



Abifarma 50 anos: Indústria Farmacêutica e Cidadania (ATD)

Evitando dores

História de [Almiro dos Reis Júnior](#)

Autor: [Museu da Pessoa](#)

Publicado em 09/08/2004

Nome do Projeto: Abifarma - 50 anos
Depoimento de Almiro dos Reis Júnior
Entrevistado por Cláudia Eleonor e Sara Mendonça
Local da Gravação: Estúdio Eco Service
São Paulo, 26 de maio de 1997
Realização Museu da Pessoa
Código do Depoente: ATD_HV02
Transcrito por Luciana Tosetti e Paulo Tosetti
Revisado por Fernanda Regina

P/1: Bom doutor Almiro, a gente vai começar a entrevista, vou pedir pro senhor repetir pra gente: nome completo do senhor, o local e a data de nascimento.

R: Almiro dos Reis Júnior, nascido em Tatuí, São Paulo, em 1931.

P/1: E o nome dos pais do senhor?

R: Meu pai Almiro dos Reis, médico pediatra, minha mãe Gladis Dulce Minhoto dos Reis, farmacêutica.

P/1: Certo, eu queria que o senhor falasse um pouco da origem da família do senhor, o senhor estava falando que a...

R: É, minha família do lado paterno é de origem portuguesa, veio pro Brasil há muitos anos, são todos de origem portuguesa. Do lado materno parte de origem portuguesa também, né, meu avô Minhoto materno era do Minho, em Portugal, e a outra metade era de origem inglesa, minha avó, nascida em Odean, subúrbio de Manchester, na Inglaterra. Veio ao Brasil em fininhos do século passado.

P/1: E como é que foi isso aí, o bisavô do senhor foi pra Inglaterra, como é que foi isso?

R: Meu bisavô, Bernardes, era um menino que devia ter muito jeito pra máquinas e a indústria, toda a indústria nossa era têxtil e inglesa no começo. E havia uma indústria inglesa lá em Tatuí, e um dos donos ingleses, acho que gostou do menino e levou pra Inglaterra pra que ele aprendesse, voltou mestre de máquinas, técnico em máquinas de tecelagem e ele ficou lá muitos anos, se casou lá, teve alguns filhos lá e depois alguns outros aqui já nascidos no Brasil. Então, daí essa origem inglesa minha, né? Essa do lado do avô, do bisavô materno.

P/1: Certo. E tinham hábitos ingleses que eles cultivavam, que o senhor sabe que veio pros avós, passou pra mãe do senhor?

R: Não muitos assim, mas havia sempre. A minha... Muita coisa ela trouxe da Inglaterra, mandou vir da Inglaterra. Inclusive até móveis naquela época eram importados e muita louça inglesa, isso havia muito na casa da minha avó, faqueiro inglês, coisas assim. Mas não muito mais que isso não. Não havia muito mais cultivo assim... Minha avó era uma entusiasta da Inglaterra, ela vibrava com as coisas, com a rainha, como todo inglês. Ela vibrava com a rainha, com o rei George VI naquela época da guerra que eu me lembro, né? De lá pra cá depois a Elisabeth, né? Então havia, ela cultivava essa parte da Inglaterra.

P/1: Certo. E doutor Almiro, como é que era a casa do senhor, que o senhor morava em Tatuí?

R: Foi pena não ter trazido, eu estava procurando umas fotos lá, e encontrei aos montes, milhares de fotos do meu avô. Que era uma casa de esquina, bem na praça central, era uma casa grande com, acho que 15 janelas deviam ter, era um casarão enorme e a seguir, vizinho, era a casa dos meus pais. Então a gente morava em duas casas grandes e um quintal muito grande e comunicados pelo quintal, quer dizer, não era, era

aberto o quintal. Então, havia um portão, a gente tinha um quintal enorme, com pomar, galinheiro, campinho de futebol, garagem, sabe? Era muito grande, hoje é um prédio de apartamentos, onde era a casa dos meus pais virou um prédio de apartamentos.

P/1: E doutor Almiro, e como é que era assim, o relacionamento entre os irmãos, como era o cotidiano de vocês?

R: O relacionamento era muito bom, a gente... Nada especial. Infância comum, naquela época a cidade era pequena, não tinha propriamente não tinha clube esportivo nenhum, a gente jogava futebol na Avenida das Mangueiras, como a gente chamava, uma avenida grande, hoje a avenida chama... Continua sendo chamada Avenida das Mangueiras, jogava futebol lá, futebol no quintal, nadava no rio, nadava na lagoa, não havia nenhuma piscina na cidade, não havia nada. E só campo de futebol, acho que era o único esporte que se fazia na época. Colégio, cinema e passear na praça, né? (risos). Era praticamente isso que se fazia.

P/1: (risos) O doutor Almiro, o senhor falou que o senhor tem coleção de selos, né? Como que foi formada essa coleção assim, o senhor falou de uma pessoa que ajudou muito a enriquecer essa coleção?

R: É. Essa coleção eu comecei quando criança, selos, especialmente selos comemorativos do Brasil. E eu tenho alguns dos mais antigos que são chamados "Olhos de Cabra", né? A minha avó, essa inglesa, tinha sete "Olhos de Boi", que é o primeiro selo brasileiro, né?

P/1: Hum, hum...

R: Que vale um bom dinheiro cada selo. Ela deu de presente pra uma pessoa lá que eu não, uma judiação. Eu fiquei sem os "Olhos de Boi". Sabe que o Brasil foi o segundo país do mundo a ter selos. Primeiro foi a Inglaterra, por isso que a Inglaterra, o selo inglês não está escrito "Inglaterra", o inglês é muito... Eles fizeram o selo e emitiram e não está escrito nada, só tem a fotografia da rainha e mais nada e quem quiser que ponha o nome nos outros países, né, que é invenção deles. Mas o segundo foi Dom Pedro II que fez aqui no Brasil o selo. E o primeiro foi esse "Olho de Boi" chamado, né, depois foi o "Olho de Cabra". Eu colecionava, tal, até, até certa época, depois de vestibular, curso de medicina, eu parei, meu pai continuou tomando conta um pouco da coleção pra mim. Depois ele me devolveu. Eu tenho milhares de selos, mas está parado, a coleção está parada, sobre isso que você perguntou, meu avô materno era advogado, era senador, deputado, colega de turma do Washington Luís e, ele se correspondia muito com o Washington Luís, então quando chegavam as cartas do Washington Luís ela punha selos pra mim, americanos, nessa época ele estava nos Estados Unidos, ele mandava selos americanos e eu ia correndo pra pegar os selos, essas cartas ficaram com minha avó e eu sempre pedia pra ele essas cartas, o dia que ela não quisesse mais, meu avô já tinha falecido. Um dia eu perguntei: "Cadê as cartas do Washington Luís?" "Queimei" ela disse. Resolveu queimar as cartas. Uma judiação porque é uma coisa histórica, um começo histórico do Washington Luís. Um marco aí na história do Brasil, né? "Estradeiro" como ele era chamado porque fez muita história. Mas aí eu nunca... Ultimamente está parada a coleção, mas eu tenho, tenho muito selo.

P/1: E o senhor falou que ele conhecia bem o Júlio Prestes também?

R: Conhecia. Júlio Prestes tinha duas fazendas: Araras e Paiol, entre Tatuí e Itapetininga. E eu frequentava muito lá porque uma das irmãs dele, uma irmã dele, a Olivia, casou-se com o Frank, que era um tio-avô meu, irmão da minha avó, que também era inglês. Era desembargador e inglês. Ele se casou com a Olivia, irmã do Júlio Prestes, então ele era cunhado do Júlio Prestes. Então ele conhece, meu avô amigo dele, a gente convivia muito, frequentava muito as fazendas dele e tinha um tio que gostava de caçar lá, codorna, perdiz. Eu ia muito com ele lá. Me lembro bem do Júlio Prestes, me lembro bem dele na fazenda, lá.

P/1: E o senhor estudou aonde doutor Almiro?

R: Eu estudei em Tatuí, fiz o curso primário, ginásial, colegial, científico lá em Tatuí, e em 1950 eu entrei na Escola Paulista de Medicina, me formei na Escola Paulista em 1955.

P/1: Por que você escolheu medicina?

R: Não sei, acho que eu gostava desde o início, a história toda é de um pouco de influência do pai que era médico. Tio, eu tinha, minha família vinha muito médico e juiz de direito, minha família, primos, tios, esse tio que eu falei inglês era desembargador, o irmão da minha mãe foi desembargador, presidente do Tribunal. Então, havia muitos tios e primos médicos e juizes. Então, com isso, acho que é um pouco de influência e eu gostava de biologia, essa parte toda, sempre gostei muito dessa parte e acabei seguindo o curso médico. A gente vai, ao longo da vida, moldando, vai conhecendo coisas novas, vai se adaptando e tal e vai... Meu irmão também estudou medicina, falecido já. Ele estudou, também era médico pediatra como meu pai. Então é isso (risos).

P/1: Alguém da família incentivava pra fazer alguma profissão, seguir?

R: Não, não. Nem pra estudar medicina, nem pra deixar de estudar, nunca. Foi, automaticamente eu fui decidir. Acho que desde o começo do curso, desde a época de ginásio, acho que eu já pensava em ser médico, né?

P/1: E doutor Almiro, quando o senhor vem pra fazer a faculdade de medicina, o senhor sai de Tatuí e vem pra São Paulo, né? O senhor do senhor chegando aqui em São Paulo, o que quê o senhor... Teve algum impacto?

R: É, naquela época a gente não tinha contato com a cidade grande praticamente como hoje tem, né? Então era muito diferente, né? Hoje, toda criança... Meus netos já foram aos Estados Unidos diversas vezes, né? Mas naquela época quem ia ao Rio de Janeiro já era um sucesso, ir pra

Europa era muito incomum, precisava ser muito rico, importante pra ir a Europa...

P/1: Ah, hum..

R: Então, São Paulo era uma cidade assim, que a gente vinha pra cá assim de vez em quando, era uma cidade grande, uma cidade completamente diferente da cidade como a Tatuí. Naquela época não tinha nada. Hoje é uma cidade que tem tudo, tem agências de automóvel, agência de turismo, 80 e tantos médicos especialistas. Naquela época, Tatuí tinha meia dúzia de médicos, seis, oito médicos e a maioria não fazia especialidade, a não ser meu pai. A maioria não, a totalidade, só meu pai era especialista em pediatria. Então, era certo impacto realmente, a gente passar de uma cidade pequena pra uma cidade grande assim. E morei em pensão durante seis ou sete anos aqui em São Paulo, enquanto estudava.

P/1: Onde ficava a pensão?

R: Perto do Hospital São Paulo, sempre ali. Eu morei em três ou quatro pensões durante o curso médico, sempre ali em volta do hospital, como todos os outros estudantes, havia muitos estudantes do interior. E todo mundo morava em pensão e comia na, em geral em uma outra pensão ou no próprio restaurante da escola. Havia um restauantezinho, muito fraquinho (risos), mas a gente comia lá.

