

▪ 2021, 3(2):42-47 ▪ e-ISSN: 2674-7103

Jornal Memorial *da* Medicina

▪ DOI: 10.37085/jmmv3.n2.2021.pp.42-47

História da Medicina

Reminicências do antigo Hospital do Pronto Socorro do Recife: Primeiro contato com a Morte Encefálica

Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Universidade de Pernambuco, Pernambuco, Brasil

azevedoh@uol.com.br

Editado por
Juliana Ramos Andrade

Pensava em relatar o meu primeiro contato com a trágica ocorrência clínico-neurológica que reveste a morte encefálica, contudo achei por bem colocar primeiramente o contexto que vivíamos como acadêmicos concursados do antigo Hospital do Pronto Socorro do Recife nos distantes anos de 1968 e 1969.

Naquela época ser acadêmico concursado daquele nosocômio, o mais importante hospital de urgências da região, era motivo de inusitado orgulho para os estudantes de medicina de então e maior fonte de aprendizado que o futuro médico poderia almejar. Éramos considerados funcionários públicos, tanto que muitos anexaram posteriormente esse tempo de serviço para requerimento de aposentadoria. A remuneração mensal consistia em um salário mínimo, o que trazia bastante conforto para com as despesas que todo jovem se deparava. Sapatos de marca comprados na Sapataria Inglesa, camisas de estilo compradas na 'Torre Eiffel', gasolina para o velho fusca que o pai lhe dera, perfume Lancaster para melhor se apresentar às jovens casadoiras da época, viagens para o Rio de Janeiro nas parcas férias que pudessem ser obtidas, noitadas na 'Cabana' do Parque 13 de maio, idas com as namoradas à boate Ferro Velho, presentes para as futuras esposas, e obviamente também para as mães, tudo isso aquela ponderável quantia nos proporcionava.

Para admissão teríamos de nos submeter a rigorosa seleção que constava de prova escrita, oral e pontuação do currículo, quando a despeito de boas notas, pois a seleção era classificatória, precisámos nos colocar dentro do número de vagas ofertadas. Geralmente os concursos para estudantes ocorriam em início de dezembro porquanto nessa ocasião os formandos abandonavam os seus postos e os plantões teriam de ser preenchidos. Havia três tipos de seleção, a do Pronto Socorro, a das maternidades e a dos DECs que eram os serviços de emergência pediátrica clínica. Aqueles que já se inclinavam para ter como especialidades tocoginecologia e pediatria geralmente davam preferência aos dois últimos certames. Para as vagas do HPS, como era chamado, era reconhecido que aqueles que se submetiam ao exame ao fim do quinto ano tinham mais chances do que os colegas que estavam um ano atrás visto que esses ainda não haviam cursado as cadeiras (hoje disciplinas) de cirurgia e traumatologia. No HPS eram admitidos apenas três concursados por plantão e vez por outra os chamados *attachés*, estudantes não concursados que ficavam 'peruando' os plantões, eram proibidos pela direção de lá frequentar. Nós não tínhamos qualquer simpatia pelos *attachés* pois poderiam tomar as nossas chances nas cirurgias e outros procedimentos que nos interessavam sobremaneira se fossem protegidos por um dos médicos e principalmente pelo Chefe do Plantão, senhor de todas as decisões naquelas 24 horas e que respondiam apenas e unicamente ao diretor. É preciso que se ressalte que ser Chefe de Plantão do HPS naqueles anos era uma posição de extremo destaque no nosso meio médico, talvez apenas só suplantada pelo status de professor catedrático.

Enviado: 25 de Setembro de 2021
Publicado: 30 de novembro de 2021

© Copyright 2021

Voltando aos *attachés*, eles também não participavam da divisão do horário noturno conosco e desapareciam em torno das 23 horas. Porém, e ainda pior, não dividiam a escala para a retirada de *fecalomas* e curativos de queimados.

