

Primeiro lugar na lista do *The New York Times*

O ÚLTIMO SOPRO DE

vida

PAUL KALANITHI

“Extraordinário. Emocionante. E essencialmente lindo.
As memórias do jovem Dr. Kalanithi são a prova de que aqueles que
estão morrendo são os que mais têm a nos ensinar sobre a vida.”

– ATUL GAWANDE



SEXTANTE

DADOS DE COPYRIGHT

Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe [X Livros](#) e seus diversos parceiros, com o objetivo de disponibilizar conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudiável a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo

Sobre nós:

O [X Livros](#) e seus parceiros disponibilizam conteúdo de domínio público e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: xlivros.com ou em qualquer um dos sites parceiros apresentados neste link.

Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade enfim evoluirá a um novo nível.

O ÚLTIMO
SOPRO DE
vida

O ÚLTIMO
SOPRO DE


vida

PAUL KALANITHI



SEXTANTE

Os eventos descritos neste livro são baseados nas memórias do Dr. Kalanithi. No entanto, os nomes de todos os pacientes citados foram alterados, assim como detalhes específicos que pudessem identificá-los – como idade, gênero, etnia, profissão, relações familiares, locais onde moram, histórico clínico e/ou diagnósticos. Com exceção de um, os nomes de colegas, amigos e médicos que trataram do Dr. Kalanithi também foram mudados. Qualquer semelhança com pessoas vivas ou mortas resultante das alterações dos nomes ou de outros detalhes é mera coincidência.

Título original: *When Breath Becomes Air*

Copyright © 2016 por Corcovado, Inc Copyright da tradução © 2016 por GMT Editores Ltda.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser utilizada ou reproduzida sob quaisquer meios existentes sem autorização por escrito dos editores.

tradução: Claudio Carina *preparo de originais:* Alice Dias *revisão:* Luis Américo Costa e Rafaella Lemos *diagramação:* Valéria Teixeira *capa:* Rachel Ake *adaptação de capa:* Ana Paula Daudt Brandão *adaptação para eBook:* [Hondana](#)

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

K19 Kalanithi, Paul, 1977-2015

O último sopro de vida [recurso eletrônico] / Paul Kalanithi; [tradução Claudio Carina]. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Sextante, 2016.

recurso digital Tradução de: When breath becomes air Formato: epub Requisitos do sistema: adobe digital editions Modo de acesso: world wide web ISBN 978-85-431-0374-7 (recurso eletrônico) 1. Mudança de vida. 2. Câncer - aspectos psicológicos. 3. Livros eletrônicos. I. Título.

16-32294

CDD: 158.1

CDU: 159.947

Todos os direitos reservados, no Brasil, por

GMT Editores Ltda.

Rua Voluntários da Pátria, 45 – Gr. 1.404 – Botafogo 22270-000 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2538-4100 – Fax: (21) 2286-9244

E-mail: atendimento@sextante.com.br

www.sextante.com.br

Para Cady

*Você que busca o que a vida é na morte
Agora encontra o ar que já foi respiração.
Novos nomes desconhecidos, velhos nomes se vão:
O tempo elimina corpos, mas almas, não.
Leitor! Faça seu tempo enquanto pode,
Mas caminhe para sua eternidade.*

– Barão Brooke Fulke Greville, "Caelica 83"

PREFÁCIO

Abraham Verghese

Enquanto escrevo estas linhas, fico pensando se o prefácio deste livro não deveria ser um posfácio. É que, quando se trata de Paul Kalanithi, a noção de tempo vira de cabeça para baixo. Para começar – ou, talvez, para terminar –, só o conheci de verdade depois de sua morte. (Tenha paciência comigo.)

Nós nos encontramos pela primeira vez numa memorável tarde em Stanford, no início de fevereiro de 2014. Ele havia acabado de publicar um artigo intitulado “How Long Have I Got Left” (Quanto tempo ainda me resta) no *The New York Times*, um ensaio que provocou uma espantosa reação por parte dos leitores. Nos dias que se seguiram, essa reação se difundiu de forma exponencial. (Sou especialista em doenças infecciosas, por isso perdoe-me por não usar a palavra *viral* como metáfora.) Depois disso, Paul me procurou para conversar, obter informações sobre agentes literários, editores, o processo de publicação – ele estava querendo escrever um livro, *este* livro que você tem em mãos. Lembro-me do sol se insinuando entre as árvores perto do meu escritório, iluminando a seguinte cena: Paul sentado à minha frente, as belas mãos imóveis, a longa barba de profeta, os olhos escuros me avaliando. Na minha lembrança, a imagem tem a nitidez obscura de uma pintura de Vermeer. Lembro-me de ter pensado “Você precisa se lembrar disso”, pois o que atingia minha retina era uma preciosidade. E, além disso, porque, diante do diagnóstico de Paul, tomei consciência não só da sua mortalidade como também da minha.

Conversamos sobre muitas coisas naquela tarde. Paul era o chefe da residência em neurocirurgia. Provavelmente nossos caminhos haviam se cruzado em algum ponto, mas não me lembrava de termos tratado de um mesmo paciente. Ele me disse que tinha se formado em inglês e biologia em Stanford, depois feito um mestrado em literatura inglesa. Conversamos sobre seu amor pela escrita e pela leitura. Ele poderia ter sido professor de literatura

– e, de fato, parecia ter se dedicado a isso em algum momento da vida. Mas depois, assim como seu homônimo na estrada de Damasco, Paul ouviu o chamado e acabou se tornando médico, mas continuou sonhando em voltar à literatura de alguma forma. Publicando um livro algum dia, talvez. Ele achou que teria tempo. Por que não acharia? Mas, naquela ocasião, tempo era a coisa de que ele menos dispunha.

Lembro-me de seu sorriso irônico e delicado, com uma ponta de malícia, apesar do rosto magro e fatigado. Ele tinha passado por maus bocados por causa daquele câncer, mas uma nova terapia estava produzindo uma boa resposta, permitindo-lhe olhar um pouco para a frente. Contou que durante a faculdade de medicina tinha imaginado que se tornaria psiquiatra, mas acabou se apaixonando pela neurocirurgia. Era muito mais do que uma paixão pela complexidade do cérebro, muito mais do que a satisfação de treinar suas mãos para realizar feitos incríveis – era um amor e uma empatia por aqueles que sofriam, pelo que eles enfrentavam e pelo que ele próprio poderia fazer para ajudá-los.

Acho que Paul não me falou sobre isso, mas eu soube dessa característica dele por alguns alunos meus que foram seus assistentes: a feroz convicção da dimensão moral do seu trabalho. Então falamos sobre a sua morte.

Após aquele encontro, mantivemos contato por e-mail, mas nunca mais nos vimos. Não só por eu ter desaparecido em meu próprio mundo cheio de prazos e responsabilidades como também pela forte sensação que eu tinha de que deveria respeitar o tempo dele. Se Paul quisesse falar comigo, eu estaria disponível. Senti que a última coisa que ele precisava era da obrigação de cultivar uma nova amizade. Mas continuei pensando muito nele e em sua mulher. Queria perguntar-lhe se estava escrevendo. Será que arranjava tempo? Eu sabia por experiência própria que, sendo um médico tão ocupado, era difícil conseguir parar para escrever. Queria contar a ele o que um famoso escritor havia dito ao se queixar desse eterno problema: “Se eu fosse um neurocirurgião e precisasse deixar meus convidados na sala de estar para realizar uma craniotomia de emergência, ninguém diria uma palavra. Mas se eu dissesse que

precisava deixá-los para subir ao meu escritório para *escrever...*" Fiquei imaginando se Paul acharia isso engraçado. Afinal, ele até poderia dizer que teria de fazer uma craniotomia! Seria plausível! E poderia simplesmente sair para escrever.

Enquanto escrevia seu livro, Paul publicou um notável ensaio na revista *Stanford Medicine*, numa edição dedicada ao conceito de tempo. Eu publiquei um artigo nessa mesma edição – curiosamente, o meu texto complementava o dele, embora eu só tenha ficado sabendo da sua contribuição quando a revista chegou às minhas mãos. Ao ler suas palavras, tive um segundo vislumbre, dessa vez mais profundo, de algo que já percebera no ensaio do *New York Times*: o texto de Paul era simplesmente deslumbrante. Ele poderia escrever sobre qualquer coisa com a mesma intensidade. Mas Paul não estava escrevendo sobre *qualquer coisa* – estava escrevendo sobre o tempo e o que o tempo significava para ele então, no contexto de sua doença. O que tornava tudo ainda mais pungente.

Li e reli muitas vezes o artigo de Paul, tentando entender o que ele havia produzido. Em primeiro lugar, era musical, sonoro. Apresentava ecos de Galway Kinnell, quase um poema em prosa. Mas também tinha sabor de algo mais, de alguma coisa mais antiga. Finalmente descobri o que era alguns dias depois, ao ler seu ensaio mais uma vez: o estilo de Paul me lembrava Thomas Browne, que escreveu *Religio Medici* em 1642. Quando eu era um jovem médico, fiquei obcecado por aquele livro, dedicando-me a ele com um afinco desesperado. Era uma tarefa inútil, frustrante. Não sabia se de fato havia alguma coisa ali para mim, mas, pelo som das palavras, eu sentia que havia. Sentia que me faltava algum receptor fundamental para que as letras comunicassem seu significado. Mas elas continuavam obscuras, apesar do meu esforço.

Por quê, você pergunta? Por que perseverei? Quem liga para *Religio Medici*?

Bem, meu herói William Osler – o pai da medicina moderna – ligava. Ele adorava tanto esse livro que o mantinha na mesa de cabeceira e pediu que fosse enterrado com um exemplar. Osler morreu em 1919, e eu nunca entendi exatamente o que ele via no livro. Depois de muitas tentativas – e passadas algumas décadas –,

o sentido finalmente se revelou para mim. (Uma nova edição com ortografia moderna também ajudou.) O truque, segundo descobri, era ler em voz alta, o que evidenciava a cadência do texto. Quando você estiver lendo este livro, leia-o em voz alta e vai sentir o ritmo das palavras... Como me ocorreu, Paul era mesmo o retorno de Browne. (Ou, como o tempo fluindo para a frente é uma ilusão humana, talvez Browne fosse o retorno de Kalanithi. Sim, é coisa de pirar a cabeça.)

Então Paul morreu. Fui ao seu funeral na igreja de Stanford, um lindo espaço aonde vou com frequência quando está vazio, para admirar a luz, o silêncio, e onde sempre me sinto renovado. Sentei-me e comecei a ouvir uma série de histórias comoventes de seus amigos mais íntimos, de seu pastor e de seu irmão. Sim, Paul tinha morrido, mas estranhamente eu sentia que iria conhecê-lo ali – mais do que durante a visita ao meu escritório, mais do que pelos ensaios que havia escrito. Ele estava tomando forma nas histórias contadas naquela igreja, com o domo da catedral servindo como um local adequado para se lembrar desse homem cujo corpo jazia na terra, mas que continuava tão *vivo*. Ele tomava forma na figura de sua adorável esposa e de sua filha, ainda bebê, seus pais e irmãos chorosos, a legião de amigos, colegas e ex-pacientes que enchiam o espaço. Vi rostos tranquilos, sorrindo, como se tivessem presenciado algo lindo e profundo ali. Talvez minha expressão também estivesse assim: tínhamos encontrado sentido no ritual da missa, nas lágrimas compartilhadas. Havia um significado maior naquela recepção, onde saciamos nossa sede, alimentamos nossos corpos e conversamos com gente desconhecida a quem estávamos intimamente ligados através de Paul.

Mas só quando recebi as páginas que agora estão em suas mãos, dois meses após a morte dele, percebi que afinal o conhecia, e o conhecia melhor do que se tivesse tido o privilégio de ser seu amigo. Depois de terminar a leitura do manuscrito, confesso que me senti inadequado: havia uma sinceridade, uma verdade no texto que me tirou o fôlego.

Prepare-se. Sente-se. Ouça o som da coragem. Perceba como é difícil revelar-se dessa maneira. Mas, acima de tudo, compreenda o

que é permanecer vivo e ser capaz de influenciar a vida de outros depois que você se for. Vivemos num mundo dominado pela comunicação acelerada, com os olhos fixos em pequenas telas retangulares e a atenção consumida por atividades efêmeras – mas pare um momento e vivencie este diálogo com meu jovem colega falecido, atemporal e eterno. Escute Paul. No silêncio entre suas palavras, ouça o que *você* tem a responder. É aí que reside a mensagem dele. Eu escutei. Espero que você possa fazer o mesmo. Este é um presente. Agora vou sair do caminho de vocês.

PRÓLOGO

*Webster era obcecado com a morte,
Via o crânio sob a pele;
E via criaturas descarnadas sob a terra
Recostadas com um sorriso sem lábios.*
T. S. Eliot, "Sussurros da Imortalidade"

Observando as imagens da tomografia computadorizada, o diagnóstico era óbvio: os pulmões tomados por vários tumores, a coluna deformada, um lobo do fígado destruído. Câncer, largamente disseminado. Eu era residente em neurocirurgia, entrando no meu ano final de prática. Durante os últimos seis anos eu havia estudado muitos exames daquele tipo, procurando algum procedimento que pudesse trazer benefícios ao paciente. Mas aquele exame era diferente: era meu.