P/1: (risos) E doutor Almiro, o senhor prestou alguma espécie de vestibular pra entrar na faculdade?

R: Prestei, prestei.

P/1: Como é que foi esse vestibular, essa prova?

R: Era, eu não sei se era mais fácil ou difícil do que hoje, talvez fosse mais... Não sei, não sei. Tudo é questão, cada coisa na sua época, né? Mas era um vestibular difícil, porque era medicina quando eu prestei o vestibular, o Estado de São Paulo tinha duas escolas médicas. Hoje são 22, ainda ontem eu vi na televisão, são 22 escolas no Estado de São Paulo, naquela época eram duas. Todo mundo tinha que entrar, eram cento e tantas vagas, nas duas juntas. Então prestavam exames naquele tempo 1.000 ou mais...

P/1: Hum, hum..

R:... Então era, era mais ou menos difícil entrar, né?

P/1: E como que o curso estava dividido assim?

R: O curso de medicina não para de mudar, né? Até hoje eles ficam mudando e tentando acertar uma... Eles fizeram uma experiência durante o meu curso em ciclo médico e ciclo cirúrgico, que na minha opinião foi um desastre. Havia quem ia fazer uma carreira, seguir uma carreira cirúrgica ia pra um lado, e os clínicos iam pro outro. Quer dizer, deixavam de fazer certas especialidades, né? E isso acabou em pouco tempo, eles fizeram e cancelaram isso em pouco tempo. Agora nem sei como é que funciona exatamente, mas tá sempre mudando, cada hora eles tão fazendo uma experiência pra acertar melhor a situação.

P/1: E como é que era o cotidiano das aulas? O primeiro ano, o segundo ano...?

R: Na medicina o primeiro ano médico, por exemplo, meu pai entrou na medicina em 1920 ou 21, 20 eu acho, ele se formou, formou-se em 26, estudou quatro anos de anatomia. Eu estudei um ano. A Faculdade de Medicina de Pinheiros eram dois anos. Hoje um ano é mais do que o suficiente porque eu tinha praticamente tempo integral de anatomia e física médica que era uma hora por dia, o resto era anatomia, de manhã e de tarde. Eu acho que nas condições de hoje, pra um médico geral assim, dá e sobra. Mas o primeiro ano era anatomia, depois vinha fisiologia e tal, terceiro ano tinha parasitologia, microbiologia, e já começava assim com um pouquinho de clínica no quarto ano e tal, aí já começavam as cadeiras clínicas, clínicas, cirurgia, tal e no quinto, sexto ano era assim mais, continuava clínica médica, cirurgias e as especialidades, obstetrícia no quinto ano, sexto ano tinha neurologia, psiquiatria, ortopedia e coisas desse tipo. Então a gente fazia o... É curto o tempo, precisaria, e também é, o curso, a estudantada acho que estuda pouco. Há muitas, muitas férias, muitos feriados e muitas semanas da pátria, santas e outras coisas e carnaval, mas daria bem seis anos, se fosse bem aproveitado, eu acho que não é, né, então... Mas não havia residência naquela época, o médico saía e aprendia, se especializava e treinava em algum lugar que ele quisesse, depois é que foram criadas as residências com 2 anos, 3 anos, né? Anestesia, por exemplo, que é a minha especialidade começou com um ano, passou pra dois anos agora tão querendo, tão fazendo três anos de residência, depois de formado, pra depois começar a trabalhar, né? Então, a gente caminha pra um negócio que, em geral, um médico começa a trabalhar quase aos 30 anos, né? Antes disso ele tá estudando, tá...

P/1: Doutor Almiro, tinha alguma especialidade que atraía o senhor? Por que atraía?

R: Nunca, sabe, até o fim do curso, eu não sabia bem o que fazer, porque eu gostava de cirurgia. Mas eu fiz um pouco de tudo. Fiz laboratório clínico, eu fiz patologia, eu fiz pediatria com meu pai, muita pediatria. Eu fiz anestesia, entre outras coisas. Trabalhei com queimados bastante tempo. Várias outras coisas. Banco de sangue, coisas desse tipo. Me formei, fiz concurso pra cirurgia no Hospital, naquele tempo IAPC e trabalhei um ano lá. E lá conheci um anestesista que... Mas continuei fazendo já anestesia no Hospital São Paulo, já fazia, trabalhava um pouco lá. E esse anestesista do IAPC, mais um outro colega que é primo meu, anestesista, mais velho que eu, a primeira guarda da anestesia, primeira leva, eles estavam precisando de gente nesse serviço médico de anestesia, atual serviço que eu trabalho até hoje, eles me indicaram pra essa vaga, me convidaram, e tal, e eu acabei aceitando experimentar trabalhar na anestesia. Quando acabei esse primeiro ano de cirurgia, eu fui pra lá e acabei

ficando. Fui, aos poucos, eu fui meio a contra gosto, no início, porque gostava mais da cirurgia, até que no fim abandonei a cirurgia completamente e passei a fazer anestesia. Aí seguí carreira, passei a gostar, me dedicar a isso. Esse grupo nosso de anestesia, esse serviço nosso, é o mais antigo do Brasil, particular. Esse serviço particular é o mais antigo. Agora o primeiro serviço que surgiu, também com o mesmo nome, chama Serviço Médico de Anestesia, foi no Rio de Janeiro, durante a Guerra, no comecinho da Guerra eles começaram. E o fundador, um dos fundadores do nosso serviço, que era o Luiz Rodrigues Alves, que era também bisneto do Rodrigues Alves, Presidente da República, ele foi aprender um pouco no Rio, e depois foi pros Estados Unidos. Ele ficou lá na Mayo Clinic, no Estados Unidos. Ele foi pra ficar três ou quatro meses, ficou dois anos lá, voltou e fundou. E continuou funcionando esse serviço. Foi o fundador, o presidente, tal. E agora que eu envelheci, sou eu o presidente (riso).

P/1: (riso)

R: Quarenta e um anos depois, sou eu. Ele já faleceu. E hoje somos 30 e tantos anestesistas nesse grupo, né? Um grupo grande, que tende a crescer mais ainda com o crescimento dos hospitais. Daqui a pouco serão 50, né? Não vai demorar muito. Então, sabe que durante... Interessante essa fundação da anestesia em São Paulo, o Luiz Rodrigues Alves foi um dos pioneiros, foi um dos primeiros a fazer anestesia aqui em São Paulo. E durante a Guerra, quando a Febe, aquele Farmacêutica... Eu estava falando do Monteiro, né? Durante a Guerra, a Febe foi pra Itália sem nenhuma anestesista. Nem sabia disso aqui. Quando chegando a Febe lá, com não sei quantos médicos, o chefe era o Alípio Correia Neto, que era o chefe médico da Febe, eles não tinham nenhum anestesista. E os americanos já tinham. Já havia começado a anestesia, havia especialista já há 15 anos. Então, o Monteiro, exatamente este José Monteiro que eu falei, foi posto pra treinar com os americanos um pouco de anestesia pra poder servir lá a Febe. E quando ele voltou, ele foi também um dos pioneiros aqui no Brasil, um dos primeiros a trazer a anestesia. Faleceu há uns 4 anos atrás, mais ou menos.

P/1: Certo. E o senhor estava falando sobre o histórico da anestesia, né? Como é que se desenrola?

R: Bom, a anestesia, no mundo inteiro... No ano passado, comemorou-se muito pouco, embora eu tenha até insistido, tal. A repercussão foi quase nula junto ao grande público. Porque no ano passado, em 96, foi o sesquicentenário da anestesia no mundo, né? Oficialmente, a primeira anestesia, com éter, foi feita em 1846, em 16 de outubro de 46, pelo William Thomas Green Morton. Oficialmente, ele é o sujeito que criou a anestesia. Então, ano passado foram 150 anos da anestesia. Ele usava o éter sulfúrico, que é esse éter que a gente usa pra desinfetar a pele, hoje, né? Depois, bem mais tarde, passou a se usar o éter etílico, que é muito mais refinado, né? Mas, realmente, não foi ele o primeiro a usar nem a anestesia, nem o éter. Porque ele era um sujeito que estudou dois anos de medicina, depois largou e estudou odontologia. Ele trabalhava com o Wells, Horácio Wells. Eles eram sócios. E o Wells descobriu que o óxido nítrico, descoberto 300 anos antes, tinha propriedades anestésicas. Ele tentou fazer uma demonstração. Descobriu que era possível fazer anestesia com protóxido de azoto, ou óxido nítrico. E ele foi fazer uma demonstração lá em Boston, Massachusetts, General Hospital, em Boston, que falhou, né? Isso um pouco antes do Morton. Falhou completamente. Claro, é impossível você dar anestesia com protóxido puro, sem oxigênio, afoga o doente, né, fica sem oxigênio. E o protóxido é um gás secundário, de base. Sozinho ele não dá anestesia. Então falhou. E o Morton se aproveitou da ideia dele, procurou uma outra droga, não sabia, foi se informar com um grande químico, chamado (Jackson?), de Boston. O químico disse pra ele: "Experimente o éter sulfúrico.", ele experimentou e deu certo. Ele fez anestesia nas galinhas dele, no cachorro dele, nele. Aí fez num cliente dele, tal. Aí ele fez uma demonstração e funcionou. Nessa data funcionou. Que até essa época a anestesia não existia. Eles davam um pouquinho de ópio, pinga, coisa de uísque pro doente, tal. E faziam algumas cirurgias, cálculo de bexiga, amputação, essas coisas. A turma segurava! Eram quatro, cinco homens fortes, que seguravam o doente. E havia cirurgiões, listas da Inglaterra, que, por exemplo, ele operava, disse que ele amputava uma perna em 40, 50 segundos. Tava pronto! Então tinha que ser um sujeito muito rápido, porque era uma gritaria, era um absurdo. Aí começou a anestesia com Morton. Mas muito antes do Morton, quer dizer, 4 anos antes, em 1842, o Crawford Long já fazia éter, no interior lá dos Estados Unidos, ele já fazia éter. Mas nunca fez demonstração, nunca levou pra frente a coisa. Ele fazia nos clientes dele, lá, sabia-se, tá provado que ele fazia. Mas ele nunca... E depois disso tudo, houve uma briga, por muitos anos, todos eles Long, Morton, Jackson, todos brigando pela prioridade da anestesia, né? E, mas no final das contas, o Morton ficou oficialmente como o descobridor da anestesia. Bom, e a coisa ficou assim até o fim do século. Praticamente só havia o éter e, dois anos depois, na Inglaterra, o Simpson, que era um grande obstetra, que fez o parto da Rainha Vitória, o Simpson descobriu o clorofórmio, que, de certa forma, desbancou um pouco o éter. Então ficaram usando éter, clorofórmio, até agora, 1960, ou 70, ainda se usou éter e clorofórmio até, né? Usou-se até agora. Quer dizer, durante 100 anos se usou. Essa era a anestesia geral. A anestesia regional, que pega parte do corpo, tem a rack anestesia, anestesia peridural, anestesia local, os bloqueios de plexos, que se anestesiavam um membro só, um braço, coisas desse tipo, essas começaram em finzinho do século, em torno de 1889, mais ou menos. E aí que começaram as anestésias locais. Foram bem posteriores a geral. A geral começou 50 anos antes, praticamente, né?

