eu lia o diagnóstico diferencial. Todos aprendiam. Depois, esta sessão virou uma sessão clínica do hospital, onde convidávamos um médico de um serviço para discutir o caso clínico do NEJM. Como eu tinha todas as revistas guardadas, eu pegava um caso de pneumologia, por exemplo. Xerocava o caso sem ter como identificar a data de publicação e entregava ao colega. Ele apresentava e dava o seu diagnóstico e conduta. Logo após eu lia a discussão do NEJM. Normalmente, todos erravam o diagnóstico, mas ficavam satisfeitos pois aprendiam muito com a discussão. Com os diagnósticos diferenciais. Fiz isso por alguns anos. Depois desisti.

Depois de alguns anos de plantão e rotina, os procedimentos invasivos feitos na UTI não são novidade mais. O bom intensivista deve ter uma mão boa para procedimentos, o que o fará ter uma baixa chance de complicações com o que faz. Como aprendi a dizer: vivemos dos nossos resultados. Quanto mais fizer, melhor fica. E a UTI exige este tipo de médico. Não adianta, "ficar fosforilando" na beira do leito de um paciente

morrendo. Temos que agir rápido, se não, perdemos o paciente. De que adianta saber que o paciente com SCA pode morrer por TV/FV se, você não imediatamente procede a desfibrilação? Tivemos um colega que estudava muita medicina e na beira do leito ficava "travado". Teve que sair do setor. O paciente grave não permite isso.

Só conhecimento teórico é importante, mas não é tudo. O ideal é que o médico seja um misto de bom conhecimento teórico e tenha facilidade com os procedimentos invasivos. Também saber apenas como fazer os procedimentos e se vangloriar disso não é bom. Chama-se arrogância.

A UTI do HFAG sempre teve estagiários de medicina, por convênio com faculdade de medicina. Naqueles anos iniciais, prometi a mim mesmo que só me atreveria a ensinar estudantes de medicina e jovens médicos quando eu tivesse pelo menos 10 a 15 anos de trabalho como rotina de uma UTI.

Também logo no início dos anos 1980, passamos a aplicar uma prova em alunos do 8º e 9º períodos de medicina para ser estagiário no setor. Chegamos a ter em um dos anos mais de 300 candidatos fazendo a prova. Muito legal.

Pedia aos colegas da rotina para fazerem as questões e me entregar. Eu fechava e aplicava a prova, junto com a DEP. Naquele ano, também, mais de 200 candidatos. A prova marcada para o sábado em colégio próximo ao hospital. O Newton Braga. Chega na quinta-feira, na rotina, um dos estagiários do setor me pergunta sobre a prova. Falei que ocorreria no sábado. Perguntou-me sobre se um determinado tema teria

questões. Não respondi. A prova tinha questões sobre o tema. Então, o acadêmico me disse que estavam comentando no Fundão, UFRJ, que aqueles temas iriam cair na prova. Ou seja. Um dos meus colegas da rotina, que elaboraram questões, tinha comentado com os acadêmicos do seu plantão sobre a prova. E aí vazou. O que eu fiz? Fui obrigado a refazer toda a prova em um dia e aplicar no sábado. Imagina a vergonha que passaríamos perante nossos candidatos. Aprendizado. Quanto mais pessoas participam, maior a chance de vazar.

Depois de muitos anos, uma das minhas filhas quis estagiar na UTI. Falei para ela: faça a prova. Eu já com mais tempo de casa, também ocupava a chefia da DEP. A Sra. Zilda, civil da DEP, era o meu braço direito. Feito a prova, sempre divulgava as notas dos candidatos no mesmo dia para evitar pressões de conhecidos. Zilda já me conhecia. Saiu a lista e minha filha não estava entre os 14 primeiros. Zilda viu a lista e me disse: “Doutor e sua filha, o que eu faço”. Resposta: “Nada. Ela vai aguardar se houver desistência e será chamada na ordem correta”. Olhou-me e assim foi feito. Mais adiante, depois de uma, duas semanas, com as desistências, que muitas vezes existiam, minha filha foi chamada na vez dela. Normal. E a Zilda ficou toda feliz.

O hospital sempre teve o serviço de hemodinâmica. Desde os anos 1980. Vimos o seu desenvolvimento. Aqui cabe mais uma passagem do médico atrevido que lia o NEJM. Acabara de ler um artigo sobre angioplastia do Grüntzig nos anos 1980 que comentava sobre a possibilidade de uso em

> *“Ele estava errado. Não se pode negar o avanço da ciência.”*

coronárias. Encontrei o chefe da hemodinâmica, o Dr. Antônio, no corredor, e falei com ele sobre o possível avanço. Ele disse que tal fato não aconteceria. Retruquei, falando sobre o conteúdo do artigo e mais uma vez ele ignorou. Ele estava errado. Não se pode negar o avanço da ciência. Depois de alguns poucos anos ele mesmo faria *N* angioplastias de coronárias.

Já, como disse acima, estudava regularmente, tinha o hábito da leitura semanal do NEJM e fazia concurso sem pegar um livro para estudar clínica médica. Havia, do meu jeito, aprendido a obter informações relevantes. Como lia toda a revista, que chegava toda semana, olhava assuntos de clínica médica que não via exatamente no meu dia a dia na UTI. Lia sempre o *abstract* e a introdução dos artigos, mesmo os que não me interessavam naquele momento. Ali, os autores, faziam sempre uma síntese do assunto, com informações interessantíssimas e logo chegavam à pergunta que queriam responder com a pesquisa. Então, eu já havia, de certo modo, aprendido sobre aquela patologia. Se me interessasse um pouco mais, lia a discussão onde o horizonte de conhecimento se ampliava. Alguma esperteza para estudar, ainda que com erros. Bons tempos.

Um dos colegas da rotina, o Dr. Alcides, excelente médico, só andava armado. Ou melhor, guardada no seu armário.

Uma vez, durante o seu plantão, no quarto dos médicos, aparece um rato. Não deu outra. O doido pega a arma e aponta para o rato. Desespero geral. Todos saem correndo do quarto, inclusive o rato. Este mesmo colega fazia a escala mensal dos plantonistas. Um destes plantonistas, mesmo sendo da rotina, reclamava demais da escala. O Júnior. Então, como chefe, cometi o seguinte erro, virei para o Alcides e disse: "Dá um jeito nesse cara, todo mês enche o saco, reclamando da escala". Ele respondeu: Deixa comigo". Quando o colega entrou na UTI, logo reclamou da escala, que havia sido liberada no dia anterior, o Alcides pediu para ele sentar na mesa para conversar. Até aí tudo bem. Alcides pegou a sua 45 e colocou em cima da mesa e, com toda a calma, falou para o colega reclamante: qual era exatamente a queixa que ele queria fazer? O colega, branco, levantou-se imediatamente e nunca mais reclamou da escala.

No hospital, as pessoas se conhecem, muitas vezes se relacionam. Podem acabar namorando, casando, etc. Faz parte da vida. Brincávamos que o plantão de 24 horas muda a sua atitude ao longo das horas. Aquela pessoa que você nem olhou pela manhã, durante a tarde está conversando durante um procedimento, a noite lancha junto e na madrugada, depois de uma admissão, às 4h da "matina", está discutindo filosofia de vida e que a sua relação amorosa em casa não está legal. Um risco. Observador, já patrocinei alguns casamentos na minha vida. O que pedia era apenas para ser padrinho. Rsrsrs.

Volto ao Júnior. Tínhamos um colega que namorava uma acadêmica lindíssima. O colega em questão era de fora do RJ, veio aprender UTI com a gente. Família dona de hospital. Já sabíamos que queria casar e voltar para o seu estado. Excelente médico. Mas, um outro colega do hospital, de outro setor, acabou se aproximando da sua namorada. Sem detalhes. Comentamos sobre o que deveríamos fazer nesta situação. Avisá-lo ou ficar quieto? O Júnior ouviu a conversa. No dia seguinte chegamos na UTI e encontramos no quadro de aviso pendurado um livro. Título: *O manual do corno*. As pessoas chegaram e viram aquilo. Inclusive, o tal colega da rotina que namorava a acadêmica. Ninguém entendeu nada. Então, uma pessoa perguntou: quem trouxe este livro. Por que fez isso? Aí o Júnior respondeu: Foi para entregar a ele de presente. Para ele ler. O colega da rotina. Silêncio total na sala. O colega pegou o livro, não disse nada e guardou. Tempos depois fomos ao seu casamento e ouvimos da sua esposa na cerimônia: "Afinal, consegui o meu objetivo". Vida que segue.

Recebi convites para sair do RJ e da FAB. Uma acadêmica da UTI do HFAG insistiu para que eu e um colega da UTI fossemos para Curitiba. Seu pai era dono de hospital e ela nos elogiava. Fomos lá conhecer. Hospital com recursos de ponta, novo. Recusamos. Fiz isso para não ficar longe das minhas filhas.

A UTI do HFAG permitiu que eu ocupasse as várias funções de um médico na UTI. Plantonista, rotina, chefia. São muitos anos de trabalho no setor. Ali tive a oportunidade de

conhecer minha segunda esposa, a Lilian, com quem sou casado e vivo até hoje.

Também, tive oportunidade de conviver com cada "figura". Fui chefe da clínica médica do hospital durante um bom período. O diretor na época, me obrigou a assumir a chefia. Disse que era para arrumar "a casa". Minha única ponderação foi que eu queria continuar na UTI também. Concordou. Acumulava minhas funções com as da UTI. Um colega da CMD, o Roberto, me chama um dia para ir ao ambulatório onde ele estava atendendo. Fui lá, achando que fosse alguma questão médica ou burocrática que ele precisava da minha ajuda. Entrei na sala e ele estava atendendo uma mulher, que estava sentada na frente da sua mesa com as pernas cruzadas. Deveria ter uns 35 ou 40 anos. Bonita. Olhei para o Roberto e perguntei: "O que houve, por que me chamou?". Ele olhou para mim, não disse nada e apontou para a mulher sentada na cadeira. Eu então perguntei: "O que houve com ela?". E pensei: será que tem algum problema médico que precise da minha ajuda? Ele então me respondeu: "Ela não tem nada". Eu falei então: "Como assim? Para que você me chamou então?". Ele então falou: "Afonso, ela veio aqui para 'transar comigo'". Olhei, assustado, para ele e depois para ela, que fez, com a cabeça, um gesto de concordância. Ele voltou a olhar para mim e transmitiu a mensagem por pensamento: "Sou obrigado a atender, Afonso". Perguntei: "Vocês já se conhecem?". Estava pensando, por qual motivo teriam marcado um encontro nesta hora? Pela manhã, horário de trabalho? Ele

respondeu: “Não”. Ela respondeu: “Não”. Entendi então e falei: “Aqui não. Estão dentro do hospital. São doidos?”. Então, ele e ela me olharam não satisfeitos com a solução que eu dei. E eu não iria ficar ali dentro tomando conta de dois malucos. Por outro lado, percebi que havia risco de que quando eu saísse da sala eles poderiam cometer o absurdo. Qual solução então deveria aplicar? Olhei a pilha de prontuários que estava na sua mesa e distribuí nas outras salas que outros colegas estavam atendendo. Os dois saíram logo a seguir. Vida maluca que segue.

Nos anos 1990, fui à Angola, pela FAB, com outros colegas, selecionar médicos para virem ao Brasil fazer especialização. Intercâmbio entre países da língua portuguesa. Eles não possuíam programa de residência médica. Fomos lá e cumprimos nosso papel. Os colegas angolanos vieram e conviveram conosco. Alguns na UTI. Foi bom para ambas as partes. Excelentes colegas. Aproveito para comentar que depois de conhecer um pouco Angola, prometi a mim mesmo nunca mais reclamar do Brasil. País socialista, havia uma guerra civil, vi pessoas nas ruas. Pobreza absoluta.

