Para o James
pelo seu apoio hesitante

E para mim
sem quem este livro
não teria sido possível

Por respeito à privacidade de amigos e colegas de trabalho que talvez não queiram ser reconhecidos, alterei vários detalhes pessoais. Para manter a confidencialidade dos pacientes, alterei informações clínicas que poderiam servir para identificar indivíduos, mudei datas[1] e anonimizei nomes[2]. Embora não saiba bem por que raio o fiz – já não podem ameaçar afastar-me.

[1] Trabalhei muito em blocos de partos, e as pessoas tendem a lembrar-se das datas em que os filhos nasceram.

[2] De uma maneira geral, usei nomes de personagens menores de *Harry Potter*, de forma a substituir um pesadelo legal por outro.

Índice

Introdução 11

1. Interno do Ano Comum 15
2. Interno do Ano Comum Sénior – Primeiro Posto 39
3. Interno do Ano Comum Sénior – Segundo Posto 65
4. Interno do Ano Comum Sénior – Terceiro Posto 85
5. Interno da Especialidade – Quarto Posto 103
6. Interno da Especialidade – Segundo Posto 127
7. Interno da Especialidade – Terceiro Posto 151
8. Interno da Especialidade – Quarto Posto 177
9. Interno da Especialidade Sénior 205
10. Desfecho 227

Carta Aberta ao Ministro da Saúde 233

Agradecimentos 235

Introdução

Em 2010, após seis anos de formação e outros seis passados em enfermarias, abdiquei de ser médico do Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS). Os meus pais ainda não conseguiram perdoar-me.

Sabe, os britânicos adoram o NHS. É o nosso orgulho e a nossa alegria. Pense em nós como uma família que vive ao fundo da rua e tem um carro antigo dos anos 40. Leva gasolina com chumbo, indicamos nós, enquanto esticamos a mão pela janela e ligamos o motor com a ajuda da manivela na parte da frente – mas ainda funciona. Está na nossa família há várias gerações e vêm pessoas do mundo inteiro só para o admirar (nunca arranjam um para si próprias, é certo, limitam-se a admirá-lo). Poderá explicar até se cansar que existem novos tipos de carros muito mais rápidos ou com tecnologia mais recente ou mais eficientes quanto ao combustível. Poderá sublinhar que, com o dinheiro que gastamos na manutenção do nosso chaço, poderíamos comprar uma frota de carros novos todos os anos. A verdade é que nunca será capaz de nos convencer a mudar. Não é uma questão lógica, e nem sequer nostálgica – é amor.

O NHS foi fundado em 1948 com base em três princípios que continuam válidos: atende às necessidades de toda a população, é gratuito, e os tratamentos são dados em função das necessidades clínicas e não da capacidade financeira. Outros sistemas, potencialmente mais eficientes, surgiram em todo o mundo, mas nenhum deles é mais justo.

Em 2015, o ministro da Saúde, por razões desconhecidas, decidiu declarar guerra aos médicos internos do país. Anunciou que estava a impor-lhes um novo contrato, contrato esse que teria impactos profun-

dos nas suas condições de trabalho e que, por isso, afetaria diretamente a segurança dos pacientes: algo que nenhum médico jamais defenderia. Com o governo a recusar negociar e sem qualquer outra opção aparente, os médicos votaram relutantemente a favor de uma greve.

A máquina de propaganda do governo não poupou esforços na tentativa de, repetidamente, passar a mensagem para a opinião pública de que os médicos tinham aderido à greve porque eram gananciosos, e que estavam a fazer do país refém para obterem salários mais elevados – algo que não poderia estar mais longe da verdade. Como continuavam a ter de fazer o seu trabalho e lhes restava pouco tempo livre para combater as jogadas do governo, os médicos tiveram dificuldade em transmitir a sua versão dos factos e o país acreditou no governo. Por fim, e de forma extremamente desencorajadora, foi-lhes imposto o novo contrato.

Assistir a tudo isto foi angustiante. Quis fazer algo, tentar repor o equilíbrio. Por isso, desenterrei os diários que mantive durante o tempo em que trabalhei como médico, deixados numa pasta, sem que ninguém os visse durante meia década. Se a verdade do dia a dia de um médico fosse mostrada às pessoas, talvez elas entendessem como a posição do governo era ridícula?

Ao reler as minhas notas – entre o divertido e o mundano, os infindáveis objetos em orifícios e as pequenas burocracias – fui-me lembrando das horas descomunais e do impacto colossal que o facto de ter sido médico interno teve na minha vida. Senti que o que esperavam de mim era extremo e irracional, mas naquela altura limitava-me a aceitar tudo – era parte do meu trabalho. O NHS está tão ridiculamente sobrecarregado e subfinanciado que todos os profissionais de saúde são obrigados a ir muito além do dever da função para que o sistema se mantenha. Penso que houve momentos no meu diário em que não teria pestanejado se lesse algo como "tive de ir a nado a uma maternidade na Islândia" ou "hoje, engoli um helicóptero".

Portanto, aqui estão eles: os diários que mantive durante o tempo que estive no NHS, com verrugas e tudo. Como é trabalhar na linha da

frente, os efeitos disso na minha vida pessoal e como, num dia terrível, percebi que era demais para mim (peço desculpa pelo *spoiler*, mas você viu o *Titanic* a saber como ia acabar).

Ao longo deste percurso, irei ajudá-lo a entender os termos médicos e dar-lhe algum enquadramento sobre o que cada posto implicava. Ao contrário do que se faz aos médicos internos, não irei atirá-lo aos lobos e esperar que você saiba exatamente como prosseguir.

1
Interno do Ano Comum

A decisão de trabalhar na área da Medicina é uma espécie de versão do *e-mail* que recebe todos os anos, no início de outubro, para escolher as opções de menu da festa de Natal da sua empresa. É evidente que escolhe o frango, para não correr riscos, e é muito provável que tudo corra bem. Mas e se, no dia anterior à festa, alguém partilhar um filme horrível sobre fábricas de produção animal no Facebook e você assistir, inadvertidamente a uma sessão de corte de bicos em massa? E se Morrissey morrer em novembro e, sem sinal de respeito pelo seu desaparecimento, você vira as costas a um estilo de vida dedicado quase exclusivamente ao consumo de carne? E se você desenvolver uma alergia a bifes potencialmente fatal? Em última análise, ninguém sabe o que irá querer jantar daqui a sessenta jantares.