P/1: Essa anestesia geral, ela é uma associação de gases?

R: Era só éter, era só éter no começo, depois só clorofórmio. E não tinha controle nenhum, eles não davam oxigênio nem nada, não tinha controle nenhum. Não havia ficha, não havia, eles não sabiam das repercussões, não sabiam nada de nada, não tiravam a pressão do doente, nada, não tinha pressão do doente, não tinha nada, nada, nada... Então, era um negócio absolutamente empírico, né, totalmente empírico. E a coisa ficou, no Brasil, e ficou assim até, parece que o Haddock Lobo, eu não tenho certeza, mas parece que o Haddock Lobo foi o primeiro a dar uma anestesia com éter no Brasil em dois ou três anos depois do Morton, lá no Rio de Janeiro. Ele teria feito o éter. E ficou assim, éter, clorofórmio, tal, depois começou um pouco de rack nesses dias, tal, a peridural é bem posterior, a peridural começou em 1920 e poucos, 21 mais ou menos. A primeira anestesia, por exemplo, pra parto, a peridural, a primeira foi em 38, agora, 1938, o primeiro cateter pra gente fazer contínua a peridural foi em 49. Quer dizer, a peridural praticamente no Brasil começou em assim, posso te falar que durante a guerra, depois da guerra e de 1960 pra cá praticamente que começou a desenvolver. Então é bem recente, é uma coisa bem recente, eu já estava formado, é bem recente. E pra você ter ideia, minha esposa, minha namorada naquela época, eu era estudante de medicina, ela teve um apêndice aguda, foi operada com ombredane, com aparelho de ombredane, que é um aperfeiçoamento do aparelho do Morton, ombredane era uma bola de metal, cheia de algodão, que se jogava lá dentro o éter ou o (balsifórmio?), que era uma mistura de éter, clorofórmio e cloreto, uma mistura das três coisas. E havia só um

ponteiro que você ia mudando, aumentando a concentração, sem oxigênio, porque não havia oxigênio, a pessoa respirava aquela concentração, 2, 3, 4, 5, 6% daquele vapor, que tirava do ar, né, quer dizer, então você respirava ar menos 6% de oxigênio. Nós temos 21%, você ficava afogada lá dentro...

P/1: (risos)

R:... E ela foi operada, coisa de mais ou menos 1954, 53, lá em Tatuí se usava ombredane, anestesiada pela mãe lá, que fazia e não sabia o que estava fazendo, ela segurava a máscara, o pessoal segurava a máscara sem saber assim o que estava fazendo, né? Esse ombredane está hoje no Museu da Anestesia, que eu doei lá pra sociedade.

P/1: É uma máscara?

R: É. E pra você ter ideia, é uma bola, tem esse ponteiro e um balãozinho. O balão, não havia balão de borracha, é bexiga de porco, é uma bexiga porco, que é o balãozinho pro doente respirar. Inclusive, ele respirava aquele gás, quase sem oxigênio e com muito gás carbônico porque ele não havia absorção de gás carbônico, nada. É como se você assoprar numa bexiga...

P/1: Hum, hum..

R:.. Daqui a pouco começa aquela respiração rápida, aquela polipneia, hiperpneia. Era muito precária, então a coisa começou muito precariamente. Bom, aí quando eu comecei o estágio de anestesia em 55, aí a coisa já estava um pouco mais aperfeiçoada, já havia, já existiam uns aparelhos de anestesia... Porque foi assim também, o primeiro professor, considerado o primeiro anestesista no mundo, eu conheci, ele esteve aqui no Brasil, conheci, foi o...toda vez... o professor... Bom..

P/1: Não tem importância...

R: ... Já vou lembrar. E na Europa foi o Macintosh, também esteve muitas vezes no Brasil, conheci ele também bastante, o Macintosh, o Macintosh que deu, ele foi transformado no primeiro professor de anestesia da Europa. Ele era o sir Robert Macintosh, porque ele, durante a guerra, os paraquedistas, muitos morriam na queda, chegavam mortos ao chão, problemas no paraquedas, de pescoço. E ele resolveu isso anestesiando assistentes dele e jogando na piscina.

P/1: (risos)

R: Ele usava uns aparelhos experimentando uma forma de proteger esses paraquedistas, então ele anestesiava os assistentes na piscina, lá de cima. E descobriu um jeito que salvou muito paraquedista inglês, né? E aí recebeu o título de sir, né? E ele era muito amigo do (Nosfield?), que era um milionário que quis entrar num clube de golfe lá na Inglaterra, foi podado, deram bola preta pra ele. Então o milionário comprou o clube e colocou o Macintosh como professor numa escola de medicina. O Macintosh inclusive criou um tipo de laringoscópio, pra intubação traqueal pra passar sonda na traqueia, que ele criou com outra finalidade, mas é usada até hoje a lâmina dele, a lâmina de laringoscópio de Macintosh. Naquela época que eu comecei havia já aparelhos assim, de certa forma um tanto rudimentares, e a gente usava basicamente era éter como anestésico inalatório, que anestesia, dessa época pra cá, ela se compunha de ou fazia, a gente sempre fazia um pouco na veia, e se faz até hoje uma parte na veia, uma parte inalada, né? Então a inalação era basicamente éter lá no Hospital São Paulo. O óxido nitroso era pra casos especiais e o ciclopropano, que era outra droga que também foi descoberta por esse professor mundial, que não sei o nome dele agora...

P/1: Não tem problema...

R: ... Mas eu já vou lembrar, ele que introduziu isso e a absorção do gás carbônico com cal sodada, que quando o doente exala, né, o CO2 é retida por essa substância de cal sodada, pra não ficar circulando. Então, a gente usava, a rotina era feita com éter. Quando eu me formei, logo depois comecei a trabalhar nesse serviço nosso, lá nós usávamos, no serviço usava, era único, a gente usava o ciclopropano. Toda a rotina era com ciclopropano, que era um anestésico caro, altamente explosivo precisava muito cuidado com coisas elétricas, não podia nada elétrico na sala, qualquer tomada que você fosse e desse uma faísca podia explodir, explodiu no Chile uma sala inteira de cirurgia. Então, nós usávamos ciclopropano e (protóxido de azoto?) e éter. Depois disso, equipamentos, e não tínhamos monitor de nada, absolutamente nada, então, toda anestesia era clínica, né? Pressão era tirada com esses aparelhos comuns de pressão, oxigenação era vista apertando a ponta do dedo, olhando as mucosas, controlava-se pelo tamanho da pupila, movimento dos olhos...Eram sinais clínicos, pulso, né? E já se usava curare também na época, porque curare começou também em 40 e tantos, 40 e poucos, quase 1950 começou aqui no Brasil, 40 e logo depois da guerra, pra relaxar o doente, né, que a anestesia tem uma parte de analgesia, quer dizer, pra tirar a dor, tem uma parte de relaxamento muscular pra o doente, pro cirurgião operar bem, né?

P/1: Hum, hum..

R: E tem uma parte de hipnose, que o doente tem que dormir, né, anestesia geral, né? Então, basicamente o anestésico era éter etílico, de vez em quando óxido nitroso e nós usávamos muito ciclopropano. Eram as drogas que nós usávamos como inalatórias. E na veia, a gente usava muito, tinha surgido o nesdonal, né, que naquela época era o pentotal sódico, que foi... O pentotal sódico surgiu na... Foi usado... Foi iniciado praticamente em Pearl Harbor, durante o bombardeio em Pearl Harbor, em 42 eu acho, né, em 42? E dizem, acho que as más línguas aí, que morreu mais gente com pentotal sódico, do que com bombardeio, né? Porque o pentotal injetado, eles usavam doses únicas, como anestésico único em altas doses e tal, e aquilo produz choque anestésico, a pressão vai a zero e o doente morria. E aqui se também tentou fazer como anestésico único, só isso na veia, tal, pra operação inteira, é um absurdo, não dá. A gente passou a usar isso só como indutor pro doente perder a

consciência, e depois ali pra frente são outras coisas. Mas, usava-se nesdona, dava muito espasmo de glote, né? Era, o (curare?) era o, havia descoberto inclusive, criado aqui por um brasileiro aí, o Vital Brasil. Vital Brasil criou o (condro curare?), a gente usava o (condro curare?) e o flaxedil, que é a galamina que se usava e um pouquinho também de tubocorarina que foi um dos primeiros, mas que dava muita alergia, então se parou de usar. Aí, mais, eu acho que em torno de 1960 e poucos, 60, entre 60 e 65 começaram a surgir os anestésicos halogenados, né? E o primeiro deles foi o halotano, fluothane, halotano ou fluothane. Fluothane é o nome comercial, o primeiro que surgiu.

P/1: O que eles revolucionaram, assim?