Eu não estava com o avental de radiologia nem vestindo meu jaleco branco. Estava com roupão de paciente, tomando soro na veia, usando um computador que a enfermeira havia deixado comigo no quarto do hospital. Minha esposa, Lucy, que também é médica, estava ao meu lado. Repassei mais uma vez toda a sequência que aprendera: rolei a imagem de cima para baixo, depois da esquerda para a direita, em seguida da frente para trás, para ver se encontrava algo que pudesse alterar o diagnóstico.

Estávamos deitados juntos no leito hospitalar.

Em voz baixa, Lucy disse, como se estivesse lendo um roteiro: – Você acha que existe alguma possibilidade de ser outra coisa?

– Não – respondi.

Ficamos imóveis num abraço apertado, como jovens amantes. No último ano, nós dois começamos a suspeitar, mas nos recusamos a acreditar – ou até mesmo a discutir a possibilidade – que um câncer estava crescendo dentro de mim.

Mais ou menos seis meses antes, comecei a perder peso e a sentir uma violenta dor nas costas. Cada vez que me vestia de

manhã, precisava apertar mais o cinto. Um dia resolvi procurar a minha clínica geral, uma antiga colega de classe de Stanford. O irmão dela tinha morrido de repente, depois de ignorar os sinais de uma infecção viral, por isso ela havia adotado um cuidado quase maternal em relação à minha saúde. Mas, quando cheguei ao consultório dela, encontrei outra médica em seu lugar – minha colega estava de licença-maternidade.

Vestido com um fino roupão azul na mesa fria de exames, descrevi meus sintomas.

– Claro que se fosse uma questão de prova, “homem de 35 anos com inexplicável perda de peso e recente dor nas costas”, a resposta óbvia seria: (C) câncer – falei. – Mas talvez eu esteja apenas trabalhando demais. Não sei. Gostaria de fazer uma ressonância magnética para ter certeza.

– Acho que devemos primeiro fazer um raio X – disse ela. Uma ressonância magnética custava caro. Por outro lado, o raio X não costumava ser muito útil para descobrir um câncer. Mesmo assim, para muitos médicos um pedido de ressonância nesses primeiros estágios era um exagero. Ela continuou: – O exame de raio X não é muito sensível, mas faz sentido começar por aí.

– E se fizéssemos um raio X de flexo-extensão? Talvez o diagnóstico mais realista seja uma espondilolistese ístmica.

Pelo reflexo do espelho da parede, pude vê-la consultando o Google.

– É uma fratura da vértebra, que afeta cerca de 5% das pessoas e é causa frequente de dor nas costas em jovens – expliquei.

– Tudo bem, eu vou pedir esse exame, então.

– Obrigado – falei.

Como eu podia ser tão autoritário usando um jaleco de cirurgia e tão humilde numa camisola de paciente? A verdade era que eu sabia mais do que ela sobre dores nas costas: metade da minha formação em neurocirurgia envolvia disfunções na coluna. Era mais provável que se tratasse mesmo de uma espondilolistese. Essa doença afetava boa parte dos adultos jovens. A probabilidade de ter

um câncer na coluna aos 30 e poucos anos era quase uma em 10 mil. Talvez eu estivesse assustado à toa.

O raio X parecia normal. Atribuímos os sintomas ao excesso de trabalho e ao envelhecimento do corpo, marcamos uma nova consulta para acompanhamento e saí para cuidar do meu último paciente. A perda de peso diminuiu, as dores nas costas ficaram mais toleráveis. Uma dose de ibuprofeno me fazia passar o dia bem, e já não havia mais tantos turnos massacrantes de catorze horas de trabalho. Minha transição de estudante de medicina para professor de neurocirurgia estava quase concluída: após dez anos incansáveis de estudos, eu estava determinado a perseverar pelos próximos quinze meses até o final da residência. Eu já havia ganhado o respeito dos meus superiores, conquistado prestigiosos prêmios e recebido ofertas de emprego em diversas universidades importantes. O meu diretor em Stanford dissera recentemente que eu seria “o candidato preferencial em qualquer emprego que pleiteasse”.

Ou seja, aos 36 anos, eu tinha chegado ao topo da montanha; podia ver a Terra Prometida, de Gileade até Jericó e ao Mar Mediterrâneo. Conseguia imaginar um belo barco naquele mar em que eu e Lucy navegaríamos nos fins de semana com nossa futura filha hipotética. Senti a tensão nas minhas costas se abrandar enquanto meu trabalho diminuía e a vida se tornava mais administrável. Finalmente conseguia me ver me tornando o marido que havia prometido ser.

Então, algumas semanas depois, comecei a sentir fortes dores no peito. Será que tinha batido em alguma coisa sem perceber? Teria fraturado uma costela? As vezes eu acordava durante a noite com os lençóis encharcados, pingando de suor. Comecei a perder peso de novo, dessa vez de forma mais acelerada, pulando de 85 para 70 quilos. Desenvolvi uma tosse persistente. Restavam poucas dúvidas. Um sábado à tarde, eu e Lucy estávamos tomando sol no Dolores Park, em São Francisco, quando por acaso ela viu a pesquisa que eu estava fazendo no celular: “Prevalência de câncer em pessoas entre 30 e 40 anos.”

– Não sabia que você estava realmente preocupado com isso – comentou ela.

Não respondi. Não sabia o que dizer.

– Você quer conversar a respeito? – perguntou.

Lucy estava apreensiva porque também temia aquela possibilidade. Estava apreensiva porque eu não falava sobre o assunto. Estava apreensiva porque eu tinha prometido a ela uma vida e estava oferecendo outra.

– Por que você não está confiando em mim? – perguntou.

Desliguei o celular.

– Vamos tomar um sorvete.



Havíamos programado uma viagem de férias para a semana seguinte, para visitar um velho amigo em Nova York. Talvez uma mudança de ares e alguns drinques ajudassem a nos aproximar um pouco e a aliviar a tensão que se instalara em nosso casamento.

Mas Lucy tinha outros planos.

– Eu não vou com você – anunciou ela alguns dias antes da viagem.

Ela queria um tempo para pensar sobre a nossa situação. Falou isso num tom de voz calmo, o que só aumentou a vertigem que senti.

– O quê?

– Eu te amo muito, e é por isso que tudo é tão confuso – explicou. – Parece que estamos desejando coisas diferentes da nossa relação. Sinto que não estamos totalmente conectados. Não quero saber das suas preocupações *por acaso*. Quando digo que estamos distantes, você não parece ver isso como um problema. Mas eu preciso fazer algo a respeito.

– Tudo vai melhorar – falei. – É só essa residência.

Será que as coisas estavam tão ruins assim? O curso de neurocirurgia, um dos mais rigorosos de todas as especialidades médicas, com certeza tinha causado problemas ao nosso casamento. Muitas foram as noites em que eu voltava tarde do trabalho, quando Lucy já estava na cama, e desmaiava no chão da sala, e tantas as manhãs em que eu saía para trabalhar antes de ela acordar. Mas nossas carreiras agora estavam no auge – a maioria das

universidades desejava a ambos: eu na neurocirurgia, Lucy em medicina interna. Tínhamos sobrevivido à parte mais difícil da nossa jornada. Já não havíamos discutido isso dezenas de vezes? Será que ela não percebia que aquele era o pior momento possível para jogar tudo para o alto? Não via que só faltava um ano de residência, que eu a amava, que estávamos tão perto da vida que sempre desejamos ter juntos?

– Se fosse só a residência, eu aguentaria – explicou ela. – Nós já chegamos até aqui. Mas o problema é: e se não for só a residência? Você acha mesmo que as coisas vão melhorar quando você for neurocirurgião e professor?

Sugeri cancelar a viagem, ser mais aberto, consultar o terapeuta de casais que Lucy sugerira alguns meses antes, mas ela insistiu que precisava de um tempo – sozinha. Àquela altura, a névoa da confusão se dissipara. Muito bem, então. Se ela tinha resolvido dar um tempo, eu assumiria que a relação tinha terminado. Se eu estivesse com câncer, afinal, não diria a ela – iria deixá-la livre para viver a vida que escolhesse.

Antes de partir para Nova York, marquei algumas consultas para eliminar a suspeita de alguns tipos de câncer comuns na juventude. (Testículos? Não. Melanoma? Não. Leucemia? Não.) O trabalho na neurocirurgia estava pesado, como sempre. A noite de quinta-feira estendeu-se até a manhã de sexta, com 36 horas seguidas na sala de cirurgia numa série de casos difíceis e complicados: aneurismas gigantes, pontes arteriais intracerebrais, má-formações arteriovenosas. Eu agradecia aliviado quando o médico assistente entrava, permitindo que eu recostasse a coluna na parede por alguns minutos. Só consegui tirar uma radiografia do tórax quando estava saindo do hospital, a caminho de casa, antes de ir para o aeroporto. Pensei que, se eu tivesse câncer, aquela poderia ser a última oportunidade de ver meus amigos; se não tivesse, não haveria razão para cancelar a viagem.

Fui correndo pegar minhas malas. Lucy me levou de carro até o aeroporto e disse que tinha marcado um horário para nós com um terapeuta de casais.

No portão de embarque, mandei para ela uma mensagem de texto: "Gostaria que você estivesse comigo."

Poucos minutos depois recebi a resposta: "Te amo. Estarei aqui quando você voltar."

Minhas costas ficaram completamente rígidas durante o voo, e eu sentia terríveis ondas de dor quando cheguei à Grand Station para tomar o trem para a casa do meu amigo no norte do estado. Ao longo dos últimos meses, eu vinha sentindo espasmos nas costas de intensidades variáveis, de pontadas leves e suportáveis até dores que me faziam parar de falar para cerrar os dentes ou me encolher no chão. A que eu sentia naquele momento estava na extremidade mais grave do espectro. Deitei num banco duro na área de espera do trem, sentindo os músculos das costas se contorcerem, respirando fundo para tentar controlar a dor – o ibuprofeno não estava dando conta – e nomeando cada músculo para tentar não chorar: paraespinhal, romboide, grande dorsal, piriforme...

Um segurança se aproximou.

– O senhor não pode deitar aqui.

– Desculpe – respondi, as palavras embargadas. – Muita... dor... nas costas...

– Mesmo assim o senhor não pode deitar aqui.

Desculpe, mas estou morrendo de câncer.

As palavras pairaram na minha língua... mas e se eu não estivesse? Talvez fosse assim que as pessoas que sentiam dores nas costas viviam. Eu entendia bastante de dor nas costas – a anatomia, a fisiologia, as diferentes palavras usadas pelos pacientes para descrever os diferentes tipos de dor –, mas não sabia o que eles *sentiam*. Podia ser só isso. Talvez fosse apenas dor nas costas. Ou talvez eu simplesmente não quisesse dizer a palavra *câncer* em voz alta.

Consegui me levantar e me arrastar até a plataforma.

Já era tarde da noite quando cheguei à casa do meu amigo em Cold Spring, 80 quilômetros ao norte de Manhattan, onde fui recebido por alguns dos meus melhores amigos do passado. As saudações e as palavras de boas-vindas se misturavam numa

cacofonia típica de crianças felizes. Seguiram-se os abraços, e senti que minhas mãos estavam geladas.

– Lucy não veio?

– Problemas no trabalho – falei. – De última hora.

– Ah, que pena!

– Vocês se importam se eu guardar minhas malas e descansar um pouco?

Eu tinha a esperança de que alguns dias longe da sala de cirurgia, dormindo direito, descansando e relaxando – em resumo, uma vida normal –, remeteriam meus sintomas de volta ao quadro básico de cansaço e dor nas costas. Mas depois de um ou dois dias ficou claro que não haveria retrocesso.

Acordei depois que todos já tinham tomado o café da manhã. Na hora do almoço, vi as grandes travessas de *cassoulet* e patas de caranguejo e não consegui comer. Na hora do jantar eu já estava exausto, pronto para ir para a cama de novo. Às vezes eu lia para as crianças, mas na maior parte do tempo elas ficavam brincando ao meu redor, pulando e gritando. (Crianças, acho que tio Paul precisa descansar. Por que vocês não vão brincar lá fora?) Lembrei de um dia, quinze anos antes, num acampamento de férias onde trabalhei como supervisor. Eu estava sentado às margens de um lago com um bando de crianças animadas me usando como obstáculo num jogo de capturar a bandeira, enquanto lia um livro chamado *Morte e filosofia*. Era engraçada a incongruência daquele momento: um rapaz de 20 anos em meio ao esplendor de árvores, lagos, montanhas, o canto dos pássaros e os gritos alegres de crianças de 4 anos, com o nariz enterrado num livrinho preto sobre a morte. Só que, agora, o paralelismo da cena era cruel: no lugar do lago Tahoe, era o rio Hudson; as crianças não eram estranhas, mas filhos de amigos meus; no lugar de um livro sobre a morte me separando da vida ao redor, era meu próprio corpo que estava morrendo.