Retirar um *fecaloma* era um dos procedimentos mais desagradáveis e nauseabundos que tive a oportunidade de participar na nossa profissão. Eram pobres pacientes portadores de enormes *megacolons* devido à Doença de Chagas, que frequentemente estavam há três a quatro semanas sem defecar. Imagino que esse aterrorizante evento não seja mais tão frequente nos dias de hoje. Para tentar facilitar o processo fazíamos previamente várias lavagens intestinais não só com glicerina em altas quantidades, mas também anexávamos bicarbonato de sódio a fim de amolecer a 'cabeça' do *fecaloma*. Os pacientes eram submetidos a uma raque anestesia que, além de lhes reduzir a dor ocasionada pelo procedimento, produzia um acentuado relaxamento do esfíncter anal que permitia que mais das vezes conseguíssemos introduzir totalmente a mão no interior da ampola retal. Vestíamos 2-3 aventais cirúrgicos, colocávamos três luvas, vários gorros e máscaras embebidas em perfumes ou qualquer líquido provido de odor agradável a fim de minimizar o horripilante odor que advinha daquele mar de fezes que descia após termos 'quebrado' a cabeça' do *fecaloma*.

Ficava um mau cheiro insuportável e por mais que tomássemos vários banhos em seguida parecia que o odor se entranhara no nosso corpo e assim permanecia por vários dias. Havia uma lista para a realização desses procedimentos, que muitas vezes vomitávamos posteriormente, porém seguíamos rigorosamente a rotina sem nunca nos esquivar dessa responsabilidade. Recordo que participei dessas retiradas seis ou sete vezes. Acho que essa infeliz complicação para aqueles pobres pacientes se encontra reduzida nos dias de hoje porquanto não vejo os estudantes comentando suas experiências com esses casos. Como a Doença de Chagas é um problema social relacionado sobremaneira as paupérrimas condições de moradia em casas feitas de taipa, é possível que atualmente os programas sociais com vistas a melhoria das condições de habitação e a devida informação veiculada pelos agentes de saúde com o advento do SUS possam ter reduzido essa trágica contaminação pelo *Tripanosoma Cruzi*.

Outra responsabilidade dos acadêmicos concursados, que também obedecia a uma escala religiosamente respeitada, eram os curativos dos queimados, procedimentos também desagradáveis embora em grau menor do que a retirada dos *fecalomas*. As mulheres geralmente apresentavam grandes queimaduras em tentativas de suicídio embebendo o corpo em álcool e ateando fogo, frequentemente após dramas familiares e amorosos. No que concerne os homens, os acidentes de trabalho e os choques elétricos concorriam como a principal causa. Todavia, o que mais no agredia eram as grandes queimaduras em crianças muito comuns nas épocas juninas ou então em decorrência de acidentes domésticos como o estourar de um bujão de gás ou o derramar de líquidos ferventes a partir de um fogão. Como não tínhamos melhores facilidades de anestesista pois em geral havia apenas um desses especialistas por plantão, os curativos não se acompanhavam de abolição completa da dor pois uma única ampola de Dolantina intramuscular não era o bastante para dar conforto a esses pobres pacientes. Ademais, a sala onde fazíamos esse procedimento me parecia lúgubre e mal iluminada, sem falar no pútrido odor do ambiente que embora diferente do produzido por matéria fecal, era também absolutamente insuportável.

Estava também a nosso cargo acompanhar o chefe de plantão nas visitas que se fazia no início de cada turno ao chamado 'repouso' para decidir as condutas definitivas e preencher todas os prontuários de admissão e relatórios cirúrgicos. Ressalte-se que naquela época os poucos residentes existentes em Pernambuco não faziam parte do corpo clínico das unidades de emergência do estado.

Os melhores classificados nos concursos e de acordo com a disponibilidade de vagas escolhiam os plantões que eram considerados os melhores, como aqueles em que tínhamos maiores chances de operar ou aqueles em que havia um perfil de interesse pela vida acadêmica e pelo ensino. Ainda recordo que em dezembro de 1967, após findar o quarto ano médico, submeti-me à prova escrita no majestoso prédio, ainda não funcionando, e que seria o novo Hospital do Pronto Socorro do Recife, o hoje querido Hospital da Restauração. Lembro que extasiado fiquei com a magnitude daquela construção, sonhando de vir algum dia nela trabalhar. A prova oral foi realizada no enorme auditório nunca antes utilizado e provido de excelente ar condicionado central, o que era para nós uma grande novidade. O formato da prova foi assaz interessante, ficávamos nas cadeiras no fundo do recinto e no palco ficavam cindo examinadores. Recordo José Costa Rocha com perguntas de cardiologia, Ênio Castelar na clínica médica, Manoel Geraldo Viana e Benoni Sá responsáveis pela arguição em cirurgia e Assis Bezerra pela traumatologia. O interessante é que os examinadores faziam as mesmas perguntas para todos a fim de fazer, acredito, um julgamento mais adequado. Os que terminavam saiam do recinto e aqueles que lá ficavam não podiam se inteirar sobre o que lhes fora arguido, além do mais, os que se retiravam não teriam interesse em tentar informar o teor do que lhes houvera sido perguntado uma vez que o certame era classificatório.