Os anos e anos de convívio diário com colegas acaba nos aproximando, conhecemos famílias, filhos, problemas que nós passamos, alegrias da vida. Um ajuda o outro. Reconhecemos o caráter de cada um. Por este motivo que acabo falando mais da UTI do HFAG.

Vejam o que a competição faz com as pessoas. Naquela época tínhamos concursos públicos. Havia feito uma

prova e tinha sido aprovado. Marcaram o exame médico. Vários colegas lá, conhecia alguns. Estávamos todos ali de calção aguardando sermos chamados para sermos examinados. Nada demais até aí. Um dos colegas, que era da minha turma da faculdade, tinha esferocitose e havia feito uma esplenectomia há alguns anos. Ou seja, curado. Uma cicatriz mínima. Ele estava bem colocado. Vem então uma pessoa do concurso e fala para todos nós, éramos uns 15 a 20 médicos. Quem já fez cirurgia abdominal aqui? Me acompanhe. O colega levantou da cadeira e saiu da sala. Ou seja, um dos nossos colegas que também estava fazendo o concurso "o "detonou". Maldade pura.

Também, no início dos anos 1980, houve concurso para a rede federal Inamps. Já havia anos que não tinha concurso, o último havia sido em 1976, ano anterior a minha formatura. Então, foi muito concorrido. Prova na UERJ. Saímos da prova e, eu e outros colegas da faculdade, sentamos em um bar próximo para tomar um café, conversar e falar da vida e da prova. Conversa vai, conversa vem, acaba surgindo a pergunta de como respondemos a uma das questões discursivas da prova, que valiam mais pontos que as objetivas. Tratava-se de uma paciente com adenomegalia cervical e febre. Poderia ser linfoma ou tuberculose. Eu falei que a minha resposta foi defender a possibilidade de linfoma, e expliquei as razões. Dois outros colegas se manifestaram também. Um deles disse que ficou na dúvida se era linfoma ou tuberculose e "pediu cola" ao outro colega. Estavam próximos na prova. Falou que

o outro colega "passou para ele", a "dica" que se tratava de tuberculose, que ele achava que era tuberculose. Então, ele, o que pegou a "cola", escreveu as razões para tuberculose. Neste momento pensei, me dei mal, deve ser tuberculose e não vou passar. Sai o resultado dos aprovados e o gabarito em outro dia. A resposta correta era linfoma. Eu passei. O colega que deu a "cola" para o outro colega passou na prova. O que recebeu a "cola" não passou. Resumo da ópera. O colega havia dado a "cola" errado para o colega de turma. Inacreditável.

Fui chamado para o Hospital da Posse, em 1982. Fui bem colocado no concurso. Hospital novo, recém-inaugurado. O concurso foi para abrir o hospital. Colegas novos de plantão. Algumas histórias dali também. Nos anos iniciais, no plantão, vi um colega que estava preenchendo uma série de papéis. Perguntei o que era aquilo. Ele então me disse que havia assumido a seção de ensino do hospital da Posse e pediram a ele para implantar a residência médica no hospital. Um monte de papel a preencher, com os dados de tudo o que o hospital devia ter para poder ter residência médica. Já havia feito contato com a coordenadora nacional de residência médica do MEC e ela pediu para enviar toda a documentação para análise e depois teria uma vistoria para bater o martelo. Comentei com ele que a Marinha tinha já um programa de residência médica para os oficiais temporários, os R2, um concurso interno feito e que depois de concluído o programa, recebem o certificado. Os R2 da FAB entravam e saiam sem nada. Recém-formados que eram convocados, ficavam um número restrito de anos e,

que, de uma certa forma, amputavam a sua formação. Havia pensado em colocar o mesmo na FAB e perguntei ao colega de plantão se ele poderia me fornecer um xerox daqueles papéis e o telefone da coordenadora nacional da RM.

Conversei na divisão médica do HFAG sobre tal possibilidade. Dúvidas. Eu já havia aprendido que o fato de você conseguir progredir profissionalmente meio que te obriga a ajudar os próximos. Insisti no pedido com a chefia da divisão médica. Acabou me autorizando a preencher tudo em nome do hospital e que ele iria enviar. Liguei para Brasília e conversei com a coordenadora, Sra. Lorilda, e, ela repetiu o mesmo que havia dito para o hospital da Posse. Falei sobre a Marinha que tinha residência e ela falou que a FAB poderia ter também, se estivesse tudo OK e passasse por uma vistoria. A Posse iniciou a RM. A FAB iniciou a RM. Implantamos, fiquei responsável pela RM de clínica médica e demos certificados a vários R2 que passaram por ali. Tudo graças a uma conversa de colegas do mesmo plantão. Depois passamos a fazer concurso público como todos os programas credenciados pelo MEC. Inúmeros programas de RM foram autorizados, como o de terapia intensiva.

Mais adiante, tínhamos que colocar especialistas na UTI do HFAG. Oxigenar o setor. Abrir concurso específico para intensivista. Foi uma novela. A primeira resposta foi não, pelo diretor de saúde na ocasião, Dr. Bento. Disse que não era necessário. Nós e os plantonistas bastavam. Insisti. O Dr. Bento olhava para mim e dizia: “Lá vem você novamente querendo

o concurso". No ano seguinte, acabou cedendo. Passamos a fazer concurso público para a especialidade como todos os outros lugares. E muita gente entrou como intensivista para o Brasil todo. Fui presidente da banca *N* anos.

Depois, através da AMIB, conseguimos transformar a UTI do HFAG em centro formador credenciado pela AMIB. Vários colegas já fizeram o "PEMI" e podem fazer a prova para título de especialista.

Pertenci a um tempo em que as coisas que fazíamos para melhorar o hospital, o serviço, eram feitas e a vida seguia. Hoje, o que vemos é a propaganda pessoal todo o tempo, seja na instituição, seja nas redes sociais. Acho péssimo. Mas, não há como mudar o comportamento das pessoas. Espero que, quem leia este livro, entenda que não é com objetivo de propaganda pessoal. Você foi ajudado, ajude os outros também. Esse é o lema. Se uma pessoa que ler puder ser inspirada, está bom.

Volto ao Hospital da Posse. Já trabalhava semanalmente em três UTIs diferentes e dava plantão no PS. Em um dos plantões, durante a madrugada, 3h-4h, chega um carro com um paciente em PCR. Levado para a "sala de trauma", foi iniciada a RCP. A família disse rapidamente que teve dor torácica antes. Iniciei a MCE e pedi à enfermeira

> *"Você foi ajudado, ajude os outros também. Esse é o lema."*

o desfibrilador junto ao carrinho de parada. Somente eu e ela na sala. Assistolia. Acesso para adrenalina. Ventilação com máscara e Ambu. Material para EOT. Pedi para ela fazer a MCE enquanto eu procedia e EOT. Tínhamos uma cantina na frente do PS, dentro do hospital que ficava aberta 24 horas. Nisso quem puxa a porta da sala e dá uma espiadinha. O rapaz da cantina. Olhou querendo saber o que estava acontecendo. Olhei para ele e disse, vem para cá e ajude. Não entendeu. Falei mais incisivo. Aqui. Se aproximou. Dei o Ambu para ele, falei como deveria ventilar, voltei para a MCE, a enfermeira para as drogas e depois de alguns minutos o paciente voltou a ritmo espontâneo organizado. O rapaz da cantina não emitia uma palavra. Mandei continuar e pedi à enfermeira para pedir uma vaga na UTI. Final da história. Foi internado, SCA, e depois de dez dias teve alta. Nos plantões subsequentes, o rapaz da cantina, quando eu ia tomar um café, me olhava todo orgulhoso. E eu falava para ele: “Você salvou uma vida”.

Em outro plantão, na madrugada, anos 1980, atendo paciente com HDA, chocado. Pacote completo. TOT/VM, veia profunda, reposição de fluidos, pedido hemoderivados, SNG, cateter vesical. Depois, liguei para a UTI e pedi vaga. O colega desceu e vendo o paciente, que já sustentava os níveis tensionais, falou para mim, às 4h da matina: “Para que eu vou subir com o paciente, se você já fez tudo aqui embaixo?”. Não é mole não. Tive que pedir pelo amor de Deus que subisse com o paciente. Acabou cedendo.

Uma vez estava no quarto dos plantonistas quando um colega vem correndo do PS. Com a família de um paciente atrás. Sou alto, entrei na frente e parei um dos familiares. O que estava na frente. Ele disse: “Vou bater naquele médico. Mandou fazer medicação na minha irmã, que está morrendo, sem examinar”. Olhei para o colega e transmiti a mensagem: “Some daqui agora”. Acompanhei os familiares ao PS, vejo a paciente na maca, me aproximo e vejo uma paciente jovem, com o sinal clássico de “batimento de cílios”. Coloquei o esteto no tórax e, depois de dez segundos, virei para a enfermagem e disse: “Faça agora um diazepam intramuscular”. Família quieta ouvindo. Trinta minutos depois, paciente liberada e meu colega salvo. Ensinamento. Na baixada o buraco é mais embaixo.

Em outro plantão, anos 1980, chega viatura da PM com pessoas. A informação era de que houve um confronto e trouxeram as vítimas para o PS. Fui receber. Entrou já em PCR. Fui ver, sinais de livores. Múltiplos tiros no tórax. Ao lado do corpo, constatei o óbito. Iria para o IML. Naquele momento do exame, escuto o seguinte comentário de um colega ao meu lado: “Quem fez isso, deu estes tiros, sabia o que estava fazendo”. Um dos PMs, atrás de mim, tinham vários, ouvindo e vendo tudo o que eu fazia, falou: “Obrigado doutor”. Vira a página.

Um dos cirurgiões da minha equipe, jovem, muito bom, operava tudo que chegava. O Murilo Castro. Em um dos plantões, recebe um telefonema da família que um parente seu havia sofrido um acidente de automóvel e havia sido levado

para outro hospital público. Estava em sala. Terminou a cirurgia e disse para todos que iria ao outro hospital. Voltou a noite desolado. Falou comigo: "Afonso, estou cansado de operar todo mundo que chega aqui, vocês me conhecem. Vou ao outro hospital e pergunto pelo meu familiar. Identifiquei-me como médico. Me orientam a ir a uma sala/enfermaria/repouso do PS que lá estava o meu parente. Encontrei-o morto. Trauma abdominal, rotura de baço em dois tempos. Chegou com dor. A dor melhorou. Manteve PA. Ficou em observação, voltou a sangrar, choque, PCR. Não foi operado", falou revoltado. "Afonso, canso de salvar vidas aqui e tenho que viver isso?". A vida é cruel com todos.

Outra feita, estou atendendo uma paciente em uma sala na emergência e uma pessoa abre a porta e tenta entrar. Era um acompanhante com uma pessoa na cadeira de rodas. Não o deixei falar. Disse, educadamente, aguarde que já vou chamá-lo. A lógica, mínima, primeiro acabo de atender um, depois atendo o outro. O acompanhante retorna, a porta fica entreaberta e, alguns segundos depois, tenta entrar na sala com a cadeira de rodas. Olho para ele já para dar, agora, uma bronca. Nesse instante, olho para a paciente que estava na cadeira de rodas. Estava agônica. Paro de atender a minha paciente, levanto e levo correndo a cadeira de rodas com a paciente para a sala de parada. O acompanhante ficou me olhando atônito. Fizemos a RCP e depois foi para a UTI. Ainda bem que olhei para baixo. Iria mandar esperar lá fora uma paciente agônica que faria PCR. Uma loucura.

Na Posse, na UTI, aprendi muito. Colegas únicos. Muito movimento. Uma vez, um paciente internado com arritmia ventricular. Múltiplas extrassístoles. Colega de plantão a noite, neurologista excelente, prescreve drogas para cessar a arritmia. Não funciona. Prescreve outra droga. Não funciona. As extrassístoles persistem. Anota tudo na evolução. Já de madrugada, prescreve mais uma droga. Não funciona. Então anota na evolução: não aguento mais tratar esta arritmia. Vou dormir. Verdadeiras figuras.