Todos os médicos fazem a sua escolha de carreira aos dezasseis anos, dois anos antes de poderem enviar a alguém, de forma legal, uma imagem dos seus próprios órgãos genitais. Quando escolhemos a nossa qualificação *A levels*[3], no ensino secundário, estamos a embarcar numa jornada que só termina na idade da reforma ou na hora da morte e, ao contrário do que acontece na festa de Natal da empresa, a Janet do departamento de compras não troca o nosso frango por umas *bruschettas de halloumi* – ficamos presos à nossa escolha.

Aos dezasseis anos, as razões invocadas para se escolher uma carreira na Medicina são, geralmente, "O meu pai/mãe é médico/a",

[3] N. da T.: qualificações geralmente exigidas no acesso às universidades para estudantes que estão nos últimos dois anos do ensino secundário.

"Gosto muito de ver *Holby City*" ou "Quero descobrir a cura para o cancro". O primeiro e o segundo motivos são absurdos, e o terceiro seria perfeitamente aceitável, verdade seja dita, não fosse o pormenor de a cura para o cancro ser levada a efeito por cientistas, e não por médicos. Além disso, obrigar alguém a honrar a palavra dada naquela idade parece-me um pouco injusto, tal como seria também injusto que o seu desenho onde podia ler-se "Quero ser astronauta", aquele que você fez aos cinco anos, fosse considerado um documento juridicamente vinculativo.

Pessoalmente, não me lembro de a Medicina ter sido uma decisão ativa de carreira, sendo antes a configuração predefinida da minha vida – o toque marimba, a usual cordilheira como imagem de fundo do computador. Cresci numa família judaica (embora a maioria dos seus elementos o fosse pela comida); frequentei uma escola que é basicamente uma fábrica de salsichas projetada para produzir medicamentos, advogados e membros de gabinetes; e o meu pai era médico. Estava escrito na pedra.

Como as escolas de Medicina têm dez vezes mais candidatos do que vagas, todos eles são entrevistados e só os que se aguentam bem debaixo de fogo é que conseguem um lugar.

Presume-se que todos os candidatos obtiveram nota máxima nas qualificações *A levels*, pelo que as universidades baseiam as suas decisões em critérios não-académicos. É evidente que isto faz sentido: um médico deve estar psicologicamente apto para trabalhar – ser capaz de tomar decisões sob uma pressão terrível, dar más notícias a familiares angustiados, lidar diariamente com a questão da morte. E deve possuir algo que não pode ser memorizado ou classificado: um grande médico deve ter um coração enorme e uma aorta dilatada por onde bombeia um enorme lago de compaixão e bondade humana.

É o que somos levados a crer. Mas, na realidade, as escolas de Medicina não querem saber disto para nada. Nem sequer verificam se você não suporta ver sangue. Em vez disso, focam-se nas atividade-

des extracurriculares. O estudante ideal é capitão de duas equipas desportivas, campeão de natação do condado, chefe da orquestra juvenil e editor do jornal escolar. É basicamente um concurso Miss Simpatia, mas sem a faixa. Veja o que diz a Wikipédia relativamente a qualquer médico famoso e poderá ler: "Provou ser um jogador de râguebi bem-sucedido em ligas juvenis. Destacou-se em corridas de fundo e, no último ano do ensino secundário, foi sub-capitão da equipa de atletismo." Esta descrição concreta refere-se a um tal de Dr. H. Shipman, pelo que talvez não se trate de um sistema propriamente sólido.

O Imperial College, em Londres, estipulou que as minhas distinções no oitavo ano de piano e saxofone, juntamente com algumas críticas de teatro mal-amanhadas para a revista da escola, me qualificavam perfeitamente para uma vida nas enfermarias. Foi assim que, em 1998, fiz as malas e embarquei para a viagem traiçoeira dos dez quilómetros que separam Dulwich de South Kensington.

Como imagina, aprender todos os aspetos da anatomia e da fisiologia do corpo humano, além de cada possibilidade do seu mau funcionamento, é um empreendimento gigantesco. Mas a excitação de saber que, um dia, eu seria médico – uma situação tão importante que implica literalmente mudar de nome, como um super-herói ou um criminoso internacional – impeliu-me para o meu objetivo durante esses seis longos anos.

Portanto, ali estava eu, um médico interno[4]. Poderia ter ido ao programa *Mastermind* como especialista em "corpo humano". Toda a gente gritaria em casa, em frente à televisão, que o tema que eu escolhera era demasiado vasto e abrangente e que deveria ter optado por algo

[4] "Médico interno" refere-se a qualquer médico que não seja especialista. É um pouco confuso, já que muitos desses "médicos internos" têm cargos muito altos – alguns trabalham há quinze anos, têm doutoramentos e outras qualificações de pós-graduação. É um pouco como chamar "políticos estagiários" a todos os que estão em Westminster, tirando o primeiro-ministro.

como "aterosclerose" ou "joanetes", mas a verdade é que essas pessoas estariam erradas. Eu teria acertado em tudo.

Chegara finalmente a hora de ir para a enfermaria munido de todo aquele conhecimento exaustivo e transformar a teoria em prática. Eu não podia estar mais desejoso de entrar em ação. Portanto, foi para mim um duro golpe descobrir que tinha passado um quarto da minha vida na faculdade de Medicina e não estava minimamente preparado para a existência de *Dr. Jekyll e Mr. Hyde* de um médico interno do ano comum[5,6].

Durante o dia, o trabalho era gerível, desde que entorpecente e absurdamente demorado. Aparecemos todas as manhãs para a "ronda da enfermaria", na qual toda a equipa de médicos deambula perto de cada um dos pacientes. Seguimos atrás como patinhos hipnotizados, com a cabeça inclinada para um lado e com um ar atento, anotando cada sílaba dos nossos mentores – marcar uma ressonância magnética, encaminhar para a reumatologia, providenciar um eletrocardiograma. Depois, passamos o resto do dia de trabalho (geralmente, mais cerca de quatro horas não remuneradas), a terminar dezenas, às vezes centenas de tarefas – preencher formulários, fazer telefonemas. Na prática, é-se uma espécie de assistente pessoal glorificado. Não era para aquilo que eu tinha estudado tanto, mas pronto.