Para 1968, o número de vagas era inusitadamente elevado em virtude da maior parte dos concursados em 1967 serem doutorandos, havendo 17 ou 18 vagas a serem ocupadas, das 21 disponíveis. Sem querer cometer enganos, lembro que da nossa turma de quintanistas passaram apenas cinco, a saber, eu, Luiz Peixoto de Carvalho, Alexandre Arraes, Ângelo Frutuoso dos Anjos e Enecy Calixto, sendo que esse último já era funcionário burocrático da instituição. Os melhores classificados escolhiam os plantões mais disputados, considerados

os 'melhores' em virtude de proverem mais condições de ensino e aprendizado, frequentemente liderados por professores universitários. Pude escolher o plantão da segunda a noite e sexta de dia, chefiado pelo famoso cirurgião Júlio Carlos Porto Carreiro Junior, professor adjunto da cadeira de cirurgia abdominal que tinha como catedrático o Professor Salomão Kelner. Ao contrário dos dias de hoje e das outras unidades de emergência, os plantões noturnos eram iniciados às 16 horas e se estendiam até às 8 horas do dia seguinte. Os diurnos com turnos de oito horas começavam às 8 horas da manhã.

Tive a alegria e a honra de constatar que Luiz Peixoto e Alexandre Arraes também escolheram esse plantão e a partir de então pelos dois anos seguintes desenvolvemos uma profunda e respeitosa amizade com uma cumplicidade inigualável no realizar e compartilhar sem erros as nossas responsabilidades. Foi um tempo de muito trabalho, mas de um extremo enriquecimento não só do ponto de vista do aprendizado, como também por ter propiciado o desenvolvimento de uma relação fraternal que permanece até os dias de hoje com Alexandre, pois o querido Peixoto há anos nos deixou, porém continua tendo o seu legado representado pela sua companheira de várias décadas, a nossa estimada colega e amiga Lúcia. O nosso trabalho foi tão devotado e eficiente naqueles dois anos que o Chefe Porto nos denominou de trio de ouro, sempre afirmando que só outro trio de acadêmicos recebera dele tão honrosa classificação. Para mim que queria ser cirurgião, trabalhar com Porto Carreiro era o que de melhor podia esperar naquele início de formação.

Porto era assistente de Salomão Kelner, herdeiro da escola cirúrgica do seu mentor Professor Eduardo Wanderley e eu já trabalhava com o Dr. Cesar Montezuma, também discípulo e ex assistente do saudoso Professor Wanderley. Porto Carreiro foi um dos mais hábeis e destemidos cirurgiões que já tive a oportunidade de conviver. Extremamente prático e resolutivo, sem esquecer a grande bagagem teórica que trazia, as suas volumosas mãos eram extremamente delicadas no uso dos instrumentos cirúrgicos e no manusear dos sítios operatórios abordados. Lembro com nitidez de uma distante madrugada de terça-feira, quando da chegada de um médico que houvera sido assaltado e tivera um ferimento por faca na parede anterior do tórax, tudo sugerindo que houvesse uma lesão cardíaca. De imediato, o paciente foi levado para a S.O., em seguida intubado, e como em um passe de mágica em menos de 60 segundos ele abriu o tórax, abordou o coração, identificou a ferida no átrio esquerdo de onde o sangue jorrava de forma assombrosa, sustou a hemorragia ocluindo o orifício apertando os bordos com a mão esquerda enquanto solicitava uma pinça de *Satinsky*. O resto se tornou mais fácil, o ferimento cardíaco foi devidamente suturado e o paciente sobreviveu sem qualquer sequela.