Na Posse, lá no início, havia uma sala no PS cheia de material. Para procedimentos. Muita coisa. Virei para a enfermeira e falei: "Quem toma conta disso aqui?". Ela respondeu: "Ninguém doutor. Precisa, entra, pega e usa". Pensei na hora. Vão roubar este material. Eu não era o chefe, apenas um plantonista. Mais adiante, eu já na UTI, soube que estavam apurando roubo de material no hospital. A PF. Em outro plantão na UTI, foram vários anos de trabalho ali, fiz a prescrição de um paciente com IAM com boa evolução. Mantive as drogas. Sete, oito itens. Sempre deixava umas linhas em branco na folha, abaixo do último item e carimbava depois. Poderia precisar prescrever mais algum item durante o plantão. Normal. Passam-se mais alguns anos, sou intimado pela PF, para comparecer na delegacia de Nova Iguaçu e prestar depoimento em um inquérito. Não entendi nada. O que eu fiz de errado? Chego lá e o delegado me mostra o seguinte. A minha prescrição daquele infartado continha itens caríssimos que, segundo a investigação apurou, foram roubados, desviados pela

> *“Nunca deixe espaço em branco em uma prescrição. Terminou, assina, carimba e risca abaixo.”*

farmácia, e eu estava envolvido. A assinatura era minha. Olhei e tinha uns três ou quatro itens escritos abaixo da prescrição que eu havia feito. E minha assinatura e carimbo. Olhei para o delegado e pensei alto. Estou perdido. Ele concordou. Virei para ele e disse: “Delegado, estes itens não têm nada a ver com infarto. Antibiótico, Albumina, etc. Estes itens não são usados para tratar um infarto”. O delegado me olhou e disse: “Você vai ter que explicar isso para o juiz. Não entendo nada de medicina. A assinatura é sua”. Final da história. Por sorte, a letra que o bandido fez era diferente da minha. O delegado mandou eu fazer aquela prescrição em dez folhas de papel diferentes para análise. Nunca mais fui chamado. Aprendizado. Nunca deixe espaço em branco em uma prescrição. Terminou, assina, carimba e risca abaixo. Que susto.

Nos anos subsequentes ao plantão da Posse, em New Iguaçu, nas quintas-feiras, quantas vezes subia a Dutra para trabalhar e via famílias e famílias viajando, saindo do RJ, principalmente quando era feriado na quinta-feira ou sexta-feira. Final de semana prolongado. E, eu, indo trabalhar. As crianças sorrindo na janela dos carros. Ficava com inveja daquelas pessoas. Parecia estranho, aquelas pessoas felizes, mas, o “anormal” era eu. Naquela época, já tinha alguns empregos.

Plantões no final de semana fixos, em rodízios, Natal, Ano Novo, Carnaval e Semana Santa. Enquanto muitos estavam se divertindo com suas famílias, eu e a minha família presos por conta de trabalho. A vida de um médico e sua família não é fácil. Devem ser abnegados.

Depois de alguns anos, o hospital teve sua emergência fechada pelo CREMERJ, por falta de material para atendimento. Na ocasião, o hospital havia passado para administração do município de Nova Iguaçu e nós, funcionários federais, continuamos lá. O movimento do hospital caiu muito. Tinha vontade de ser transferido para outro hospital mais perto, mas não tinha nenhum "pistolão". Vários colegas que haviam entrado depois de mim no concurso, que foram chamados depois, estavam em hospitais como Lagoa, Ipanema, Servidores, e eu na Posse. Mais uma vez o destino conspirou a meu favor. Eu leio, na Posse, no meu dia de plantão da UTI, colado na parede, uma comunicação da superintendência do Inamps. Quem tivesse interesse em ser transferido para outra unidade poderia procurar a superintendência. No dia seguinte, saí do plantão e fui ao centro da cidade. Consegui ir para a cardiointensiva do HFB, que iria inaugurar e depois para a UTI do HFB, onde viria, mais adiante, me aposentar.

No HFB, novos amigos. A cardiointensiva, recém-aberta, havia sido formada por médicos oriundos da própria UTI do HFB. O chefe, Antoninho, como o chamávamos, era uma pessoa ótima, inteligentíssimo e queria o crescimento do serviço. Aprendi muito ali. Plantões semanais e rodízio no final de

semana. Como todos os outros médicos. Dureza. Ali constatei também como uma boa relação com a equipe é fundamental.

Um colega jovem, que havia entrado em concurso mais recente, ainda na época em que havia concursos públicos para saúde, ativo e interessado. Não era do meu plantão. Acabou tendo uma discussão dentro do setor com a equipe sobre uma orientação que ele havia dado e não foi realizada logo a seguir. Resolveu chamar a atenção de uma das pessoas da equipe de plantão. Talvez tenha se excedido. O que aconteceu? Todas as outras equipes criaram problemas com ele. O boicotavam. Suas orientações não eram cumpridas. Solução dada: acabou sendo transferido para outro hospital.

Depois de muitos anos, um dos colegas para quem eu passava o plantão, me disse que havia sido chamado para assumir uma nova situação. Mais 20 horas. No HFB. Eu lhe dei os parabéns e perguntei o que ele queria fazer no hospital. Não teve dúvidas. Quero ficar com o seu plantão Afonso. Como assim? Só se eu sair para outro setor. Coincidência ou não, eu havia conversado havia um mês, dois meses, com o chefe da UTI, o Paulo, falei que estava cansado dos plantões de final de semana. Ele me disse, vem para a UTI, para a rotina. Sairia do plantão. Era o que eu queria, mas, a chefia do setor não me cederia de graça. Então, quando o colega que iria assumir mais 20 horas e disse que queria ficar no meu plantão, fui ao chefe, o Antoninho, que me disse o seguinte: “Lógico Afonso, pode ir sim. Você já trabalhou demais aqui”. Nunca esquecerei disso.

Fui muito bem recebido na UTI do HFB. Já muito mais maduro, já próximo da aposentadoria, o Paulo me pediu para fazer uma reunião científica mensal da UTI e com os residentes da clínica médica que passavam pelo setor. Fiz durante anos. Depois de aposentado, continuei fazendo essa reunião por mais seis anos. Parei de fazer quando o Paulo se aposentou.

Uma época da minha vida fiz consultório. Normalmente, intensivista não gosta de consultório. É "acelerado" e consultório é muito "bate papo". Tinha mais de 600 pacientes cadastrados. Alguns convênios. Uma vez atendi um paciente com secreção uretral. Quando ele começou a falar eu já fazia a receita. Na época prescrevíamos espectinomicina. Dei a receita na mão dele. Tipo assim. Acabou a consulta. Um mês depois, entra o mesmo paciente no consultório. O reconheci. Pego a sua ficha. Ele olha para mim e diz: "Doutor, fiquei bom. Mas eu posso agora contar como eu "peguei" a doença venérea? O senhor da última vez não me deixou falar". Abaixei a cabeça e disse: "Lógico, me conte". Fazer consultório é uma arte. Na verdade, é a única atividade profissional que ninguém pode lhe tirar. Depende de você. No final dos anos 1980, início dos anos 1990, tive que fazer um curso em tempo integral na FAB. Tínhamos um colega na FAB que falava assim: "Vai ganhar mais dinheiro. Faça o curso. Não vai, não faça". Quase um ano inteiro. Na época, tive que pedir pelo amor de Deus aos amigos com quem trabalhava fora que pudessem ajeitar meu horário. Lógico, isso virou plantões nos finais de semana. Horários noturnos inteiros. Chega mais tarde Afonso. Tudo bem.

Você vai dar o meu plantão de final de semana. Agradecia muito e fazia. A vida. Correria de um lugar para o outro. Tudo para não perder os empregos. Família grande, despesas grandes. Mas, o consultório foi descontinuado. Quando o curso acabou, a minha preguiça, junto com a cabeça de intensivista, fez com que eu não voltasse para o consultório. E paciente de convênio é volúvel ao extremo. Ligou, não achou o médico, vai a outro. Mais adiante volto ao tema.

Com cinco filhos, uma criança com febre é a regra. Leva ao pediatra. Mil amidalites. Vou dar apenas três exemplos.

Pediatras são calmos demais. O intensivista aqui, sempre achava que era "coisa pior" e acabava me metendo. Fomos a uma festa no final de semana, ao ar livre. Um sítio. As crianças brincando. Início da semana minha filha não levanta da cama, chorando de dor no quadril direito. Fez febre. Pediatra. Observação e sintomáticos. A dor não melhorou, ao contrário piorou. Não conseguia andar. Começa a minha cabeça a funcionar. Deve ser febre reumática. Dosa ASO em laboratório e fico sentado na porta até o técnico vir me dizer. Está normal. Hemograma com leucocitose. Radiografo. Pode ser artrite séptica. Converso com um colega. "Afonso, a radiologia na artrite séptica pode ser normal. Se for séptica tem que drenar, lavar". Fico em desespero. Lembro de um colega que havia dado uma palestra sobre medicina ainda na faculdade. Dr. Márcio Spotz. Havia ficado encantado com ele. Ele havia ficado alguns anos nos Estados Unidos e contou sua experiência. Muita clínica médica e oncologia. Fazia tudo. Voltou para

o Brasil, estava desempregado. Liguei, veio a minha casa. Perguntou sobre insetos, carrapatos. Falei: “Você está pensando em Lyme?”. Eu, metido, havia lido um artigo sobre a nova doença descrita à época. Ele falou: “Pode ser, mas não temos nenhum caso no Brasil”. Voltou a perguntar sobre picada de mosquito. Na ocasião não existia Dengue, Chikungunya e Zika descritos. Juntou tudo e me falou: “Afonso, eu acho que é uma ‘artrite reativa a picada de inseto’. Vou prescrever corticoide. Vamos ver a resposta”. No dia seguinte minha filha pulou da cama.

Outra filha fez febre. Três dias. Sintomáticos. Esposa de plantão. Tosse seca. Peço que fique quieta e a ausculto. MV presente em um lado, MV ausente na base do outro lado. Ausculto novamente. Isso mesmo. O diagnóstico estava feito. Pneumonia e empiema. Ligo para minha esposa. Era final da copa do mundo e aqui entra a consideração dos colegas com você. Liguei para eles, falei que a estava levando para o hospital. Não precisei terminar a conversa. Os dois já estavam no hospital quando cheguei. Radiologia, dissecção de veia, dreno de tórax, antibióticos. Duas semanas de internação. Um sufoco.

Outra vez, filho com febre. Dormiu, auscultei-o. Havia um sopro. Olhei para as mãos. Havia lesões. Pronto. Endocardite. Eram 2h da madrugada. Fiquei acordado toda a noite vendo como tratar a endocardite do meu filho. Deixa o dia amanhecer que vou interná-lo. Drogas, dose, tempo, acesso vascular, etc. Em tudo já havia pensado. Chega 5h, ligo para um colega da pediatria, Dr. Armando, que conheci na Sotierj.

Conto o que estava acontecendo. Pergunto se ele poderia ver o meu filho antes de eu levá-lo para internação e tratar a endocardite. Armando então disse. Vou aí vê-lo. As 6 horas chegou, examinou, auscultou, viu as lesões nas mãos, virou para mim e disse: "Afonso, isto é a síndrome mão-pé-boca. Causada por vírus Coxsackie tipo B". Abaixei a cabeça, chorando. Ele disse: "Fique calmo. Tenho certeza. Não é endocardite". O quadro regrediu. A vida na UTI estava vindo para dentro da minha casa. Quanta besteira que fiz.

Trabalhei, também, em UTIs particulares. Várias. Tais trabalhos tinham como objetivo não depender unicamente da FAB para viver. Tinha medo de transferência e sair do RJ, seria ficar longe das minhas filhas do primeiro casamento. Ao final, acabei ficando todo o tempo da FAB no RJ.

