

O QUE A VIDA
ME ENSINOU
SOBRE A SUA SAÚDE

JOSÉ CARLOS ALMEIDA NUNES

O QUE A VIDA
ME ENSINOU
SOBRE A SUA SAÚDE

As histórias mais marcantes de um médico
ao serviço dos outros

CONTRAPONTO.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
O PINTOR QUE SE QUIS SUICIDAR OU O VOO PARA A MORTE	11
EM ARRUDA DOS VINHOS.....	21
QUANDO O POLÍCIA VOMITOU.....	31
QUANDO A FEBRE É UM QUEBRA-CABEÇAS.....	41
O CORAÇÃO TAMBÉM SE PODE PARTIR.....	53
OS MEUS MESTRES.....	61
QUANDO O ESTÔMAGO «FALA».....	73
EXAME DE SAÍDA.....	83
OS DOMICÍLIOS.....	93
SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	105
O DIA EM QUE PUS TUDO EM CAUSA.....	115
A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE.....	121
DOS DESMAIOS À AMIZADE.....	129
O EXAME DE ACESSO À ESPECIALIDADE.....	139
O MAGISTRADO QUE PERDEU A CABEÇA.....	147
O JOVEM COM VOZ FEMININA.....	159
UM RAPAZ EM GRANDE SOFRIMENTO.....	169
CONCLUSÃO.....	181

O PINTOR QUE SE QUIS SUICIDAR OU O VOO PARA A MORTE

A enfermaria onde comecei o meu internato era constituída por uma ala de mulheres e outra de homens. Estes encontravam-se distribuídos por várias salas, cada uma com oito camas, em dois grupos de quatro de cada lado da parede, totalizando cerca de oitenta doentes. Estou a falar do Hospital de Santa Marta e do seu serviço de Medicina Interna, que era à data dos mais prestigiados, pelo que havia sempre muita concorrência para se conseguir uma vaga para o internato.

Aquele seria o meu primeiro dia de serviço no hospital e para mim tudo era assustador e desafiante. Numa cama, só se via um pé a espreitar sob o lençol, e o único indício de que estava alguém vivo ali debaixo era o leve e ritmado estremecer do tecido. «Este é o doente que vais acompanhar», anunciou-me a interna mais graduada, empertigando-se num gesto de autoridade. «Ele tem uma *psicose addisoniana*», continuou, passando-me para a mão um dossiê que pelo volume de folhas mais parecia o plano de Phileas Fogg para dar a volta ao mundo em oitenta dias.

A doença de Addison é, no fundo, uma insuficiência das glândulas suprarrenais. O seu nome é uma homenagem ao médico britânico Thomas Addison, que nasceu no século XVIII e foi o primeiro a descrevê-la. A baixa pressão arterial, o cansaço, a coloração pigmentada de cor avinhada das gengivas e o tom acastanhado da pele são as principais características desta condição.

Com milhares de borboletas a adejarem no meu estômago, aproximei-me da cama do doente, chamei-o uma e outra vez – «André! André!» – sem obter resposta. Sentia que os restantes doentes da sala – os que estavam despertos – me olhavam de soslaio e percebiam a minha inexperiência e insegurança. Por fim, com todos os cuidados, levantei o lençol e surgiu-me um homem na casa dos 40 anos, barba por fazer, de uma magreza assustadora, que me olhou numa expressão de quem não me via. Os dedos magros, quais patas de aracnídeo, procuraram o lençol, que foi rapidamente puxado para cima, cobrindo-lhe a cara.

Os dois dias seguintes dividi-os entre o estudo do caso através do dossiê que me fora entregue e tentativas malsucedidas de estabelecer contacto com o homem de olhar sem chama e um desinteresse total pela relação comigo e com o mundo.

No terceiro dia da minha nova vida, estacionei o carro com a dificuldade habitual no parque do hospital, fui ao cacifo, pendurei o casaco, vesti desajeitadamente a bata, cumprimentei pelo trajeto dois jovens colegas e, ansioso, entrei na minha sala. Porém, a cama estava vazia. O André desaparecera. Virei-me para o doente da cama ao lado, que trincava com dificuldade um pão com manteiga.

«O André?», perguntei-lhe intrigado. O homem encolheu os ombros. «Atirou-se», respondeu-me desinteressadamente, lançando um olhar à janela.