De outra feita, em meados de 1969, em torno das 22h30, nunca me esqueci da chegada do presidente do diretório acadêmico da Faculdade de Engenharia que em um ponto de ônibus na Torre, em uma tentativa de assassinato, houvera sido alvejado no tórax por policiais que estavam no seu encalço, por ser expoente líder de oposição ao regime militar na ocasião vigente. O hospital rapidamente se encheu de policiais querendo chegar junto ao paciente, e de forma extremamente exemplar, Porto se pôs na entrada da emergência e disse "a partir daqui ninguém ultrapassa, ele é meu paciente e não permito que ninguém o toque a não ser a minha equipe". Imediatamente o levamos ao Raio-X onde detectamos um extenso hemotórax que foi imediatamente drenado, contudo infelizmente o projétil se localizara no interior do canal raquiano, destruindo completamente a medula espinhal e o deixando para sempre paraplégico. Posteriormente, ele foi transferido para o Hospital Pedro II onde foi operado pelo Professor Manoel Caetano de Barros que realizou uma laminectomia e removeu o dito projétil. Interessante ressaltar que 30 anos após, a minha tese para o concurso de Professor Titular de Neurocirurgia da Universidade de Pernambuco versou sobre "Lesões da Medula Espinhal e da Cauda Equina produzidas por projéteis de arma de fogo" e lamentavelmente no ano 2000, como agora, essas lesões são majoritariamente irrecuperáveis, tendo a cirurgia muito pouco a oferecer. Esse é um capítulo da medicina que possivelmente a utilização de células tronco possa vir a ajudar na regeneração de partes do sistema nervoso central.

Éramos praticamente responsáveis por quase tudo que acontecia nos plantões. Sempre ficava um atendendo as urgências na traumatologia enquanto os outros dois se ocupavam dos boxes de adultos e crianças. Fazíamos todas as suturas, imaginem sem luvas, apenas passando previamente álcool nas mãos, dávamos os primeiros socorros nas intoxicações exógenas, geralmente mulheres que tomavam as mais variadas drogas para dar cabo à vida, quando se fazia necessário extensas lavagens gástricas. Atendíamos os traumas fechados e abertos e os abdomens agudos infecciosos.

Era um comportamento comum dos médicos naquela época ficarem sentados em uma sala que havia no outro lado do corredor. Todavia, no nosso plantão o Chefe Porto, dando o bom exemplo, fazia com que os seus assistentes atendessem também nos boxes. Quando um de nós estava em cirurgia o outro cobria toda a emergência. Da mesma forma, quando a traumatologia estava operando, cobríamos também aquele ambulatório, guardando as reduções sob anestesia geral para quando o anestesista terminasse o seu procedimento, em virtude de só haver um especialista por turno.

No início do sexto ano, Alexandre Arraes resolveu fazer a especialidade Traumato-Ortopedia, em razão de vir acompanhando o Professor Hélio Lucio de Souza, e assumiu integralmente aquele setor. Eu e Peixoto ficamos satisfeitos porque tínhamos como objetivo um treinamento maior na cirurgia geral.

A partir de 23 horas a maioria dos profissionais se recolhia ao alojamento dos médicos, havendo uma escala em que um cirurgião e um clínico ficavam no andar térreo

supervisionando os atendimentos. Embora no plantão do Chefe Porto isso não fosse um problema, acordar um médico no meio da noite somente se fazia quando era absolutamente imperioso visto que independente da necessidade o contato vinha sempre acompanhado por uma sonora reprimenda. O quarto ficava às escuras e deveríamos saber a cama que a pessoa a ser acordada geralmente dormia, porquanto elas tinham dono e ai de quem ousasse se deitar naquela 'propriedade'. Nós tínhamos o nosso quarto com três camas no outro lado do corredor e também não permitíamos que nenhum estagiário nelas tocasse, embora no mais das vezes a noite transcorresse sem nenhum de nós vir a utilizá-las. Os banheiros ficavam ao lado do alojamento dos médicos que também tinham prioridade para o seu uso. Dividíamos a noite em turnos de duas horas a partir da meia-noite, mas essa escala quase nunca era cumprida porque passávamos quase sempre acordados. Às seis horas da manhã, Porto se reunia conosco para saber os últimos detalhes do plantão, a fim de passar para o chefe que o substituiria. Ao contrário de hoje, bons tempos do passado, a rendição era homem a homem para todos os membros, ou seja, só podíamos sair do hospital quando o nosso respectivo *rendeiro* chegasse.