A Clínica Três Rios foi uma delas. CTI montado por mim. O dono do hospital, o Ricardo, tinha feito o internato no HFAG. Na ocasião eu acumulava também a chefia da clínica médica do HFAG. Ele se formou e me convidou para ir trabalhar para ele. Puro capitalismo. Renda adicional. Aceitei.

Nos anos 1980, neste hospital, internamos um paciente jovem na UTI, vítima de arma de fogo, com lesões em tórax e face. Fez traqueostomia precoce. Logo chegou à informação que tinha ligação com o tráfico de drogas. Gerente. Bem,

> *"A vida na UTI estava vindo para dentro da minha casa."*

passamos a ter na porta da UTI policiais armados e no estacionamento do hospital suas viaturas, todos os dias. Notei que, durante a semana, trocavam as siglas das viaturas. Nas visitas conversava com sua esposa e um advogado que se apresentou junto com a esposa. Depois de uns sete dias, o paciente estava melhor, acordado e fora da VM. E os policiais e suas trocas continuavam. Diante da melhora, fui à internação e liguei para a Delegacia de Polícia da região. Pedi para falar com o delegado responsável. Expliquei o que estava acontecendo e pedi que o paciente pudesse ser removido para o hospital penitenciário, pois estava sob escolta e não precisava mais de UTI. Nesse momento, ouvi a seguinte resposta: que a remoção não poderia ser feita, pois não havia, até aquele momento, nenhum mandado de prisão para o "tal paciente". Conversei com a família e o advogado. Então, o advogado me perguntou: "Doutor, se ele está de alta, eu posso fazer a remoção dele para outro hospital?". Perguntei: "Como assim?". Ele continuou: "Trago uma ambulância com médico que se responsabilizaria pelo caso". Respondi com ar de ironia: "Mas como irão fazer uma remoção, ele está sob escolta 24 horas por dia, desde a sua internação". Ele respondeu: "Doutor não se preocupe, isso eu resolvo". Nesse mesmo dia todos os policiais foram embora e o paciente foi removido à noite por uma ambulância e médico responsável. Inacreditável.

Passava visita na UTI nos finais de semana. A esposa de plantão em outro hospital. As crianças tinham que ir comigo. Ficavam dentro do carro no estacionamento. Algumas vezes

as colocava na sala dos médicos, ligava a TV para passar o tempo. Até hoje lembram disso. Em outros momentos a esposa ia também e dali saíamos para fazer alguma coisa de final de semana. Dureza.

O intensivista acaba vivenciando questões sociais e familiares no trabalho. Em outra ocasião, tratei de um paciente com DPOC agudizado. Vários dias na UTI. Companheira muito mais jovem. Internado como particular. O hospital fazia as cobranças periodicamente. A internação na UTI se prolongava. Conheci a esposa anterior e filhos. Mais adiante, o hospital encontrou alguma dificuldade para receber e eu acabei ficando ciente. A família, de origem portuguesa, tinha direito a Beneficência Portuguesa na Glória. Até aí tudo bem. Seria transferido. Na hora da visita, caí na besteira de perguntar à companheira muito mais jovem sobre a transferência. Não titubeou. Respondeu: "Doutor, a família não quer mais gastar dinheiro com ele. E o dinheiro que ele me deu, ele foi bem claro. É para você. Não gaste com outra coisa. Portanto, proceda a transferência". Foi feito.

Tratei de uma senhora idosa com descompensação diabética devido a infecção. Na conversa com familiares, três filhas, fiquei sabendo que ela vivia com um sobrinho. Internação longa, quase um mês na UTI, mas acabou tendo alta para o apto. Naquela época via pacientes no apto também. Mais adiante, a paciente melhorou. Planejei a alta. Dois meses de internação. Uma vitória da paciente. Aí começou o problema. A enfermagem veio me avisar que a família não iria levá-la

para casa. Nenhuma das três filhas. No período da tarde encontrei todas no apto. A paciente lúcida na minha frente. Falei, a paciente está de alta. As filhas me olharam e disseram: ela não vai para nenhuma das nossas casas. Fiz cara de pateta. Uma das filhas foi adiante: "Doutor, ela deu uma procuração para o sobrinho, que por sua vez, vendeu o apartamento onde ela morava. Portanto, ela não tem lugar para ir". Insisti com as filhas. Negativo novamente. A paciente olhando tudo em silêncio. Saí do apto e fiz contato com a assistente social do convênio, expliquei a situação e foi conseguido uma transferência para uma casa de repouso. Impressionante.

Como toda UTI, médicos entram e saem. Admiti um médico para um plantão vago. O colega tinha mais idade do que eu. Com experiência em UTI. Perguntei para ele: "Você quer realmente dar o plantão?". Resposta: "Sim". Como em todas as UTIs que trabalhei, fazia meu horário na parte da tarde, pois no "horário nobre", estava "preso" na UTI do HFAG. Paga-se um preço por isso. Corre-se risco. É sempre difícil administrar um setor quando você chega mais tarde, quando a maioria dos problemas já aconteceu. Como já tinha bastante experiência em UTI, os donos do hospital permitiam. Naquela época, ainda tirava meus 30 dias de férias. Fiz isso e quando voltei, fui chamado a direção e me foi comunicado que a chefia da UTI havia sido trocada, exatamente pelo colega que eu havia admitido três meses antes. Fiquei quieto e sai. Chateado.

Mas, a vida dá muitas voltas. Vinte anos depois, recebo um novo convite para chefiar uma UTI que precisava

melhorar. Qual não foi minha surpresa ao descobrir que a tal UTI era chefiada pelo mesmo colega que havia "me passado a perna" anos antes. Encontrei com ele. Tratei-o bem. E vamos em frente.

Nos anos 1990, acabei entrando para a vida associativa através de uma estagiária. A hoje Dra. Márcia. Perturbava ela no HFAG, fazendo perguntas e dizendo que ela deveria estudar mais. Ia a todos os congressos, pagava a anuidade, mas nunca me interessei por participar diretamente da sociedade. Um dia, recebo um telefone de um colega, Dr. Carlos, com a seguinte conversa. Se eu queria fazer parte de uma "chapa" para concorrer a Sotierj. Eu perguntei por que o meu nome. Ele respondeu, preciso de um representante de UTI pública e a estagiária Márcia fica falando de você o tempo todo. Aceitei o convite. Ganhamos a eleição. Posteriormente, fui presidente da Sotierj e diretor da AMIB em duas gestões. Presidente de congresso brasileiro e regional. Uma participação que dura até hoje.

A entrada na vida associativa foi legal. Não há que se ter interesse pessoal. Devemos trabalhar pela melhoria das condições de trabalho dos intensivistas. Promover eventos, oferecer educação continuada. Prestar contas do dinheiro da sociedade. Ao final da minha gestão na Sotierj compramos uma sala para a nossa sede em Copacabana. Saímos de um "armário" na Somerj para uma sede própria. Depois na AMIB, em duas gestões como diretor, compramos uma casa em São Paulo para ser a sede da AMIB.

Também, assisti e participei ativamente da entrada dos cursos na nossa sociedade. A cardiologia já tinha o ACLS. A cirurgia já tinha o ATLS. A AMIB, nada. A Sotierj então, na gestão do Carlos, que eu participava, trouxe o FCCS para o Brasil, RJ, pela primeira vez, em 1998, um curso da SCCM. Vieram os instrutores da SCCM. Instrutores aqui foram formados. Eu entre eles. Depois de muitas discussões, prós e contras, a AMIB acabou credenciada pela SCCM para ministrar o FCCS. O valor dos cursos foi reconhecido. A partir dali, a própria AMIB acabou criando vários cursos, que existem até hoje. O bom senso prevaleceu. Em um deles, o de hemodinâmica, sou instrutor desde a sua criação em 2003. Damos aula no Brasil todo.

Conheci um dos expoentes da medicina intensiva brasileira, o Dr. Ricardo Titus, da Unicamp. Professor titular. Havia sido presidente da AMIB e em todo congresso dava aulas belíssimas. Italiano legítimo. Aposentou-se na universidade. Um dia, sentado comigo tomando um café, me falou o seguinte: “Afonso, a primeira coisa que o novo chefe da disciplina na Unicamp fez, quando eu saí, foi ‘trocar a chave’ da minha sala. Não posso entrar mais lá. Estou deprimido”. Ouvi suas palavras e tive a seguinte ideia: “Professor (só o tratava assim, pelo respeito), por que o senhor não se dedica a pós-graduação de medicina intensiva? Faça isso que vai ocupar a sua cabeça e com certeza vai ensinar e formar muitos médicos com a sua vasta experiência”. Ele me olhou e repeti o que havia dito. Não poderia deixar terminar uma carreira brilhante

daquela forma. Ele topou e criou uma das mais fortes e sérias pós-graduações do país, em Campinas. Que bom!

A vida associativa me deu oportunidade de conhecer colegas de outras UTIs no RJ e do Brasil. Ver como trabalham. Aprender com eles. Discutir, chegar a uma conclusão. Pessoas inteligentes, dedicadas. Demos visibilidade a UTI do HFAG também.

Fui presidente de congresso nacional da AMIB, no Rio de Janeiro, em 2002. Mais de três mil participantes. Responsabilidade imensa. Lucro para a sociedade. Mas, o que quero contar é outro aspecto. Trazemos sempre inúmeros convidados estrangeiros. Vieram uns 30-40. Abrilhantam o congresso. Excelentes aulas, formadores de opinião. Auditório lotado. Durante o congresso, é meio que praxe o "jantar do presidente", onde todos os palestrantes participam. Incluindo os estrangeiros. Logística imensa, van para pegar os professores, van para levar no hotel etc. Cuidado total. Lá pelas tantas, já no final do jantar, que foi em Copacabana, a maioria dos palestrantes já tinha ido embora ou levado pela organização. Vejo dois professores estrangeiros, um deles, o professor Max Weil, com as respectivas esposas, "batendo papo" animadamente. Aliás, como gostam da nossa caipirinha. E, vejo-os se despedindo das pessoas próximas com o famoso "see you tomorrow". Caminham para o elevador. Olhei de longe. E perguntei: "O que está acontecendo?". Vou lá e falo para eles: "Professores, aguardem o transporte". Eles respondem: "Afonso, não. Não precisa, vamos andando até o nosso hotel.

Fica a poucos quarteirões daqui. Não se preocupe". E caminham para os elevadores. Já era madrugada. Meu Deus! Entrei na frente deles e disse: "Não pode". Me olharam assustados. Repeti: "Aguardem o transporte". Ainda bem que impedi. A chance de serem assaltados naquela hora era de 100%. Ufa. Só relaxei, voltei ao normal, quando o congresso acabou e todos foram embora, em segurança, para suas casas.

Em um congresso regional, trouxemos o professor William Shoemaker, fundador da SCCM, com livro publicado que todos os intensivistas liam, inúmeros trabalhos publicados na área. E dava palestras excelentes. Chegou e o convidamos para conhecer a nossa UTI do HFAG. Era uma visita ilustre. Cafezinho, biscoitos e deixamos tudo preparado para mostrar a UTI e poder ouvir sua opinião sobre alguns casos que apresentaríamos. Soube que ele gostava de ouvir e dar opinião sobre a conduta dos casos. Uma opinião e tanto. Colega fluente no inglês e os casos são apresentados e o professor comentando. Um a um. Aceita um café, um biscoito. O professor gostava de biscoitos. Recheado como a situação pedia. Então, ele, o professor, olhou para o lado e disse para o estagiário que a tudo assistia: "ONCE MORE, PLEASE". O estagiário não titubeou: "Moro na Ilha do Governador", e deu seu endereço para o professor, com número e tudo. O professor ficou olhando, sem entender a resposta. O colega fluente em inglês teve que intervir. "Pegou mais um biscoito "e entregou na mão do professor. Continuamos. Sérios. O professor não entendeu nada. Depois de tudo acabado, o estagiário, que virou anestesista

do hospital, ficou com o apelido “ONCE MORE” durante anos e anos. Figuraça.