O meu serviço ficava num piso elevado, equivalente a dois andares do chão. Por aquela altura as janelas eram simples de abrir, com apenas um fecho que se rodava manualmente. Ao que parecia, o homem ter-se-ia tentado suicidar, atirando-se da janela.

Percorri o serviço em busca da interna graduada e encontrei-a numa sala contígua de volta de outro paciente. «O que é que aconteceu ao André?», perguntei-lhe ao vê-la. «Está na Ortopedia do S. José a ser operado», respondeu sucintamente, enquanto colocava o estetoscópio nos ouvidos para auscultar o doente.

Senti-me de imediato culpado por não ter conseguido relacionar-me com o meu paciente de modo a poder ter evitado

aquela situação dramática e tão constrangedora. Esta estúpida culpabilidade haveria de me acompanhar por muitos anos, até ter interiorizado que não podia ser o salvador do mundo. Sempre que algum doente morria, apesar de todos os meus cuidados, nunca deixava de pensar que poderia ter feito algo mais. Julgo que isto é transversal a alguns médicos cuja entrega e dedicação ao doente é de tal ordem que não lhes permite racionalizar a perda e perceber a sua inevitabilidade.

Voltei ao meu cacifo, despi a bata e pendurei-a, vesti o casaco e dirigi-me a S. José. O André estava sedado, parecia um cadáver embrulhado em gesso. Sofrera várias fraturas nas pernas e na anca, e, ao que tudo indicava, a queda tinha sido de pés. Tinha sido intervencionado durante a madrugada, e ao falar com o colega do recobro este transmitiu-me que o doente se encontrava estável, fizera uma transfusão de sangue e estava ainda sob o efeito da anestesia e dos medicamentos para as dores. Voltei ao serviço, desalentado. *Caramba, isto é que é uma entrada de leão nos primeiros dias de trabalho na enfermaria*, lembro-me de ter pensado.

No dia seguinte, bem cedo, mesmo antes de ir para o serviço, voltei a S. José. O doente, desta feita acordado, ainda que muito sonolento, reconheceu-me, e a sua expressão iluminou-se um pouco ao ver-me. «Olá, doutor, está aqui?», balbuciou. «Sim, vim saber de si», respondi-lhe enquanto me sentava junto da cama, admirado por ele se aperceber de quem eu era. *Afinal o olhar vago sempre ia registando alguma coisa*, pensei.

Conseguimos manter uma conversa por algum tempo e ficou combinado que o acompanharia na sua recuperação, pelo que quando saí do hospital sentia que tínhamos iniciado uma relação.

Teve alta da Ortopedia uma semana depois. Poderia – e devia – ter voltado a Santa Marta para ser encaminhado para Psiquiatria, mas negou-se a tal, tendo ido com o pai para a zona centro do país, perto da Sertã, onde tinham uma pequena casa. Consegui

que deixasse forma de o contactar, por isso, com alguma regularidade, íamos falando. As conversas telefónicas eram breves, mas eu tentava sempre desbloquear alguma coisa da sua situação clínica. O André tinha de fazer medicação crónica para a sua doença de Addison, estava dependente da toma diária de hidrocortisona, o que ele cumpria sem hesitar, pois já tentara não tomar e nem tinha forças para andar. Recorria a um centro de saúde na Sertã, onde lhe passavam a medicação. A minha preocupação era no sentido de que ele tomasse também um antidepressivo, pois a depressão era evidente, tendo culminado com aquela dramática tentativa de suicídio.

Passaram-se dois anos e decidiram voltar para Lisboa, onde o pai tinha uma casa perto da Damaia. Aí consegui que ele fosse seguido por mim num centro de enfermagem em Campo de Ourique, do qual falarei adiante de forma mais pormenorizada.

Um homem muito magro com uma barba grisalha, desalinhada e pouco limpa, com uma marcha difícil e a arrastar os pés com sofrimento sentou-se à minha frente. Apoiou uma das mãos na secretária do gabinete do meu consultório, exibindo uns dedos queimados pelo fumo do tabaco, parecendo as patas de um aracnídeo esturricado.

«Olá, senhor doutor.» Era sempre daquela forma cerimoniosa que o André me saudava.

«Como vai a vida?», indaguei.

Ele encolheu os ombros. «Ora, lá ando de volta dos meus calhaus.»