Para mim no quinto ano médico o plantão da sexta-feira era um problema, pois às 14,00 horas era a aula teórica de neurologia no Hospital Pedro II e o professor fazia nominalmente a chamada não permitindo que ninguém assinasse pelo colega ausente, e ademais eu devotava o máximo interesse em assistir aquelas aulas, movido pela minha já decidida inclinação por aquela especialidade. Por conseguinte, muitas vezes tive de pagar para que um colega concursado ficasse por mim algumas horas o que não era aceito de bom grado pelo chefe em razão de alterar a rotina do serviço, no que ele estava certo.

Era durante as noites que tínhamos as maiores oportunidades de operar, sempre assistidos por um *staff*. Durante o dia geralmente os plantões eram mais corridos com os cirurgiões querendo largar rigidamente às 16 horas a fim de ainda ir para os seus consultórios privados. Durante o sexto ano, operei hérnia encarcerada, apendicite aguda, lesão traumática do jejuno, gravidez ectópica rota, ferimentos abdominais por arma branca e de fogo, tendo sido, portanto um excelente laboratório, fundamental para iniciar a neurocirurgia que eu almejava me especializar. Cheguei mesmo a operar um hematoma subdural crônico, minha primeira intervenção neurocirúrgica, gentilmente cedida por Hélio van der Linden que acabara de chegar do seu estágio em Paris, no histórico Hospital Salpetriére.

A equipe médica chefiada pelo estimado Chefe Porto era fantástica, uma verdadeira academia. Os cirurgiões eram Tibério Moreno de Siqueira, Antônio Andrade e Artur Souza Leão, excelentes profissionais que nos tratavam de forma cavalheira como futuros colegas, como de resto todos os outros membros do grupo assim nos tratavam. Os clínicos, chefiados pelo Dr. Vieira Brasil, eram Carlos Alberto Correia de Araújo (Hematologista e Professor da Cadeira de Terapêutica Clínica), Vitorino Spinelli, Ede Oliveira e Luiz Fernando Maciel, todos ligados à cadeira da Primeira Clínica Médica do Professor Amaury Coutinho. Como traumatologistas tivemos a princípio Manoel Caldas Temporal, com a sua famosa insônia, e posteriormente o Professor Hélio Lucio de Souza quando do seu retorno de estágio em São Paulo. Foi acompanhando Hélio Lucio que fez Alexandre Arraez se decidir definitivamente pela Traumato-Ortopedia. O otorrinolaringologista era Fernando Carneiro Leão, o nosso querido Louro, figura maior que a todos cativava pelo seu temperamento ameno e a forma gentil de se comportar. Devo a Louro o ensinamento e a possibilidade de fazer as minhas primeiras traqueostomias.

Além das emergências que chegavam ao hospital das mais diversas maneiras, como os queimados por ocasião do ciclo junino, os acidentes e agressões nos grandes feriados principalmente no período carnavalesco, o hospital prestava um serviço semelhante ao SAMU de hoje. Havia 3 a 4 ambulâncias que faziam atendimentos externos, mercê de solicitações através de uma central telefônica na ocasião já obsoleta. Lembro-me bem dos motoristas e dos 'enfermeiros' que geralmente mais idosos talvez fossem designados para essas atribuições como uma maneira de aliviá-los de uma carga mais desgastante nos boxes. O material de primeiros socorros se encontrava em uma pesada caixa de madeira onde havia as drogas mais usadas e instrumentos para pequenas suturas. Não constavam soros para infusão venosa nem material para intubação e reanimação. A bem da verdade, para uma boa parcela das emergências, a maioria dos 'enfermeiros' com vários anos naquela labuta, não precisava de médicos para tratar as patologias e resolver os problemas que nas saídas teriam de dar conta. Por turno, havia em torno de 8 a 10 saídas.