Também participei do ressurgimento da pós-graduação na nossa área. Havíamos tido no passado, uma pós-graduação no RJ, que havia sido descontinuada. No final da década de 1990, já fazíamos pela Sotierj “cursinhos” para acadêmicos e distribuíamos os “aprovados” pelas UTIs no RJ. Muita procura. No HFAG, uma das médicas do setor, a Dra. Selma, virou para mim e disse: “Afonso, por que você não cria uma pós-graduação de UTI? Vocês já dão os cursos para acadêmicos”. Pensei e resolvi. Vou fazer.

Comentei dentro da Sotierj sobre a tal intenção. Foi falado: a AMIB não vai concordar. Qual vai ser a instituição de ensino? Obstáculos a serem vencidos. Tínhamos um médico da imagem do HFAG, o Dr. Mauro, sobrenome Veiga de Almeida. Fui falar com ele. Me encaminhou para conversar na universidade. Abrimos a pós-graduação sob minha coordenação, que funcionou por 13 anos. Turmas e turmas formadas. Bacana. Neste início, na mesma época, uma outra instituição de ensino, a Redentor, também abriu a pós. Funciona até hoje. A AMIB, que inicialmente fez “cara feia”, depois viu o “filão” e fez “parceria” com as pós. Chancelando-as. Todos ganham dinheiro. E colaboram na formação dos médicos. Conclusão, mais intensivistas para as UTIs. Gostam e depois fazem a prova.

Recebi, muitos anos depois de ser presidente, convite para ser presidente de congresso regional. Então, vamos trabalhar. Reuniões com a comissão organizadora, com a

comissão científica. Proposta de nomes para participação. Já vinha com a vivência de presidência anteriores. Em uma das reuniões, quando me mostraram os nomes que iriam participar ponderei: por que somente nomes de hospitais privados? Será que não temos bons profissionais nas UTIs públicas? Por que um nome com duas ou três participações e outros possíveis nomes em nenhuma? Silêncio na sala. Falei que não era justo. Que o critério para falar no congresso deveria obedecer a alguns pontos: tem mestrado, doutorado ou pós-doutorado, publicou trabalhos na área, é um médico com muita experiência, de notório saber, sabe dar uma excelente aula, pertence a hospital de bom padrão, incluindo os universitários. Pode ser uma combinação destes pontos. Jamais deveria ser uma ação entre amigos.

Então tínhamos uma mesa sobre nutrição enteral e parenteral. Falei no nome do Dr. Prestes, do HFB. Conheciam de nome. Falei que ele era o chefe da comissão de suporte nutricional do hospital, tinha livros publicados. Encaixava-se nos critérios que listei. Acabaram concordando e mandamos o convite. No dia do evento, fui assistir a mesa. O Dr. Prestes teve uma participação brilhante. Aplausos. Ao deixar o púlpito, me olhou e veio falar comigo, emocionado, dizendo que a sua participação tinha a ver comigo. Neguei. Falei, o que era

> *“Será que não temos bons profissionais nas UTIs públicas?”*

verdade, que o mérito era dele e que a sociedade estava apenas agradecendo por todo o seu trabalho em prol da medicina intensiva. Foi bacana.

Fazíamos, na sociedade, reuniões mensais no CBC. Anos e anos, na última terça-feira do mês. Temas de UTI variados, muitos serviços participavam. Era meio que uma tradição. Depois saíamos e íamos conversar no Aurora na rua Capitão Salomão. O Odilon, aquele *staff* da RM gostava de ir, afinal era chefe de uma UTI no RJ. Em uma destas reuniões pós-CBC, uns 10 a 15 colegas, já cada um com seu chopinho, o Odilon levanta da mesa onde todos estavam sentados e corre para o outro lado. Uma colega nossa, a Sílvia, havia se engasgado com um pedaço de carne e ninguém havia notado. Ela tentava falar e a voz não saia. Só ele percebeu. Ia morrer na nossa frente e ninguém faria nada. O Paulo Marcos, que estava sentado ao lado dela, fez a manobra e ela elimina o pedaço de carne. Foi salva. Graças a Deus.

Também, nos anos 1990, assumi a UTI do HCB. Com a missão de melhorar o desempenho. Lá trabalhei vários anos. Levei comigo colegas do HFAG. Pessoas de confiança e excelentes médicos. Já trabalhavam comigo há muitos anos. Brincava com eles dizendo que a "criatura" ficou melhor que o "criador". Recebi muitas vezes, pelo dono do hospital, o Dr. Ronald, propostas para largar a FAB e me dedicar somente ao hospital. Recusei-as. Diante da melhora da performance do setor, o Ronald me repassava uma quantia além do que combinamos. A produtividade. Um dinheiro a mais. E aí, mais

uma vez, exerci o sentimento de justiça. Dividia o valor com todos os funcionários do setor. Igualmente. Desde a faxineira até os médicos. Todos recebiam a mesma quantia. Dava o dinheiro na mão da minha chefe da enfermagem e ela distribuía para todos. O valor adicional para os médicos era pouco, mas para o pessoal da limpeza era significativo. Durante um longo tempo ficou assim. Trabalhavam todos felizes e jamais criaram qualquer problema com as muitas internações do setor.

Nesta UTI, em outro momento, assistimos que o setor de emergência passou a internar menos. E tinha consequência direta na UTI. Leitos vagos. A direção me pediu se eu podia verificar o que estava ocorrendo. A emergência tinha um chefe. Simples. Vamos aos números. *X* internações mensais e sua distribuição pelos dias da semana. Vimos que um ou dois plantões da semana não internavam ninguém. Por semanas o fato se repetia. Comuniquei a direção e sugeri que deveríamos conversar com os colegas destes dias. Aí o dono do hospital falou o seguinte: "Afonso, não tem nenhuma conversa. Todos estes médicos serão mandados embora". Ponderei sobre a conversa. Ele respondeu: "Está decidido". Conclusão: nunca mais meti o bedelho em setor que não sou o responsável.

A idade e o trabalho. Dei a vaga e uma ambulância trouxe o paciente para internar. Vejo um médico idoso, lá pelos 70 anos ou mais, entra na UTI e passar o caso. A enfermeira jovem. Ele e a enfermeira entraram na UTI empurrando a maca. O paciente que trouxe é colocado no leito destinado. Percebo que o colega está ofegante e pergunto o que está

> *“Duas lições que aprendi: prepare-se para a aposentadoria e cuidado com relacionamentos com mulheres muito mais jovens que você.”*

acontecendo. Ele me responde que está um pouco cansado, o que a enfermeira logo confirma. Peço que sente e vamos examiná-lo. ECG. Uma fibrilação atrial aguda. Aviso que ele ficaria ali para tratamento. Resiste e, logo depois, concorda. Vejo a enfermeira pegando seus documentos. Pergunto a ele duas coisas. Quer que eu avise alguém? Ele olhou para a enfermeira que o acompanhava. Por que estava trabalhando em remoção de pacientes naquela idade? Ele olhou novamente para a enfermeira. Duas lições que aprendi: prepare-se para a aposentadoria e cuidado com relacionamentos com mulheres muito mais jovens que você.

O dono do hospital algumas vezes me pagava em dinheiro. Vivo. Eu depositava na minha conta. Eu ficava no hospital até o início da noite, era o horário que tinha que cumprir. Recebo a ligação: “O Doutor pode passar na secretaria?”. Já sabia. Recebi o envelope com o pagamento. Neste dia estava comigo uma colega da rotina, a Dra. Susete, que eu dava carona até mais próximo da casa dela. Descemos juntos. Carro na porta do hospital. Abri a porta de trás e joguei a minha mochila. Quando eu e a Dra. Susete abrimos a porta da frente do carro, apareceu um indivíduo com uma arma apontada para

mim e disse: “Entra no carro, entra no carro”. Susete ficou pálida. Eu também. Pensei, nessa fração de segundo. Estamos mortos. Sabe do dinheiro vivo que recebi. Virei para ele, o assaltante, e disse olhando nos seus olhos: “Eu sei o que você quer”. Abri a porta de trás, a mochila e dei o envelope para ele. Viu que era o dinheiro e saiu andando. Alguns metros depois, entrou em outro carro com mais dois ocupantes e foram embora. Ficamos vivos. Graças a Deus.

Em outra UTI que chefiei, a do Memorial, assisti mais uma vez que lidar com o sofrimento humano não é fácil. Para os pacientes principalmente. Há limites. Admitimos um paciente com tumor de cabeça e pescoço, com traqueostomia definitiva, devido a sangramento. Dispneia, dessaturação, foi para a UTI. Cirurgia chamada, havia sangramento devido ao tumor que recidivou. Uma massa próxima a borda da traqueostomia, do tamanho de uma bola de bilhar, altamente vascularizada e com fácil sangramento. Feito a hemostasia. 24 horas depois novo sangramento. Cirurgia, nova hemostasia. Paciente lúcido. Nesta noite, o paciente exanguinou. Com as próprias mãos arrancou a massa. Antes da enfermagem fazer qualquer coisa. Horrível.

Nesta UTI, tínhamos a plantonista de sábado 24 horas, excelente. Tinha estado com ela em um domingo que fui à UTI e a encontrei em torno das 10h-11h. Falei com ela. O que você está fazendo aqui? Por que não foi embora. Resposta: “Afonso, estou ajudando o colega de domingo, tinha um procedimento a fazer e eu ‘fiquei mais um pouco’”. Bem, altruísmo

assim não é a regra entre plantonistas. Uma ou duas semanas depois, ela recebeu a informação que havia aberto vaga durante a semana. Liguei para ela. Recusou a troca de plantão. Uma outra colega, fofoqueira, então me falou: "Afonso, ela tem um namorado casado. Não pode sair com ela no final de semana. O trabalho no final de semana para ela é terapia". Aí entendi. Passam-se alguns meses e eu estava "tranquilo" com a qualidade de final de semana. Até que recebo uma ligação da plantonista do sábado: "Afonso, estou namorando e meu namorado não quer que eu trabalhe no final de semana". Pensei rapidamente. Terminou com o caso e arrumou um namorado. Fez certo. Ouvi e disse: "Agora não temos a vaga da semana". Ela falou: "Se não puder, vou sair da equipe". Resumo: perdi a plantonista que terminou com um cara casado e arrumou um namorado. Detestei esse namorado. Desarrumou todo o meu final de semana.

Não há momento melhor na UTI do que dar alta para um paciente. Na UTI do Hospital Propícia, admitimos uma enfermeira nossa com sangramento digestivo baixo. Vultuoso. Acabou em colectomia total. Ileostomia definitiva. Internação longa, múltiplas complicações. Desnutrição grave, NPT. Teve alta. Seu marido, um enfermeiro que depois fez medicina e se

"Resumo: perdi a plantonista que terminou com um cara casado e arrumou um namorado. Detestei esse namorado. Desarrumou todo o meu final de semana."

tornou cirurgião. Ela engravidou e teve dois filhos. Passaram a ter uma consideração imensa por mim. Muitos anos depois, recebo um telefonema da enfermeira Maria, seu marido, o Dr. Adolfo, havia feito uma HSA, estava internado em uma neurointensiva e pediu a sua esposa, a enfermeira Maria, com o seguinte recado. Só confiavam em mim. Que eu tinha que acompanhá-lo, fazia questão. Lá fui eu e ele acabou tendo alta, com boa evolução.

Dono de hospital são artistas. Neste mesmo hospital, levei "cano" mais uma vez. O dono do hospital não queria que eu saísse de jeito nenhum. Estava atrasado com o pagamento dois meses. Falei que não dava mais. Insistiu. Então, pegou um cheque, colocou o valor que me devia e disse: "Afonso está aqui o seu cheque". Peguei, guardei. Então ele disse: "Mas não pode depositar. Não tem fundos. Entenda, este cheque é o meu "compromisso com você". Mais adiante, saí do hospital. O cheque ficou guardado por anos como recordação.