Após a tentativa de suicídio, o André fora submetido a várias cirurgias, resultado das múltiplas fraturas nas pernas e na bacia, e passara por um longo período de fisioterapia, primeiro em S. José, e depois na Sertã. Era um verdadeiro milagre este homem conseguir caminhar. Passou a ser acompanhado por mim no centro de enfermagem numa fase inicial e, mais tarde, no consultório (*pro bono*, claro), e por um conceituado psiquiatra de Santa Maria, que

amavelmente se disponibilizou a segui-lo após eu lhe ter narrado o historial do doente. Posteriormente, conseguiu arranjar um emprego no Museu Nacional de Arqueologia, a que chamava ironicamente os seus «calhaus».

Este homem havia vivido em Paris, para onde se tinha exilado ao tempo do fascismo. Era militante do Partido Comunista e um artista plástico reconhecido na Cidade das Luzes. Casara-se, e desse matrimónio de pouca dura resultara uma filha, que mais tarde eu haveria também de acompanhar por doença mental.

Nessa sua vida parisiense, tinha um estúdio onde pintava de forma abstrata, com cores fantásticas que em muito seduziram os críticos de arte. Era, por isso, reconhecido e até consagrado. Mas André trazia consigo algo de terrível para a sua vida: sofria de esquizofrenia. Esta doença, que afeta cerca de 1% da população, caracteriza-se por alterações do pensamento, por alucinações que podem ser auditivas (ouvir vozes) ou visuais (ver figuras que não existem) e, muitas vezes, por estados depressivos associados e ideias delirantes.

Ia fazendo a sua vida, sempre medicado, mas pela altura em que o seu casamento se desfez e a companheira saiu de casa, descompensou, descontinuou a medicação e entrou em delírio. Na sequência da sua descompensação psíquica, um dia, sozinho no seu estúdio, delirou, viu os quadros ameaçarem-no – «Parecia que me iam atacar», confessou-me um dia na consulta –, entrou em modo de terror e incendiou o espaço, que ardeu em boa parte, destruindo a maioria das suas obras, tendo-se salvado apenas alguns desenhos, e os que estavam em sua casa. Hospitalizado durante semanas em Psiquiatria, com as autoridades parisienses à perna, foi repatriado para Portugal com a filha já adolescente, e internado em Santa Marta, onde vim a conhecê-lo.

Vivia agora de forma precária com o pai, um velho enrugado e magro, filiado desde sempre no Partido Comunista, e com a filha adolescente, que dava os primeiros sinais de ter seguido as pisadas do pai na doença mental. Era uma miúda tímida, que falava por impulsos. As ideias e as palavras saíam-lhe de forma

torrencial e algo anárquica, parava de súbito e a seguir fazia um silêncio com uma expressão tímida, como se aquilo que dissera antes tivesse sido estranho para ela. Na escola não ia bem, tendo muita dificuldade na aprendizagem, falava pouco com a mãe, que continuava a viver em Paris. Pai e filha tinham uma relação aberta e uma cumplicidade, talvez devido à doença em comum.

A reforma do velhote era pequena, os «calhaus» do André rendiam um vencimento escasso, a vida era difícil e com precariedade para esta família nuclear. O pai havia sido metalúrgico, enviuvara cedo, era um homem seco de carnes e de afetos, mas que sempre ia acompanhando o filho e a neta.

Por vezes, o André trazia para a consulta alguns dos desenhos que tinham sobrevivido às chamas parisienses. «Senhor doutor, são para si», dizia, enquanto os espalhava na minha secretária. Eu próprio e o psiquiatra de Santa Maria comprámos alguns desses trabalhos, uma forma de o ajudarmos financeiramente. Ainda hoje os tenho nas paredes da minha casa, e quando os olho recordo o André e estes tempos que foram de afetos sofridos, mas muito feitos de ideais e convicções humanas. Dois deles são um abstrato em tons de um amarelo delicioso. «Estes foram feitos com uma lâmina de barbear, enquanto a minha mulher foi às compras», confessava o André, abrindo um sorriso sofrido de dentes escurecidos pelo tabaco.

Um dia pediu-me para eu ver a filha, que não andava nada bem. Agora com 18 anos, deixara os estudos, não trabalhava e passava os dias em casa, sem amigos. «Passa dias sem falar com ninguém, mas fala sozinha», desabafou o André enquanto limpava o pingo do nariz aos dedos, fungando estridentemente. Acabei por acompanhá-la em consulta, estava delirante com ideias persecutórias. Não saía de casa com medo de que lhe fizessem mal, e à noite ouvia Deus a ameaçar que a castigava se tivesse sexo com alguém. Tratada com medicamentos chamados antipsicóticos, melhorou muito, cumpria obsessivamente a medicação, e conseguiu ao fim de alguns meses um emprego numa lavandaria.