No entanto, os turnos da noite fizeram com que Dante se assemelhasse a Disney – um pesadelo implacável que me levou ao arrependimento por pensar que a minha educação estava a ser subvalorizada. À noite, o interno do ano comum recebe um pequeno dispositivo de chamadas, carinhosamente designado de "bleep", e a responsabilidade por cada paciente do hospital. O raio da totalidade dos pacientes. O interno

[5] A hierarquia é a seguinte: interno do ano comum, interno do ano comum sénior, interno da especialidade, interno da especialidade sénior, especialista. Recentemente, renomearam as fileiras: agora é F1, F2, ST1-7. No entanto, ainda se utiliza a terminologia antiga, como quando o *Coco Pops* passou a chamar-se *Choco Krispies*.

[6] N. da T.: o interno do ano comum é um interno policlínico no princípio do estágio, mas já com o diploma de médico.

do ano comum da noite e o interno da especialidade estão lá em baixo, no serviço de urgência a observar e a admitir doentes enquanto eu fico lá em cima, nas enfermarias, a tentar, sozinho, levar a bom porto um navio gigante e em chamas, que nunca ninguém me ensinou a dirigir. Ensinaram-me a examinar o sistema cardiovascular de um paciente, conheço a fisiologia da vasculatura coronária, mas embora seja capaz de identificar todos os sinais e sintomas de um ataque cardíaco, a verdade é que lidar com um pela primeira vez é bastante diferente.

É-se "bleepado" por todas as enfermarias, enfermeiras e emergências – sem intervalos, a noite toda.

No serviço de urgência, os nossos colegas mais velhos observam doentes com problemas concretos, como pneumonias ou pernas partidas. Os nossos pacientes sofrem emergências semelhantes, mas estão internados, o que significa que já tinham um problema antes de serem internados. É um "crie o seu próprio hambúrguer" de sintomas por cima de estados por cima de doenças: observamos um paciente com pneumonia que foi internado com insuficiência hepática ou um paciente que partiu a perna ao cair da cama na sequência de outro ataque epilético. Somos um serviço de urgência composto por uma só pessoa, móvel, basicamente sem qualquer tipo de treino, que fica encharcada em fluidos corporais (nenhum dos quais fazem parte do tipo de fluidos divertidos), a observar um número infindável de pacientes com problemas de saúde que, doze horas antes, tinham uma equipa inteira de médicos a cuidar deles. De repente, damos por nós a ansiar pelas sessões de dezasseis horas de trabalho administrativo. (Ou, idealmente, um qualquer tipo de trabalho de compromisso, que não esteja completamente além ou aquém das nossas capacidades.)

Há duas hipóteses: afundamo-nos ou nadamos. E temos de aprender a nadar ou um grande número de pacientes fará com que nos afundemos. Na verdade, achei tudo perversamente excitante. Claro que era um trabalho árduo. Sim, o número de horas era quase desumano e, sim, vi coisas que se gravaram nas minhas retinas até hoje, mas era, finalmente, médico.

Terça-feira, 3 de agosto de 2004

Dia um. H[7] preparou-me o almoço e colocou-o na lancheira. Tenho um estetoscópio[8] novo, uma camisa nova e um endereço de *e-mail* novo: atom.kay@nhs.net. É bom saber que, aconteça o que acontecer, hoje ninguém poderia acusar-se de ser a pessoa mais incompetente do hospital. E mesmo que eu o seja, posso sempre culpar o Atom.

Estou a adorar o potencial de quebrar o gelo da história, mas no *pub* mais tarde, o meu caso é ultrapassado pelo da minha amiga Amanda. O apelido da Amanda é Saunders-Vest, mas como o hífen foi retirado, ficou amanda.saundershyphenvest@nhs.net.

Quarta-feira, 18 de agosto de 2004

O paciente OM tem setenta anos e é um engenheiro térmico reformado de Stoke-on-Trent. Mas esta noite ele será um professor de alemão excêntrico com uma prronúncia póco convizent. Não só esta noite, aliás, como também esta manhã, esta tarde e todos os dias do seu internamento; graças a uma demência, exacerbada por uma infeção do trato urinário[9].

A rotina favorita do Professor OM é seguir atrás da ronda da enfermaria, com a parte de trás da bata do hospital voltada para a frente, como se fosse um casaco branco (com mais ou menos roupa interior, para um pouco de *Bratwurst* matinal) e gritar um "Sim!", "Ztá correcto!" e o ocasional "Genial!" sempre que um médico diz alguma coisa.

---

[7] H é há seis meses o meu companheiro de sofrimento de curta duração. Não se preocupe – não terá de se lembrar de um grande número de personagens. Não é como na *Guerra dos Tronos*.

[8] Sou completamente a favor de ir explicando a terminologia à medida que avançamos, mas se você não sabe o que é um estetoscópio, talvez seja melhor oferecer este livro a outra pessoa.

[9] Nos idosos, as infeções do trato urinário ou qualquer tipo de sépsis de nível baixo, torna-os muitas vezes um pouco loucos.

Nas rondas de enfermaria de especialistas e internos da especialidade, acompanho-o de imediato até à sua cama e certifico-me de que a equipa de enfermagem o retém durante algumas horas. Nas rondas que faço sozinho, deixo-o passear um pouco comigo. Não sei propriamente o que estou a fazer e não tenho confiança a rodos mesmo quando sei, pelo que tem sido de grande utilidade ter atrás de mim uma espécie de chefe de claque superanimada que, de vez em quando, grita: "Izt é brrilhante!"

Hoje, fez cocó no chão, ao meu lado, pelo que, infelizmente, tive de retirá-lo do serviço ativo.

Segunda-feira, 30 de agosto de 2004

Mais do que compensamos com histórias sobre pacientes aquilo que nos falta em tempo livre. Hoje ao almoço, na sala dos médicos[10], trocamos histórias de "sintomas" sem sentido que as pessoas apresentaram. Nas últimas semanas, vimos pacientes com comichão nos dentes, *melhoria* súbita de incapacidade auditiva e dores nos braços durante a micção. Cada um obtém uma risada educada, como se se tratasse do discurso de um dignitário local numa cerimónia de graduação. Fazemos à mesa uma espécie de partilha de histórias assustadoras à volta da fogueira, até calhar a vez a Seamus. E ele diz-nos que observou alguém esta manhã no serviço de urgência que dizia transpirar apenas em metade do rosto.