R: É, eles eram anestésicos já, primeiro que eles não eram explosivos, nem, né? O éter também era um anestésico que pega fogo, o éter também. O ciclo também é altamente explosivo, o etileno foi usado antes também, o etileno foi descoberto em gás de esgotos, mas foi usado, aqui foi usado em 1930 e tantos, um pouquinho e tal, 30 não, 40 e poucos foi usado aqui um pouquinho, mas uso muito pequeno, eu nunca usei o etileno, tinha um mau... Também era altamente explosivo. Então, o etileno, eles misturavam com gás carbônico, CO₂, aparelhos antigos tinham um fluxômetro, tinham maneiras de calcular a administração de gás carbônico... Então, usava-se etileno, ciclopropano, éter, óxido nitroso e aí vieram esses halogenados. Mas o vaporizador que a gente usava, pra vaporizar aquele halogenado, o primeiro que surgiu, não era bom, então durante as primeiras anestésias caía demais a pressão do doente. Era um risco enorme, então nós abandonamos, até que apareceu, um ano depois veio o segundo vaporizador já mais aperfeiçoado e aí a gente foi inclusive conhecendo melhor o anestésico tal, passando a usar esse halotano que durou e dura até hoje, até hoje se usa, hoje menos, mas se usa ainda muito. Que depois, os halogenados são anestésicos trihalogenados, né, que tem bromo, cloro e flúor. Eles são, tem uma série de vantagens assim, aparelho circulatório, respiratório, não produzem secreções quase, bem menos que o éter, né? Que o éter dava muita secreção assim, salivação e pulmonar, secreção pulmonar em crianças assim com problema pulmonar, era um negócio complicado. E estes, tem uma série de vantagens, ele passou a ser usado na rotina da gente, e agora nesses últimos anos vem surgindo outros, o isoflurano, que é usado bastante hoje, que o isoflurano é que existem os nomes comerciais aí, o isotano, o fluorane, fluorane, isotano são os nomes comerciais, mas é tudo isoflurano. E agora, mais recentemente surgiu o sevoflurano, que, que tem, existe o nome comercial que é o sevoflurano que é um anestésico também que tem sido bastante usado. Uma das vantagens dele é que a pessoa dorme mais rápido e acorda muito rápido. É muito bom para cirurgias mais curtas, pequenas, né? Todos eles têm vantagens e desvantagens. Depois do halotano, entre o halotano e o isotano, surgiram alguns outros como o (metóxo florano?) que era nome comercial Pentrane, que a gente usou muito. E o inflorano, que ainda, nós não usamos faz 10 anos, mas por aí ainda se usa, principalmente no Nordeste, a gente sabe que ainda é bastante usado o inflorano. Fora as drogas principais, eu acho. Do lado dos venosos, depois do nesdona, veio o tilnebutal, que também é um pentotal sódico, surgiu o tialinal sódico, né? Surgiram vários outros, viadril, que era hidróxido de ione, o fabantol. Todas as drogas tinham vantagem na época que surgiram, pareciam muitos bons pra uma coisa, pra outra coisa, foram bons, tiveram sua época, mas hoje... Viadril, por exemplo, dava muita flebite, então paramos de usar. O fabantol muita alergia, também paramos de usar. E agora tem surgido outras drogas assim, venosas. Por exemplo, uma das mais modernas é o Diprevan, nome comercial, né, que é o propofol, nome químico. Existe também um outro laboratório produzindo propofol. Também são drogas que agem, tem uma série de vantagens. Todas têm vantagens e desvantagens. Mas elas têm uma ação muito curta. Então, se você quiser uma anestesia pra cinco minutos, pra uma drenagem de abscesso, uma coisa desse tipo, a gente injeta, o doente dorme, aí faz, acorda, 10 minutos depois tá batendo papo com você, como se não tivesse acontecido nada. Então, é uma ação muito rápida.

P/1: Por que quê a pessoa fala que é ruim voltar da anestesia?

R: Antigamente, essas drogas tipo éter, por exemplo, são altamente solúveis em gordura, então são drogas que demoram, o doente demora a dormir com o éter, e demora pra acordar. Eu, quando tinha as minhas crianças pequenas, eu usava muito a coisa que a gente chamava de máscara aberta, né? Pra criança pequena, não era nada mais que uma semi esfera gradeada, assim, com gaze, e a gente pingava o éter e o cloreto de tília, que era o Quelene, né, o nome comercial. A gente pingava e misturava com um pouco de éter, e era só isso. Quando muito se punha um pouquinho de oxigênio embaixo. Era só pingando, pingando e, clinicamente, a gente ia mantendo a criança só com isso. Dizia um anestesista aí que você pode, numa estrada, se você encontrar, precisar dar uma anestesia com lenço, um pedaço disso aqui, eu corto isso aqui, eu sou capaz de dar uma anestesia. Era assim, mais ou menos assim, a coisa. Era o trilene outra droga que surgiu que se usava muito pra analgesia de parto. Era o trilene, que é o tricloroetileno. E isso eu vi usar muito, o trilene, porque a gente era chamado pra analgesia de parto, no Samaritano, especialmente, e lá frequentemente você chegava, a doente, a paciente, a parturiente, estava cheirando aquele trilene, que era um aparelhinho que você regulava, tirava a chave, e ela não conseguia, ela mesma segurava, se dormia um pouco, ela largava aquilo. Então, era um negócio precariozinho. E quem estava usando o trilene, quando o doente, o paciente usava trilene, você não podia usar calcidrata, porque isso forma um composto altamente tóxico. Então a gente era obrigado a dar o ciclopropano, fazer a anestesia mais moderna, naquela época, mas sem a calcidrata, que era um negócio meio complicado. A gente tinha que ajeitar isso, né? E peguei também, havia na época, anestesia retal, por via retal, que se usava uma coisa chamada avertina. Eu nunca apliquei, mas vi aplicar muitas vezes a avertina, e ela dava muita infecção retal, retites, e tal. Era uma porcaria e foi abandonada também. Então, ao longo desses anos, muitas drogas vieram, algumas duraram anos. O tionebutal, o pentotal sódico está desde Pearl Harbor tá aí. O pessoal tá usando ainda, né? E ainda é muito útil, muito utilizado. Tem drogas que duram 50, 60 anos, perfeitamente bem. Outras duram meses, dias, e saem do mercado, porque não é bem aquilo que parecia que era.

P/1: Doutor Almiro, qual é a diferença entre uma anestesia peridural e uma raquí?

R: A raqui-anestesia, o certo seria anestesia sub araquinoídea ou araquinoídea, segundo _____ da língua, é uma anestesia...

P/1: Sub o quê?

R: Sub araquinoídea, ou araquinoídea. Você faz no líquido, né? Injeta o anestésico no líquido.

P/1: Na medula?

R: No líquido céfalo raquidiano.

P/1: Ah, tá.

R: Não na medula, no líquido céfalo raquidiano.

P/1: Ok.

R: E a peridural, como o nome diz, você injeta em volta da duramater. Porque a medula, dentro do canal raquidiano, você tem a medula, que vem até mais ou menos a segunda vértebra lombar, e dali pra baixo você só tem líquido, não tem medula. Então ali que a gente faz a raqui, abaixo da medula. Não há risco de cutucar, de pegar a medula. Então você faz, fura duramater, araquinóide, piamater e entra no líquor. Então pinga na agulha o líquor e injeta uma dose pequena. Por exemplo, de xilocaína, você faz 50, 100 miligramas no máximo. 30, 40, 50, no máximo 100 miligramas de lidocaína, em média, pra uma cirurgia. É uma dose pequena. Na peridural você faz 400, 300, 500. Mas aí em volta da dura. A diferença de espaço, entre a pele e o líquor é, em média, meio centímetro, né? Então você tem que ir com a ponta da agulha, avançar 5, 6, 7, 8 centímetros, 10 centímetros, e parar meio centímetro antes, pelo tato. Puramente tato. Tem técnicas pra você saber que chegou lá no espaço peridural, para lá. Se você avançar mais um pouquinho, você fura a dura araquinóide, aliás, eu falei que fura a piamater, não, é dura araquinóide, cai no líquor. A pia tá na medula. Então você tem que parar ali, porque se você furar, você cai no outro espaço, e aí a anestesia é (passe raqui?), aí é outra coisa. Se você injetar aquele anestésico naquelas doses lá dentro, é uma catástrofe. Cai pressão, perde a consciência, pode morrer o doente. Então precisa muito cuidado. E às vezes você não tem, é difícil você ter certeza absoluta. Por isso que às vezes acontece acidentes que o pessoal chama de erro médico. Não é. Você toma todos os cuidados e acontece um negócio desses. Então a gente faz testes, tem uma série de providências, mas mesmo assim sempre há um risco. Sempre há. Anestesia sempre há um risco, né? E do lado dos anestésicos locais, já que você tá falando assim, o primeiro anestésico local foi no fim do século passado, foi a cocaína, né? Começou a se usar primeiro no olho.

P/1: Ah, é?

R: É, foi o Freud. Ele estava trabalhando com a cocaína porque já se conhecia alguma coisa, porque tinha europeus que tinham estado aqui na América do Sul, no Peru, especialmente, na Bolívia, onde eu estive e vi lá o pessoal mascando coca. Quem vai pro Peru, Bolívia, Equador toma chá de coca, né?

P/1: É.

R: O pessoal masca na rua aquele negócio. E dava um pouco de anestesia no lábio. Eles perceberam isso, estudaram e extraíram a cocaína. Só que era muito tóxico. Mas foi usado até agora há pouco anos, pra anestesia local.

P/1: Local.

R: Pra raqui e pra local, assim de nariz, e coisas desse tipo. Mas naquela época começou a pingar cocaína no olho. Freud e um assistente dele, chamado Keller, que tinha 28 anos naquela época, estavam estudando essa cocaína e o Freud resolveu visitar a noiva em Paris. Ele morava em Viena, e foi visitar a cavalo. Levou três meses pra ir e pra voltar visitar a noiva. Quando ele voltou esse Keller tinha descoberto que a cocaína funcionava no olho. E daí passou a se experimentar em nervos, e tal, aí o (Bier?) descobriu a raqui, fez a raqui no assistente dele, mandou o assistente fazer nele. Aquela época fazia-se muita experiência assim, o próprio médico... Por exemplo, quem começou a fazer os bloqueios de nervos, um deles foi o (Hall?), o outro foi esse, agora me foge o nome dele, poxa vida.

P/1: Não tem problema.

R: Bom, (Hall?) e, eu vou me lembrar também. Eles ficaram viciados, os dois, em cocaína, de tanto experimentar neles, cocaína, tentando bloqueio de nervos e tal, eles ficaram viciados em cocaína, já naquela época, fim do século passado. Bom, e ficou a cocaína. Depois foram descobertas outras drogas. Em 1906, descobriram a procaína, que é a novocaína, vários nomes pra mesma droga. Procaína, neocaína, olocaína, novocaína, tudo a mesma coisa. Foram drogas que eu comecei a usar, pra fazer raqui. Escurocaína, da Rhodia. A gente fazia raqui com a Escurocaína, que é a procaína, e tetracaína. E a tetracaína pra raqui. A gente usava isso. Não havia xilocaína, lidocaína, que neste agora de 97 está completando 50 anos de uso clínico no mundo. Aqui no Brasil chegou depois, eu já estava formado quando começou chegar a lidocaína, xilocaína. E foram várias drogas, benzocaína, (percaína?), que eu usei também. Várias drogas foram sendo experimentadas. Tóxicas foram abandonadas, e foram tentando aperfeiçoar cada vez mais, até que se chegou a xilocaína, que foi um grande avanço, essas chamadas amino amidas, esse grupo de drogas. Os outros eram amino ésteres, todas, quase todas anteriores, que eram derivadas, parecidas com a sulfá, né? E aí vieram essas amino amidas. Primeiro foi a xilocaína, depois foi a prilocaína, aí veio a marcaína, que é a bupivacaína, nome químico, né? Prilocaína que era Citaneste o nome comercial. Lidocaína, nome comercial, Xilocaína. Prilocaína, nome comercial, Citaneste. Ele acabou saindo do mercado porque precipitava o líquor, porque dava meta hemoglobina, o doente ficava meio azulado, meio cianótico.

P/1: Ah!