O pai do André acompanhava-o por vezes à consulta. Como já escrevi, o homem era um acérrimo comunista, estivera vários anos preso em Peniche e enviudara enquanto lá esteve. «Foi uma desgraça, senhor doutor, não me ter despedido da minha Matilde, pior do que as bastonadas que levei dos guardas», confessava com os olhos brilhantes de raiva contida.

A relação do André com o pai refletia o que normalmente acontece quando existe austeridade e autoritarismo de um pai para com o filho, um controlo paternal que se confunde com afeto, e um filho ansioso, ambivalente entre a obediência e a rebelião. O pai falava sempre dele como se de uma criança se tratasse, e o André encolhia os ombros, num esgar de enfado, gesticulando em protesto, mas no fundo dependia agora muito do abrigo do pai, depois do desastre em Paris.

Este homem usava a criatividade como forma de expressão, era a sua linguagem. A inquietude daquela cabeça originava o delírio e a anarquia do pensamento, por um lado, mas, por outro, brotava em arte criativa, fosse ela qual fosse. André abandonara em definitivo a pintura – os acontecimentos em Paris tiveram como consequência uma negação desta forma de arte, que estava para ele cheia de memórias dolorosas, com feridas incuráveis. Mas a inquietação que nele vivia tinha de drenar para algo criador, e descobriu a fotografia.

O entusiasmo contagiante com que me apareceu um dia na consulta, acompanhado por uma máquina fotográfica que comprara em segunda mão, era por demais evidente. «Esta *Nikon* foi barata, mas é muito boa», disse-me, pousando-a em cima da secretária. Abriu um grande envelope com inúmeras fotografias que espalhou para eu ver. «Já reparou, prefiro o preto-e-branco...»

Os registos fotográficos do André ora representavam o abstrato, como uma parede com tinta estalada e degradada, ora expressões faciais colhidas quase sempre a preto-e-branco e nas quais conseguia captar a alma do fotografado.

Mas, em breve, algo de brutal aconteceria na vida deste homem.

À medida que as consultas se repetiam e os anos iam passando, o André estava mais controlado com a medicação, quer das suas ansiedades e delírios, quer também da sua doença de Addison, mas em contrapartida ia mostrando sinais de um envelhecimento prematuro, fruto da magreza extrema, de um passado difícil, de um excesso brutal de tabaco. Tudo isto, juntamente com a má higiene e as roupas sempre sujas e malcheirosas, dava-lhe um aspeto decadente. Por mais de uma vez deixara, ao sair no assento da cadeira, uma mancha de urina, de que não se apercebia – sem o saber, o André sofria de incontinência urinária.

A morte do pai foi determinante. O agravamento do desleixo e até da depressão foi-se acentuando, o que me deixava angustiado por não ter forma de o ajudar mais nas consultas. Eu dava-lhe algum apoio monetário, por vezes em troca de desenhos que tinham restado do incêndio de Paris. Curiosamente, aceitava muito mal receber dinheiro sem ser por trabalhos – o orgulho, esse, mantinha-se apesar de tudo. As suas vindas à consulta iam rareando e, quando aconteciam, arrastava-se num esgar de sofrimento físico e psicológico.

Um dia, o telefone tocou. Era a filha. Sem mais nem menos, disse-me mal atendi: «O meu pai morreu na rua, de repente.»

A memória deste caso ficou-me gravada para sempre, talvez por ter sido logo no meu primeiro dia de trabalho, que ficou marcado por tanta turbulência e intensidade. Ainda acompanhei medicamente a filha durante mais alguns meses e esta, apesar das perdas do avô e do pai, estava a conseguir ir em frente com a vida. A certa altura, acabou por rumar a Paris, onde a aguardavam a mãe e um padrasto que a recebeu com afetividade.

CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTE CAPÍTULO

A genética é, por vezes, inevitável e, como diz o ditado, «Quem sai aos seus, não degenera». Tal como o pai, a filha do André sofria

de facto de uma doença mental manifesta, que necessitaria de tratamento até ao fim dos seus dias.