Senta-se, à espera da ovação, mas recebe apenas silêncio. Até quase toda a gente dizer: "Então? Síndrome de Horner, era isso?" Ele desconhece tal coisa, e menos ainda o facto de essa condição poder indicar a existência de um tumor pulmonar. Seamus arrasta a cadeira para trás com um grito de perfurar os tímpanos e começa a correr para ir fazer um telefonema e chamar o paciente de volta ao serviço. Eu acabo de comer o que sobrou do *Twix* dele.

[10] A sala dos médicos é a nossa área comum com alguns sofás e uma velha mesa de bilhar.

Sexta-feira, 10 de setembro de 2004

Percebo que todos os doentes da enfermaria têm nos registos de observação uma pulsação de sessenta. Por isso, inspeciono sub-repticiamente a técnica de medição do auxiliar de saúde. Ele segura o pulso do paciente, olha para o relógio e conta de modo meticuloso o número de segundos por minuto.

Domingo, 17 de outubro de 2004

Para me dar algum crédito, não entro em pânico quando o paciente que estou a observar na enfermaria começa inesperadamente a manchar a minha camisa com enormes quantidades de sangue que lhe saem da boca. Para não me dar qualquer crédito, já não sei o que fazer. Peço à enfermeira mais próxima que vá chamar o Hugo, o meu interno da especialidade, que se encontra na enfermaria ao lado, e enquanto espero coloco-lhe uma *Venflon*[11] e faço correr alguns fluidos. Hugo chega antes que eu consiga fazer mais qualquer coisa, o que é bom, uma vez que as minhas ideias já se esgotaram. Procurar a torneira do paciente? Enfiar montes de papel de cozinha pela sua garganta abaixo? Salpicar com um pouco de manjericão e chamar-lhe gaspacho?

[11] Uma *Venflon*, ou cânula, é o tubo de plástico que é enfiado na parte de trás da mão ou na curva do cotovelo para que possamos administrar medicamentos ou fluidos por via intravenosa, através de gotejamento. Colocar *Venflons* é uma das principais responsabilidades de um interno do ano comum, embora eu tenha passado por toda a faculdade de Medicina sem nunca o ter experimentado. Na noite anterior ao meu primeiro dia como médico, um dos meus companheiros de apartamento nas nossas instalações hospitalares roubou uma caixa de cerca de oitenta *Venflons* de uma ala e praticámos o processo durante algumas horas até finalmente conseguirmos. Ficámos cheios de marcas de picadas durante vários dias.

Hugo diagnostica-lhe varizes esofágicas[12], o que faz sentido porque o paciente tem a cor do *Homer Simpson* – o da série inicial, quando o contraste era muito maior e todos pareciam pinturas rupestres – e tenta controlar a hemorragia com uma sonda de *Sengstaken*[13]. Tudo isto enquanto o paciente se debate, numa tentativa de resistir àquela coisa horrível que lhe desce pela garganta, com o sangue a jorrar por todo o lado: em cima de mim, do Hugo, nas paredes, nas cortinas, no teto. Foi como um episódio particularmente vanguardista do programa de *Changing Rooms*. O som foi a pior parte. A cada respiração do pobre homem, podíamos ouvir o sangue a ser sugado para o interior dos pulmões, sufocando-o.

Quando o tubo é finalmente inserido, ele para de sangrar. A hemorragia acaba sempre por parar, e desta vez isso acontece pelo motivo mais triste. Hugo declara a morte do paciente, escreve as suas notas e pede à enfermeira que informe a família. Tiro as minhas roupas encharcadas de sangue e vestimos silenciosamente as batas que usamos no resto do turno. Portanto, vamos lá, a primeira morte que testemunhei foi tão horrível quanto possível. Nada de romântico ou bonito. Aquele som. O Hugo leva-me até lá fora para fumarmos um cigarro – precisamos desesperadamente de um depois daquilo tudo. E eu nunca fumei antes.

Terça-feira, 9 de novembro de 2004

Acordado pelo "bleep" às três da manhã, depois da minha primeira meia hora de olhos fechados em três turnos, para prescrever um comprimido para dormir a um paciente cujo sono é obviamente muito mais importante do que o meu. Os meus poderes são maiores do que eu pensava – chego à enfermaria e encontro-o a dormir.

---

[12] As varizes são uma complicação horrível decorrente de cirrose hepática e são basicamente veias varicosas enormes no esófago, que podem romper-se em qualquer ponto e sangrar muito.

[13] Uma sonda que se enfia pela garganta que – quando está na posição certa – pode inchar como um balão, para pressionar os vasos sanguíneos e parar a hemorragia.

Sexta-feira, 12 de novembro de 2004

Os resultados das análises ao sangue de uma doente internada mostram que não existe qualquer coerência na sua coagulação e a razão não é boa. Hugo acaba por entender o que se passa. Para controlar a ansiedade, ela tem tomado cápsulas de *St. John's Wort* que comprou numa loja de produtos naturais. Ele explica-lhe (e, para dizer a verdade, a mim também) que isso interage com o metabolismo da varfarina e que a coagulação deverá voltar ao normal quando ela parar de tomar as cápsulas. Ela fica atónita. "Pensava que era apenas uma planta natural – como é que pode fazer tão mal?"

Ao ouvir "apenas uma planta natural", a temperatura na sala parece cair alguns graus e Hugo mal consegue conter um suspiro de desgaste. É claro que não é uma estreia neste tipo de situação.

"Os caroços de alperce têm cianeto", responde ele, de forma seca. "O cogumelo cicuta verde tem uma taxa de mortalidade de cinquenta por cento. O facto de ser natural não quer dizer que é seguro. Tenho plantas no jardim e você morreria se se sentasse debaixo delas durante dez minutos." Missão cumprida: ela deita fora as cápsulas.

Mais tarde, durante uma colonoscopia, pergunto-lhe que plantas são aquelas de que ele falou.

"Lírios de água."

Segunda-feira, 6 de dezembro de 2004

Todos os internos do hospital foram convidados a assinar um documento que rejeita a Diretiva Europeia do Tempo de Trabalho[14] porque os nossos contratos são incompatíveis com o diploma. Esta semana

[14] A Diretiva Europeia do Tempo de Trabalho foi transposta para fornecer algumas medidas legais de forma a impedir que os empregadores explorem os seus funcionários até à morte, introduzindo mudanças que obrigam ao máximo de umas "meras" quarenta e oito horas semanais.

vi H durante menos de duas horas e trabalhei noventa e sete, no total. Incompatível nem sequer é o termo mais apropriado. O meu contrato pegou na diretiva, arrastou-a da cama para fora aos gritos e torturou-a através de afogamento simulado.