No terceiro dia fui falar com Mike, meu anfitrião, para dizer que iria encurtar a estadia e voltar para casa.

– Você não está com a aparência muito boa – observou ele. – Está tudo bem?

– Por que não pegamos um uísque e nos sentamos um pouco?
– sugeri.

Quando estávamos em frente à lareira, eu disse: – Mike, acho que estou com câncer. E não é do tipo benigno.

Foi a primeira vez que falei aquilo em voz alta.

– Ok – replicou ele. – Isso não é nenhuma piada de mau gosto, é?

– Não.

Ele fez uma pausa.

– Não sei o que perguntar.

– Bem, em primeiro lugar, acho que eu devo acrescentar que não tenho *certeza* de que estou com câncer. Só estou mais ou menos certo... tem um monte de sintomas apontando nessa direção. Quero voltar para casa amanhã para esclarecer tudo isso. Espero estar enganado.

Mike se ofereceu para ficar com minhas malas e enviá-las depois, para que eu não precisasse carregá-las. Ele me levou até o aeroporto no dia seguinte e seis horas depois eu estava aterrissando em São Francisco. Meu telefone tocou assim que desci do avião. Era minha médica ligando para me passar o resultado da radiografia do tórax: meus pulmões pareciam borrados, como se o diafragma da câmara tivesse ficado aberto tempo demais. Ela disse que não sabia ao certo o que aquilo significava.

Era muito provável que ela soubesse.

Eu sabia.

Lucy foi me buscar no aeroporto, mas esperei até chegarmos em casa para contar a ela. Sentamos no sofá e, quando falei, ela já imaginava. Encostou a cabeça no meu ombro e a distância entre nós desapareceu.

– Eu preciso de você – murmurei.

– Eu nunca vou te deixar – respondeu ela.

Ligamos para um amigo próximo, um dos neurocirurgiões do hospital, e pedimos que providenciasse minha internação.

Recebi a pulseira de plástico que todos os pacientes usam, vesti a familiar camisolinha azul-clara, passei pelas enfermeiras, que conhecia pelo nome, e fui encaminhado para um quarto – o mesmo

onde tinha examinado centenas de pessoas ao longo dos anos. O mesmo em que tinha conversado com tantos pacientes para explicar diagnósticos terminais e cirurgias complexas; o mesmo quarto em que havia congratulado seres humanos pela cura de alguma doença e testemunhado sua felicidade por poder voltar à vida; o mesmo quarto em que eu tinha assinado atestados de óbito. Tinha sentado naquelas cadeiras, lavado as mãos na pia, rabiscado instruções nos prontuários, virado a folha do calendário. Em momentos de grande cansaço, tinha até desejado me deitar naquela cama e dormir. Agora eu estava lá deitado, totalmente acordado.

Uma jovem enfermeira, que eu ainda não conhecia, enfiou a cabeça pela porta.

– O médico vai chegar daqui a pouco.

E, com isso, o futuro que eu havia imaginado, que estava prestes a se realizar, o ápice de décadas de luta, evaporou.

PARTE I

Em perfeita saúde eu começo



A mão do Senhor estava sobre mim, e por seu Espírito ele me levou a um vale cheio de ossos. Ele me levou de um lado para outro, e pude ver que era enorme o número de ossos no vale e que os ossos estavam muito secos. Ele me perguntou: "Filho do homem, estes ossos poderão tornar a viver?"

– Ezequiel 37:1-3

***E**u tinha certeza de que nunca seria médico. Estava estirado ao sol, relaxando numa pequena colina próxima da nossa casa, quando meu tio – um médico como tantos parentes meus – me perguntou que carreira eu planejava seguir. Eu mal registrei a pergunta. Se alguém me obrigasse a responder, acho que teria dito que queria ser escritor, mas, francamente, aquele tipo de decisão ainda nem me passava pela cabeça. Eu ia sair daquela cidadezinha no Arizona em algumas semanas e não me sentia preparado para escolher o que faria pelo resto da vida – eu me sentia mais como um elétron pronto para alcançar velocidade máxima, lançado em um universo estranho e faiscante.*

Fiquei lá, deitado no chão de terra, imerso na luz do sol e na memória, sentindo o tamanho cada vez menor dessa cidade de 15 mil habitantes, a 900 quilômetros do meu novo alojamento em Stanford e tudo o que aquilo prometia.

Tudo o que eu sabia sobre medicina se relacionava à ausência – especificamente, à ausência do meu pai durante minha criação. Ele saía para trabalhar antes de amanhecer e voltava para jantar um prato de comida requentada depois de já ter escurecido. Quando eu tinha 10 anos, toda a família (meus pais, eu e meus dois irmãos de 14 e 8 anos) se mudou de Bronxville, Nova York, um subúrbio afluyente e compacto ao norte de Manhattan, para Kingman, Arizona, um vale deserto cercado por duas cadeias de montanhas, conhecido pelo mundo exterior como um local para encher o tanque de gasolina quando se está a caminho de outro lugar. Meu pai se sentiu atraído pelo sol, pelo baixo custo de vida – de que outra forma poderia pagar a faculdade que desejava que os filhos cursassem? – e pela oportunidade de abrir o próprio consultório de cardiologia no local. Sua inflexível dedicação aos pacientes logo o tornou um

respeitável membro da comunidade. Quando o encontrávamos, tarde da noite ou nos finais de semana, ele era um amálgama de afeição e austeridade, uma mistura de abraços e beijos com pronunciamentos implacáveis: "É muito fácil estar em primeiro lugar: encontre o sujeito que está em primeiro e faça um ponto a mais do que ele." De alguma forma, ele havia chegado à conclusão de que paternidade podia ser administrada em pequenas doses de altas concentrações. Eu só pensava que, se aquele fosse o preço da medicina, era simplesmente alto demais.

Ali da colina era possível ver a nossa casa, um pouco além dos limites da cidade, na base das Cerbat Mountains, no meio de um deserto vermelho e rochoso salpicado de arbustos secos. Redemoinhos de poeira surgiam do nada, turvando a visão, e depois desapareciam sozinhos. A paisagem se estendia até sumir no horizonte. Nossos dois cachorros, Max e Nip, nunca se cansavam daquela liberdade. Todos os dias os dois se aventuravam, trazendo para casa algum novo tesouro do deserto: a perna de um veado, pedaços de coelho para serem comidos mais tarde, o crânio ressequido de um cavalo, a mandíbula de um coiole.

Eu e meus amigos também adorávamos passar as tardes explorando, caminhando e coletando ossos nos raros riachos do deserto. Tendo passado meus primeiros anos de vida em um subúrbio arborizado no Nordeste, com uma rua principal ladeada de árvores e uma loja de doces, eu considerava o deserto algo selvagem, estranho e fascinante. Em minha primeira caminhada sozinho, aos 10 anos, descobri uma velha grelha de irrigação. Levantei a tampa com as mãos e vi, a poucos centímetros do meu rosto, três teias brancas e sedosas. Em cada uma delas, caminhando com suas longas pernas, estava uma figura negra, brilhante, com a temível ampulheta vermelho-sangue tatuada no abdômen bulboso. Ao lado de cada aranha, um saco claro pulsava com o iminente nascimento de incontáveis viúvas-negras. O horror me fez deixar a grade cair. Cambaleei para trás. Não existe nada mais mortal que a picada de uma aranha viúva-negra, eu ouvira. Tive pesadelos durante anos.

O deserto oferecia um panteão de horrores: tarântulas, aranhas-armadeiras, aranhas-marrons, escorpiões de todos os tipos, centopeias, cobras das mais variadas. Com o tempo fomos nos familiarizando – até nos sentindo confortáveis – com tais criaturas. Por diversão, quando eu e meus amigos encontrávamos o ninho de uma armadeira, jogávamos uma formiga na teia e ficávamos observando enquanto ela tentava escapar, enviando vibrações pelos fios prateados, antecipando o momento fatal em que a aranha sairia da toca para abocanhar a infeliz criatura. Nessa época inventei o termo “fatos do campo”, que se tornou meu equivalente rural para as lendas urbanas. Quando passei a conhecer melhor a vida ali, os fatos do campo deram um ar quase mágico às criaturas do deserto, tornando, digamos, o monstro-de-gila um ser não menos extraordinário que a mítica Górgona. Só depois de vivermos no deserto percebemos que algumas histórias, como a existência do folclórico lebrílope, haviam sido criadas deliberadamente para confundir o pessoal da cidade e divertir os habitantes locais.

Uma vez passei uma hora convencendo um grupo de estudantes alemães de que, sim, existia uma espécie de coioote que vivia dentro do cacto e que podia saltar dez metros para atacar sua presa. Ninguém sabia ao certo onde residia a verdade naquelas areias rodopiantes; para cada fato do campo que parecia ridículo havia outro totalmente real. Sempre verifique se não há escorpiões nos sapatos, por exemplo, era uma simples questão de bom senso.

Quando tinha 16 anos, era eu quem levava meu irmão mais novo, Jeevan, de carro para a escola. Uma manhã, eu estava atrasado – como sempre – e Jeevan me esperava impaciente no vestibulo, dizendo que não queria ficar de castigo mais uma vez por causa do meu atraso. Desci correndo a escada, abri a porta da frente e... quase pisei numa cascavel de dois metros adormecida. Um fato do campo dizia que, se você matasse uma cascavel na porta de casa, mais tarde sua parceira e seus descendentes fariam ali um ninho permanente, como a mãe de Grendel em busca de vingança. Então eu e Jeevan trabalhamos juntos: com uma pá, um par de luvas grossas e uma fronha, protagonizamos uma dança tragicômica. Conseguimos enfiar a serpente dentro da fronha e, como lançadores

de martelo prontos para as Olimpíadas, arremessamos a trouxa no deserto, fazendo planos de recolher a fronha de volta naquela mesma tarde para não termos problemas com nossa mãe.



De todos os muitos mistérios da minha infância, o maior deles não era por que meu pai tinha resolvido trazer a família para o deserto do Arizona, mas como ele tinha conseguido convencer minha mãe. Eles haviam fugido juntos, viajando do sul da Índia a Nova York (ele, cristão e ela, hindu, o casamento foi desaprovado pelas famílias dos dois. Minha avó materna nunca aceitou meu nome, Paul, sempre me chamando pelo nome do meio, Sudhir) e depois para o Arizona, onde minha mãe foi obrigada a confrontar seu medo mortal de cobras. Mesmo as menores e mais inofensivas faziam com que ela saísse gritando pela casa, trancando as portas e se equipando com o maior e mais afiado utensílio que estivesse mais perto – um ancinho, um cutelo, um machado.

As cobras eram uma constante fonte de ansiedade, mas era com o futuro dos filhos que minha mãe mais se preocupava. Antes de nos mudarmos, meu irmão mais velho, Suman, estava quase se formando no ensino médio, com a expectativa de ir para uma faculdade de elite. Ele foi aceito em Stanford pouco depois de ter chegado a Kingman e logo saiu de casa. Quando minha mãe começou a pesquisar as escolas do condado, ficou alarmada. O censo havia identificado Kingman como o distrito com o pior nível de educação nos Estados Unidos. A taxa de evasão escolar no ensino médio era de mais de 30%. Poucos estudantes chegavam à faculdade e com certeza nenhum ingressava em Harvard, o padrão de excelência do meu pai. Em busca de conselhos, minha mãe ligou para amigos e parentes dos prósperos subúrbios da Costa Leste e descobriu que alguns se mostraram solidários, enquanto outros ficaram radiantes com o fato de os próprios filhos não precisarem competir com os Kalanithi, tão ávidos por estudar.

À noite ela costumava cair em prantos, chorando sozinha na cama. Com medo de que o precário sistema de ensino prejudicasse os filhos, minha mãe conseguiu em algum lugar uma "lista de leitura

preparatória para a faculdade". Formada em fisiologia na Índia, casada aos 23 anos e preocupada com a criação de três filhos num país estranho, ela própria não havia lido muitos livros daquela lista – mas fazia questão de que seus filhos não fossem privados deles. Assim, ela me fez ler 1984 aos 10 anos; fiquei escandalizado com a parte sexual, mas o livro me infundiu profundo amor e atenção pela linguagem.

Seguiram-se intermináveis obras e autores enquanto percorríamos a lista metodicamente: O conde de Monte Cristo, Edgar Allan Poe, Robinson Crusóé, Ivanhoé, Gogol, O último dos moicanos, Dickens, Twain, Austen, Billy Budd... Quando fiz 12 anos, eu mesmo passei a fazer as escolhas, e meu irmão Suman me mandava os livros que lia na faculdade: O príncipe, Dom Quixote, Cândido, Le Morte D'Arthur, Beowulf, Thoreau, Sartre, Camus. Alguns me marcaram mais do que outros. Admirável mundo novo fundou minha filosofia moral e se tornou tema do meu artigo de admissão à faculdade, em que argumentei que a felicidade não era o objetivo da vida. Hamlet me inspirou milhares de vezes durante as crises típicas da adolescência. "To His Coy Mistress" e outros poemas românticos conduziram a mim e meus amigos em desventuras divertidas ao longo do ensino médio – muitas vezes nos esgueirando à noite, por exemplo, para fazer serenatas embaixo da janela da capitã da equipe de animadoras de torcida. (O pai dela era o pastor local, por isso deduzimos que ele não atiraria em nós.) Quando fui flagrado voltando de uma dessas escapadas noturnas, minha mãe me submeteu a um minucioso interrogatório sobre todas as drogas ingeridas pelos adolescentes, sem suspeitar de que a coisa mais inebriante que eu tinha experimentado era a coletânea de poesia romântica que ela havia me dado na semana anterior. Os livros se tornaram meus confidentes, com suas lentes me propiciando novas visões de mundo.