Apanhava-se um atropelado em via pública ou vítimas de acidentes automobilísticos, sem ter o devido cuidado que atualmente esse resgate se reveste. Íamos buscar um bêbado que estava fazendo desordem na zona de meretrício mais das vezes recolhido ao comissariado daquele bairro e frequentemente, parcialmente recuperado da intoxicação alcoólica pelas 'carícias' que já houvera recebido da autoridade policial. Nas noites dos meses chuvosos, os asmáticos sofriam bastante aparecendo com frequência na emergência, tanto que conhecíamos vários pelos nomes. Aqueles que moravam longe e não podiam se locomover, dirigiam-se aos comissariados dos bairros e de lá telefonavam pedindo socorro. Os comissariados de polícia serviam como locais onde a população mais humilde se dirigia para buscar ajuda médica e socorro em virtude da escassez de recursos de telefonia. Isso era mais frequente nos morros da zona norte do Recife, onde ficavam esperando uma injeção de glicose com aminofilina. Sem esquecer que as noites chuvosas também propiciavam os edemas agudos do pulmão nos cardiopatas crônicos. Fazíamos a medicação de emergência por via endovenosa, composta de glicose, cedilanide, lasix e dolantina, além do "garroteamento" alternante de três membros e aguardávamos a dispneia melhorar. Se melhorasse, de lá mesmo o paciente era

liberado, caso contrário era transportado para o hospital. Por fim, havia também o atendimento em residência, onde pequenas emergências clínicas eram tratadas, em caso de dúvida quanto a uma maior gravidade se removia para o Pronto Socorro. Com tão poucos recursos e a forma quase artesanal dos atendimentos, essa prestação de serviço só era possível mediante termos uma população bastante menor, um trânsito menos caótico e uma sociedade mais pacífica com reduzidos níveis de agressividade, principalmente quando se compara após meio século.

De acordo com as normas do serviço, só os médicos clínicos teriam a responsabilidade de participar de saídas para residências, ficando para os acadêmicos concursados a tarefa de atendimento em via publica, e o eventual resgate se necessário, como também em comissariados. A autorização para o deslocamento das ambulâncias ficava a cargo do clínico chefe que no nosso plantão era o Dr. Diógenes Vieira Brasil, a época parecendo idoso, mas fisicamente vigoroso com a sua voz tonitruante que ressoava nos corredores do velho hospital quando nos chamava. Ao que parecia, o Dr. Brasil já poderia se aposentar, porém no meu entendimento aquelas 24 horas semanais de plantão serviam como um agradável evento no seu cotidiano como médico e pessoa.

Quando um de nós participava de uma saída nas ambulâncias os boxes da emergência teriam de ser cobertos, e se fosse á noite quem por ventura estivesse descansando deveria descer e assumir o posto até que regressássemos, razão pela qual, como mencionado acima, quase sempre as nossas camas amanheciam intocadas. Todavia, nenhum outro acadêmico não concursado, que por serem protegidos por algum médico acompanhavam como voluntários os plantões, ousava penetrar no nosso quarto e usufruir das nossas camas. A partir de meados do sexto ano, após termos conquistado a confiança do Dr. Brasil, ele começava a nos designar para atendimentos em domicílio, geralmente durante as madrugadas para que os médicos não saíssem dos seus repousos.

Nunca poderia esquecer, um dos fatos mais trágicos que tive a oportunidade de presenciar, durante mais de meio século de vida médica e ainda hoje eles voltam aos meus olhos de uma forma bastante nítida. Em torno das 22 horas de uma segunda-feira, fui informado que deveria realizar uma chamada em domicílio. O local era na Rua do Progresso, muito próximo ao hospital, e eu pensei que logo retornaria visto que estava escalado para participar de uma cirurgia para tratamento de úlcera péptica perfurada, que seria colocada em sala, assim que o único anestesista (de triste memória) terminasse um procedimento da traumatologia.