Quinta-feira, 20 de janeiro de 2005

Caro traficante da treta,

Nas últimas noites, tivemos de admitir três homens e mulheres muito jovens – todos secos como paus, basicamente prostrados por hipotensão e com os eletrólitos todos marados[15]*. A única ligação entre todos eles é o seu consumo recente de cocaína. Apesar de todos os riscos de ataque cardíaco e contração do septo que acarreta, o consumo de cocaína não faz com que isto aconteça. Mas acho que sei o que está a passar-se neste caso – e quero um Prémio Nobel ou, no mínimo, um Pride of Britain, se estiver certo – é que estás a fazer render o teu stock com a furosemida da tua avozinha*[16]*.*

Além do facto de dares cabo das minhas noites e desperdiçares as camas da minha unidade, parece-me que levares os teus clientes ao internamento é uma péssima prática comercial. Por favor usa giz, como toda a gente.

Atenciosamente, Dr. Adam Kay

[15] Os eletrólitos são os sais do sangue – principalmente sódio, potássio, cloreto e cálcio. Se os seus níveis passam a ser muito elevados ou diminutos, o seu corpo tem uma forma de o alertar, fazendo com que o seu coração pare ou com que você entre em estado de coma. É realmente inteligente.

[16] A furosemida é um diurético – se você tem uma acumulação de fluidos nos pulmões ou tecidos, geralmente devido ao mau funcionamento do coração ou dos rins, a furosemida fá-lo-á urinar. Se você não tiver uma acumulação de fluidos, como neste caso, fará com que você urine o conteúdo de água do seu sangue.

Segunda-feira, 31 de janeiro de 2005

Esta noite, salvei uma vida. O "bleep" tocou para que eu fosse ver um idoso internado de sessenta e oito anos que estava tão à beira da morte quanto possível – já tinha tocado à campainha e olhava através do vidro fosco para o corredor da morte. A sua saturação de oxigénio[17] estava nos setenta e três por cento – suspeito que se a máquina de venda automática não estivesse avariada e eu comprasse o meu *Snickers* como planeara, não teria chegado a tempo.

Nem sequer tive alguns segundos para enunciar os tópicos de um plano de gestão na minha cabeça – executei ato após ato num modo de piloto automático que eu nem sabia ter. Oxigénio, acesso intravenoso, exames sanguíneos, gasometria, diuréticos, cateter. Ele começou a sentir-se melhor quase de imediato, a corda do *bungee jumping* a segurá-lo a um milímetro do betão. Desculpa, Morte – menos um para o teu jantar de hoje à noite. Quando Hugo chegou, senti-me o Super-homem.

Uma estranha consciência de que é a primeira vez que salvo, de facto, uma vida em cinco meses como médico. As pessoas lá fora imaginam que percorremos as enfermarias com atos rotineiros de heroísmo; eu próprio assumia que era assim quando comecei. Mas a verdade é que, embora dezenas, talvez centenas, de vidas sejam salvas todos os dias nas enfermarias, quando isso acontece é quase sempre de uma forma muito mais simples, resultante de um trabalho de equipa. Não tanto por um médico que realiza um único ato, mas antes pela implementação de um plano sensato realizado por vários colegas que, a cada etapa, verificam se o paciente está a melhorar e introduzem alterações ao plano caso não esteja.

Mas às vezes é uma só pessoa; e hoje, pela primeira vez, fui eu. O Hugo parece estar feliz, ou pelo menos tão feliz como é capaz de estar:

[17] A saturação de oxigénio é a percentagem de oxigénio no sangue e é medida pelo pequeno *clip* que se coloca na ponta do dedo. Deve estar tão próxima de cem por cento quanto possível, definitivamente acima dos noventa por cento e definitivamente *definitivamente* acima dos oitenta por cento.

"Bem, acabaste de lhe oferecer mais umas semanas na Terra". Tem lá calma aqui com o super-herói.

Segunda-feira, 7 de fevereiro de 2005

A minha mudança para a cirurgia[18] compensou-me ao proporcionar-me a primeira lesão com desluvamento[19].

O paciente WM tem dezoito anos e tinha ido sair com os amigos. Ao fim da noite, deu por si a dançar em cima da cobertura de uma paragem de autocarro, e foi quando decidiu descer para o chão a escorregar por um poste de iluminação abaixo, que se encontrava mesmo ao lado, como se fosse um varão dos bombeiros. Saltou para o poste e deslizou até lá abaixo, tipo coala. Infelizmente para ele, interpretou mal a textura do poste – não foi nem de perto o suave passeio que ele esperava, mas antes uma descida abrupta, cheia de atrito, agonizante e áspera do princípio ao fim. Chegou, portanto, ao serviço de urgência com as palmas das mãos seriamente raspadas e um desluvamento total do pénis.

No pouco tempo que estive na urologia (e fora dela) vi bastantes pénis, mas este foi de longe o pior que já vi. Digno de uma roseta, se ao menos houvesse um local onde fosse possível colocá-la. Meia dúzia de centímetros de uretra, revestidos por uma fina camada de polpa sangrenta, talvez meio centímetro de diâmetro no total. Fez-me lembrar aquele fio de espaguete que fica preso no fundo da panela por uma pequena camada de molho de tomate. Talvez não seja surpreendente, mas o WM estava chateado. E ficou ainda mais angustiado quando perguntou se o seu pénis podia ser "reluvado". Mr. Binns, o especialista,

[18] Os médicos internos do ano comum passam geralmente seis meses a trabalhar em medicina e seis meses na cirurgia. A pior das sortes levou-me a trabalhar na urologia.

[19] O desluvamento é um ferimento em que a pele é rasgada dos tecidos subjacentes – vê-se geralmente nos acidentes de moto, em que as mãos do condutor se arrastam pelo chão. Os ratos são capazes de desluvar as suas caudas se o desejarem, para escapar da captura. A razão pela qual nos ensinam isto na faculdade de Medicina escapa-me.

explicou-lhe calmamente que a "luva" estava espalhada uniformemente ao longo de dois metros e meio de um poste de iluminação na zona oeste de Londres.