Há muitas doenças com uma notável tendência para a transmissão hereditária, o que deve deixar os médicos, mas também a população em geral, mais vigilantes. Se isto é verdade – como no caso relatado – relativamente à doença mental, as doenças oncológicas são também passíveis desta transmissibilidade genética. Alguém com um familiar do primeiro grau com uma história de cancro no colón ou na mama (isto para referir apenas duas das formas mais prevalentes da doença oncológica) deve ser vigiado medicamente mais de perto e começar a realizar exames de rastreio mais cedo.

O que sucedeu ao André em Paris e o levou a incendiar o seu ateliê considera-se um *surto psicótico*, durante o qual a realidade fica distorcida por imagens delirantes. Segundo o relato do próprio, os quadros e as pinturas neles representadas ameaçavam-no, e destruí-las foi a solução mais lógica, dentro da irrealidade da loucura.

Este homem, cuja vida foi pautada pela esquizofrenia, com delírios, mas também por uma criatividade artística acima da média, sofreu em simultâneo de uma depressão crónica e grave, que se designa *depressão major*. No hospital, ao tomar consciência do ato que cometera em Paris, desolado com a perda das suas principais obras e sem perspectivas de voltar a França, país em que se refugiara das cóleras ditatoriais de Salazar, André sentiu o desespero de forma insuportável e, na quietude da noite e desvairado pela insónia que o apoquentava, olhou a janela uma e outra vez e saltou com o intuito de voar para a morte e, com isso, acabar com o seu sofrimento. Não o conseguiu, é certo, mas há muitos outros casos em que, infelizmente, o desfecho é a morte. E ainda que não exista um exame que permita diagnosticar a depressão da mesma forma que identificamos uma fratura numa radiografia ou uma hiperglicemia numas análises, trata-se de uma doença bem real e causadora de muito sofrimento e para a qual todos devemos estar em alerta.

EM ARRUDA DOS VINHOS

Estava no meu segundo ano do internato e, supostamente, no final desse ano seguir-se-ia o exame de entrada na especialidade. Mas, sem que alguma vez soubesse o porquê, dado que as entidades responsáveis nunca deram qualquer explicação lógica para tal, acabei por ter de esperar mais quatro anos até que abrissem as vagas para candidatura à especialidade. Assim, e para meu desespero, o meu internato acabou por durar seis longos anos em vez dos habituais dois.

No entanto, hoje sinto-me grato por isso, uma vez que me permitiu arrecadar uma experiência e um conhecimento muito mais abrangentes da vida hospitalar e dos doentes. Isto porque durante o referido internato éramos colocados em vários serviços – Cirurgia Geral, Infeciologia, Dermatologia, Cuidados Intensivos, etc. – e à data, em resultado da carência de médicos no interior, também íamos passando por diferentes zonas do país, numa tentativa de se chegar a locais onde a população não tinha médico e era obrigada a percorrer muitas dezenas de quilómetros até encontrar alguém de bata branca e estetoscópio pendurado ao pescoço.

Quando olho para trás e penso nesse tempo, confesso que sinto ter sido útil às populações. Se por um lado nós tínhamos pouca experiência, por outro a nossa juventude e a contestação ao marasmo instituído foi francamente benéfica para a melhoria assistencial às pessoas das zonas mais interiores.

Por sorteio (era sempre assim), calhou-me em sorte Arruda dos Vinhos. Relembro que estava no meu segundo ano do internato, era ainda verdinho, mas obstinado em amadurecer depressa. Fiquei destinado ao Hospital da Misericórdia, instituição a que na altura era muito lisonjeiro chamarmos «hospital». Era um edifício barroco, construído em 1574 no âmbito das Misericórdias, obra iniciada pela nossa rainha D. Leonor. Tinha dois pisos e uma fachada com vários arcos ogivais que sustentavam a ideia de alguma grandiosidade à época. No piso superior situava-se uma «enfermaria», que na realidade era um depósito de uns quantos doentes institucionalizados sem paradeiro familiar, ou por doença incurável, ou por não terem para onde ir. Três enfermeiras já entradotas na idade iam cuidando dos doentes, uma delas religiosa de carreira.