O endereço da Rua do Progresso se localizava quase na esquina com a Rua das Ninfas, em cujos arredores se situava o suntuoso palacete de Adelmar da Costa Carvalho, rico comerciante e que tinha sido deputado federal e presidente do Sport Clube do Recife. Perto do local morara o nosso dileto colega e amigo Sergio Lamartine. O local do atendimento ainda hoje existe quase que no mesmo estilo. Tratava-se de um prédio tipo 'caixão' que na verdade acomodava duas habitações com entradas separadas. A urgência era para o andar superior e logo ao transpor o portão fui tomado de assalto por assustadores gritos de terror, medo e sofrimento de uma voz feminina e pelo inesquecível choro de uma criança que parecia ter três a quatro anos. Acompanhado pelo enfermeiro, subi a escada aos pulos e entrei no apartamento que estava com a porta aberta. Adentrei então ao quarto do casal e me deparei com a cena mais dantesca que a minha mente ainda hoje não esqueceu.

Na cama do casal, deitado sobre um mar de sangue, encontrava-se um homem jovem com a mão direita ainda segurando um revólver. Havia o infeliz cidadão dado um tiro na sua região temporal direita, e sua esposa abraçada ao corpo inerte urrava de dor e segurava a cabeça do marido gritando para que ele acordasse. Agarrada à mãe, estava uma menina aterrorizada, com um dos choros mais pungentes que já presenciei, gritando também para que o pai acordasse. Pelo que soube depois, e para tornar o contexto ainda mais desolador, tudo indica que o casal houvera tido uma altercação e a esposa teria ameaçado deixar o marido e sair de casa levando a criança.

Afastei então as duas criaturas e comecei a examinar a situação. O paciente não respirava e não tinha pulso. Iniciei respiração boca a boca, uma vez que a mala de primeiros socorros não contemplava material de intubação e 'ambu', tendo solicitado ao enfermeiro para fazer massagem cardíaca. Após alguns minutos, e como continuasse em assistolia, solicitei que fosse preparada adrenalina (muito útil nos atendimentos noturnos para os asmáticos crônicos) em uma seringa com agulha longa e fiz uma injeção intra cardíaca. Em minutos chegava um cunhado da vítima, que eu conhecia de atividades esportivas, e que de imediato se encarregou de cuidar das duas pobres criaturas.

Como o coração tivesse voltado a ter batimentos, mesmo realizando respiração boca a boca, decidi transportá-lo para o hospital, ocasião em que o cunhado juntamente com o enfermeiro, e o motorista da ambulância que em virtude do alarido se juntara a nós, descemos com grande dificuldade a estreita escada e o colocamos na ambulância. Isso feito, rumamos para o Pronto Socorro o que não tomou mais que cinco minutos.

Ao chegar à emergência, eu estava banhado de sangue literalmente da cabeça aos pés, tendo providenciado imediatamente a intubação oro traqueal e a colocação daquele pobre ser humano em ventilação controlada mercê do emprego do já obsoleto respirador tipo Takaoka. Em seguida, após instituir manobras de normalização hemodinâmica, tive condições de realizar o exame neurológico possível para aquela situação. Além da apneia, constatei que ambas as pupilas se encontravam totalmente dilatadas e sem qualquer resposta à luz. Não havia reflexo corneal nem de tosse à manipulação da cânula traqueal, com ausência completa de qualquer resposta aos estímulos dolorosos potentes. Estava, portanto, em

coma profundo, grau 3 na Escala de Coma de Glasgow que apenas viria a ser descrita em 1974 e que estima o nível de consciência de 3 a 15, sendo esse último considerado normal.

Suturei o pequeno ferimento pérfuro contundente localizado dois centímetros acima do arco zigomático na região temporal direita, não se observando orifício de saída. O Raio-X simples do crânio, único exame radiológico que se dispunha, demonstrava que o projétil havia passado pela região central do encéfalo e se alojado na porção posterior do osso temporal contralateral. Como não dispúnhamos de UTI ou Sala de Recuperação e mediante autorização do chefe do plantão, levei o paciente para o centro cirúrgico no 1° andar e o coloquei em uma pequena sala usada para pequenos procedimentos que necessitavam de anestesia. Recorde-se que havia apenas duas outras salas para grandes operações, uma para a cirurgia geral e outra usada mais pela traumatologia.