R: Mas a melhor droga pra uma das técnicas de anestesia. Até escrevi um livro agora, publiquei um livro agora sobre a técnica de (Bier?), né? Ele fez, além da raqui, ele descobriu essa técnica pra cirurgia de membros, pernas e braços, é a melhor droga. Só que tem esse problema, tem outros problemas, ela saiu do mercado. Em alguns países existem ainda, mas aqui tiraram do mercado. Mais recentemente surgiu a bupivacaína, nomes comerciais são a Marcaína, que se usa muito em obstetrícia e a Neocaína também, do Cristália, a Neocaína que também é bupivacaína. São drogas anestésicas locais que se usa pra raqui, peridural, pra esses bloqueios de plexo, anestesia local. Pra tirar uma verruga, qualquer coisa, se

usa em geral a xilocaína, ou marcaína, né? A marcaína dura bem mais do que a xilocaína. E tentou-se muitas outras drogas. Por exemplo, por curiosidade, esse baiacu, esse peixe nosso que é venenoso - você sabe, né? - o veneno tá na bile, né? Se você derramar a bile, tal, aquilo mata o doente. É neuro tóxico. No Japão, eles comem muito o fugu, é o mesmo baiacu nosso, eles comem lá o fugu, o filé. Lá precisa ser especializado, licenciado, pra preparar o filé do fugu. Não sei por que eles comem aquilo se correm tanto risco assim, né?

P/1: (riso)

R: Mas morrem alguns japoneses por ano. Se contaminar, morre. Então tem que tirar... Um colega disse, japonês, disse que outro dia comeu o fugu com tanto medo que ele não sabe que gosto tem.

P/1: (riso)

R: Eles fazem esse sashimi com fugu. Bom, esse peixe tem quatro camadas de dentes, assim, então é tetra, lá existe uma droga chamada tetródotoxina. É uma droga que tem uma ação anestésica local de duração assim de 20 horas. Você poderia fazer uma anestesia local por 20 horas. Tentou-se o uso, mas se abandonou, porque é tóxica demais. Ela tem uma série de problemas. Tem algumas vantagens. Toda droga é assim. Todo remédio tem suas vantagens e efeitos colaterais, né? Todos, todos tem, né? A simples novalgina tem.

P/1: (riso)

R: Então, e os curares, por exemplo, começou, eu estava dizendo, começou com Conducurare, Galanima, que era Flaxidil. Depois surgiu um grande avanço, que hoje se discute um pouco, mas ainda é muito útil, a Succinil Colina. A Succinil Colina é um curare de um outro grupo. São dois grupos diferentes de curares, e quem fabricava no começo... Primeiro foi o (Celocorin?), que era o iodeto de Succinil Colina. O iodeto dava muita alergia, e custava muito caro. Uma ampolinha daquela era cara pra burro! Depois o laboratório LPB, que ele falou ali, que era na Rua São Luís, começou a fabricar o (Taquiclorim?), que era o cloreto de Succinil Colina. Ai já foi melhor. Já não tinha alergia, né? Tem outros problemas, mas não tinha alergia. E, como curiosidade, quando criaram esse controle agora que existe aí, de receita amarela, branca, preta, tal e azul, e tal, de psicotrópicos, etc. e tal, eles incluíram o (Taquiclorim?), os burocratas, incluíram o (Taquiclorim?) como psicotrópico. É um curare, mas incluíram, acho que pelo nome, (Taquiclorim?). Eles acharam que era um estimulante cerebral, não sei. E durante muito tempo nós éramos obrigados a dar receita como se fosse um psicotrópico, estimulante cerebral. E depois veio aí o Quelicim, do Abbot. Acabou o laboratório LPB, que produzia esse (Taquiclorim?), e surgiu o Quelicim, que é a mesma coisa, só que com outro nome, e que se usa até hoje, rotineiramente. Tem uma série de problemas, mas tem uma série de vantagens. Bom, e ultimamente surgiram outros curares: o Pancurônio, o Tracrium, o (Runcorônio?) agora, e uma série de outras drogas que vem surgindo recentemente, curares que são relaxantes musculares. Porque ele não dá anestesia nem tira a consciência, ele só paralisa a musculatura. Então você não pode dar isso sem que o doente esteja dormindo, né? Senão ele fica acordado sem poder mexer. E já aconteceram casos assim, problemas ou o vaporizador não funciona, ou desligou não sei o que. Doentes que ficaram meio acordados sem poder reagir.

P/1: A anestesia tem essas três características: a imobilidade...

R: A anestesia geral, né?

P/1: É, a geral.

R: De um modo geral. A anestesia geral, você precisa sono, hipnose, você precisa analgesia, que ele não sinta dor, e você precisa relaxamento, alguns, nem todos, porque às vezes você não precisa o relaxamento muscular. Você vai fazer uma plástica de mama, você vai fazer... Você não precisa relaxamento. Então bastaria analgesia e sono. Agora, vai abrir uma barriga, um tórax, você não quer que o doente respire, você respira por ele, máquinas, e tal, então a gente paralisa o doente com curare e faz a respiração por ele, artificialmente, né? Então... E pra facilitar, senão o doente faz uma força, o intestino todo pula prá fora. O cirurgião não consegue operar. Então você deixa molinho, tudo flácido, assim, então o cirurgião fica operando, sossegado, né?

P/1: Quem determina o tipo de anestesia, o tipo de anestésico?

R: É o anestesista. Eu peguei a época que, no começo, quando eu comecei a fazer anestesia, ainda no interior não havia anestesista, praticamente. Quando eu comecei, São Paulo tinha 60 anestesistas, ou 70, no Estado de São Paulo. Tatuí não tinha nenhum, foi ter o primeiro anestesista 15 anos depois, ou 20 anos depois. Sorocaba tinha um, eu acho. Campinas, Santos, tinham quatro ou cinco, naquela época, né? E aqui em São Paulo tinham 50, eu acho, uma coisa assim. Hoje, São Paulo, o Estado de São Paulo deve ter mil e quinhentos pra dois mil anestesistas, no Estado de São Paulo. Naquela época então não havia anestesista. O cirurgião, fazia a raqui dele, ele operava. E ninguém tomava conta do doente. Ele dava umas olhadas, assim, mandava a enfermeira tirar a pressão pra ver, mais ou menos, né? E era assim. Então a madre, ou qualquer pessoa, qualquer estudante, da Santa Casa, ou faxineiro, pegava o faxineiro: "Vem cá. Segura essa coisa aqui no doente." O sujeito segurava. Era assim. Então não havia... E os cirurgiões, então, eu peguei aquela fase assim de transição, mas todos os cirurgiões tinham feito um pouco de anestesia, eles se metiam a dar ordens, né: "Eu não gosto disso. Eu não quero aquilo. Sou contra a raqui." Tudo a olho, sem saber do que se tratava. Então houve aquela briga: "Eu não quero isso, não quero aquilo. Não gosto daquele anestésico, não gosto daquele.", até que isso foi desaparecendo, esses cirurgiões foram passando, e até que esses novos cirurgiões, eles não entendem nada e não querem nem saber. Eles não dão palpite, né? Isso é problema seu, responsabilidade sua. Hoje a coisa cresceu demais! Se você pegar essas grandes cirurgias, transplante hepático, por exemplo, transplante cardíaco. A gente tem transplante hepático aí, um por semana, praticamente, agora, no Osvaldo Cruz, é uma parafernália enorme de bombas tocando aquele negócio pra todo lado, e artérias, e catéter, pra todo lado, monitores. Hoje a gente tem uma televisão, você tem ali todos os dados do doente. Você tem gás carbônico, você tem eletrocardiograma, você tem o oxigênio, você tem pressão arterial, você

tem o pulso, você tem pressão na artéria direto, ou no braço, pressão como (manguito?), você tem débito cardíaco? Sabe, você tem mil informações. O gás carbônico eliminado. Tem tudo. Então a gente, hoje, a pessoa não põe a mão no doente. Frequentemente não põe a mão no doente. Cobre o doente e fica olhando naquela tela. É como o avião, voa cego, né? Tem tudo na tela. Fica correndo o elétron, dando o oxigênio o tempo todo, CO2, pulso, pressão, temperatura, tudo lá. Tá tudo lá. A coisa melhorou muito nesse aspecto, né?

P/1: Doutor Almiro, a gente estava falando, lá fora, de um senhor fazia hipnose mesmo nos pacientes.

R: Não, eu nunca fiz.

P/1: Não, eu sei que o senhor nunca fez. Eu queria que o senhor falasse um pouquinho como é isso.

R: Ah, bom! Não, a hipnose tentou-se usar porque muito antes da anestesia do Morton, sabe, tentou-se pelo mundo inteiro. Antes, em 1700, por aí, 700 e tanto (fim da fita B1)... Eu estava contando que antes da anestesia tentou-se, tentava-se mil coisas pra aliviar a dor da cirurgia, né? E uma delas foi (Mesmeaux?), na França, que descobriu que ele de certa forma, era um hipnotizador, assim. Não era bem uma hipnose, mas ele fazia uns... Ele tinha um poder magnético. Ele conseguia curar uma porção de coisas e tal. E a coisa foi crescendo, os reis e, como é que chama isso? O pessoal da corte começou a ser cliente dele, tal, cresceu tanto a clínica dele que ele não vendia. Então ele "mesmerizou" uma árvore lá em Bois de Bologne, lá em Paris, e o pessoal ficava recebendo aquela energia daquela árvore que ele tinha "mesmerizado", né? Aí não dava mais, ele fez um bosque inteiro, e tal. E assim uma série de bobagens que inventavam, tudo tentando chegar a um ponto de aliviar a dor, permitir... Até que o éter, coisa química, né? É como o, mais ou menos, o psiquiatra e o psicólogo, né? O psiquiatra da o remédio e o psicólogo fica com aquela conversa que não resolve muito. Porque quase tudo é química, química cerebral. Mas, então... E a hipnose também é muito antiga. A hipnose surgiu muito tempo. Acupuntura. Todas essas coisas são tentativas de fazer anestesia de outras formas. Coisas antigas, tal. E a hipnose também. Mas a experiência que a gente tem de hipnose aí, que eu vi, tudo mais, agora parece que tão querendo criar até quase uma cadeira de hipnose, reviver esse negócio. Mas é muito, pelo que eu sei, pelo que eu vi, não é fácil você anestesiá-lo, hipnotizar uma pessoa pra cirurgia, primeiro. Segundo que você põe pra dormir. Mesmo que você ponha pra dormir, você não relaxa o doente a ponto de permitir, ele não para de respirar, permite pra um tubo na traqueia, pra ventilar um doente. Impossível.

P/2: Acupuntura também não funciona?

R: É, eu, na minha experiência, não. Dizem que funciona. Talvez na mão de alguns altamente experientes nesse negócio. O que eu vi de demonstração, tal, não foi muito... Mas tem alguns que dizem que funciona em alguns casos, em certas situações funciona pra tratamento de dor. Pra anestesia, aqui pra nós não funciona. Funciona lá pros chineses, né, talvez. Que houve gente que viu lá cirurgia com acupuntura. Mas não é uma coisa generalizada que você faça de rotina nos hospitais. Não é. Se fosse, têm dois mil anos a acupuntura, se fosse já estariam operando há muito tempo com acupuntura, né?