Havia naturalmente uma funcionária responsável pelo secretariado, a D. Helena, ou melhor, a «dona» do hospital. Mulher de 50 e alguns anos, tinha uma vida ligada à Misericórdia e ao Hospital, era uma espécie de farol que superintendia tudo e todos, enfermeiras, doentes, encomendas de medicamentos. Rapidamente percebi que tudo, mas mesmo *tudo*, tinha de passar pelo apertado filtro daquela senhora, que falava alto, de maneira convicta, rebitesa, de andar sempre apressado, cabelo impecavelmente penteado, porte altivo de quem não liga às opiniões dos outros. Agora imagine-se como terá encarado a chegada de um jovem médico da cidade, do hospital central, cheio de convicções, cabelo comprido e barba, olhar decidido – falo de mim, claro. O choque tornou-se inevitável, e foram umas largas semanas de «quem manda aqui sou eu». Contudo, mantive-me intransigente e, com o tempo, a D. Helena acabou por reconhecer a minha competência. Em resultado disso, ela mostrou o seu lado afetivo e como que me «adotou» como o *médico* do hospital. Estabelecemos uma duradoura relação de amizade, que incluía o marido, uma figura de Arruda dos Vinhos, assim como o filho único do casal, na altura ainda adolescente. Mesmo depois de ter regressado ao meu hospital, visitávamo-nos um ao outro. A D. Helena tudo fez para

eu me fixar em Arruda como médico, mas o futuro hospitalar estava em curso. Ainda assim, sinto que a presença destes P2, como chamavam aos internos do segundo ano, dinamizaram muito os locais por onde passaram. Colocado em Arruda, não escapei à regra.

Mãos à obra, então. A minha atividade era assistencial aos internados, pelo que criei e implementei protocolos de procedimento, visitas diárias à enfermaria na presença da enfermeira de serviço, criação de dossiês para cada doente, e a consulta externa, que chegou a ser muito preenchida. O passa-palavra foi fundamental para este crescimento. «O Dr. Zé Carlos é um jovem que sabe», assim se referiam a mim de forma íntima e carinhosa.

Por não haver condições para termos Urgência, nos casos mais prementes os bombeiros encaminhavam os doentes diretamente para o Hospital de Santa Maria.

Uma tarde chuvosa de novembro estava em consulta e fui alertado por um grande alarido. Um homem dos seus 60 anos, baixo e calvo, agarrado ao peito numa expressão de dor e pânico, acompanhado pela mulher que o apoiava com dificuldade, tinha sido acometido por uma forte dor no peito mesmo à porta da instituição. «Ele sofre do coração», gritou-me a mulher enquanto lhe segurava na cabeça, com ele agora sentado na entrada. Corri para o meu gabinete, muni-me do estetoscópio e do esfigmomanómetro para medir a pressão arterial, e resolvi avaliar a situação mesmo na entrada do hospital, onde já alguns transeuntes curiosos se quedavam a observar e a comentar que o «ti» Armando estava mal. Com a minha ansiedade a aumentar por ter alguém a enfartar ali na rua, percebi pela auscultação que o homem tinha o coração acelerado, mas em ritmo normal; já a pressão arterial estava elevada. Um *Nitromint* sublingual (um dilatador coronário à base de nitroglicerina) e um calmante devolveram ao homem alguma quietude, uma boa dose de empatia, tudo isto enquanto esperávamos os bombeiros de Arruda que o transportaram para o Hospital de Santa Maria.

Passado o episódio, voltei à minha consulta. O doente continuava no gabinete à minha espera. «Então, doutor, o homem safase-se?», perguntou-me assim que entrei. Com as pernas a tremer e o coração acelerado, consegui manter a compostura, respirei fundo, sentei-me na minha cadeira, endireitei as costas e respondi com falsa serenidade: «Claro que sim, vai tudo correr bem.»

Uma semana depois, o Sr. Armando estava sentado à minha frente. Ao lado, a mulher manifestou a sua gratidão. «O senhor doutor salvou o meu marido.» Respondi-lhe que apenas lhe prestara cuidados básicos e quis saber o que se passara no hospital. «Fez um exame ao coração, deram-lhe um remédio para as dores, e disseram para procurar o médico assistente», informou-me a mulher. «E aqui estamos nós, Dr. Zé Carlos. Sabemos que é jovem, mas que já resolveu aqui casos em Arruda, e o meu marido já anda nisto há tanto tempo que nem imagina. Acho que o doutor nos vai ajudar», continuou ela, já me chamando Dr. Zé Carlos, algo que era muito do meu agrado. Só mais tarde é que veio o Almeida Nunes, fruto da habitual consagração dos chamados nomes clínicos.