Em algumas situações, o inexplicável ocorreu. Vamos a uma. Durante a minha vida, passei a ter o hábito de correr todos os dias. Tive que aprender a correr para entrar na Aeronáutica. 2.400 metros em 12 minutos faziam parte do teste físico. Comecei a correr para treinar para a prova na Lagoa e logo ficava cansado. Não sabia controlar a respiração e tinha dor na região do hipocôndrio esquerdo, o que me obrigava a parar de correr. A dor passava e eu voltava a correr. Coisa de principiante e eu não conseguia fazer 2.400 em 12 minutos antes da prova. Já estava casado e tinha duas filhas pequenas

na ocasião da prova da Aeronáutica. No dia do teste não deu outra, na segunda volta da pista, a dor apareceu e eu parei de correr. Seria reprovado. Nessas horas, temos ajuda externa, não tenho dúvida. Pensei na minha filha pequena, comprimi com a mão o hipocôndrio esquerdo e voltei a correr. Esqueci da dor e consegui passar no teste.

Eu fazia plantões semanais em hospital de Nova Iguaçu e, depois do plantão, eu ia para o HFAG trabalhar. Dividíamos, no plantão, o horário noturno em três períodos, da 0h às 2h20, 2h20 às 4h40 e 4h40 às 7h. Eu muitas vezes, por conta do engarrafamento na Dutra e Av. Brasil, pedia para fazer o segundo horário, horário que ninguém queria, e saía um pouco mais cedo para ir para o HFAG. Passei alguns medos neste trajeto, mas aí já é outra história. Tinha já adquirido o hábito de correr todo dia e nestes dias específicos que chegava muito cedo ao HFAG, em torno das 5h podia correr tranquilamente, tomar banho, café e depois já estava no meu local de trabalho. Tivemos na UTI um paciente jovem internado com endocardite por estafilococos muito grave. Todos do setor preocupados com a sua evolução. Fui dar meu plantão na baixada e como explicado acima cheguei no dia subsequente, às 5h no HFAG. Entrei no vestiário e fui colocar a roupa para correr. Passou pela minha mente o caso do menino com endocardite e eu, ao invés de ir correr, pensei, vou dar uma "olhada" no menino na UTI. Final de madrugada, entrei no setor, todos da equipe descansando/cochilando na poltrona e fui direto ao leito do paciente. Quando entrei no box, o paciente estava "parando"

> *“Acho que somos apenas instrumentos colocados neste mundo para ajudar as pessoas.”*

com 20 bpm. Respiração agônica. Comecei a RCP, chamei a equipe para ajudar e o paciente sobreviveu. Até hoje não sei o que me levou naquele dia a ir ao CTI naquele horário. Acho que somos apenas instrumentos colocados neste mundo para ajudar as pessoas.

Precisamos sempre ter humildade. Conhecemos pouco sobre a infecção. O meu caso. Como dito acima, dei plantão durante longos anos em minha vida no hospital da Posse. No meu plantão do PS tínhamos um colega infectologista. O grande Marcos. Trabalhava no Fundão. Aprendi muito com ele. Uma vez, me chamou e pediu para eu ver uma paciente com febre. Ele disse: “Afonso, qual o diagnóstico?”. A febre na verdade era uma meningite que ele diagnosticou através das petéquias em conjuntivas. Que ele fez questão de me mostrar. Jamais faria tal diagnóstico. E todos sabemos que o início rápido dos antimicrobianos faz a diferença entre a vida e a morte nestes casos. Em outro momento, fez o diagnóstico de tétano em um paciente na enfermaria da emergência. Uma sumidade e humilde como todo sábio. Mas, por outro lado, ele não tinha a prática de UTI, de perceber a gravidade do caso e oferecer rapidamente os suportes à vida, o que era o meu caso. Não reconhecia que o paciente iria morrer logo a seguir e ele

também aprendeu comigo como agir nestes momentos. Bons tempos. Mútuos aprendizados.

A vida na UTI do HFAG sempre foi muito dura. Admiti paciente, masculino, idoso, com AVE isquêmico documentado por TC lá no início dos anos 1980. Familiar de colega médico da instituição. Tinha ido, inicialmente, para o andar e havia piorado o quadro respiratório após 2 a 3 dias de internação. Estava em franca InsufRespAguda. Feito EOT e colocado em VM. Coletado culturas. Radiologia de tórax mostrou imagem sugestiva de pneumonia aspirativa extensa e derrame pleural a D significativo. Procedido a toracocentese veio líquido francamente purulento. Colocado dreno de tórax. Que saudade da penicilina cristalina/cloranfenicol/gentamicina. Colega preocupado com a evolução. Acabou, apesar do tratamento, evoluindo para o óbito nos dias subsequentes. Lembro deste caso para exemplificar como uma infecção pode evoluir rapidamente com gravidade. Uma sepse de foco pulmonar.

Em outro momento, internei um paciente idoso. Estava de plantão. Final da tarde. Observei que uma senhora, também idosa, ficou sentada na porta da UTI. Paciente muito grave. Depois de algum tempo, retornei à porta da UTI e vendo a senhora sentada, triste, chorando, sai e expliquei sobre a situação do paciente e orientei que a senhora deveria ir para casa e retornar no dia seguinte. Ela cuidava do paciente. Sua cuidadora. Durante a noite olhei e a senhora continuava sentada na porta da UTI. Mandei perguntar se queria mais alguma coisa. Falou que não. Queria ficar quieta. Estava rezando.

Mandei oferecer um suco e biscoitos que havíamos recebido pelo plantão. No dia seguinte, na parte da manhã, muito trabalho com os outros pacientes. Chega à tarde e no horário da visita, vou eu conversar com os familiares. Recebo três pessoas que se apresentaram querendo saber do paciente que havia internado na tarde anterior. Observei que a tal senhora estava sentada em uma cadeira, quieta e não veio falar comigo. Expliquei para os familiares sobre a gravidade do caso. Ouviram. Deveríamos aguardar um pouco, observando a possibilidade de resposta ao tratamento. Resposta, da minha parte, meio que padrão. Não moveram um músculo da face. Então, vendo que os familiares não falaram e não olharam para a senhora sentada desde o dia anterior na porta da UTI. Perguntei: "O que vai acontecer com aquela senhora, apontando para a cadeira onde estava sentada". O mais velho, que deveria ser o filho do paciente respondeu: "Doutor, isso não é problema seu. E nem nosso". A vida é cruel, concluí.

O HFAG acabou sendo a referência durante a visita do papa João Paulo ao RJ. Equipe brifada, etc. O hospital recebe a informação que uma pessoa da comitiva do papa estava "passando mal" e viria para atendimento no hospital. Primeiro achou-se que era o próprio papa, já muito idoso. A emergência toda mobilizada. UTI avisada. Chega informação que

> *"'Doutor, isso não é problema seu. E nem nosso'. A vida é cruel, concluí."*

havia a suspeita de ser um infarto. Chegam inúmeras pessoas ao mesmo tempo no PS. Um dos colegas de plantão no PS resolveu dar as ordens e organizar a confusão. Olhou para uma pessoa negra que estava ali no setor, junto com as que haviam chegado, e disse: "Dá para o senhor aguardar lá fora? Estamos aguardando o papa para atendimento". Tipo assim, não atrapalhe. As pessoas se entreolharam e falaram com o colega: "Quem está passando mal doutor, com dor no peito é ele mesmo", apontando para o negro da comitiva. Ele, o paciente, era um dos cardeais da comitiva do papa, com IAM. O colega ficou mudo e saiu de cena.

Lidar com dinheiro público é complicado. Tem que ser honesto. Uma vez recebemos um material para a UTI, já no final da tarde. O rapaz que levou pediu para assinar a nota fiscal como recebido. Assinei e vi o valor da nota. O material em questão era uma caixa com conexões que usávamos para aspirar o paciente intubado. Tínhamos o cateter de aspiração e conectava a tal peça na borracha que vinha da aspiração. Fechava a conexão aspirava. Abria não aspirava. O cateter era desprezado após. Naquela época não tinha ainda o sistema fechado de aspiração. Bem, como assinei, eu vi o preço e achei muito caro. No dia seguinte, o chato aqui, pegou uma peça da caixa e fui ao centro da cidade. Na loja que vendia a caixa com as conexões. Pedi para comprar uma. Com nota fiscal. O vendedor me olhou assustado e eu disse que era para mim. O valor de uma conexão era entre cinco a dez vezes menor que o valor que o hospital havia pago. No dia subsequente,

fui à sala do diretor e entrei com a caixa das conexões, uma conexão e a nota fiscal de uma conexão, a que eu comprei. Falei do valor que o hospital havia pago pela caixa. Ele ficou me olhando e eu disse: “Olha a diferença de quanto o hospital está pagando por esta peça”. Ele mandou chamar o setor de compras e mandou eu sair da sala. Vida que segue.

Na chefia do setor, durante muito tempo, apliquei a regra: “o exemplo vem de cima”. Ninguém tinha dia de folga, o famoso day off ou “horário deslocado”. A rotina ia todos os dias, eu inclusive. Rodízio no final de semana. Estivesse trabalhando em hospital público ou privado. Quando me pediam, a resposta era não. Uma das colegas da rotina, passei a saber, era quem sustentava toda a família. Irmã doente, sem trabalhar, mãe muito idosa. Veio conversar comigo sobre a liberação de um dia para plantão fora. Achei que o correto era ceder e permiti. Passou a ter o seu day off. Não passaram duas semanas e todos os outros colegas vieram pedir o mesmo. Por questão de justiça, não pude negar e acertamos os horários de todos. O ensinamento é: se você permite para um, vai permitir para todos.

Depois de anos, um dos envolvidos veio me contar: “Afonso, o pedido de folga foi solicitado pela colega a nosso pedido. Nós a convencemos a fazer isso. Sabíamos que a chance de você negar seria difícil, pois o motivo era justo. ‘Coração mole’. Depois dela, todos nós fomos pedir também, pois sabíamos que você aplicaria o conceito de justiça”. Ou seja, fui usado. Mas fiz certo.

Em uma UTI, você quando vai todo dia, fui coordenador de muitas, acaba conhecendo as pessoas. Boas, trabalhadoras. De várias áreas. Fui ver os pacientes com o plantonista, o que fazia sempre que chegava. Passei em um box e vi que o paciente estava sem O_2. A máscara estava caída ao lado. Chamei à atenção do plantonista que, por sua vez, "botou a culpa" na enfermagem. Médico sempre faz isso. Uma rotina. O problema foi corrigido. Era o que interessava.

Neste mesmo dia, vem a auxiliar, já antiga no setor, e, pede para falar comigo, com a sua chefe. Começa a chorar. Pergunto o que houve. Ela me conta que o plantonista a estava assediando e, como ela não "deu bola", falou que iria "atazanar" a sua vida. Desarrumava o que ela havia feito no box, eu, o chefe, iria ver, reclamaria com a enfermagem, e, no final, ela seria mandada embora. Ela já sabia que quando eu reclamava de alguém eu queria providências. Ou corrigia ou "rodava". O paciente grave não permite erros. Achei estranho. Falei para ela ir ao leito *X* e ajeitar alguma coisa. Logo depois eu irei ver o caso com o plantonista. Falei com ele. Ele foi antes ao leito e o vi "mexer" nos dispositivos. Fui ao box *X* com o plantonista e observei não conformidades. Fiz cara feia. Ele novamente acusou a enfermagem. Disse que ela devia ser mandada embora. O diagnóstico estava feito. Era verdade o que ela havia me contado. Fui claro com ele e ele se desconcertou. Me interrogou se eu acreditava mais nele ou na técnica. Falei que acreditava na técnica. Foi embora para casa neste mesmo dia e fiquei de plantão. Mais tarde outro veio

substituí-lo. Na vida, vamos conviver com malucos também. Temos que afastá-los da UTI.