P/1: Doutor Almiro, a evolução da anestesia, o que ela possibilitou em termos de saúde?

R: Bom, a coisa foi fantástica porque antes da anestesia, especialmente dessa anestesia mais moderna, digamos desse século e principalmente agora de 1940, 50, pra cá, se permitiu, hoje se opera tudo, qualquer coisa, em qualquer idade. Quando eu comecei, um doente de 90 anos não se operava, era morte certa. Hoje a gente opera todo dia, 90, 92, 89, 96. Quer dizer, então... Outro dia eu dei anestesia pra um doente de 100 anos. Você dá anestesia, mas antigamente era um risco medonho, uma pessoa desse tipo, com essa idade. Bom, e anestesia com relaxamento muscular, controle da respiração, tudo isso, permitiu operações que antes eram impossíveis. Você não conseguia abrir um tórax, abrir uma barriga, não tinha relaxamento, cirurgias delicadas. Você não conseguia fazer hoje essas laparoscópicas, tudo isso, artroscopias, próteses, transplantes. Isso tudo é feito, foi em grande parte graças, a anestesia é uma parte do negócio. Toda essa evolução permitiu que a cirurgia evoluísse também, né, paralelamente. Porque antes eles faziam poucas cirurgias. Era basicamente amputação, cálculo de não sei o que, tal, cálculo de bexiga. Então não se operava até praticamente quase fim do século passado. Não se operava quase nada, meados do século passado, não se operava nada. Não se operava útero, não se operava ovário, não se operava nada. Alguns que tentaram fazer, os doentes morriam todos. Eu peguei a fase, por exemplo, o primeiro sujeito que operou... Porque apendicite, por exemplo, eles operavam supuravam o apêndice, supurar, pus, tal, pra depois operar. Consta que o primeiro sujeito que fez o diagnóstico da apendicite, e operou antes que supurasse, antes que ele explodisse com pus lá dentro da barriga, foi o filho do Morton que era cirurgião. E eu peguei essa fase de o cirurgião abrir uma apendicite, barriga distendida, tal, doente (tórrido?), intoxicado, e tal, abrir a barriga... Apendicite em velho assim era gravíssimo. Morria muito. Era criança, morria muita gente de nó nas tripas. Que era apendicite. Então, abria-se, tinha aquele pus, bastante, na cavidade, punha-se um dreno e pronto, acabou a operação. Tinha que deixar drenando aquilo. Como o antibiótico, que também foi uma evolução enorme. Porque um doente desses, antes da penicilina, tal, morria. Quase todo mundo morria. Com antibióticos, e tal, eles esperavam esfriar aquela infecção pra depois reoperar e tirar o apêndice. Eu peguei essa fase. Uma série de coisas assim que permitiram... Por exemplo, a peridural, modéstia à parte, foi o sujeito que, porque quando eu trabalhei na maternidade do Sesc, em 56, 57, 13 anos, até 60 e tantos, a gente tinha a chamada sala das dores. Toda a maternidade tinha a sala das dores. Na Casa Maternal tinha uma sala onde ficavam as parturientes em trabalho de parto. Todas gritando, gritando.

P/1: (riso)

R: E o que se fazia, ou não dava nada ou fazia novalgina, fazia um pouquinho de dolantina pra aliviar um pouco a dor. Alguns eram contra a dolantina, porque ela também deprime um pouco a criança. Era um problema. Ficavam doentes gritando horas. E um professor meu de obstetrícia dizia que a mulher em trabalho de parto não pode ver o sol, aliás, ele dizia com r, né: "Não pode ver o sol nascer duas vezes.", quer dizer, não pode ficar mais de 24 horas em trabalho de parto. Naquele tempo era comum. Lá em Tatuí, quando precisava fazer uma cesárea, não tinha jeito, geralmente acho que o feto já estava até morto, muitas vezes, telefonavam aqui pra São Paulo e o cirurgião ia daqui pra lá, quando acabava o consultório, sabe? Era um absurdo! Parece coisa de 1500, Idade Média. Mas não é, é coisa de 1940 e pouco, 50. Então havia a sala das dores.

Eu trabalhava na anestesia, eu me impressionava com isso aí, tinha a preocupação. Eu digo: “Tem que ter um jeito de acabar com isso aí.” Aí eu apresentei um trabalho, que não tinha nada que ver com isso, em Florianópolis. Eu acho que foi um dos primeiros trabalhos, eu era menino, eu tinha uns cinco anos de formado. Apresentei lá e um cirurgião, um colega, um professor de Brasília de anestesia, hoje mora nos Estados Unidos, ele me disse: “Olha, Almiro, você está interessado nesse assunto, tem um trabalho que saiu assim, em tal revista.”, eu vim ler, e o trabalho tinha mesmo esse aspecto que eu estava estudando, mas era um trabalho sobre analgesia de parto com peridural, que era do (Blowmis?), que era um inglês que foi morar no Canadá e hoje ele tem um livro desse tamanho de peridural. A coisa foi crescendo. Era um livrinho assim, agora... Eu digo: “Bom, tá aí o meu negócio.”, né? E comecei tal, só que eu não tinha experiência e ninguém tinha experiência em peridural, ninguém sabia fazer. Os poucos que tinham feito, precariamente, com droga ruim, não funcionava direito. Eu fiquei, estudei o que eu podia estudar, comprei um materialzinho, trouxe lá dos Estados Unidos, e tal. O cateter não podia esterilizar. O cateter era feito de polietileno. Ele tinha que ser fervido, só.

P/1: (riso).

R: Como se fazia injeção. Meu pai fazia injeção assim em mim. Fervia e aplicava. Não era descartável e nem esterilizava. Era fervido. E esse eu fervia, sacudia, jogava a água fora assim. Mas só que o pessoal não queria que eu fizesse, o diretor da maternidade estava com medo. Eu também. Eu nunca tinha feito. Esses pioneirismos são difíceis, né? Até que um dia eu cheguei na maternidade, o diretor estava louco da vida, porque ele tinha uma parturiente, das duas, eu cheguei a uma hora da tarde, ele estava desde às duas da manhã, ele não tinha nem sequer examinado a doente, ela não deixava, ela gritava e tal. Ele não sabia o que estava acontecendo, e ele falou: “Você quer fazer aquele negócio seu, faça aí nesse caso.” Eu falei: “Nesse caso?! Você nem examinou. Primeira vez eu vou enfiar lá na coluna da doente um negócio que eu nem sei bem como eu vou chegar lá”. É um negócio que precisa fazer com muito cuidado, tinha que ser numa doente muito calma. Sabe que eu digo: “Bom, está aí a minha ...”. Eu não sei como, até hoje, que eu consegui. Ela sentou, eu desinfetei, num intervalo lá eu consegui. Passei o cateterzinho, injetei, foi um negócio emocionante, porque hoje não tem graça, todo mundo está cansado de ver parto com peridural, não tem graça. Mas eu nunca tinha visto, e ninguém lá nunca tinha visto. Então quando eu fiz que começou a funcionar, em cinco minutos começou a funcionar, foi um negócio emocionante. Uma doente aos berros, aos gritos, começou a parar, começou a dar risada, a sorrir, tal, vieram aquelas contrações violentas e ela dando risada. Falei: “Puxa vida! O negócio funciona mesmo.”, né? Aí comecei a fazer e comecei a dar aula por aí afóra, né? Estive na Faculdade de Medicina, na Escola Paulista, na Casa Maternal, depois o Brasil todo, Belo Horizonte, Bahia, Manaus. E a coisa foi se difundindo e naquela época, havia outros métodos de analgesia já. Nós fazíamos muito com ciclopropano. Com ciclopropano pouca gente fazia, só nós que fazíamos praticamente. Por aí não se fazia. O nosso obstetra, (Sila Mattos?) que tinha o maior movimento, que tinha uma clínica, a maior clínica de São Paulo, que já houve, ele tinha uma clínica fantástica. Em seis anos, ele teve oito mil partos dele, particulares dele. Um negócio enorme. Ele gostava, a gente fazia analgesia para ele. Então o apelido dele era cheiroso, porque ele usava cheiro para... E a gente fazia. Eu comecei a fazer essa peridural e havia outros métodos: narco-aceleração, não sei o que, tal, e havia muitas... Aí começaram as mesas redondas por aí, para discutir o assunto e eu discutia. Até que no fim pegou. A peridural venceu, né? E foi em 62, 63. Eu comecei a fazer, publiquei um trabalho sobre isso e a coisa pegou fogo. Pegou fogo, aí aos poucos foi indo e sedimentou, eu acredito, o Rio de Janeiro, Belo Horizonte, por aí, eles não faziam nada, nem raqui, nem peridural. Nada. Inclusive muitos anos. Acho que começaram a fazer em 1970, por aí. Eles faziam muito pouco. E aí pegou. Belo Horizonte, eu estive lá, fazendo demonstração. Pegou fogo Belo Horizonte, Rio, tal e coisa. Fui à Argentina, Montevideú, várias vezes. Montevideú, na Argentina, por exemplo, eles usavam pouco. O povo assim, é engraçado, é uma questão da população também aceitar essas coisas, né? Na Europa eles usam muito pouco bloqueio assim, peridural, raqui, muito pouco. Tudo eles exigem basicamente. Mas aí pegou e, não sei de quantos anos pra cá, parto é sinônimo de peridural. Hoje, 99% dos partos são feitos com peridural. Só quando é contra indicado, doente em choque, algumas situações que não se faz. Hoje é peridural para todo parto, é peridural. Só um ou outro caso, eu acredito que 2 ou 3%, se tanto, da obstetrícia não é com peridural, né? Pegou fogo. Então...

P/1: Qual é a relação entre o paciente e o anestesista?