Em sua luta para que adquiríssemos cultura, minha mãe nos levou até Las Vegas – a cidade grande mais próxima, a quase 150 quilômetros – para fazermos diversos testes vocacionais. Entrou para a associação da escola, mobilizou os professores e exigiu que a orientação vocacional fosse acrescentada à grade escolar. Minha

mãe era um fenômeno: chamou para si a missão de transformar o sistema educacional de Kingman, e conseguiu. De repente nossa escola começou a ver que o que definia o horizonte não eram mais as duas cadeias de montanhas que limitavam a cidade, mas sim o que havia atrás delas.

No último ano, meu amigo Leo, que era muito pobre, ouviu do conselheiro vocacional do colégio: "Você é inteligente. Devia entrar para o Exército."

– De jeito nenhum – ele me falou. – Se você vai pra Harvard, Yale ou Stanford, eu também vou.

Não sei se fiquei mais feliz quando entrei em Stanford ou quando Leo entrou em Yale.

O verão acabou e, como as aulas em Stanford começavam um mês depois das outras faculdades, meus amigos se foram e eu fiquei para trás. Na maioria das tardes eu saía andando sozinho pelo deserto, ficava pensando ou cochilando até Abigail, minha namorada, sair do trabalho, na única cafeteria de Kingman. Ela tinha pouco mais de 20 anos, estudava na Scripps College e estava juntando dinheiro para pagar as mensalidades. Fui envolvido por sua experiência mundana, pela sensação de que ela sabia coisas que só se aprendiam na faculdade – ela estudava psicologia! –, e geralmente nos encontrávamos ao final de seu expediente. Ela era um arauto dos segredos do novo mundo que me esperava em algumas semanas. Uma tarde, quando acordei de um cochilo, olhei para cima e vi abutres voando em círculos, confundindo-me com carniça. Olhei para o relógio; eram quase três horas. Eu estava atrasado. Tirei o pé da calça jeans e corri o resto do caminho pelo deserto, até a areia dar lugar ao calçamento e aparecerem os primeiros prédios. Virei a esquina e encontrei Abigail varrendo a calçada da cafeteria.

– Eu já lavei a máquina de expresso – disse ela –, então hoje não tem latte gelado pra você.

Quando ela acabou de varrer o chão, nós entramos. Abigail foi até a caixa registradora e pegou um livro que tinha guardado lá.

– Tome – falou, me entregando o livro. – Você devia ler isso. Você está sempre lendo essas porcarias de intelectuais... por que

não tenta algo mais prosaico pra variar?

Era um romance de quatrocentas páginas chamado Satan: His Psychotherapy and Cure by the Unfortunate Dr. Kassler, J.S.P.S. (Satã: sua psicoterapia e cura pelo infeliz Dr. Kassler, J.S.P.S), de Jeremy Leven. Levei o livro para casa e o li em um dia. Realmente não era alta cultura. Devia ser engraçado, mas não era. No entanto, afirmava de maneira contundente que a mente era uma mera operação do cérebro, uma ideia que me atingiu com força, assustou minha visão ingênua do mundo. Claro, devia ser verdade – se não, o que o nosso cérebro fazia? Apesar de termos livre-arbítrio, também éramos organismos biológicos: o cérebro era um órgão, estava sujeito às leis da física. A literatura propiciava um rico relato do significado humano, e o cérebro era o maquinário que de alguma forma possibilitava isso. Parecia mágica. Naquela noite, no meu quarto, abri o catálogo de cursos de Stanford (que já tinha lido dezenas de vezes) e peguei um marca-texto. Além de todos os cursos de literatura que já tinha assinalado, comecei a examinar também cursos de biologia e neurociência.



Algum tempo depois, eu ainda não tinha pensado muito em termos de carreira, mas já estava quase me formando em literatura inglesa e biologia humana. Minha intenção não era exatamente realizar alguma coisa, mas tentar entender o que dá sentido à vida. Eu continuava achando que a literatura propiciava a melhor representação da existência, enquanto a neurociência expunha o funcionamento do cérebro. Embora fosse um conceito escorregadio, o significado parecia indissociável das relações e dos valores humanos. A terra desolada, de T. S. Eliot, calava fundo dentro de mim, relacionando a falta de significado e o isolamento à busca desesperada pela comunicação. Descobri que as metáforas de Eliot combinavam com a minha linguagem. Outros autores também me diziam muito. Nabokov, por sua consciência de como o nosso sofrimento pode nos tornar insensíveis ao sofrimento dos outros. Conrad, por sua percepção de como a falta de comunicação entre as pessoas pode impactar fundo a vida. Não só a literatura esclarecia a

nossa experiência em relação ao outro, mas propiciava, eu acreditava, o material mais rico para a reflexão moral. Minhas breves investidas na ética da filosofia analítica pareciam secas como osso; ficava faltando o peso e a complexidade da verdadeira existência humana.

Durante os anos na universidade, meus estudos acadêmicos sobre o significado da vida entravam em conflito com minha ânsia de forjar e fortalecer as relações humanas que formavam esse significado. Se uma vida não examinada não valia a pena ser vivida, será que a vida não vivida valia um exame? No verão do meu segundo ano de faculdade, me candidatei a dois empregos: como estagiário no Centro de Pesquisa de Primatas Yerkes, em Atlanta, e como cozinheiro no Sierra Camp, um acampamento de férias para ex-alunos de Stanford nas imaculadas margens do Fallen Leaf Lake, ao lado da Desolation Wilderness da Eldorado National Forest. Os folhetos do acampamento prometiam simplesmente o melhor verão da sua vida. Fiquei surpreso e lisonjeado quando fui aceito. No entanto, eu tinha acabado de saber que os macacos tinham uma forma rudimentar de cultura e estava ansioso para ir a Yerkes e ver o que poderia ser a origem natural do próprio significado. Em outras palavras, eu poderia escolher entre estudar ou vivenciar o que era aquele significado.

Depois de adiar o máximo que pude, finalmente escolhi o acampamento. Em seguida, fui até o escritório do meu orientador de biologia para informá-lo da minha decisão. Quando entrei, ele estava sentado à sua mesa, a cabeça enfiada numa publicação, como sempre. Era um homem calado e amigoso, com os olhos caídos e pesados; mas quando lhe falei dos meus planos ele se tornou uma pessoa totalmente diferente: os olhos se arregalaram e o rosto ficou vermelho.

– O quê? – exclamou, espalhando perdigotos. – Afinal, você quer ser cientista... ou cozinheiro?

Enquanto seguia pela estrada em direção ao acampamento, depois que o semestre terminara, eu ainda estava preocupado de ter tomado um caminho errado na vida. Mas minha dúvida durou pouco. O acampamento cumpriu sua promessa, concentrando todos os

idílios da juventude: a beleza manifesta nos lagos, nas montanhas, nas pessoas; a riqueza de experiências, de conversas, de amizades. Nas noites de lua cheia a luz inundava a floresta e era possível caminhar sem lanterna. Partíamos para a caminhada às duas da manhã, chegando ao pico da montanha mais próxima, o monte Tallac, pouco antes do nascer do sol, com a noite clara e estrelada refletida no lago que se estendia abaixo de nós. Aconchegados em sacos de dormir, a quase 3 mil metros de altitude, combatíamos o frio das rajadas de vento com o café que alguém sabiamente havia se lembrado de levar. Depois assistíamos à primeira insinuação da luz do sol, uma iluminação que tingia o dia de azul, vazando do horizonte e apagando lentamente as estrelas. O céu diurno se expandia para cima e para os lados, até que o primeiro raio de sol fizesse sua aparição. Os transeuntes matinais começavam a movimentar as distantes estradas de South Lake Tahoe. Virando o pescoço para trás, podíamos ver o azul-claro do dia pouco a pouco escurecendo no meio do céu, onde a noite ainda se mantinha inabalável – escura como breu, estrelas brilhantes, a lua cheia fixa no céu. A leste, a plena luz do dia se aproximava; a oeste, a noite reinava sem dar mostra de rendição. Nenhum filósofo podia explicar o sublime melhor do que isso: estar entre o dia e a noite. Era como se nesse momento Deus dissesse "Faça-se a luz!". Era impossível não sentir nossa pequenez em relação à imensidão da montanha, da Terra, do Universo, mas, ainda assim, sentir uma ligação profunda com toda aquela grandiosidade.

Assim foi o verão em Sierra, talvez não muito diferente de qualquer outro acampamento de férias, com todos os dias cheios de vida e de relacionamentos que davam propósito a ela. Algumas noites ficávamos no deque do refeitório, bebericando uísque com o diretor-assistente do acampamento, Mo – um ex-aluno de Stanford que fazia doutorado em literatura inglesa –, discutindo literatura e refletindo sobre as dificuldades da pós-adolescência. Tempos depois ele me enviou seu primeiro conto publicado, retratando o tempo que passamos juntos.

De repente, agora sei o que desejo. Desejo que os conselheiros façam uma pira [...] e deixem minhas cinzas caírem

e se misturarem à terra. Perder meus ossos em meio aos troncos, meus dentes em meio à areia. [...] Não acredito na sabedoria das crianças nem na sabedoria dos idosos. Há um momento em que a soma das experiências reunidas se desgasta nos detalhes da vida. Nunca somos tão sábios quanto quando vivemos no momento presente.

Não senti falta dos macacos quando voltei ao campus. A vida parecia rica e plena, e durante os dois anos seguintes eu continuei vivendo em busca de uma compreensão mais profunda da mente. Estudei literatura e filosofia para entender o que dá sentido à vida, estudei neurociência, trabalhei num laboratório de ressonância magnética para compreender como o cérebro podia dar origem a um organismo capaz de encontrar significado no mundo e enriqueci meus relacionamentos saindo em loucas aventuras com um círculo de amigos queridos. Invadimos a cafeteria da faculdade fantasiados de mongóis; criamos uma fraternidade completamente falsa, com falsos eventos de fim de semana no nosso alojamento; posamos nos portões do Palácio de Buckingham vestidos de gorilas; invadimos a Igreja Memorial no meio da noite para deitar no chão e ouvir nossas vozes ecoar na abside; e assim por diante. (Quando fiquei sabendo que Virginia Woolf certa vez embarcou em um navio de guerra vestida como uma aristocrata abissínia, parei de me vangloriar de nossas traquinagens triviais.) No último ano, em uma aula sobre ética e neurociência, visitamos um abrigo para pessoas que sofreram graves danos cerebrais. Quando entramos na área da recepção, fomos recebidos por um uivo inconsolável. Nossa guia, uma simpática mulher de 30 e poucos anos, se apresentou para o grupo, mas meus olhos ficaram buscando a fonte daquele ruído. Atrás do balcão da recepção havia uma grande televisão ligada sem som. Na TV, uma morena de olhos azuis e cabelo bem penteado sacudia a cabeça, emocionada. Então o quadro se abriu, e lá estava seu namorado. Ele se aproximou e os dois se abraçaram apaixonadamente. O uivo ficou mais agudo. Cheguei mais perto para espiar por cima do balcão e vi uma moça de uns 20 anos sentada diante da TV com os punhos enterrados nos olhos, balançando o corpo violentamente para a frente e para trás. Enquanto ela se

balançava, pude ver que seu cabelo estava bastante ralo na nuca, deixando à mostra uma grande porção de pele.

Juntei-me novamente ao grupo, que já partia para conhecer as instalações. Conversando com a guia, fiquei sabendo que muitos residentes tinham quase se afogado na infância. Olhando ao redor, percebi que não havia outros visitantes além de nós. Isso era normal?, perguntei.

A guia explicou que no começo os familiares faziam visitas constantes, todos os dias ou até duas vezes por dia. Depois passavam a vir a cada dois dias. Em seguida só nos fins de semana. Depois de alguns meses ou anos, as visitas rareavam, até ocorrerem somente nos aniversários e no Natal. No fim a maioria dos familiares se mudava para longe – o mais longe que podiam.

– Eu não os culpo – disse a guia. – É difícil cuidar desses garotos.

Senti a raiva crescendo dentro de mim. Difícil? Claro que era difícil, mas como os pais podiam abandonar os filhos? Num dos quartos, os pacientes acomodavam-se em catres, organizados em fileiras como soldados numa barraca. Andei por uma fileira até fazer contato visual com um deles. Era uma adolescente, com cabelos escuros e embaraçados. Parei e sorri para ela, tentando demonstrar meu interesse. Peguei numa de suas mãos; era flácida e sem vida. Mas ela murmurou alguma coisa e, olhando direto para mim, deu um sorriso.