Segunda-feira, 21 de fevereiro de 2005

Ao dar alta a uma paciente após uma laparoscopia[20], concedo-lhe uma baixa médica para que não trabalhe durante duas semanas. Ela oferece-me dez libras para que a baixa seja de um mês. Eu rio-me, mas ela fica séria, e sobe a oferta para quinze. Sugiro-lhe que visite o médico de família caso não se sinta capaz de trabalhar ao fim de duas semanas.

É óbvio que devo vestir-me de modo mais inteligente se é este o nível de suborno que atraio. A caminho de casa, pergunto-me quanto é que ela teria de me oferecer para que eu aceitasse. É deprimente, mas reconheço que talvez à volta de cinquenta libras.

Segunda-feira, 14 de março de 2005

Vou jantar com H e alguns colegas – uma pizaria com tijolos expostos, muitos néons, menus em pranchetas, um sistema de pedidos desnecessariamente complicado e a quase inexistência de pessoal em espera. Você recebe um dispositivo que emite um sinal sonoro e vibra quando o seu pedido está pronto, e em que você se arrasta pelos ladrilhos perfeitamente incompatíveis para receber a sua piza de um empregado desinteressado que não hesita em permanecer sentado, sabendo

[20] Quase todas as cirurgias da zona abdominal podem ser realizadas através de uma laparoscopia, o que em grego significa "muito mais devagar", e envolve a inserção de pequenas câmaras e instrumentos em paus compridos através de pequenos orifícios. É complicado e demora muito tempo a aprender. Faça uma simulação apertando os atacadores com pauzinhos. Com os olhos fechados. No espaço.

que nunca ninguém pede que os doze e meio por cento relativos ao serviço sejam subtraídos à conta – apesar de ninguém o servir.

O dispositivo dispara, eu digo "Oh, meu Deus" e, reflexivamente, dou um salto para me levantar. Não que esteja particularmente entusiasmado com a minha Fiorentina – mas a merda do aparelho tem exatamente o mesmo tom e timbre do meu "bleep" do hospital. H pega-me no pulso: noventa e cinco. Na prática, já quase tenho PSPT (Perturbação de Stresse Pós-traumático), devido ao trabalho.

Domingo, 20 de março de 2005

A transmissão de más notícias é mais complicada do que dizer "Receio que seja cancro" e "Fizemos tudo o que podíamos". Nada nos prepara para explicarmos à filha de um paciente que algo bastante perturbador aconteceu ao seu pai frágil e idoso durante a noite.

Tive de lhe dizer que o paciente na cama ao lado da do seu pai ficou extremamente agitado e confuso na noite anterior. Que ele pensou, de facto, que o seu pai era a sua própria mulher. Que, infelizmente, quando as enfermeiras deram conta do alvoroço e foram lá, já era tarde demais, e esse paciente estava sentado de pernas abertas em cima do seu pai e tinha ejaculado no seu rosto.

"Pelo menos não foi… além disso", disse a filha, numa demonstração de categoria de nível mundial de como ver o lado positivo de uma situação.

Segunda-feira, 11 de abril de 2005

Prestes a levar um miúdo de dez anos diretamente do serviço de urgência para o bloco operatório devido à rutura do apêndice. Colin, um interno da especialidade encantador, está a dar uma verdadeira aula sobre como lidar com uma mãe preocupada – explicando tudo o que está a suceder no interior da barriga do seu filho, o que faremos para que seja cor-

rigido, quanto tempo demora, quando é que ele poderá voltar para casa. Eu tento absorver o seu método. Trata-se de libertar apenas uma quantidade certa de informação – mantendo-a esclarecida, mas não sobrecarregada – e explicar tudo no nível correto; sem muito jargão, mas também sem paternalismos. Acima de tudo, trata-se de ser profissional e amável.

Pela sua expressão, ela fica logo mais sossegada e consigo sentir que a angústia abandona o seu corpo como um espírito maligno ou gases presos. Está na hora de levar o miúdo para o andar de cima, por isso, Colin acena com a cabeça para a mãe e diz: "Um beijo rápido antes de ir para o bloco operatório?" Ela inclina-se e dá um pequeno beijo na bochecha de Colin. O orgulho e alegria dela desaparecem, a própria bochecha dele parece tristemente seca.

Terça-feira, 31 de maio de 2005

Há três noites, admiti o paciente MJ, um sem-abrigo nos seus cinquenta e tal anos, com pancreatite aguda. Foi a terceira vez que o admitimos com pancreatite aguda desde que comecei a trabalhar aqui. Demos-lhe algum conforto com o alívio da dor e administrámos fluidos intravenosos – estava dorido e num estado miserável.

"Ao menos, fica numa cama quente durante algumas noites", disse-lhe eu.

"Está a brincar?", perguntou. "Aqui, vou apanhar o raio de uma bactéria multirresistente." É incrível, mas as ruas fora do hospital já têm melhor reputação, em termos de limpeza, do que os seus próprios corredores.

Não gosto de dar sermões, mas sou médico e não querer que ele morra faz, de certa forma, parte do meu trabalho. Então, lembrei-me de que ele está ali devido ao álcool[21] e mesmo que não consiga

[21] A pancreatite é extremamente dolorosa, muitas vezes muito grave, e geralmente tem na sua origem álcool ou cálculos biliares. Existem várias outras causas, e o mnemónico para nos lembramos delas é GET SMASHED (N. da T.: excesso de álcool). (O segundo 'S' significa veneno de escorpião.)

persuadi-lo a parar de beber (não consigo), posso ao menos pedir-lhe que se deixe disso enquanto estiver no hospital, uma vez que, se o fizer, será uma grande ajuda. Desta vez, seria um verdadeiro prémio se ele não se importasse de evitar os dispensadores de álcool em gel.

Ele deu um salto para trás como se eu tivesse acabado de o acusar de incesto com a irmã gémea, e disse-me que era claro que *jamais* seria capaz de tal coisa – a composição foi alterada há pouco tempo e agora o sabor é muito amargo. Depois, puxou-me para mais perto de si e sussurrou-me ao ouvido que, neste hospital, o melhor é chupar os toalhetes de higiene. E deu-me uma palmada conspiradora no braço como que a dizer "Esta é por minha conta". Esta noite, deu alta a si próprio e voltou para "casa", mas não tenho dúvidas de que estará de volta nas próximas semanas.