R: Bom, hoje em dia a gente tem uma coisa que a gente chama a visita e a medicação pré-anestésica, né? O anestesista vai ao quarto do doente, conversa com o doente, pergunta todas as coisas que ele tem, alergias, bronquite, se está alimentado ou não, próteses dentárias. Tudo isso precisa saber essas coisas, problemas que o doente tenha, drogas que toma, remédios que tem, pressão, o que toma para a pressão, se tem depressão, drogas que toma para a depressão. Isso tudo é importante para você poder planejar a anestesia, evitar certas drogas ou acrescentar outras, né? Que a gente chama de visita pré-anestésica, que é a consulta pré-anestésica. Depois você aplica uma, que é muito importante para essa visita, né, só com a presença do anestesista, explicando as dúvidas para o doente, tal, porque o doente chega lá, muitos pela primeira vez, tem medo louco, não sabe o que vai acontecer, o que vai enfrentar, que vai doer para burro. Você explica, não vai doer, tal, ele aceita e aquilo tranquiliza. Além disso, você dá um tranquilizante. Em geral, hoje, praticamente só isso. Antigamente dava várias drogas, porque tinha que fazer várias coisas. Mas hoje é praticamente um tranquilizante, só. Dienpax, Dormonid, um desses benzodiazepínicos. Em geral é uma dessas drogas, salvo doente com dor, fraturado, idoso demais ou criança demais. Mas em geral é um tranquilizante e só. O resto a gente... Chegando na sala, você pega uma boa veia e tal e faz o que você tiver que fazer já direto na veia ou depois inalatória, tudo isso, né? Então há um relacionamento assim pré-anestésico e pós-anestésico. Hoje em dia também, uma coisa que começou já nos Estados Unidos há uns dez anos, e aqui começou há uns três, nós temos um grupo de dor crônica e um grupo de dor pós-operatória, né? Porque até pouco tempo a dor pós-operatória, a dor crônica é a dor de câncer, dor de artrites, sabe essas dores crônicas que hoje é uma especialidade isso aí. Tem gente que só se dedica a isso, só tratamento da dor. Mas agora ultimamente também, nos últimos anos, tem surgido o tratamento da dor pós-operatória, que a gente, o anestesista não cuidava, né? Quem cuidava era o cirurgião. Então ele receitava, da cabeça dele, ele receitava os analgésicos, as dolantinas, as novalgins, lisador, essas coisas. E frequentemente alguns receitavam mal assim, porque receitavam quando necessário: “Quando necessário, se necessário, se tiver dor faz.” Isso é errado. Você tem que dar de tantas em tantas horas, doa ou não doa, sabe? Algumas drogas, tá. Algumas não adiantam você dar mais do que, por exemplo, uma ampola, não adianta. Uma ampola, ou duas, é a mesma coisa. Outras não. Por exemplo, morfina, essas coisas, quanto mais se dá, mais deprime o doente, né? Pois é, mas hoje a gente tem, então, o tratamento da dor aguda. Um grupo, nós treinamos enfermeiras no hospital, demos aulas para elas, elas formaram um grupo de dor. Que o hospital, hoje, a enfermagem também evoluiu muito, e eles tem grupo de fígado, grupo de ostomizados, esses que tem essas aberturas assim, tem o grupo dos transplantes, sabe, dos renais. As enfermeiras vão se especializando também nisso. E agora tem um grupo de moças lá que estuda, que mexe, reúne-se toda quarta feira, é grupo da dor. Hoje,

agora saiu, ainda há poucos dias, saiu um novo livro de dor, desse tamanho assim, de três mil páginas, só dor. É um negócio hoje que é muito complexo, muito grande. Esse pessoal cuida disso. Então, em cirurgias maiores, não uma bobaginha aí que você dá uma dolantina, um dia ou dois, a noite o doente já tá, uma dorzinha de nada, você toma uma novalgina, uma aspirina e pronto. Mas cirurgias grandes, abdominais, torácicas, cirurgias maiores, em geral, a gente trata essa dor de várias formas. Tem desde comprimidos, remédios sublinguais, venosos, intramusculares e tal até cateter peridural com morfina, fentanil, coisas assim. (Neosofentanil?) foi uma das drogas formidáveis que surgiram agora, nos últimos anos, que é uma droga também, um complemento da anestesia. Espetacular! Fentanil, agora o (Sulfeta?) que é uma evolução disso. Existem dezenas e dezenas de drogas que a gente usa. Que usou ou usa, atualmente. Então tem muita possibilidade de... Isso sem falar nas drogas que a usa, drogas que qualquer médico clínico usa para tratar o doente. São corticoides, bronco dilatadores, aminofilinas, etc. Isso tudo a gente usa também nos doentes que tem espasmo, asma, queda de pressão, hipertensão, sabe? Adalat embaixo da língua quando está com vinte de pressão. Isso tudo a gente usa também, além do anestésico, né? Que você está cuidando de toda parte geral do doente: respiração, pulmão. E, então, a gente criou esse grupo de dor que cuida da dor pós-operatória de várias formas, como disse, sublingual, intramuscular, venoso, e tal, cateter de peridural, que a gente injeta morfina a cada quinze, vinte horas, etc., e o doente fica praticamente sem dor, sabe? Então são doentes que fazem cirurgias grandes e ficam praticamente sem dor no pós-operatório, não tem dor. Agora, ultimamente, a última moda são as bombas que injetam, a gente chama de PCA, que é o Patient-controlled analgesia, Analgesia Controlada pelo Paciente. São bombinhas que ficam injetando na veia. A gente programa tudo aquilo: quanto quer injetar, qual é a concentração de minutos em minutos, um bolo de anestésias, de droga, tudo isso. Tem ainda uma pera, uma dessas perinhas de luz, para chamar a enfermeira, que o próprio doente pode, se ele estiver com dor, ele aperta aquilo, a bomba injeta nele uma dose complementar. E a gente já programa que ele pode injetar, no máximo, ele pode apertar quanto ele quiser porque só injeta aquilo que é programado. Senão pode deprimir. Mas o doente passa bem. O médico passa duas vezes por dia, a enfermagem está sempre acompanhando. Qualquer coisa comunica, a gente aumenta ou diminui, regula aquela bomba. Então, os doentes passam muito bem. Operações grandes tem doentes que, me lembro do último que eu fiz aí, foi uma próstata, num colega, ele cansou de agradecer porque ele não sentiu absolutamente nada, ele nem sabe que foi operado. Não sentiu nada porque ele fica com essa analgesia. Essa é outra evolução, é um outro campo que vem começando agora, mais recentemente que nós já temos feito mais no Oswaldo Cruz, no Sirio Libanês, e agora está começando no Samaritano, Evaldo Foz ainda não começou. E os hospitais menores não fazem porque dá trabalho. É um negócio que dá trabalho, a gente não recebe nada. Nós estamos trabalhando, por exemplo, para a Interclínicas, há três anos, fazendo isso de graça, né? Então chega uma hora que cansa. Porque isso é à noite, é domingo, duas vezes por dia tem que passar visitar, sabe? Tudo isso é um grupo especializado nisso que não recebe nada.

P/1: Doutor Almiro, eu queria tirar uma dúvida: o que é o choque anafilático, o que acontece?

R: O choque anafilático é uma reação alérgica violenta, digamos assim. Você pode tomar uma penicilina, por exemplo, ou uma novalgina, e cair morto. É uma reação alérgica violenta, que seria melhor dizer reação anafilática. É uma coisa violenta. Seria uma alergia violenta. Tremendamente violenta. Porque você tem alergias de coceira, alergia pequena, e outras bem mais graves.

P/1: Certo. Você quer perguntar alguma coisa?

P/2: Não.

P/1: Bom, como é o dia a dia do senhor, hoje? O senhor continua trabalhando?

R: Continuo trabalhando. 7h, 7h30 eu estou lá no hospital.

P/1: Que hospital?

R: Eu fico mais no Oswaldo Cruz, agora. O nosso serviço trabalha nesses quatro hospitais: Oswaldo Cruz, Sirio Libanês, Samaritano e Evaldo Foz. Atualmente é assim. Já trabalhamos em Beneficência Portuguesa, Defeitos da Face, Cruz Vermelha, uma porção de outros. Mas, com o tempo, nós fomos largando e hoje nós trabalhamos nesses quatro hospitais. Somos 35, quase 40 anestesistas, hoje, nesse grupo. E a gente distribui o pessoal nesses quatro hospitais, a gente toca esse serviço, o grosso do serviço desses hospitais todos. Eu vou mais pro Oswaldo Cruz, fico mais lá, então eu vou de manhã, fico até tarde lá. Não dou mais plantão. Até uns anos atrás eu dava. Dois, três plantões por semana, domingo, carnaval. Mas agora eu não faço mais plantão à noite, eu fico só de dia, né? E anestesia é uma especialidade que evoluiu demais, mas é estressante. É uma especialidade que o pessoal morre meio cedo do coração. Eu não devia tá _____. Mas é um negócio que a gente coloca um doente quase morto e depois tira de lá. No meio dessa coisa, cirurgia, sangramentos e problemas, cirurgias de horas e horas e horas. Esses transplantes hepáticos, o pessoal fica envolvido naquele caso é 20, 30 horas, 40 horas. Sabe que o transplante hepático, o transplante cardíaco, isso que muita gente confunde, você vê no jornal, às vezes, que morreu o doente lá e ninguém foi tirar o fígado. Não pode. O fígado, o coração, você tira quando o doente tá morto, do ponto de vista cerebral, sabe esses traumas cranianos, essas coisas, mas o coração tá batendo, e a respiração tá funcionando, ele tá coradinho, vermelhinho, bonitinho. Você pega um rapaz de 20 anos que tá funcionando o aparelho, tá corado, bonito. Você olha, você diz: "Pô, esse daí tá ótimo!" Coração batendo, pressão boa e tudo bem, e ele tá morto. Desse é que você vai tirar o fígado e o coração, com ele batendo. Isso é que é chato. É uma situação, pra nós, meio desagradável. Sabe, você abrir um sujeito de 20 anos com o coração batendo, tirar aquilo, aí você acaba de matar mesmo. Porque ele já tá morto. Do ponto de vista cerebral ele tá morto. É morte encefálica. Você pode tirar um rim do cara que acabou de morrer, pode tirar uma córnea horas depois, osso, mas você não pode tirar coração e fígado, pulmão, com o sujeito morto, mortinho da silva. Não pode. Perdeu o fígado, perdeu o coração.

P/1: Tem que ser, no caso, morte cerebral, né?

R: Morte cerebral. Então é uma especialidade estressante, você leva cada susto. Por sorte, a maioria dos sustos é só susto. Mas a gente leva cada susto, sabe você leva cada, a todo momento, muito estressante. É uma coisa que as coisas podem acontecer, e acontecem em frações de segundo, sabe? E quando acontece uma coisa, basta desligar um aparelho, em dois minutos o doente tá morto. Se você não tiver prestando

atenção, ele tá morto. Morre na sua cara. É diferente de outras coisas que você pode estudar, dar o remédio, esperar, observar, entendeu? Lá não dá! Você tem, conforme uma parada cardíaca, por exemplo, você tem segundos pra recuperar o doente, senão ele morre. Um minuto, dois minutos, no máximo, pra recuperar, porque senão não adianta mais, o cérebro já morreu. É um negócio muito estressante, muita urgência, muito corre corre. Você tem que estar ali, em cima, né? É uma coisa bastante estressante.

P/1: Doutor Almiro, se o senhor você mudar alguma coisa na sua vida, o que o senhor mudaria?

R: Eu não mudaria, não. Eu faria a mesma coisa. Eu faria a mesma coisa. Embora eu brinque lá com os oculistas, que na próxima geração eu quero ser oculista.