– Acho que ela está sorrindo – falei para a guia.

– Pode ser – disse ela. – É difícil saber.

Mas eu tinha certeza. Ela tinha sorrido para mim.

Quando voltamos para o campus, fui o último aluno a sair da sala.

– Então, o que você achou? – perguntou o professor.

Falei que não conseguia acreditar que os pais fossem capazes de abandonar aquelas pobres crianças e que uma menina havia sorrido para mim.

O professor era um mentor, alguém que conhecia a fundo a interação entre a ciência e a moral. Imaginei que fosse concordar comigo.

– É – falou. – Que bom. Que bom pra você. Mas às vezes eu acho que seria melhor se eles morressem.

Peguei minhas coisas e saí.

Ela estava sorrindo, não estava?

Só mais tarde me dei conta de que aquela excursão tinha acrescentado uma nova dimensão à minha compreensão de que o cérebro é responsável por criar relacionamentos e tornar a vida significativa. Só que às vezes ele quebra.



À medida que a formatura se aproximava, mais eu tinha a impressão de que havia muitas coisas não resolvidas dentro de mim. Então me inscrevi num mestrado em literatura inglesa em Stanford e fui aceito no programa. Ao longo dos anos, passei a ver a linguagem como uma força quase sobrenatural entre as pessoas, fazendo nossos cérebros entrarem em comunhão. As palavras só significavam alguma coisa quando proferidas entre pessoas, e o significado da vida tinha a ver com a profundidade das relações que formamos. Era o aspecto relacional do ser humano – ou seja, os “relacionamentos” – que sustentava o significado. Mas, de alguma forma, esse processo existia também no corpo e no cérebro, ambos sujeitos aos seus imperativos fisiológicos, propensos a falhas e defeitos. Devia haver uma maneira, pensei, de a linguagem das experiências da vida – a paixão, a fome, o amor – ter alguma relação, por mais confusa que fosse, com a linguagem dos neurônios, do trato digestivo, dos batimentos cardíacos.

Em Stanford, tive a sorte de estudar com Richard Rorty, talvez o maior filósofo vivo de sua época, e, sob sua tutela, comecei a desenvolver um vocabulário como resultado de todas as disciplinas, uma espécie de conjunto de ferramentas para compreender a vida de uma forma específica. Grandes obras literárias forneciam seu próprio conjunto de ferramentas, levando o leitor a usar esse vocabulário. Para fundamentar minha tese, estudei a obra de Walt Whitman, um poeta do século XIX que se debatia com as mesmas questões que me atormentavam e que desejava descobrir uma

maneira de entender e descrever o que chamava de "Homem Fisiológico-Espiritual".

Ao terminar a tese, concluí que Whitman não teve mais sorte que o resto de nós em formular um vocabulário "fisiológico-espiritual" coerente, mas pelo menos seu fracasso havia sido esclarecedor. Eu sentia cada vez menos vontade de continuar meus estudos literários, cujas principais preocupações começavam a me parecer principalmente políticas e alheias à ciência. Um dos meus orientadores observou que seria difícil eu encontrar espaço na comunidade literária, pois a maioria dos doutores em literatura inglesa reagia à ciência "com puro terror, como macacos diante do fogo". Eu não sabia para onde minha vida estava indo. Minha tese – "Whitman e a medicalização da personalidade" – foi bem recebida, mas era heterodoxa, incluindo história da psiquiatria e da neurociência, além de crítica literária. Não se encaixava bem no departamento de literatura inglesa. Eu não me encaixava bem no departamento de literatura inglesa.

Alguns dos meus melhores amigos da faculdade partiram para Nova York em busca de uma vida artística – alguns no teatro, outros em jornalismo e televisão –, e cheguei a pensar em ir com eles e começar do zero. Mas não consegui abandonar a questão que sempre me acompanhara: onde se cruzam a biologia, a moral, a literatura e a filosofia? Certa tarde, voltando para casa depois de um jogo de futebol americano, com a brisa do outono soprando, deixei minha mente divagar. Nos jardins do campus, a voz de Santo Agostinho mandava "ler cada vez mais", mas a voz que ouvi comandava o contrário: "Ponha os livros de lado e faça medicina." De repente, tudo pareceu óbvio. Embora – ou talvez porque – meu pai, meu tio e meu irmão mais velho fossem médicos, a medicina nunca me parecera uma possibilidade real. Mas o próprio Whitman não tinha escrito que só o médico pode entender verdadeiramente "o homem fisiológico-espiritual"?

No dia seguinte procurei entender como era o curso preparatório para medicina. O processo levava cerca de um ano de estudo intenso, mais o período de inscrição, que acrescentava outros dezoito meses. Isso significaria deixar meus amigos irem para Nova

York para continuar aprofundando seus relacionamentos sem mim. Significaria pôr de lado a literatura. Mas me daria a oportunidade de encontrar respostas que não estavam nos livros, descobrir um tipo diferente de maravilhamento, forjar relações com o sofrimento e continuar buscando aquilo que dá sentido à vida, mesmo em face da morte e da decadência.

Comecei o curso preparatório, empenhando-me nas aulas de química e física. Relutante em arranjar um emprego de meio período – pois isso reduziria o ritmo dos meus estudos –, mas impossibilitado de pagar um aluguel em Palo Alto, descobri uma janela aberta em um dormitório vazio e entrei. Depois de algumas semanas de ocupação ilegal, fui descoberto pela zeladora – que por acaso era minha amiga. Ela me deu uma chave do quarto e algumas dicas úteis, como as datas em que as animadoras de torcida da faculdade retornavam ao alojamento.

Como o ciclo de inscrição para a faculdade de medicina levava dezoito meses, tive bastante tempo livre quando o curso preparatório terminou. Vários professores sugeriram que eu aproveitasse essa oportunidade para estudar história e filosofia da ciência e da medicina. Por isso me inscrevi, e fui aceito, no programa HPS (História, Filosofia e Ciência) em Cambridge. Passei o ano seguinte em salas de aulas no interior da Inglaterra, onde me vi argumentando que a experiência direta das questões de vida e morte era essencial para gerar opiniões substanciais sobre elas. As palavras começaram a parecer vazias como o ar. Dando um passo atrás, percebi que estava apenas confirmando o que já sabia: eu queria a experiência direta. Só por meio da prática da medicina seria possível ir atrás de uma filosofia biológica concreta. A especulação moral era insignificante se comparada à ação moral. Concluí o curso e voltei para os Estados Unidos. Eu ia estudar medicina em Yale.



Você pode pensar que cortar uma pessoa morta pela primeira vez cause uma sensação estranha. Mas, surpreendentemente, tudo parece normal. As luzes brilhantes, as mesas de aço inoxidável e os professores de jaleco branco conferem um ar adequado à cena.

Mesmo assim, esse primeiro corte, partindo da nuca e descendo até a base da coluna, é inesquecível. O bisturi é tão afiado que não apenas corta a pele: é como se abrisse um zíper, revelando músculos ocultos e proibidos sob ela. E, apesar de preparados, somos pegos de surpresa, cheios de vergonha e empolgação. Dissecar cadáveres é um rito de passagem e uma transgressão do sacrossanto, produzindo uma legião de sensações: repulsa, excitação, náusea, frustração, assombro e até, com o passar do tempo, o mero tédio do exercício acadêmico. Tudo oscila entre o pathos e o bathos: lá está você, sério, violando os tabus mais fundamentais da sociedade, mas, como o formaldeído é um estimulante do apetite, você tem vontade de comer um burrito. Então, quando conclui sua tarefa, dissecando o nervo médio, serrando a pélvis ao meio e abrindo o coração, o bathos se sobressai: a violação do sagrado assume as características dos seus colegas de classe, os pedantes, os palhaços, os idiotas. Vira uma gozação. A dissecação de cadáveres resume, para muitos, a transformação dos estudantes sóbrios e respeitosos em médicos insensíveis e arrogantes.

A gigantesca missão moral da medicina conferiu aos meus primeiros dias na faculdade uma gravidade severa. No primeiro dia, antes de chegarmos aos cadáveres, fizemos o treinamento RCP (respiração cardiopulmonar). Eu já tinha passado por isso antes, ainda no ensino médio. Daquela vez tudo havia sido uma farsa anedótica, com todo mundo dando risadas descontroladas: os vídeos muito mal interpretados e os manequins de plástico desmembrados não poderiam ser mais ridículos. Mas, agora, a perspectiva de um dia podermos empregar essas técnicas para realmente salvar alguém animava o exercício. Enquanto eu pressionava o peito de uma criancinha de plástico com as palmas das mãos, não conseguia deixar de ouvir, junto com as piadas dos meus colegas de turma, costelas trincando de verdade.

Os cadáveres revertem essa polaridade. Você finge que os manequins são reais, depois finge que os cadáveres são falsos. Mas no primeiro dia você não consegue fazer isso. Tive essa certeza quando encarei o meu – sua total mortalidade e humanidade eram

inegáveis. Pensar que em quatro meses eu iria abrir a cabeça daquele homem com um serrote parecia absurdo.

Mas existem professores de anatomia para nos ajudar a lidar com essa questão. O conselho deles era simples: deem uma boa olhada no rosto do cadáver e depois deixem-no coberto; facilita o trabalho. Enquanto nos preparávamos para descobrir a cabeça do cadáver, respirando fundo, com olhares sérios, um cirurgião parou para bater papo, apoiando o cotovelo no rosto do morto. Apontando diversas marcas e cicatrizes no torso nu, ele reconstituiu o histórico do paciente. Essa cicatriz é de uma operação de hérnia inguinal; aquela é de uma endarterectomia de carótida; aquelas marcas indicam coceira, talvez em função de icterícia, alta taxa de bilirrubina; provavelmente morreu de câncer no pâncreas, embora não tenha nenhuma cicatriz relacionada a isso – o câncer com certeza o matou depressa. Enquanto ele falava, eu só conseguia olhar para aqueles cotovelos se mexendo, a cada hipótese médica amassando ainda mais a cabeça encoberta. Pensei: Prosopagnosia é uma disfunção neurológica que faz as pessoas perderem a capacidade de ver rostos. Logo, logo eu estaria sentindo aquilo, com um serrote na mão.

Porque depois de algumas semanas o drama realmente se dissipa. Em conversas com alunos de outras áreas, eu me vi contando histórias e enfatizando o grotesco, o macabro e o absurdo, como que para assegurá-los de que eu era normal, apesar de passar seis horas por semana escarafunchando gente morta. Às vezes eu contava que um dia me virei na aula e vi uma garota linda, toda delicada, na ponta dos pés sobre um banquinho, martelando uma talhadeira na coluna vertebral de uma mulher, com lascas de ossos voando pelo ar. Eu falava isso num tom jocoso, tentando me distanciar daquela realidade, mas minha relação com ela era inegável. Afinal, eu não tinha desmontado a caixa torácica de um homem com igual disposição com um alicate de aço? Mesmo trabalhando com corpos sem vida, com rosto coberto e o nome envolto em mistério, você dá de cara com a humanidade deles – ao abrir o estômago do meu cadáver, descobri dois comprimidos de

morfina não digeridos, o que significa que ele deve ter morrido com dor, talvez sozinho e lutando para abrir o frasco de remédio.

Os cadáveres com que trabalhávamos tinham decidido doar seus corpos para estudos ainda em vida, é claro, e nossa maneira de nos referir a eles deveria refletir isso. Tanto que não deveríamos chamá-los de "cadáveres", mas de "doadores". No entanto, as pessoas mais bem informadas – os médicos, nesse caso – quase nunca doavam o próprio corpo. Então, até que ponto os doadores tinham informação suficiente sobre a decisão que tomavam? Um professor de anatomia argumentou: "Você não conta a um paciente os detalhes mais chocantes de uma cirurgia se isso fizer com que ele desista da operação."

Mesmo que os doadores soubessem de absolutamente tudo – e talvez soubessem, apesar do sarcasmo do professor –, não era a dissecação que causava angústia. Era pensar em sua mãe, seu pai, seus avós sendo cortados em pedaços por estudantes engraçadinhos de 22 anos. Sempre que lia um termo como "serra de ossos", eu cogitava se seria naquela sessão que finalmente iria vomitar. Mas, no fundo, eram raras as aulas que me perturbavam, mesmo quando descobri que a tal "serra de ossos" não era nada mais que uma serra normal e enferrujada. O mais perto que cheguei de vomitar por causa dessa questão aconteceu bem longe do laboratório, numa visita ao túmulo da minha avó, em Nova York, no vigésimo aniversário da morte dela. De repente me vi curvado, quase chorando e pedindo desculpas – não para o meu cadáver, mas para os netos dele. Certa vez, um filho chegou a pedir de volta o corpo já meio dissecado da mãe no nosso laboratório. Sim, a mãe tinha consentido, mas ele não conseguia viver com aquilo. Eu sabia que faria o mesmo. (Os restos mortais foram devolvidos.) No laboratório de anatomia, objetificávamos os mortos, literalmente reduzindo-os a órgãos, tecidos, nervos, músculos. No início não era mesmo possível negar a humanidade daqueles corpos. Mas, com o tempo, a gente esfolava os membros, fatiava músculos, arrancava os pulmões, abria o coração, removia o fígado e era difícil reconhecer aquela pilha de tecidos como algo humano. No fim, a aula de anatomia tornava-se menos uma violação do sagrado do que uma disciplina que

atrapalhava o clima da happy hour. Nos raros momentos de reflexão, pedíamos desculpas em silêncio aos nossos doadores, não porque víamos uma transgressão, mas justamente porque não víamos nada de mais no que estávamos fazendo.