Nesta fase da minha vida médica, seguia muito a sequência académica, que atualmente pratico, embora de forma menos ortodoxa: primeiro a história clínica, ao ouvir o que os doentes contavam, depois a observação, auscultação, medição da pressão arterial e pulso, palpação abdominal e tudo o que se justificasse, uma garganta que se observava com cuidado, um toque retal para se perceber o estado da próstata, um exame ginecológico sumário, enfim, tudo isto tinha aprendido avidamente durante o curso e no primeiro ano do internato já nos hospitais.

O curso de Medicina tinha a duração de seis anos, e no final do terceiro surgiu a oportunidade de frequentarmos os últimos três nos Hospitais Cíveis de Lisboa: S. José, Santa Marta, Capuchos e Curry Cabral. Aceitei sem hesitar esta mudança, na esperança de que o ensino fosse menos académico e muito mais prático. As

expectativas não foram defraudadas – se por um lado os docentes tinham menos experiência de ensino, por outro eram muito mais de passar conhecimentos junto dos doentes, nas enfermarias. Como escrevi um dia no meu *curriculum vitae*, os HCL (Hospitais Civis de Lisboa) eram a catedral do ensino médico. Enquanto hospital universitário, Santa Maria era, para a minha avidez de conhecimentos práticos, algo académico, e se os primeiros três anos do curso, com cadeiras mais teóricas, como o caso da temível Anatomia Descritiva, foram muito gratificantes, pressentia que os três anos vindouros, de índole iminentemente prática, seriam mais na enfermaria, como se veio a verificar. Julgo que os colegas que optaram por esta mudança foram mais bem preparados para a prática clínica.

A história clínica do Armando referia dor no peito (precordialgia) desde há muito tempo. Perguntado se a dor era desencadeada pelo esforço, como subir uma escada, ou após uma marcha acelerada, a resposta era negativa; pelo contrário, a dor surgia mais após a refeição. Este facto faz sempre o médico duvidar de se tratar realmente de uma situação cardíaca, mas a verdade é que existem doenças das artérias coronárias com queixas atípicas, como a chamada *angina de decúbito*, na qual a dor no peito (angina de peito) surge não com o esforço, mas após o doente se deitar. Por tudo isto, não estava excluída no Armando a doença cardíaca, até porque era acompanhado em Cardiologia com esse diagnóstico, fazendo medicação apropriada para uma angina de peito.

Os vários eletrocardiogramas efetuados mostravam algumas alterações que não eram específicas, o que, na prática, significa que não se podem tirar conclusões definitivas somente a partir deste exame. Quanto a exames de outro tipo que à data já se faziam, como o cateterismo, o cardiologista entendera não serem necessários.

No exame objetivo – conforme se designa o ato de observarmos o doente –, tinha excesso de peso, uma taquicardia moderada

(coração um pouco acelerado) e a pressão arterial um pouco elevada, à custa da mínima. Na auscultação pulmonar apercebi-me de que o ruído normal dos pulmões, chamado murmúrio vesicular, estava diminuído do lado esquerdo. Fiquei atento.

O exame médico continua a ser fundamental para o diagnóstico. Atualmente há uma maior tendência em pedir exames complementares (TAC, ressonância e tantos outros) que, pela sua utilidade no esclarecimento da situação clínica, vão relegando o tal exame objetivo para um segundo plano. No entanto, para médicos da minha geração, este continua a ser o marco do diagnóstico.

Alertado para este achado do exame objetivo, pedi análises e uma radiografia do tórax, sem me esquecer de que a dor aparecia não com o esforço, mas, pelo contrário, era mais comum após a refeição.

Em medicina hospitalar, por vezes um doente fica *rotulado* com uma determinada situação clínica, ou seja, um diagnóstico, e uma vez admitido é assumido por todos, com prejuízo de uma permanente avaliação do caso, que pode levar a uma revisão de modo a seguir por um caminho mais correto. Por essa razão, no Hospital de Santa Marta o diretor médico do serviço fazia rodar as equipas de forma a permitir que os doentes fossem avaliados por vários médicos.

Duas semanas passadas, o Sr. Armando apresentava-se mais uma vez no meu gabinete, sempre ladeado pela mulher. «Bom dia, doutor. As dores continuam», disse-me ele, pousando na secretária um grande envelope pardo, que percebi conter o raio X por mim pedido.

Abri o grande envelope da radiografia, com dois pares de olhos ansiosos cravados em mim e atentos a tudo. «Doutor, se for algo grave, diga-nos, por favor», pediu a mulher, ajeitando nervosamente a gola do casaco.