Por tradição, celebro o final desta sucessão de turnos noturnos com o meu interno do ano comum sénior e vou tomar um belo pequeno-almoço com uma garrafa de vinho branco ao *Vingt-Quatre*. Os turnos noturnos têm basicamente um fuso horário diferente do resto do país, pelo que, apesar de serem nove da manhã, dificilmente se poderá chamar de estimulante – é praticamente um soporífero. Volto a encher os nossos copos, alguém bate à janela. É MJ, que ri grosseiramente antes de me atirar o seu melhor olhar de "Eu sabia". Decido que, da próxima vez, irei sentar-me mais longe da janela. Ou talvez vá simplesmente chupar um toalhete nos vestiários.

Domingo, 5 de junho de 2005

Não seria justo dizer que todos os cirurgiões ortopedistas são homens de Neandertal esmagadores de ossos, sobretudo tendo em conta apenas noventa e nove por cento, mas parece que o meu coração se afunda a cada "bleep" durante a noite para que me dirija àquela ala.

Durante este fim de semana, revi dois dos seus pacientes. Ontem: um homem em fibrilação atrial[22] após uma cirurgia para uma #CDF[23]. Reparo no seu ECG de admissão que ele estava em FA também naquela altura – um facto que passou completamente ao lado da equipa de internamento, apesar de ser mais do que provável que isso explique por que é que ele se espalhou no chão, em Debenhams, logo à partida. Tenho vontade de dar uma aula ao departamento de ortopedia intitulada: "Às vezes, as pessoas caem por uma razão."

Hoje, é-me pedido que observe um paciente de vinte anos cujos exames sanguíneos mostram uma função renal anormal. Tem ambos os braços engessados, como um vilão do *Scooby Doo*. Não tem gotejamento de fluidos e há um copo de água intacto, na sua mesa de cabeceira, que – apesar de toda a vontade do mundo, não tenho dúvidas – a física o impediu de alcançar nos últimos dois dias. Prescrevo fluidos IV para o paciente, embora fosse mais eficaz prescrever bom senso para alguns dos meus colegas.

Terça-feira, 7 de junho de 2005

Assistir a cirurgias de urgência no bloco operatório, remover um "objeto estranho" do ânus do paciente. Menos de um ano como médico e este é já o quarto objeto que removi de um ânus – pelo menos profissionalmente.

O meu primeiro caso foi o de um jovem italiano muito bonito, que chegou ao hospital com a maior parte de uma piaçaba no seu interior (as cerdas entraram primeiro) e voltou para casa com um saco de colostomia. A sua forte mãe italiana ficou grata de uma forma como os britânicos não conse-

[22] Fibrilação atrial (FA) significa que o coração está a bater rapidamente, de forma errática e ineficiente – o que não convém nada.

[23] #CDF significa fratura do colo do fémur (se pensou que # era um *hashtag*, está proibido de ler o resto do livro).

guem ficar, e agradeceu e elogiou todos os elementos da equipa que conheceu, por salvarem a vida do filho. Abraçou o jovem igualmente bonito que chegara ao hospital com o filho. "E graças a Deus que o seu amigo Philip estava no quarto de hóspedes quando foi preciso chamar a ambulância!"

A maioria destes pacientes sofre da síndrome de Eiffel – "Eu caí, Sr. Doutor! Caí!"– e as histórias de como as coisas lá entram podem ser da altura de arranha-céus (pense nisso, é apenas uma questão de tempo até que alguém tente sentar-se no picle), mas hoje é a primeira vez que acredito, de facto, na versão do paciente. Tratou-se de incidente credível e doloroso, com um sofá e um telecomando que me fez, pelo menos, franzir o sobrolho e pensar: "Bem, suponho que isto *possa* suceder." No entanto, depois da remoção do telecomando no bloco operatório, percebemos que tinha um preservativo, pelo que talvez não tenha sido bem um incidente.

Quinta-feira, 16 de junho de 2005

Disse a um paciente que a sua ressonância magnética não seria feita antes da próxima semana e ele ameaçou partir-me as pernas. O meu primeiro pensamento foi: "Bem, não trabalho durante duas semanas." Estive *mesmo* para me oferecer para lhe arranjar um taco de *baseball*.

Sábado, 25 de junho de 2005

Chamado a pronunciar a morte[24] de um paciente idoso – ele estava extremamente doente, não era para reanimar, e aquilo não fora inesperado. A enfermeira assistente leva-me até ao cubículo, aponta o antigo paciente cinza ardósia e apresenta-me a sua mulher, sobre a qual pode-

[24] Os médicos estão legalmente obrigados a preencher os certificados de óbito dos seus pacientes, detalhando as causas da morte. Em contexto hospitalar, devem, em geral, declarar formalmente (confirmar) a morte.

mos dizer que não é tecnicamente viúva enquanto eu não o declarar oficialmente morto. A natureza pode fazer todo o trabalho pesado, mas eu sou necessário para assinar o formulário.

Dou os meus pêsames à mulher do paciente e sugiro-lhe que aguarde lá fora enquanto levo a efeito algumas formalidades, mas ela responde que prefere ficar. Não sei bem porquê. Penso que ela também não. Talvez cada momento com ele conte, mesmo que ele já não esteja connosco, ou talvez ela queira certificar-se de que não sou um daqueles médicos sobre os quais ela leu no *Daily Mail*, que fazem coisas indescritíveis aos falecidos. Seja como for, ela senta-se numa cadeira da fila da frente, quer eu goste ou não.

Já declarei três mortes anteriormente, mas esta é a primeira vez que tenho uma audiência cativa. Sinto que devia ter providenciado algo para beber. É evidente que ela não tem noção de quão tenso, silencioso e prolongado será o trabalho desta noite – mais Pinter do que Priscilla, *a Rainha do Deserto*.

Confirmo a identidade do paciente através da pulseira do hospital, procuro visualmente o esforço respiratório, certifico-me de que não há resposta a estímulos orais ou físicos. Faço a palpação do pulso carotídeo, verifico com uma lanterna que as pupilas estão fixas e dilatadas. Olho para o relógio e procuro escutar sons cardíacos durante dois minutos. Depois, faço o mesmo para sons pulmonares, durante mais três minutos. Matar o tempo parece uma expressão pouco adequada, mas cinco minutos é uma duração extraordinariamente longa quando estamos parados debaixo de uma luz branca brilhante, com o estetoscópio encostado ao peito de um homem seguramente morto e a ser observados por uma mulher triste. É por isso que tentamos tirá-los da sala durante estes instantes.