Não era por maldade. A medicina em geral, não apenas a dissecação de cadáveres, transpõe esferas sagradas. Os médicos invadem o corpo de todas as formas imagináveis. Veem as pessoas nos momentos em que estão mais vulneráveis, mais assustadas. Eles as trazem ao mundo, mas também estão lá quando as luzes se apagam. Ver o corpo como matéria e ferramenta de trabalho é o outro lado de aliviar o sofrimento humano. Da mesma forma, o sofrimento humano torna-se uma mera ferramenta pedagógica. Talvez os professores de anatomia sejam a extremidade mais radical dessa relação, embora a cumplicidade com os cadáveres seja grande. Logo no início do curso, quando fiz uma longa incisão no diafragma do meu doador para encontrar a artéria esplênica, nosso orientador ficou pálido. Não por eu ter destruído uma importante estrutura, entendido mal um conceito ou arruinado uma futura dissecação, mas por eu ter feito aquilo com tanta indiferença. A expressão de seu rosto, sua incapacidade de verbalizar a tristeza me ensinaram mais sobre medicina do que qualquer palestra a que já assisti.

Em outras ocasiões, essa ligação ficava clara de forma mais simples. Uma vez, enquanto mostrava as ruínas de um câncer pancreático no nosso doador, o professor perguntou: – Que idade tem esse sujeito?

– Setenta e quatro – respondemos.

– A mesma idade que eu – retrucou ele, largando a sonda e se afastando.



A faculdade de medicina aguçou meu entendimento sobre a conexão entre significado, vida e morte. Testemunhei o relacionamento humano – sobre o qual eu tanto havia escrito durante a vida acadêmica – materializado na relação entre médico e paciente. Como estudantes, éramos confrontados com a morte, com

o sofrimento e com o cuidados ao paciente, mas ao mesmo tempo ficávamos protegidos do peso da responsabilidade – embora vislumbrássemos o seu espectro. Alunos de medicina passam os primeiros dois anos em salas de aula, socializando, estudando e lendo; era fácil ver o trabalho como uma simples extensão dos estudos. Minha namorada, Lucy, que conheci no primeiro ano da escola de medicina (e que mais tarde se tornaria minha esposa), entendia o subtexto da vida acadêmica. Sua capacidade de amar era quase infinita, e isso foi uma lição para mim. Certa noite, no sofá do meu apartamento, eu estudava as linhas onduladas que formam um eletrocardiograma quando ela observou o exame na minha mão e identificou, corretamente, uma arritmia fatal. De repente, começou a chorar: quem quer que fosse o dono daquele ECG não havia sobrevivido. Aquelas linhas eram mais do que apenas linhas: eram uma fibrilação ventricular que se deteriorava para uma assistolia. E isso era capaz de levar você às lágrimas.

Eu e Lucy estudamos em Yale quando Shep Nuland, um renomado cirurgião e filósofo, ainda lecionava lá, mas eu o conheci apenas como leitor. Seu livro seminal sobre mortalidade, Como morremos, fora lançado quando eu ainda estava no colégio, mas chegou às minhas mãos somente na faculdade. Eu tinha lido poucas obras tão diretamente voltadas para este fato fundamental: todos os organismos – sejam peixes ou netos – morrem. Li o livro com o máximo de atenção, e lembro especialmente bem da descrição da doença de sua avó e de como essa passagem esclareceu para mim a maneira como o lado pessoal, o médico e o espiritual se mesclavam. Nuland relatava que, quando criança, gostava de pressionar a pele da avó com os dedos para ver quanto tempo levava para voltar ao normal – um aspecto do processo de envelhecimento que mostrava um “gradual declínio para uma insuficiência cardíaca congestiva [...], a importante redução na quantidade de oxigênio que o sangue envelhecido consegue extrair dos tecidos envelhecidos de um pulmão envelhecido”. Mas “o que era mais evidente”, continuava, “era o lento afastamento da vida [...] Quando Bubbeh parou de rezar, ela já tinha parado de fazer todo o resto também”. Quando a avó teve seu derrame fatal, Nuland lembrou-se de Religio Medici, de

Sir Thomas Browne: "Com quantas lutas e dores viemos ao mundo não lembramos, mas normalmente é uma questão fácil sairmos dele."

Eu tinha passado tanto tempo estudando literatura em Stanford e história da medicina em Cambridge, tentando entender melhor as particularidades da morte, mas no fundo sentia que elas ainda eram desconhecidas para mim. Descrições como a de Nuland me convenceram de que essas coisas só podiam ser compreendidas face a face. Eu estava buscando na medicina um testemunho para os mistérios da morte, sua experiência e suas manifestações biológicas: ao mesmo tempo profundamente pessoais e totalmente impessoais.

Nos capítulos de abertura de Como morremos, Nuland conta um episódio de quando ainda era um jovem estudante de medicina e ficou sozinho numa sala de cirurgia com um paciente cujo coração tinha parado. Numa atitude desesperada, ele abriu o peito do paciente e tentou bombear seu coração manualmente, buscando extrair a vida dele de volta. O paciente morreu, e Nuland foi encontrado por seu orientador coberto de sangue, sentindo-se um fracasso.

As escolas de medicina haviam mudado bastante desde aquela época, tornando a cena protagonizada por Nuland simplesmente impensável: os estudantes agora mal podiam tocar nos pacientes, muito menos abrir o peito de alguém. O que não havia mudado, no entanto, era o heroico espírito de responsabilidade em meio ao sangue e ao fracasso. Essa, para mim, era a verdadeira imagem de um médico.



O primeiro nascimento que presenciei foi também minha primeira morte.

Eu havia concluído recentemente a primeira etapa do curso de medicina, depois de dois anos de intensos estudos, enterrado em livros, frequentando bibliotecas, debruçado sobre minhas anotações em cafeterias, revendo fichas escritas à mão deitado na cama. A partir daquele momento, eu passaria os dois anos seguintes na clínica e no hospital, finalmente colocando em prática todo aquele

conhecimento teórico para aliviar o sofrimento real dos pacientes. Comecei em ginecologia e obstetrícia, trabalhando no turno da noite da ala de partos.

Ao entrar no edifício quando o sol se punha, eu tentava me lembrar dos detalhes do trabalho de parto, dos estágios da dilatação do colo do útero, dos nomes das "estações" que indicavam a descida do bebê – tudo que pudesse ser útil quando a hora chegasse. Como estudante, minha tarefa era observar, aprender e tentar não atrapalhar. Os residentes, que já tinham concluído o curso e agora completavam a formação na especialidade escolhida, e as enfermeiras, com seus anos de experiência clínica, seriam meus principais instrutores. Mas o medo que pairava no ar era de que, por algum motivo, eu fosse chamado para fazer um parto e fracassasse.

Fui até a sala dos médicos, onde deveria me encontrar com os residentes. Entrei e vi uma mulher jovem de cabelo preto deitada num sofá, mastigando furiosamente um sanduíche enquanto assistia à TV e lia um artigo científico. Eu me apresentei.

– Ah, oi – respondeu ela. – Eu sou Melissa. Vou estar aqui se você precisar de mim. Provavelmente a melhor coisa que você pode fazer é ficar de olho na Garcia. Ela é uma paciente de 22 anos em trabalho de parto prematuro de gêmeos. Todos os outros partos estão dentro dos padrões.

Entre uma mordida e outra, Melissa fez um resumo da situação: os gêmeos tinham apenas 23 semanas e meia; a esperança era manter a gravidez pelo máximo de tempo possível, até que eles estivessem mais desenvolvidos; o período de 24 semanas era considerado o mínimo de viabilidade e qualquer dia a mais faria diferença; a paciente estava tomando vários medicamentos para controlar as contrações. O pager de Melissa sinalizou.

– Tudo bem – disse ela, tirando as pernas de cima do sofá. – Eu preciso ir. Pode ficar por aqui, se quiser. Ou pode vir comigo.

Fui com Melissa até a sala da enfermagem. Uma das paredes era repleta de monitores mostrando linhas telemétricas onduladas.

– O que é isso? – perguntei.

– É o gráfico dos tacômetros e dos batimentos cardíacos fetais. Vou levá-lo até a paciente. Ela não fala inglês. Você fala espanhol?

Neguei com a cabeça. Melissa me levou até o quarto. Estava escuro lá dentro. A gestante estava na cama, quieta, com faixas de monitoramento ao redor da barriga, que mediam suas contrações e o batimento cardíaco dos gêmeos e enviavam o sinal para as telas que eu tinha visto na sala de enfermagem. O pai dos bebês estava ao lado, segurando a mão da mulher, a preocupação transparecendo em seu semblante. Melissa sussurrou alguma coisa para eles em espanhol e saímos.

Pelas horas seguintes as coisas progrediram sem problema. Melissa dormia no salão. Tentei decodificar os indecifráveis garranchos do prontuário de Garcia e consegui entender que seu primeiro nome era Elena, que aquela era sua segunda gravidez, que ela havia recebido cuidados pré-natais e não tinha plano de saúde. Escrevi o nome dos medicamentos que estava tomando e fiquei de vê-la mais tarde. Li um pouco sobre partos prematuros em um livro que encontrei na sala dos médicos. Quando sobreviviam, os prematuros costumavam apresentar altos índices de hemorragias e paralisia cerebral. Mas eu sabia que, três décadas antes, Suman, meu irmão mais velho, tinha nascido quase oito semanas antes da hora e agora era um grande neurologista. Procurei a enfermeira e pedi que me ensinasse a ler aquelas linhas irregulares dos monitores, tão obscuras quanto a caligrafia dos médicos, mas capazes de prever qualquer desastre. Ela concordou e começou a me mostrar as leituras das contrações e a reação dos batimentos cardíacos fetais a elas, dizendo que se eu olhasse com atenção...

De repente ela parou de falar, a preocupação estampada no rosto. Sem dizer uma palavra, levantou e correu para o quarto de Elena, mas saiu logo em seguida, pegou o telefone e ligou para Melissa. Um minuto depois Melissa chegou, olhou para os gráficos e correu para o quarto da paciente, comigo logo atrás. Pegou o celular e ligou para seu supervisor, falando depressa, num jargão que só entendi parcialmente. Os gêmeos estavam em agonia, entendi, e a única chance de sobrevivência era uma cesariana de emergência.

Fui levado junto com toda a equipe para a sala de cirurgia. Eles estenderam Elena na mesa e injetaram medicamentos em suas veias. Uma enfermeira pintou o abdômen da mulher com uma

solução antisséptica enquanto o supervisor, a residente e eu lavávamos as mãos e os antebraços com álcool. Imitei seus movimentos urgentes em silêncio enquanto eles praguejavam em voz baixa. O anestesista entubou a paciente; o cirurgião principal aguardava os procedimentos, inquieto.

– Vamos logo com isso – disse ele. – Não temos muito tempo. Precisamos correr!

Eu estava ao lado do cirurgião quando ele abriu a barriga da mulher, fazendo uma incisão abaixo do umbigo, logo embaixo do ápice de seu ventre protuberante. Eu tentava seguir todos os movimentos, escavando a memória em busca de explicações anatômicas dos meus livros. A pele se abriu ao toque do bisturi. Ele cortou com confiança o tecido fibroso do reto abdominal, abrindo a musculatura com as mãos, revelando o primeiro vislumbre do útero, que parecia um melão. Ele também abriu o melão, de onde surgiu um rosto, que logo desapareceu sob o sangue. O médico puxou um bebê cor-de-rosa e depois outro; eles mal se moviam, os olhos fechados, como pequenos passarinhos caídos do ninho. Com os ossos visíveis através da pele translúcida, pareciam mais um esboço de crianças do que crianças de verdade. Pequenos demais para um berço, não muito maiores do que as mãos do cirurgião, os bebês foram passados para o intensivista à espera, que correu com eles para a UTI neonatal.

Com o perigo imediato evitado, o ritmo da operação diminuiu, transformando-se em algo mais tranquilo. O odor de carne queimada exalou quando o cauterizador calcinou gotículas de sangue. O útero foi suturado e reconstituído, os pontos parecendo uma fileira de dentes mordendo o ferimento aberto.

– Professor, vamos fechar o peritônio? – perguntou Melissa. – Li recentemente que isso não precisa ser feito.

– Que nenhum homem separe o que Deus uniu – respondeu ele. – Gosto de deixar as coisas do jeito que encontrei. Vamos suturar e fechar.

O peritônio é uma membrana que envolve a cavidade abdominal. Por alguma razão eu não tinha visto quando ele foi cortado, e não conseguia vê-lo agora. Para mim, a abertura mais

parecia uma massa de tecido desorganizado, embora os médicos soubessem exatamente o que fazer com ela, como um escultor diante de um bloco de mármore.