P/1: (riso)

R: É bem mais tranquilo, você opera, faz consultório, mais consultório do que cirurgia, né? Tudo evoluiu! Você vê, por exemplo, essa parte de oftalmologia, as cataratas tal, que demoravam, você precisava amadurecer a catarata, o doente não enxergava mais nada, mas não estava na hora de operar. Hoje não tem hora pra operar. A catarata tá operando já opera. E põe a lente, é outra vantagem. Porque antes punha aquela lente desse tamanho nos olhos. Agora você enfia a lente lá dentro do olho, e beleza. E estamos chegando num ponto de refinamento, assim, que os doentes estão, hoje eles estão operando muito, eu fiz várias técnicas pra catarata de anestesia, mil coisas. Mas ultimamente eles estão operando muito com local. Eles, com duas picadas, ou três picadas no olho, eles anestesiavam perfeitamente bem o olho e o doente deixa operar perfeitamente. Não tem problema. Ele fica calminho lá. Só tem que ficar quietinho.

P/1: (riso)

R: Então, mas pra não sentir aquelas picadas, que são muito chatas no olho, bate aquela agulhona no olho, assim, a gente faz o doente dormir com um tipo Diprivan, por exemplo, a gente faz um pouquinho, o doente dorme, é uma anestesia geral de três minutos, segura a cabeça do doente pra ele não mexer porque ele fica tão superficial, é um soninho tão pequeno que o cirurgião vai lá, tchum, tchum, tchum, faz a local e espera ali mais dois, três, quatro minutos, fica batendo um papo e a cirurgia vai com local. Quer dizer, ele não sabe que foi feita a local nele, né? Não sentiu aquelas picadinhas. Então isso é um refinamento! Você vê que a coisa vai, vai, o pessoal exige cada vez mais, a gente capricha cada vez mais, vai sofisticando a coisa. Antigamente fazia sem anestesia. Agora, os partos eram sem anestesia, 30 anos atrás eram sem anestesia. Agora é tudo com anestesia, com analgesia. O pessoal não admite fazer sem. É lógico, é um negócio absurdo ficar sofrendo à toa, né? Porque dói. Contração uterina assim dói.

P/1: (riso) É.

R: A contração é uma, é mais ou menos como um enfarte. Dói porque falta oxigênio no coração, uma artéria que entope, então ali pra onde vai indo aquela artéria, morre aquela área do coração, então dói, como dificuldade circulatória na perna. E o útero também, quando ele contrai, ele dói, faz uma hipófise ali, uma dificuldade circulatória naquele útero e dói. Ele trabalha descoordenadamente, e com a peridural, uma das vantagens também é que ela coordena a contração, sabe? O útero contrai, relaxa embaixo, contrai em cima. Faz assim, né? Ajuda a progredir, o parto é mais rápido. É interessante. Eu tenho um caso que uma vez, em Finados, um dia de Finados, eu estava em casa, foi no começo da peridural e tal, pouco tempo que eu fazia, poucos anos assim, e tinha uma doente na Maternidade São Paulo... Eram dois médicos pediatras, a médica estava grávida e já estava, não progrediu o parto, queriam fazer cesárea, ela não queria porque não queria, não queria. Cinco horas da tarde, bem no Finados, me chamaram pra tentar fazer uma peridural nela pra ver se... Você sabe que eu fiz a peridural, ela ficou sem dor, fomos tomar um cafezinho ali do lado e aí, foi coisa de 40 minutos, eu acho, ela estava, pelo exame, ainda estava meio no começo do parto. Aí ela disse que achava que estava nascendo, e tal, eu disse: "Não é possível." E era, e foi possível. Em 40 minutos, desde que eu instalei até nascer, nasceu em 40 minutos. Ela estava lá 15 horas em trabalho de parto e não progredia. Quer dizer, aquilo coordenou as contrações, ela aclamou e tal, beleza. Nasceu, né?

P/1: (riso)

R: Então tem, além da analgesia, você tem as vantagens da, claro que tem complicações, tem problemas, como tudo tem, qualquer método, qualquer droga, sempre tem, nada é inócuo nesse mundo, né? Qualquer droga que você dê, qualquer tratamento você pode ter problemas, né?

P/1: Quais seriam os problemas?

R: Você tem mil problemas que você pode ter. (riso) Toda coisa que se estude, drogas ou esses medicamentos que vocês estão observando e tudo isso, ou técnicas de anestesia raqui, plexos, geral, local, e tudo isso você tem um capítulo, você tem capítulo sempre da farmacologia da droga, das indicações daquele método, e das complicações, entendeu? Tem uma série de complicações. Eu vou a Recife agora, no mês que vem, falar sobre complicações dessa técnica de _____. O título que me deram, mais ou menos seria assim: "Complicações que você não sabia que existe", uma coisa mais ou menos assim. São complicações raras, raríssimas, que quem não está estudando aquele assunto não sabe, não lembra que pode ocorrer. Existe um caso, dois casos, cinco casos na literatura, né? Então você passa a vida inteira e nunca viu um caso daquele. Mas é literatura publica. Eu coletei tudo isso no livro, então eu vou pegar aquelas coisas todas e vamos comentar que é possível, é muito raro, mas é possível que aconteça broncoespasmo, linfocélica, sabe, uma porção de coisas desse tipo, coisas muito raras, mas existe. Tudo tem complicação. Você dá uma anestesia geral, você pode ficar com um braço numa posição, por exemplo, uma das comuns que hoje a gente toma muito cuidado, antigamente não era tanto assim, o doente fica com o braço, esse lugarzinho aqui que você toma choquinho, quando bate o cotovelo dá aquele choque aqui que é o _____, nervo _____, que vem aqui, enerva aqui, então quando você bate dá aquele choque aqui. Então o doente fica apoiando aquilo, por exemplo, durante duas, três, quatro, cinco horas aquele nervo ali, depois fica paralisado aquilo, o

dedo paralisado, o olho aberto tem úlcera de córnea. Quando eu comecei, nos primeiros anos, ninguém ligava pra isso.

P/1: Ficava com o olho aberto a cirurgia toda?

R: Pior ainda, passava o dedo no olho pra ver os reflexos, tal, né? Quer dizer, hoje o doente dorme, você põe uma pomadinha, fecha o olho, deixa fechadinho, né? Uma série de coisas. Desde esses cuidados elementares até problemas de pressão arterial, arritmias cardíacas, espasmos pulmonares, queda de pressão, problemas cerebrais pós operatórios. Tem mil coisas que podem acontecer, né? Retenção de gás carbônico, hipertensão, hipotensão, a pressão vai lá pra baixo, a pressão vai lá pra cima, é o pulso que acelera, tem taquicardia, tem _____, arritmias cardíacas de vários tipos, e todos os aparelhos, diabético, a glicemia vai lá pra cima. Você faz coisa, vai lá pra baixo, senão o sujeito sai em coma. Tem essas coisas, acidentes graves que tem que... Às vezes, o doente vem operar uma prótese de quadril, por exemplo, em geral é doente de 75 pra cima, né?

P/1: É.

R: Então são doentes que já tem prótese porque tem artrite reumatoide, toma corticoide de monte, toma anti-inflamatório, analgésicos e tal, tem pressão alta, então toma três, quatro remédios pra baixar a pressão, aí o cara, além disso é diabético, toma insulina. Então é uma miscelânea de drogas que ele toma, e que interagem com os anestésicos. Existem as interações que você tem que conhecer. Isso é um capítulo assim, é um problema chato, importante, porque você, conforme as drogas que o doente usa, você precisa cuidado com o halotano, com o (tráclium?). O (tráclium?), por exemplo, que é um curare, ele é ótimo, ele tem uma ação curta, e tal, mas ele libera estamina na circulação, que dá alergia. Então num doente asmático você não pode usar, porque se você usar isso aí, por exemplo, succinil colin, você, é uma droga que não tem antídoto, ela não tem antídoto. Os outros curares, que você usa _____, tal, você antagoniza o curare. No fim da cirurgia, ele tá respirando mal, você dá a droga, ele volta a respirar. Esse succinil colin não tem. Quem acaba com ela é o próprio organismo, que tem uma enzima no plasma que 'druziza' isso e elimina essa droga. Só que 96% da população tem essa enzima normal. Então você injeta, três, quatro minutos já passou o efeito. Ele elimina. Uns 3 e pouco por cento aí, um restinho, ele demora 20 minutos pra passar o efeito. E um em cada dois mil casos, mais ou menos, dois mil e poucos casos, você pode trabalhar 4, 6, 8 horas pra funcionar. Então é um doente que, você vai fazer uma cirurgia curta, você vai fazer uma coisinha, faz um negócio desse aí e o doente não respira, não consegue respirar, e tal, fica sem conseguir respirar, puramente por defeito dessa enzima. Culpa dele, do doente.

P/1: (riso)

R: E é familiar, é hereditário. Quando você pega um caso desse, a família tem que ser vista, porque toda a família pode acontecer. Outra coisa, essa succinil colin, os aloenados, tudo, quase todas as drogas, mas principalmente os aloenados e os flutane, isoflerano, sabe, e a succinil colin, elas desencadeiam, sem que você saiba, o doente não tem nada, é uma pessoa aparentemente normal, nunca teve nada, mas quando você injeta essa droga, ela desencadeia a chamada hipertermia maligna, que hoje tão publicando no jornal, tem associação que tem até leigos metidos aí, porque um caso ou outro acontece. Eu, por exemplo, nunca tive. Se bem que eu tenho aí umas 60 mil anestésias, nunca tive. Mas tem acontecido aqui, lá, e frequentemente morre metade dos doentes, 30% hoje, só tem uma droga que se pode usar que é o (Drantolenium?). É uma droga cara, que estraga em dois anos. (Drantolenium?), é uma droga também. E que só os hospitais melhores é que tem estocado isso, porque você compra, caro pra burro, deixa na geladeira e perde. Tem que comprar de novo e perde, porque não usa nunca. Você vai usar eventualmente, entendeu? E, então, é um corre corre quando acontece um negócio desse. De vez em quando acontece uma hipertermia maligna dessa, principalmente em crianças, que tem problemas musculares, e tal, ortopédicos, pode desencadear. Alguns animais, o porco, por exemplo, o porco é só mostrar pra ele uma droga dessa ele tem hipertermia maligna. É engraçado.

P/1: (riso)

R: O porco morre muito, é muito estudado. O porco é um animal fácil de desencadear hipertermia.

P/1: (riso)

R: O porco morre muito de estresse, por isso que ele morre no transporte, sabe? Transporte, frequentemente, morre o porco.

P/1: Ah, é?

R: Ele morre de estresse. É engraçado. Tem muita coisa, um assunto vai puxando o outro.

P/1: Vai.

R: A gente pode ficar aqui...

P/1: Horas.

R: ... Uma semana.

P/1: Mas acho que a gente já tá encerrando, doutor Almiro. Eu queria agradecer a presença do senhor aqui na entrevista pro Museu da Pessoa e pra Abifarma.

R: Ok, muito obrigado. Eu é que agradeço.