Em seguida, precisei entrar em contato com o neurocirurgião de sobreaviso. Plantão permanente com esses especialistas só se verificou em 1970 quando o hospital foi transferido para as majestosas novas instalações do Pronto Socorro, o hoje Hospital da Restauração. Os Drs. Albino Cunha, Hélio van der Linden e Ian Pester eram os neurocirurgiões de sobreaviso se alternando a cada 24 horas, e como não tinham telefone em casa a ambulância precisava ir buscá-los com o motorista tendo muitas vezes de entrar nas residências, bater nas janelas para acordá-los e trazê-los para o hospital. Durante os plantões diurnos era sempre complicado encontra-los nos locais de trabalho. É bom lembrar que naqueles idos nem o bip houvera ainda chegado à nossa terra.

Naquela noite Ian Pester era o sobreaviso, quando o mesmo chegou e orgulhosamente lhe apresentei o caso, mencionando o resgate do paciente em condições tão adversas, fiquei chocado e decepcionado quando ele me informou: 'nada a fazer'.

Por mais que eu já me interessasse pelas patologias do sistema nervoso central, aquilo era muito estranho e inaceitável para mim. Esse pobre ser humano tão jovem vai morrer, perguntei eu com um misto de desespero e revolta. Em 1969, ainda se entendia muito pouco do conceito e do status de morte encefálica e muito menos se falava em utilizar órgãos dessas infelizes criaturas para transplantes ou ainda na possibilidade de desligar o ventilador. Ele me respondeu, deixe-o aí com a venóclise e o respirador, a natureza vai se encarregar do desfecho que redundará em uma parada cardíaca dentro de poucos dias.

Após esse diagnóstico, eu me dirigi para o local onde a esposa e vários familiares se encontravam esperando ouvir o que o especialista dissera. Ao informá-los que era um caso perdido e que a medicina de nenhuma maneira teria como ajudá-lo foi outro drama incomensurável, com a esposa e os demais entes chorando de uma forma tão desesperadora que ainda hoje quando fecho os olhos recordo nitidamente a trágica cena. Todos os dias eu ia visitá-lo e encontrava a pobre mulher envolta em um mar de lágrimas, agarrada à mão do esposo e implorando a Deus por um milagre. Após 4-5 dias a mãe natureza se encarregou de dar por terminado o sofrimento daquele momento e o coração do jovem marido finalmente parou. Felizmente eu não estava no hospital quando do desenlace. Nunca mais soube dessas duas infelizes pessoas, a esposa e a filhinha, imagino que tenham carregado por toda a vida a cruz desse indescritível e trágico momento, que certamente deve ter causado traumas e feridas psíquicas quase impossíveis de cicatrizar.

Ao longo de várias décadas de vida profissional, sobremaneira na minha área, tenho me defrontado centenas de vezes com esse infausto quadro. Nunca me acostumei com o enfrentar essa trágica responsabilidade, e acredito que nenhum médico na verdadeira acepção da palavra possa vir a se acostumar.

É dilacerante informar que o seu familiar querido não mais possui atividade cerebral e que, por conseguinte está morto, embora ainda tenha batimentos cardíacos. Toda vez que temos de dar essa notícia nós também morremos um pouco e para mim sempre se constitui em um fardo bastante penoso.

Talvez hoje com o programa de transplantes de órgãos é possível que a dor seja menos cruel, eu não sei. É importante ressaltar que algumas famílias respondem de forma bastante diferente. Algumas resignadas, fortalecidas pela fé que são possuídas e acreditando que a vida na terra é apenas uma passagem. Outras irrompem em uma reação de dor intensa e de total desespero. Por fim, outros familiares respondem agressivamente não concordando com o diagnóstico e não aceitando serem abordadas pelo grupo de transplantes. Talvez esses últimos tivessem um relacionamento mal resolvido com o falecido e estivessem implorando por mais tempo a fim de poder reatar a relação e recuperar o tempo perdido.

Enfim, essa é mais uma triste realidade das muitas que enfrentamos no nosso dia a dia e queira Deus que nunca nos acostumemos com ela.

A VIDA É TÃO CURTA PARA QUE NOS ATERMOS A PROBLEMAS DE MENOR SIGNIFICÂNCIA!