Coloquei a película com a radiografia no negatoscópio para poder ver a imagem obtida. Este aparelho é constituído por uma superfície de vidro opaco, implantada na frente de uma espécie

de caixa, dentro da qual existem lâmpadas de forte intensidade e cuja luz, ao trespassar o vidro, permite ler a radiografia com pormenor. Naquele tempo, em que não existiam exames mais sofisticados como a TAC e a ressonância magnética que temos hoje ao dispor, as radiografias eram um meio auxiliar de diagnóstico importante, pelo que tentávamos extrair delas informação que hoje nos podem passar ao lado. Como diz o ditado, quem não tem cão, caça com gato.

Ao ver o que a película me mostrava, não consegui disfarçar a minha estupefação. «É grave, doutor?», quis saber a mulher. «Não é grave», respondi, virando-me para os dois. «Mas é raro. O seu marido tem uma enorme *eventração diafragmática*.» «Ai, Jesus, o que é isso, doutor?» O Armando assustou-se tanto que até parecia que ia morrer a seguir. «E agora, o que é que eu faço?» «Quando esta situação é pouco marcada e apresenta poucos sintomas, não fazemos nada», respondi cauteloso, «mas neste caso, provavelmente teremos de fazer uma cirurgia.» Expliquei que o procedimento teria de ser feito por um cirurgião cardiotorácico e referi que no meu hospital – Santa Marta – havia uns muito bons.

Ambos precisaram de muito tempo para se convencerem desta opção, mas o Armando tinha muitas queixas, e passados meses, eu já de novo no hospital, procurou-me. «Dr. Zé Carlos, vamos avançar, não quero continuar nesta vida assim», desabafou, claramente decidido a resolver a sua situação, enquanto a mulher ia dizendo que sim com a cabeça.

A eventração diafragmática é uma situação pouco comum, particularmente com as dimensões que o Armando apresentava. O diafragma é um músculo que separa o tórax do abdómen; se um dos lados subir, empurra o pulmão desse lado para cima, o que, de forma moderada, é relativamente comum, mas no caso do Armando o diafragma do lado esquerdo empurrava o pulmão até acima, provocando a falta de ar, agravada pela dor após a refeição, pois quando o estômago estava cheio, subia e empurrava ainda mais o diafragma.

Referenciei-o à consulta de Cardiotorácica e, um mês depois, foi internado para uma cirurgia. Nesta altura, o procedimento consistia em abrir o tórax (toracotomia), afastar as costelas e fazer uma plicatura, ou seja, «coser» (suturar) o músculo diafragma sobre si mesmo, de modo a impedi-lo de subir. Atualmente, com as novas técnicas operatórias, incluindo a muito precisa cirurgia robótica, esta condição é mais fácil de resolver.

Decorreu bem o processo, que pude acompanhar de perto, uma vez que estava por esta altura no hospital. O António recuperou e retomou a sua vida em Arruda dos Vinhos, sempre acompanhado pela mulher.

Este foi um dos múltiplos casos clínicos que acompanhei durante o meu serviço em Arruda, onde os laços afetivos entre médico e doentes são mais próximos e duradouros. Por não dispor de um urbanismo que por vezes nos consome e nos retira a possibilidade de uma vida mais espontânea e simples, a província é pródiga em gerar estes afetos. Ainda hoje recebo e acompanho, com muito gosto, gente de Arruda dos Vinhos, recordatório fiel da minha juventude médica.

CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTE CAPÍTULO

A doença cardíaca ainda é a principal causa de mortalidade a nível universal, seguida pelo cancro. Para o médico, é sempre um diagnóstico prioritário, o que justifica em certa medida o erro de percepção deste caso.

A chamada angina de peito, provocada por falta de irrigação de sangue e oxigénio ao coração, pode ter várias apresentações, sendo a mais típica uma dor intensa no meio do peito, que irradia para as costas e muitas vezes o membro superior esquerdo. Mas, ao longo da minha carreira médica, já tenho tido casos de dor nos

maxilares ou na região do estômago que correspondiam ao eclodir de um enfarte do miocárdio.

Esta dor é usualmente desencadeada pelo esforço físico, mas uma emoção forte pode também ser a causa. Se sentir uma situação deste tipo, ligue para o 112 para pedir ajuda médica de imediato. Ali, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) irá acionar a chamada Via Verde Coronária que, em tempo curto, o colocará num centro com meios de diagnóstico e tratamento adequados.