Compreendo por que é que gastamos tempo para ter a certeza – é uma espécie de quebra de acordo com a morte[25]. A quase-viúva conti-

[25] Quando um papa morre, não se correm riscos. Segundo as regras do Vaticano, claramente elaboradas por alguém que pensava que *O Exorcista* é demasiado brando, o médico deve chamar três vezes o papa pelo nome, verificar se a sua respiração não apaga uma vela e, então, só para ter a certeza absoluta, deve dar-lhe uma paulada com um martelo na cabeça. Ao menos, ela não teve de me ver a fazer isso…

nua a perguntar se estou bem – não sei se ela pensa que estou demasiado perturbado para me mover ou se acabei de me esquecer do que fazer em seguida quanto à confirmação da morte – mas sempre que ela diz algo, dou um salto como... bem, como um médico que ouviu um barulho enquanto escutava com atenção o peito de um cadáver.

Assim que volto à terra e me recomponho, dou-lhe a triste notícia e documento as minhas descobertas. Foram, com certeza, uns cinco minutos de agonia, mas se toda esta coisa da medicina for ao ar, posso sempre comprar uma lata de tinta prateada *Dulux* e um caixote, e ir posar como "homem-estátua" em Covent Garden.

Terça-feira, 5 de julho de 2005

A tentar determinar o consumo de álcool de uma senhora de setenta anos, para colocar nas notas. Estabeleci que o vinho é o seu veneno.

Eu: "E que quantidade de vinho por dia, aproximadamente, é que a senhora bebe?"

Paciente: "Num bom dia, cerca de três garrafas."

Eu: "Ok… E num mau dia?"

Paciente: "Num mau dia, só consigo aviar uma."

Quinta-feira, 7 de julho de 2005

Atrocidades terroristas em Londres, declarado incidente da maior importância, todos os médicos devem apresentar-se às urgências.

A minha responsabilidade foi percorrer as enfermarias cirúrgicas e dispensar qualquer paciente cuja vida ou membro não estivesse em risco imediato, para arranjar espaço para os recém-chegados, vítimas dos atentados. Eu parecia um limpa-neves com um estetoscópio – a expulsar todos os que chegassem à terceira sílaba de "patomimia" sem desmaiar ou tossir sangue. Livrei-me de centenas de cabrões empata-camas.

Quarta-feira, 13 de julho de 2005

O hospital não recebeu ninguém e, sem pacientes, quase não trabalhei durante uma semana.

Sábado, 23 de julho de 2005

Este fim de semana é a despedida de solteiro do meu melhor amigo Ron, e eu tive de me baldar com apenas quatro horas de antecedência. É irritante por um milhão de razões, desde o facto de se tratar de uma pequena seleção de grandes amigos, sendo apenas oito os escolhidos, às *t-shirts* personalizadas, às agora desequilibradas equipas de *paintball* e ao facto de ter gastado o raio de quatrocentas libras naquilo.

Inicialmente, era suposto estar a trabalhar, mas arranjei uma permuta de quatro vias (A faz o meu turno, B faz o turno de A, C faz o turno de B e eu faço o turno de C) –, pelo que este acordo nunca deixou de ser um pouco precário, como a compra de casa em cadeia massiva. E agora C (que mal conheço) tem problemas que se prendem com cuidados infantis reais ou imaginários em relação a uma das suas crianças reais ou imaginárias, e isso faz com que eu esteja aqui na enfermaria em vez de estar na *Zorbing*, com uma grande tosga.

O pessoal não-médico[26] tem dificuldade em entender que, neste tipo de questões, não adianta sermos avisados com uma grande antecedência: mais de dois meses antes significa que ainda não temos escala de serviço. Encomendo uma garrafa de uísque que não posso pagar – consigo praticamente ouvir Elton John a dizer "Steady on, let's not go crazy here" – e faço com que seja entregue no apartamento do Ron no seu regresso, juntamente com um pedido a implorar que me desculpe.

[26] Devia haver um termo para o pessoal não-médico, o equivalente médico a "leigo" ou "civil". Pacientes, talvez?

Organizamos uma despedida de solteiro para os dois dentro de duas semanas – depois da minha sequência de noites e depois dos três turnos de substituição que aceitei fazer para cobrir os custos do fim de semana que estou a perder agora.

Sexta-feira, 29 de julho de 2005

Passo a totalidade do turno da noite a sentir que há água a jorrar para o interior do casco do meu barco e a única coisa disponível para tentar expulsá-la é uma lente de contacto de um coelho dos brinquedos *Sylvanian Families*.

Todos os fogos que sou chamado a apagar através dos "bleeps" que recebo demoram pelo menos um quarto de hora a combater. E sou chamado a apagar novos incêndios a cada cinco minutos, pelo que não estou propriamente a dar conta do recado. Os meus interno do ano comum sénior e interno da especialidade estão presos num serviço de urgência lotado, e eu dou prioridade aos pacientes que me parecem em pior estado e vou gerindo as expetativas dos enfermeiros que me chamam para outras coisas.

"Lamento, mas tenho um grande número de pacientes com situações muito mais urgentes", digo. "Para sermos realistas, deverá demorar umas seis horas." Alguns entendem e outros reagem como se eu tivesse acabado de dizer: "Merda, estou mesmo a meio de uma maratona para ver a série *Ally McBeal* toda de seguida." Salto de uma dor no peito para uma sépsis para uma fibrilação atrial para uma asma aguda, durante toda a noite, como se estivesse numa espécie de decatlo médico, e de alguma forma todos conseguem sobreviver.

Às oito da manhã, uma das enfermeiras do turno da noite "bleepa-me" para me dizer que estive muito bem esta noite e que acha que eu sou um bom pequeno médico. Estou disposto a ignorar o facto de que "um bom pequeno médico" soa a personagem de

Enid Blyton, porque tenho a certeza de que é a primeira vez que recebo algo parecido com um elogio desde que me formei. Não sei bem o que responder, mas gaguejo uns agradecimentos. Na minha confusão, despeço-me distraidamente com um: "Adoro-a, adeus." É em parte exaustão, em parte o meu cérebro baralhado porque H é geralmente a única pessoa que me diz coisas agradáveis, e em parte o facto de, naquela altura, eu a adorar de verdade por me ter dito aquilo.