Em outra ocasião, mandei um médico embora, em um hospital privado, por causa do não pagamento de uma pizza. Estava o colega em seu plantão noturno e pediu uma pizza. *Delivery* demorado. Chega o rapaz, vai à porta da UTI. Entrega a pizza. Cadê o médico para pagar. Não estava no setor. Foi a emergência ver um paciente, esta é sempre a resposta. Desta vez tinha que aparecer para pagar. Ligam para lá, nada. Ligam para o andar. Nada. Sai uma técnica a caça do médico. Entregador na porta sem receber. Fala com uma, duas pessoas no andar e abre um quarto que estava vazio. Encontra o médico e a enfermeira chefe do andar na cama. Volta para o setor. O médico paga a pizza. No dia seguinte, chego e todo o hospital sabe do ocorrido. Falo para todos ouvirem. Demitido. Ligo para ele, agradeço o seu trabalho e o comunico que não precisaria mais vir ao plantão na semana que vem. Forma educada de mandar embora. Ele quer saber o porquê. Explico. Ele diz: "Afonso, por causa disso?". Falei: "Sim, demitido". Seguimos.

Também trabalhei, já como médico, em grandes emergências do RJ. Mais de 800 atendimentos/dia. Já também com tempo de UTIs. Em uma delas havia um local para pacientes graves, eu ficava ali com os acadêmicos ensinando procedimentos. A chefia meio que obrigava a ficar "dentro da sala" de atendimentos. Com isso os atendimentos eram feitos pelos médicos ou diretamente sob a supervisão destes. O modelo era esse. Tudo bem. Fui tomar um café e, quando voltei, a

acadêmica, nova no plantão, virou para mim e disse: "Afonso, atendi um paciente com EAP". Respondi: "Onde ele está?", olhando para a sala. Ela me disse: "Mandei fazer o RX". Respondi: "Cadê ele?". Ela respondeu: "Ainda não voltou". Virei para ela e disse: "Vai lá que o paciente vai morrer". Ela saiu correndo e eu fui atrás. Chegamos na imagem e não deu outra. O maqueiro havia deixado o paciente na cadeira aguardando ser chamado para fazer o exame. Havia parado. Depois, a estudante não parava de chorar. Havia sido duro com ela. Me arrependi.

Depois fui transferido de hospital. Era mais perto da minha casa. Apresentei-me ao chefe de equipe e fui para a sala, ficar com os acadêmicos e residentes. Como no outro hospital, equipe grande, uma porção de especialistas. Durante o plantão, sou chamado na sala dos médicos. Entro e tem uns 15 colegas. Falo tudo bem com vocês e sento. O chefe havia me chamado. Um dos colegas se levanta e fala comigo, sério: "Afonso, você está de "sacanagem" com a gente?". Não entendi. Pensei, o que eu já fiz de errado aqui meu Deus. Pedi desculpas a todos sem saber o porquê. Ele repetiu: "Não é possível, está de sacanagem". Não entendi novamente. Ele perguntou então: "Você viu algum de nós na sala de atendimento hoje?". Respondi que não. Ele continuou: "Então não queira sacanear a gente. Só entramos na sala de emergência quando somos chamados. Ninguém fica direto lá. E você também não vai ficar, entendeu?". Concordei com ele. Era a prática do hospital. A conversa terminou assim: "Afonso agora vai

pagar um café para todo mundo". Descemos para a cantina e tomamos café. Aprendi mais uma. Adapte-se e viva.

Lidar com estudante não é fácil. Vide o que já descrevi a meu respeito acima. Mas, o ensinamento vertical, passado pelo mais experiente é fundamental para os mais novos. O jeito de ensinar é que faz a diferença. O meu jeito de ensinar, talvez pela forma que eu aprendi, não tenha sido dos melhores. No mínimo discutível.

Os estagiários na UTI participam da discussão dos casos. Normal. Apresentam e os médicos todos opinam. As decisões são tomadas. É assim em todas as UTIs do mundo. Quando você escuta alguma coisa errada, é a hora de corrigir. Não há que haver "prurido" quando alguma conduta é questionada. Faz parte. É visando o melhor atendimento ao paciente. Bem, algumas vezes falamos, não é assim, está errado. Tem que fazer de outro jeito. Conversa também normal entre médicos. E os estagiários, por serem os mais novos, com alguma frequência são corrigidos. *N* estagiários vivem isso e absorvem bem.

Tivemos um estagiário que passou pela UTI. Não o vi mais. Anos depois, eu, chefe de uma UTI, outro hospital, peço um procedimento, uma broncoscopia, para um paciente internado. Liguei para o colega da especialidade que atendia o hospital. Disse que estava com problemas particulares e não poderia vir. Falou que iria falar com outro colega para ir a UTI. Respondi: sem problemas. Chega o colega para fazer o exame. Eu o conhecia. Tinha sido meu estagiário. O cumprimentei e ele disse, antes de fazer o procedimento, que queria

> *“Ensinamento. Cuidado com as palavras.”*

falar comigo. Em particular. Entramos na sala dos médicos. Sentamos. Ele virou para mim e disse: “Afonso, eu não sou burro”. Olhei espantado para ele. Repetiu: “Afonso, eu não sou burro”. Falei então: “Por que você está falando isso?”. Ele então falou: “Quando fui seu acadêmico, você me chamou de burro, na frente de todo mundo. Eu não sou burro”. Levantou a voz. Expliquei que ele como acadêmico deveria ser chamado à atenção, estava aprendendo. Falei que nunca o chamei de burro. Que ele interpretou mal uma correção sobre a sua fala. Pedi desculpas pelo mal entendido. Poderia ter errado. Depois de “muito papo”, zerou tudo e ele fez o procedimento. Ensinamento. Cuidado com as palavras.

Tivemos um paciente com pancreatite devido a trauma. Acidente de moto. Complicou e precisou de cirurgias para tratamento de abscesso pancreático. Internação é longa nestes casos. Dois meses na UTI. O papel do cirurgião é fundamental. Várias intervenções para lavagens da cavidade. Uma infecção de difícil controle. O que quero dizer é o seguinte. O cirurgião chega ao hospital para ver outro paciente, na enfermaria, não na UTI. Uma funcionária administrativa viu a familiar do paciente chegar. Viu o cirurgião chegar logo a seguir. Virou para ele e comunicou que a familiar do paciente *X*, o da pancreatite, queria saber se podia falar com ele. O cirurgião então

respondeu para a funcionária: “Não entendi, ele ainda está vivo?”. O paciente mais adiante teve alta do hospital. Ensinamento. Cuidado com as palavras.

Nos anos recentes, brincava com os estudantes falando de uma atitude que passei a ter quando conversava com especialistas que iam à UTI para decidir sobre uma intervenção ou conduta. Tinha aprendido durante a vida que algumas vezes essas discussões não chegavam à conclusão nenhuma e eu tinha a sensação de ter sido “enrolado”. Tipo assim: “faz um TC que depois eu revejo o caso”. Então eu pensava. Esses cirurgiões têm aula na residência de como enrolar os clínicos. E o paciente que ficava sem a solução. Então, passei a fazer o seguinte: o especialista entrava, sozinho ou com seus assistentes, e, eu, ficava próximo da porta da sala de reunião e a fechava. Só saiam dali com uma decisão tomada. Nada de ficar “em cima do muro”. Funcionava.

Uma das últimas UTIs que chefiei, a do Hospital Amparo, a minha rotina, na segunda-feira, quando ia conversar com as famílias, ouvia muitas vezes o seguinte; o médico ontem disse que o caso era muito grave e que o setor não iria usar de recursos invasivos. E hoje, a família, encontrou o paciente na VM. A rotina então tinha que “justificar” para as famílias porque agiu diferente do “combinado”. Tal fato se repetiu algumas vezes e a rotina conversou comigo. Liguei para o colega do plantão do final de semana e perguntei, para um caso específico, qual tinha sido a conversa dele com a família na ocasião da internação. O colega não teve dúvidas: “Afonso, a

meu ver trata-se de tratamento paliativo". Ponderei que como ele tomava essa decisão no momento da internação, quando, na totalidade dos casos, estávamos vendo o paciente pela primeira vez. Ressalto que não eram pacientes com neoplasias em fase final, quando estes pacientes nem devem ir para a UTI. Eram pacientes idosos com comorbidades, que haviam descompensado por um insulto, como por exemplo infecção pulmonar. Voltei, nessa mesma conversa, a manifestar minha posição contra a sua "rotina de trabalho". O colega falou que gostava de paliativismo. Respondi que nada contra, mas que não era na entrada da UTI, de um paciente que você nunca viu, que a primeira conversa com a família deva-se abordar o tema paliativismo. Meio que o proibi de fazer isso. Não gostou muito, mas parou de agir assim. Melhor.

Depois de alguns anos, ficou claro que a UTI do HFAG precisava crescer, ter mais leitos. Desde os anos 2000 insistimos para a ampliação do número de leitos. O serviço público é lento. Mas saiu. Ganhamos uma área que pertencia a uma enfermaria e isto significou ampliar em seis o número de leitos. Obra, equipamentos, tudo novo. Aí começou o outro problema, o principal. Que não dependia de nós. A não ser encher o saco dos responsáveis. Pessoal para o setor. O calcanhar de Aquiles era a enfermagem. Cobertor curto. Concurso para novas vagas difícil e lento. Tirar de outros setores não dava. Um dilema. Abriam os leitos e acabavam "fechando" por falta de pessoal. A instituição pública é um paquiderme.

Aqui uma carta entregue por mim à direção do hospital, "brigando pela UTI". A direção queria abrir leitos "na marra". Pura política.

HFAG - Unidade de Terapia Intensiva

Da: Coordenação técnica do setor - TCMedAer *RR* Afonso José Celente Soares

Para: Vice-direção, com cópia para Direção do HFAG.

Assunto: Como devemos administrar uma UTI com alta demanda???

A UTI do HFAG funciona desde a inauguração do hospital, lá se vão mais de 30 anos, procurando sempre atender aos pacientes graves do sistema da melhor maneira possível.

Portanto, temos história para contar:

Passamos a formar pessoal ao longo dos anos, incorporamos a residência médica em UTI, somos credenciados pela AMIB para formação de intensivistas, temos há décadas estagiários e residentes, vários médicos R2 que também passaram pelo setor hoje são excelentes intensivistas em UTIs da nossa FAB, pelo estado e Brasil.

Temos uma equipe de rotina forte, experiente, com título de especialista da AMIB, que faz a diferença na condução dos casos e serve de modelo para os jovens médicos que passam pelo setor.

O número de usuários do sistema cresceu exponencialmente e isto se reflete nas internações do setor ao longo dos anos.

O setor vive sempre com todos os seus leitos ocupados. No ano de 2012, foram 988 internações, com uma taxa de mortalidade de 10% e com uma média de permanência de quatro dias.

O HFAG realiza os procedimentos cirúrgicos de alta complexidade de todo o sistema, tem sua emergência com movimento crescente, um setor de oncologia em plena atividade e está ao lado da Casa Gerontológica. Portanto, nada mais natural que a UTI esteja constantemente sendo pressionada por criar vagas para os pacientes.

Gerenciar a unidade não é uma missão fácil. Uma atitude não usual no passado, transferir pacientes para as UTIs do HAAF ou HCA para atender as prioridades dos pacientes típicos do HFAG tem sido cada vez mais frequente.

Temos problemas de pessoal e estruturais:

A equipe de profissionais do setor trabalha muito e no limite, com os setores de enfermagem e fisioterapia com carências ainda não resolvidas. Sabemos que o melhor resultado da UTI depende de maneira crucial destes profissionais em número adequado.

Também sabemos todos que existe portaria do MS/Anvisa que normatiza o funcionamento de uma UTI em todos os seus aspectos, inclusive quanto aos recursos humanos.

Todos conhecem, já há alguns anos, que o número de leitos de UTI disponível no sistema é insuficiente para atender a demanda de pacientes graves. Foi planejado um setor novo ao lado com mais seis leitos, mas sua operacionalização esbarrou na entrada de recursos humanos. Planejar o que vai ocorrer nos anos futuros é uma tarefa exigida aos nossos administradores.