Melissa pediu o ponto peritoneal, enfiou a mão no corte e puxou uma camada de tecido transparente entre o músculo e o útero. De repente o peritônio apareceu, bem como o buraco no ventre. Ela suturou a membrana e fez o mesmo com o músculo e a fáscia, juntando-os com uma agulha grande e pontos largos. Depois foi a vez de suturar a pele. Melissa perguntou se eu queria fazer os últimos dois pontos.

Minhas mãos tremiam quando passei a agulha pelo tecido subcutâneo. Quando amarrei a sutura, vi que a agulha estava ligeiramente torta. A pele tinha saído junto, parecendo um glóbulo de gordura.

Melissa deu um suspiro.

– Está irregular – falou. – Você precisa pegar só a camada epidérmica... Está vendo essa faixa branca fina?

Eu vi. Não era só minha mente que devia ser treinada; meus olhos também.

– Tesoura!

Melissa cortou meus nós amadores, refez a sutura, aplicou o curativo e encaminhou a paciente para a sala de recuperação.

Como ela já havia me adiantado, 24 semanas no útero era considerado o período mínimo para um bebê ter chance de sobreviver. Os gêmeos tinham ficado 23 semanas e seis dias. Os órgãos estavam todos ali, mas provavelmente ainda não estavam prontos para a responsabilidade de sustentar uma vida. Deviam ter ficado quase mais quatro meses em desenvolvimento na proteção do útero, recebendo sangue oxigenado e nutrientes pelo cordão umbilical. Agora o oxigênio teria que entrar pelos pulmões, que ainda não eram capazes de realizar a expansão e a transferência gasosa da respiração. Fui ver os dois na UTI, cada gêmeo encapsulado numa incubadora de plástico transparente, minúsculos ao lado de grandes máquinas bipando, quase invisíveis em meio aos fios e tubos emaranhados. As incubadoras tinham pequenas

portinholas laterais por onde os pais podiam tocar uma perna ou um braço, propiciando um mínimo de contato humano.

O sol estava nascendo; meu turno tinha acabado. A imagem dos gêmeos sendo extraídos do útero interrompia meu sono. Assim como um pulmão prematuro, eu me sentia despreparado para a responsabilidade de sustentar uma vida.

Quando voltei ao trabalho na noite seguinte, fui designado para outra gestante. Ninguém previa qualquer problema com aquela gravidez. O quadro era o mais normal possível. Ao lado da enfermeira, acompanhei o progresso estável da mãe, as contrações percorrendo seu corpo com uma regularidade cada vez maior. A enfermeira informou a dilatação do colo do útero, de três centímetros para cinco e depois dez.

– Tudo bem, chegou a hora de fazer força – disse a enfermeira à gestante.

Virando-se para mim, falou: – Não se preocupe... a gente avisa quando o nascimento estiver perto.

Encontrei Melissa na sala dos médicos. Depois de algum tempo, a equipe de cirurgia foi chamada: o nascimento estava próximo. Do lado de fora da porta, ela me passou um avental, luvas e um par de longas perneiras.

– Vai ficar complicado – informou.

Entramos na sala. Fiquei ao lado, desajeitado, até Melissa me puxar para a frente, entre as pernas da paciente, bem em frente ao supervisor.

– Força! – encorajou a enfermeira. – Mais uma vez: assim, só que sem gritar.

Os gritos não pararam, e foram acompanhados por um jorro de sangue e outros fluidos. O asseio das ilustrações dos livros estava bem distante da realidade. Começava a ficar claro para mim que aprender a ser médico na prática implicava uma formação bem diferente de ser um estudante numa sala de aula. Ler apostilas e responder questões de múltipla escolha pouco se assemelhavam a tomar medidas concretas e ser responsável por elas. Saber que é preciso ter cuidado para puxar a cabeça do bebê para facilitar a passagem dos ombros não é a mesma coisa que fazer isso de fato. E

se eu puxasse demais? Lesão irreversível do tendão, gritou meu cérebro. A cabeça aparecia a cada esforço e se retraía a cada respiração, três passos à frente, dois passos atrás.

Fiquei imóvel, incerto sobre quando agir e o que fazer. A voz do supervisor guiou minhas mãos para a cabeça emergente e na contração seguinte eu puxei o bebê pelo ombro. Era uma menina grande, gorducha e molhada, umas três vezes maior que as criaturas semelhantes a passarinhos da noite anterior. Melissa pinçou o cordão e eu o cortei. Os olhos da criança se abriram e ela começou a chorar. Fiquei segurando o bebê mais um momento, sentindo seu peso e substância, antes de passá-lo à enfermeira, que o levou até a mãe.

Fui até a sala de espera para dar a boa notícia aos familiares. Havia cerca de dez pessoas reunidas ali, todas vibrando de emoção, fazendo uma festa de beijos, abraços e apertos de mão. Eu me senti um profeta voltando das montanhas com notícias de uma nova promessa divina! Todos os percalços do nascimento desapareceram; naquele momento eu apenas tinha segurado o mais novo membro daquela família, a sobrinha daquele homem, a prima daquele outro.

Quando voltei ao ambulatório, todo contente, topei com Melissa.

– Ei, você sabe como estão os gêmeos de ontem à noite? – perguntei.

A expressão dela se fechou. Bebê A morreu ontem à tarde; Bebê B conseguiu viver quase 24 horas, mas faleceu mais ou menos quando eu estava no parto da menina. Eu só conseguia pensar em Samuel Beckett, na metáfora que dolorosamente representava a história daqueles gêmeos: "Em um dia nascemos, em outro dia morreremos, no mesmo dia, no mesmo segundo [...] Nascimento atrelado a uma cova, a luz brilha por um instante, então é noite outra vez." Eu estivera ao lado da morte – o coveiro com o fórceps, como dissera Beckett. A que se resumiam essas vidas?

– Você acha que isso é ruim? – falou Melissa. – A maioria das mães de natimortos ainda precisa passar por todo o processo do parto, as contrações, as dores, a expulsão... tudo para expelir um bebê morto. Já imaginou?

Um fósforo faiscando sem acender. Os uivos da mãe no quarto 543, as olheiras nas pálpebras pesadas do pai, as lágrimas correndo silenciosas em seu rosto... o outro lado da alegria, a insuportável, injusta e inesperada presença da morte... Que sentido fazia tudo aquilo? Onde estavam as palavras de consolo?

– Fazer a cesariana de emergência foi a escolha certa? – questionei.

– Sem dúvida – respondeu ela. – Era a única chance que eles tinham.

– O que acontece quando a cesariana não é feita em casos assim?

– Provavelmente o bebê morre. O traçado do coração fetal anormal mostra se o sangue do feto estiver ficando ácido, se o cordão umbilical tiver sido comprometido de alguma forma ou se qualquer outra coisa grave estiver acontecendo.

– Mas como você sabe quando o traçado está ruim o suficiente? O que é pior, nascer muito antes da hora ou esperar demais para o nascimento?

– É uma questão de escolha.

Que escolha. Na minha vida, eu nunca havia precisado escolher entre nada mais difícil que um hambúrguer ou um cachorro-quente. Como eu conseguiria fazer uma escolha desse tipo? Eu ainda tinha um bocado de práticas médicas a aprender, mas será que só o conhecimento seria suficiente para me equilibrar entre a vida e a morte? Com certeza inteligência não era o bastante; era preciso também clareza moral. De alguma forma, eu precisava acreditar que iria adquirir não apenas conhecimento, mas sabedoria. Afinal, quando cheguei ao hospital no dia anterior, nascimento e morte eram apenas conceitos abstratos. Então eu tinha visto os dois de perto. Talvez Beckett tivesse razão. Talvez a vida seja meramente um "instante", breve demais para ser considerada. Mas meu foco teria de estar no meu papel imediato, intimamente envolvido com o quando e o como da morte – o coveiro com o fórceps.

Não muito tempo depois, meu estágio em ginecologia e obstetrícia terminou e passei para a oncologia cirúrgica. Eu e minha colega Mari nos revezaríamos. Poucas semanas depois, após uma

noite sem dormir, ela foi designada para assistir a um procedimento de Whipple (também conhecido como duodenopancreatectomia), uma cirurgia difícil que envolve reorganizar a maior parte dos órgãos abdominais em uma tentativa de extirpar um câncer pancreático, uma operação em que os estudantes geralmente não fazem nada por até nove horas seguidas. É considerada a melhor operação para servir como assistente por causa de sua extrema complexidade – somente chefes de residência podem participar ativamente. Mas é uma coisa escabrosa, um teste definitivo da habilidade de um cirurgião. Quinze minutos depois do início da cirurgia, vi Mari chorando no corredor. A Whipple sempre começa com uma pequena incisão, por onde uma minúscula câmera entra em busca de metástases, já que um câncer muito alastrado torna o procedimento inútil e determina seu cancelamento. De pé na sala, com a expectativa de uma cirurgia de nove horas de duração à sua frente, Mari teve um pensamento: Eu estou tão cansada... por favor, Deus, tomara que haja metástases. Havia. O paciente foi suturado e a operação, cancelada. Primeiro veio o alívio, depois uma vergonha profunda e torturante. Mari saiu correndo do centro cirúrgico precisando de um confessor – quando me viu, eu me tornei o ombro de que ela precisava.



No quarto ano de faculdade, percebi que muitos dos meus colegas preferiam se especializar em áreas menos exigentes (radiologia ou dermatologia, por exemplo). Intrigado com isso, pesquisei em várias outras universidades e percebi que a tendência era sempre a mesma: no final do curso de medicina, a maioria dos estudantes tendia a se concentrar em especialidades com horários mais humanos, salários mais altos e menos pressão, reduzindo ou abandonando o idealismo do início dos estudos. Com a aproximação da formatura, de acordo com a tradição de Yale, nos reunimos para reescrever nossos juramentos iniciais – uma mistura das palavras de Hipócrates, Maimônides, Osler e outros grandes patronos da medicina – e vários alunos insistiram para que removêssemos do discurso a parte que dizia que devíamos colocar os interesses dos

pacientes acima dos nossos. (O restante de nós não deixou essa discussão ir muito longe. Esse tipo de pensamento me pareceu antiético na medicina, mas, se você for observar, é assim que 99% das pessoas escolhem um trabalho: pelo salário, pelo ambiente, pelo horário. Mas essa é a questão. Colocar o estilo de vida em primeiro lugar é uma forma de encontrar um emprego – não uma vocação.) Quanto a mim, eu escolheria a neurocirurgia. Já vinha considerando essa possibilidade havia algum tempo, mas tive certeza numa noite no hospital, quando ouvi um neurocirurgião pediatra conversando com os pais de uma criança com um grande tumor, que chegara ali se queixando de dor de cabeça. O médico não apenas expôs os fatos clínicos, mas também abordou o lado humano da doença, reconhecendo a tragédia e oferecendo orientação. Por acaso, a mãe da criança era radiologista. O tumor parecia maligno – a mãe já tinha examinado as imagens e agora estava sentada numa cadeira de plástico sob luzes fluorescentes, arrasada.

– É tão ruim quanto parece? – perguntou ela. – Você acha que é câncer?

– Eu não sei. O que eu sei é que a sua vida está prestes a mudar... aliás, já mudou. Vai ser uma longa jornada, você entende? Você e seu marido precisam apoiar um ao outro, mas também têm que descansar quando for necessário. Esse tipo de doença tanto pode aproximar vocês dois como pode afastá-los. Então agora, mais do que nunca, vocês precisam se ajudar mutuamente. Não quero nenhum dos dois ficando a noite inteira ao lado da cama ou sem nunca sair do hospital. Está bem?

O médico continuou descrevendo a operação, os possíveis resultados, as probabilidades, as decisões que precisavam ser tomadas logo, as que eles deveriam começar a considerar mas não precisavam tomar de imediato, as que nem precisavam ser consideradas ainda. No final da conversa, a família não estava relaxada, é claro, mas parecia capaz de enfrentar o futuro. Eu tinha observado a expressão dos pais – de início perplexa, desalentada, quase alienígena – se recompor e se concentrar. Enquanto observava a cena, percebi que as questões referentes à vida, à morte e ao significado de tudo isso geralmente surgem em um contexto médico.

Quando alguém de fato se vê diante de situações assim, é necessário fazer um exercício filosófico para entender que seres humanos são organismos sujeitos às leis da física. Doenças são moléculas se comportando mal; a exigência básica da vida é o metabolismo, e a morte é sua interrupção.