Nesse cenário descrito acima é bastante recomendável que todos tenhamos sempre calma para resolver as necessidades de vagas para as cirurgias e pacientes clínicos, altas e transferências dos nossos pacientes, pois qualquer erro cometido quem pagará o preço é o próprio paciente, o que não podemos permitir nunca.

Tive como médico a oportunidade de trabalhar neste setor desde os seus primórdios, e, ainda nos dias atuais, procuro colaborar, de forma bem discreta, tentando humildemente influir no resultado obtido pelo setor.

Fiz toda esta exposição para manifestar minha preocupação com as orientações recebidas pela equipe da UTI por parte da Direção do HFAG no dia 6/5/2013 logo cedo: "QUERO QUE ARRUMEM DOIS LEITOS NOVOS PARA A UTI E SOMENTE EU (O DIRETOR) POSSO MANDAR INTERNAR NESTES LEITOS". "NINGUÉM ALÉM DE MIM (O DIRETOR) PODE DECIDIR QUEM VAI INTERNAR NESTES DOIS LEITOS".

Bem, com certeza, as palavras descritas acima não são a maneira mais apropriada para a abertura de novos leitos de UTI. Em condições normais, não cabe à Direção decidir questões técnicas como quem deve entrar ou não na UTI, devendo os especialistas do setor, decidirem tais questões, como sempre foi a atitude que observamos dos vários diretores anteriores do HFAG.

Por outro lado, não devemos permitir colocar pacientes em "leitos extras" sem toda a infraestrutura necessária, condição esta que pode colocar a vida do paciente em risco, sem a vigilância e assistência devidas, com possibilidades de questionamentos judiciais pelos responsáveis por tais atos.

Creio eu que tais orientações devem ter sido com o objetivo de não deixar jamais os pacientes que precisam de UTI não terem acesso a uma vaga.

O bom resultado obtido pelo setor, desde 1981, por todos os seus profissionais nos credencia a alertar a Direção no sentido de procurar encontrar sempre uma solução de bom senso para os problemas administrativos, problemas estes que ocorrem todos os dias dentro de uma UTI.

Rio de janeiro ../../....

Atenciosamente

Afonso José Celente Soares

Algumas vezes conto que não morri por um atraso de dez minutos. Como já estava acostumado a dar aulas, acabei abrindo uma porta para dar treinamento em BLS (suporte básico de vida) em plataformas de petróleo em alto mar da Petrobras, em Macaé. Convidei um enfermeiro para ir comigo e fomos nos dois treinar as pessoas. Decolamos do aeroporto de Macaé. Passamos um final de semana dando aulas sobre RCP. Todos gostaram. Levamos manequins. Falamos sobre o DEA. Fomos e voltamos da plataforma de helicóptero. Como todos gostaram, um novo convite foi feito para ir a outra plataforma, desta vez, a maior na região. Desta vez eu iria sozinho. Aceitei. Mais um final de semana de trabalho. Iria na sexta e voltava domingo. Vou eu para Macaé. A decolagem

seria às 14h e cheguei, por conta de engarrafamentos para sair do RJ, dez minutos atrasado no aeroporto. Fui ao funcionário e ele disse: "Já decolaram". Respondi: "E agora, o que faço?". Ele respondeu: "Não sei. Aguarde para saber se terá outro helicóptero para a tal plataforma". Fiquei no saguão do aeroporto sentado esperando. Após 10 a 15 minutos, um reboliço no aeroporto. O helicóptero que havia decolado caiu em alto-mar. Confusão total. Todos morreram. Fiquei parado pensando porque eu não estava lá. Minha esposa soube pela TV e ficou me ligando desesperadamente. E o telefone estava fora de área. Temos uma casa em Rio das Ostras. Voltei para o RJ, entrei em Rio das Ostras, fiquei sentado em uma praça por um bom tempo. Liguei para casa e disse que estava vivo. Não voltei mais para dar curso para a Petrobras. Não foi desta vez.

Vou recordar agora outro episódio. Ainda garoto, com uns 16 anos e meu irmão com 14, fomos à praia da Barra. Na volta, antes de pegarmos o ônibus, resolvemos entrar no canal, ao lado da ponte que já existia para retirar a areia. O meu irmão entrou na água primeiro, deu três passos e afundou. Havia uma "vala" próximo a margem. Logo a seguir ele volta à superfície e afunda novamente. A correnteza começava a levá-lo para longe da margem. Nós dois não sabíamos nadar. Diante disso, mergulhei para salvar o meu irmão. Comecei a me afogar também. Sensação horrível. Querer respirar e não conseguir. Os dois iriam morrer afogados. Um pescador que estava na ponte próxima, viu a cena e veio correndo. Mergulhou no canal, me salvou e ao meu irmão. Até hoje não

sabemos quem foi a pessoa que nos salvou da morte. Só me resta ter gratidão e ter aprendido, naquele momento, como é importante ajudar o próximo.

A posição por você ocupada, algumas vezes, te obriga a dar opiniões, em público. Tivemos na época que eu era presidente da sociedade regional, a notícia que um enfermeiro de um hospital público "matava os pacientes na UTI" e recebia dinheiro de uma funerária. O caso do criminoso acabou levando a mídia a me entrevistar e colocar a entrevista no noticiário nacional. Foi preso. O que eu deveria falar. Igual a todos, achava uma coisa horrenda e que o mesmo deveria responder pelos seus crimes. Mas, sempre o mas, ponderei que os funcionários do setor deveriam ter prestado mais atenção no que se refere a monitorização/vigilância dos pacientes na UTI, visto que tais crimes ocorreram várias vezes, até que alguém do próprio hospital o denunciou. Os colegas do hospital não gostaram muito da minha fala. Mantive a minha posição. Tudo que acontece dentro do setor é de responsabilidade de todos e principalmente do médico. Sempre disse para os mais jovens, quem dá o atestado de óbito é você. Ninguém mais. Portanto, se está de plantão, tome conta do setor. Nenhum paciente morre sem ter um motivo dentro da UTI. Se ocorreu e não está claro o motivo, o primeiro a ser feito é saber por

"Só me resta ter gratidão e ter aprendido, naquele momento, como é importante ajudar o próximo."

que ocorreu o óbito. Até porque, se isso não for feito, novas mortes "inesperadas" irão acontecer no setor. Como dizia um colega, o Milton, chefe de uma UTI no RJ: "O único motivo de morte aceitável dentro do setor é a falência múltipla de órgãos", depois de tudo ser feito pelo paciente. Estava certo. O intensivista naturalmente é preocupado, ansioso, tenta antecipar-se a possibilidade de óbito. Não pode ser de outro jeito. E, dentro do setor, todos tomam conta de todo mundo. Essa é a regra.

Também, nem sempre ter algum conhecimento ajuda. Recebo um telefonema avisando que um familiar havia dado entrada em um hospital público, com quadro sugestivo de AVE. A minha primeira atitude foi obter informações. Como não conhecia ninguém naquele hospital, liguei para o hospital e pedi para falar com a "sala dos médicos". A telefonista passou a ligação. Identifiquei-me como médico e perguntei sobre o atendimento de um paciente com possível AVE. Quanta inocência. A resposta foi imediata: não temos nenhuma informação. A minha preocupação era que o paciente era jovem, 38 anos, e havia na sua família outro caso de rotura de aneurisma cerebral. Peguei o meu carro e fui imediatamente até o hospital. Me identifiquei como médico e entrei na emergência. Encontro o paciente em uma maca, em coma, entubado e acoplado ao ventilador. Pupilas reagentes à luz. Sem ninguém por perto. Deveria estar em uma UTI. Pergunto se haviam feito imagem ao pessoal da enfermagem e a resposta foi que sim. Pergunto se o neurocirurgião havia visto o caso. Pedi para

falar com ele. Onde ele poderia estar. Operando, pensei. A enfermagem sinalizou que ele poderia estar na cantina. Fui atrás dele. Falei com ele sobre o caso, sua gravidade, o histórico da família, o fato de ser jovem, o resultado da imagem e, o colega, disse que nada mais poderia ser feito. Insisti sobre a colocação de uma DVE. A possibilidade de terapia endovascular ou, caso indicado, a clipagem do aneurisma mais adiante. Ressalto que havia já muitos anos que trabalhava no HFAG, com serviço de neurocirurgia que tinha todos os recursos. Portanto, sabia do que estava falando. A resposta foi taxativa, não. Insisti sobre a necessidade de ficar na UTI. Falou que, se eu achasse que era o caso, deveria ir ao CTI pedir a vaga. Que ele não faria isso. Meu Deus! Não acabou ainda. Fui ao CTI e pedi para falar com o colega intensivista. Falei sobre o caso que estava em uma maca no PS, em coma, com 38 anos... Ele olhou para mim e disse: "Peça ao médico do PS para pedir a vaga na UTI". E completou: "Com isso eu coloco o nome dele nessa lista de pacientes que devem vir para o CTI". Me mostrou um quadro com nomes dos pacientes internados e de aqueles que deveriam "subir" para o CTI. O meu pedido seria o sétimo da lista. E ninguém estava de alta. Desci, passei no PS, pedi ao médico para fazer o pedido da vaga. Resposta: "Só se o neurocirurgião quiser que vá para o CTI, caso contrário não". Fui embora e o familiar morreu no PS. Uma sensação horrível.

Aqui cabe uma reflexão que fiz relativa ao fato de ter trabalhado em várias UTIs de hospitais privados como coordenador. Tudo começava quando a direção me convidava pela

minha experiência. Acabava "arrumando a UTI", ficava melhor "sob a nova direção". Mas, nem tudo são flores. Sempre detestei puxa-saco e ao longo do tempo acabava me distanciando da direção/chefia do hospital. Também, uma característica minha, fazia alguns comentários criticando algumas decisões da direção com a equipe do setor. "As paredes têm ouvidos", nunca se esqueça disso. A FAB acabava consumindo boa parte do meu tempo. Não manifestava compromisso com o lucro, a qualidade sempre em primeiro lugar. Brigava por salários melhores para o grupo. Depois de um período, a necessidade da minha presença para a UTI funcionar não era absolutamente necessária. Já estava "arrumada", e eu também meio que cansado por ver alguns problemas, que considerava importantes, não resolvidos pelo hospital. Juntando tudo, eu saia sempre pela porta da frente, cônscio do meu dever cumprido.

Resumindo, nas várias UTIs particulares que trabalhei, foi sempre a mesma conversa. A chance de melhorar alguma coisa sempre nos empolga. Começo, arrumo, melhoro muito e aí, não precisam mais de mim. Entra, melhora o setor e depois é rifado. A gente acaba se sentindo usado. É a vida dura.

O hábito da leitura em medicina todos esses anos trouxe para mim um cacoete. Sempre ler os artigos originais. A novidade. Lógico que revisões, metanálises e *guidelines* são importantes, mas nada se compara a ler um "fato novo" sobre o tratamento de uma patologia. Não seríamos nada sem os pesquisadores. Aqui uma reflexão, o que faz os pesquisadores procurarem novas formas de diagnóstico e tratamento. E

de prevenção, como as vacinas? Julgo que o que move essas pessoas é o sentimento de ajudar o próximo. Não existe nada mais nobre.

Como tudo em medicina, pode mudar ao longo do tempo, uma verdade hoje, daqui a dez anos pode não existir mais. A ciência avança. Por isso o médico é um "ser condenado" a estudar toda a vida. E que condenação boa. Nas minhas aulas para a graduação sempre falo isso. Medicina dá trabalho. Mas é uma profissão maravilhosa, onde você exerce plenamente o exercício diário de ajudar o próximo. Não há nada mais gratificante.

"Medicina dá trabalho. Mas é uma profissão maravilhosa, onde você exerce plenamente o exercício diário de ajudar o próximo. Não há nada mais gratificante."