Enquanto todos os médicos tratam doenças, os neurocirurgiões trabalham com a essência da identidade: qualquer operação no cérebro é uma manipulação da substância de nosso eu. Qualquer conversa com um paciente submetido a uma cirurgia cerebral comprova esse fato. Ademais, para o paciente e a família, a cirurgia costuma ser o evento mais dramático que já enfrentaram e tem um impacto importante na vida. Nessas encruzilhadas dramáticas, a questão não é simplesmente viver ou morrer, mas que tipo de vida vale a pena viver. Você trocaria sua capacidade de falar – ou a da sua mãe – por alguns meses a mais de vida em silêncio? Trocaria sua visão por uma remota chance de eliminar uma hemorragia cerebral fatal? Perderia a função de sua mão direita para evitar espasmos? Quanto sofrimento você permitiria que seu filho aguentasse antes de admitir que é preferível a morte? Como é o cérebro que intermedeia nossas experiências com o mundo, qualquer problema neurológico obriga um paciente e seus familiares a responder a essas questões. O que torna a vida significativa o suficiente para se continuar vivendo?

Por tudo isso, fui atraído pela neurocirurgia, com seu implacável apelo pela perfeição. Assim como o conceito de aretê dos antigos gregos, pensei, a virtude exige excelência moral, emocional, mental e física. A neurocirurgia me pareceu apresentar a confrontação mais desafiadora e direta entre o significado, a identidade e a morte. Junto às enormes responsabilidades que assumiam, os neurocirurgiões também eram mestres em muitos campos: medicina de cuidados intensivos, neurologia, radiologia. Percebi que não teria que treinar apenas minha mente e minhas mãos; teria que treinar meus olhos e quem sabe outros órgãos também. A ideia era irresistível e inebriante: talvez eu pudesse me juntar à galeria de polímatas que exploraram as florestas mais densas de problemas

emocionais, científicos e espirituais, descobrindo – ou abrindo – novas rotas de saída.



Depois de formados, eu e Lucy, recém-casados, fomos para a Califórnia começar nossa residência; eu em Stanford, ela na UCSF, ambas na mesma rua. A faculdade tinha ficado oficialmente para trás – agora estávamos diante da verdadeira responsabilidade. Logo fiz diversos amigos no hospital, em especial Victoria, iniciante como eu, e Jeff, residente de cirurgia vascular que estava um pouco mais adiantado do que nós. Durante os sete anos seguintes de estudo, passamos de simples testemunhas dos dramas médicos a atores principais das tragédias da vida.

Um estagiário no primeiro ano de residência é pouco mais que um burocrata – ainda que a carga de trabalho seja enorme. No meu primeiro dia no hospital, o chefe da residência me disse: "Residentes em neurocirurgia não são apenas os melhores cirurgiões, mas os melhores médicos do hospital. Esse é o nosso objetivo. Faça com que nos orgulhemos de você."

O diretor, passando pelo refeitório, aconselhou: "Coma sempre com a mão esquerda. Você precisa aprender a ser ambidestro." Um dos residentes mais experientes disse: "Vou dar uma dica... o chefe está passando por um processo de divórcio, por isso está muito envolvido com o trabalho neste momento. Não fique de papo furado com ele." O residente que deveria me orientar estava de saída, mas me entregou uma lista de 43 pacientes e comentou: "A única coisa que posso dizer é: eles sempre podem machucá-lo mais, mas não podem parar o relógio."

Fiquei dois dias sem sair do hospital. Em pouco tempo, porém, passei a resolver a papelada diária, aparentemente interminável, em apenas uma hora. Mesmo assim, quando se trabalha num hospital, a "papelada" não é apenas um monte de papéis: são fragmentos de narrativas repletas de riscos e triunfos. Por exemplo, um garoto de 8 anos chamado Matthew chegou um dia se queixando de dor de cabeça e descobrimos que tinha um tumor no cérebro, próximo ao hipotálamo. O hipotálamo regula nossos impulsos básicos: sono,

fome, sede, sexo. Deixar um tumor ali faria Matthew passar a vida sujeitando-se a tratamento por radiação, mais cirurgias, cateteres cerebrais... em resumo, acabaria com sua infância. A remoção completa do tumor evitaria isso, mas havia o risco de dano ao hipotálamo, que transformaria o garoto num escravo de seus impulsos. O cirurgião partiu para o trabalho, introduziu um pequeno endoscópio pelo nariz de Matthew até a base do crânio e removeu o tumor. Poucos dias depois, Matthew estava saltitando pelos corredores, roubando doces das enfermeiras, pronto para ir para casa. Naquela noite, preenchi com alegria as numerosas páginas de sua ficha de alta.



Perdi meu primeiro paciente numa terça-feira.

Era uma senhora de 82 anos, baixinha e elegante, a pessoa mais saudável no centro de cirurgia geral, onde passei um mês como estagiário. (Em sua autópsia, o patologista ficou chocado ao saber sua idade: "Ela tem os órgãos de alguém de 50 anos!") Foi internada devido a uma constipação resultante de uma leve obstrução intestinal. Depois de seis dias esperando que seu intestino se resolvesse sozinho, fizemos uma pequena intervenção cirúrgica para ajudar a acelerar as coisas. Por volta das oito da noite de segunda-feira, fui até o quarto dela para ver se estava tudo bem, e ela parecia ótima. Enquanto conversávamos, tirei do bolso minha lista de tarefas do dia e tiquei o último item (visita pós-operatória, Sra. Harvey). Estava na hora de ir para casa descansar um pouco.

Por volta da meia-noite meu telefone tocou. A paciente estava desfalecendo. Repentinamente arrancado da complacência do serviço burocrático, sentei na cama e comecei a bradar ordens: – Faça uma infusão venosa de um litro de soro ringer lactato, eletrocardiograma, radiografia do tórax... estou a caminho.

Liguei para a minha chefe, que me pediu para fazer os exames de laboratório e avisá-la quando tivesse mais detalhes. Corri para o hospital e encontrei a Sra. Harvey com falta de ar, o coração disparado, a pressão sanguínea em colapso. Por mais que eu fizesse, ela não melhorava. Como eu era o único cirurgião geral residente no

turno, meu pager não parava de apitar, com chamados que eu podia dispensar (pacientes precisando de remédios para dormir) e outros que não podia (um paciente na emergência com um rompimento de aneurisma da aorta). Eu estava me afogando em águas desconhecidas, sendo puxado em mil direções ao mesmo tempo, e a Sra. Harvey não melhorava. Consegui transferi-la para a UTI, onde a enchemos de medicamentos e fluidos para evitar que morresse, e passei as horas seguintes correndo entre meu paciente ameaçando morrer no PS e minha paciente morrendo de verdade na UTI. Às 5h45, o paciente do aneurisma estava a caminho do centro cirúrgico e a Sra. Harvey parecia estável. Foram necessários doze litros de soro, duas bolsas de sangue e três diferentes vasoconstritores para mantê-la viva.

Quando finalmente saí do hospital, às cinco horas da tarde de terça-feira, a Sra. Harvey não tinha melhorado – mas também não tinha piorado. Às sete da noite o telefone tocou: ela sofrera uma parada cardíaca e a equipe da UTI estava tentando uma ressuscitação cardiopulmonar. Voltei correndo para o hospital, e mais uma vez ela se recuperou. Mas não muito. Dessa vez não fui para casa: preferi jantar perto do hospital, por precaução.

Às oito da noite meu telefone tocou novamente. A Sra. Harvey tinha morrido.

Então fui para casa dormir.

Eu sentia uma mistura de raiva e tristeza. Por alguma razão, a Sra. Harvey tinha deixado de ser mais um papel na minha pilha e se tornado minha paciente. No dia seguinte, fui assistir à autópsia dela e vi o patologista abri-la e remover seus órgãos. Examinei-os pessoalmente, passei a mão neles, verifiquei os nós que havia em seus intestinos. A partir daquele dia, resolvi tratar minha papelada como pacientes, não vice-versa.

No primeiro ano, vislumbrei a minha parcela de morte. Às vezes eu a via quando espiava numa curva do corredor, em outras eu me sentia envergonhado de ser apanhado no mesmo quarto que ela. Eis aqui algumas pessoas que vi morrer: 1. Um alcoólatra, cujo sangue não conseguia mais coagular, que sangrou até a morte pelas articulações e embaixo da pele. Todos os dias os hematomas se

espalhavam. Antes de começar a delirar, ele olhou para mim e disse: "Não é justo... eu sempre diluí meus drinques com água."

2. Uma patologista morrendo de pneumonia, arfando nos espasmos da morte antes de ser levada para a autópsia – sua viagem final ao laboratório de patologia, onde tinha passado tantos anos da vida.

3. Um homem que passara por um pequeno procedimento neurocirúrgico para tratar pontos dolorosos em seu rosto: uma gotinha de cimento líquido fora colocada no nervo suspeito para evitar a pressão de uma veia sobre ele. Uma semana depois ele começou a sentir fortes dores de cabeça. Foram feitos todos os exames possíveis, mas jamais se chegou a um diagnóstico.

4. Dezenas de casos de traumatismo craniano: suicídios, tiros, brigas de bar, acidentes de motocicleta, colisão de automóveis. Um ataque de alce.

Em alguns momentos, o peso de tudo aquilo se tornava palpável. A tensão e a infelicidade pairavam no ar. Na maioria das vezes a gente simplesmente respirava, sem perceber. Mas, em alguns dias, tudo adquiria um peso sufocante. Nessas ocasiões, eu sentia como se estivesse preso num interminável verão na floresta, molhado de suor, com uma chuva de lágrimas de parentes dos moribundos vertendo sobre mim.



No segundo ano de residência, você é o primeiro a chegar na emergência. Alguns pacientes você não pode salvar. Outros, pode: da primeira vez eu corri com um paciente do PS para a sala de cirurgia, drenei o sangue do crânio dele e depois o vi acordar, falar com seus familiares e se queixar da incisão na cabeça. Fui envolvido por uma espécie de transe eufórico e fiquei andando de um lado para outro até não saber mais onde estava. Demorei 45 minutos para encontrar a saída.

Como residentes, costumávamos trabalhar até 100 horas por semana. Embora o regulamento oficial determinasse uma jornada de 88 horas semanais, sempre havia algo mais a ser feito. Meus olhos lacrimejavam, minha cabeça latejava, eu tomava energéticos às duas

da manhã. No hospital eu conseguia aguentar, mas, assim que ia embora, o cansaço tomava conta de mim. Ia cambaleando até o estacionamento e, em geral, cochilava um pouco no carro antes de dirigir os quinze minutos até a minha cama.

Nem todos os residentes conseguiam suportar a pressão que envolvia nosso trabalho. Um deles, um cirurgião talentoso, simplesmente não era capaz de aceitar a culpa e a responsabilidade ou admitir quando cometia um erro. Um dia, conversamos no saguão do hospital e ele implorou que eu o ajudasse a salvar sua carreira.

– Olhe nos meus olhos e diga “Sinto muito” – falei. – “O que aconteceu foi culpa minha, não vou deixar que aconteça de novo.” Pronto, é só isso.

– Mas foi a enfermeira que...

– Não. Você precisa dizer isso com sinceridade. Tente de novo.

– Mas...

– Diga.

Aquilo continuou por mais uma hora até eu perceber que ele não tinha jeito.

O alto nível de estresse também fez com que outra residente mudasse de área e fosse trabalhar em um consultório. Alguns aguentavam firme, mas pagavam um preço alto por isso.

À medida que minha perícia aumentava, minha responsabilidade também crescia. Aprender a julgar quais vidas podiam ser salvas, quais não podiam e quais não deveriam exige uma capacidade de prognóstico inatingível. Cometi erros. Correr com um paciente para o centro cirúrgico para salvar um cérebro só para que seu coração continuasse batendo, sem que ele jamais pudesse voltar a falar, tivesse que se alimentar por um tubo e estivesse condenado a uma existência que ele nunca desejaria não era uma boa opção. Acabei considerando isso um fracasso maior do que deixá-lo morrer. A decadência do corpo inconsciente se torna uma carga insuportável, muitas vezes fazendo com que o paciente seja colocado numa instituição, onde a família lhe faz visitas cada vez mais raras, e vá definhando aos poucos, até o desenvolvimento de uma doença oportunista fatal. Algumas famílias insistem em manter essas vidas e

acolhem todos os seus ônus. Mas muitos preferem não fazer isso, ou não conseguem, e o neurocirurgião precisa aprender a fazer essa escolha.

Eu tinha começado nessa carreira, em parte, para aprender sobre a morte: para entendê-la, desvendá-la, olhá-la nos olhos. Fui atraído pela neurocirurgia tanto por sua interseção entre o cérebro e a consciência, quanto por sua interseção entre a vida e a morte. Eu achava que transitar entre esses dois polos me garantiria não apenas uma ação mais compassiva, mas uma elevação do meu próprio ser: afastando-me do materialismo mesquinho, das trivialidades do egocentrismo, para chegar bem ali, ao que realmente importa, às verdadeiras decisões sobre viver ou morrer. Será que ali não se encontrava uma espécie de transcendência?

Mas, durante a residência, algo mais estava se desdobrando dentro de mim. Em meio àquela interminável avalanche de traumatismos cranianos, comecei a desconfiar de que estar tão perto da luz nesses momentos flamejantes havia me deixado cego em relação à sua natureza – era como tentar aprender astronomia olhando diretamente para o Sol. Eu ainda não estava com os pacientes naqueles momentos cruciais, eu simplesmente estava naqueles momentos cruciais. Vi tanto sofrimento que acabei me tornando imune a ele. Quando estamos nos afogando, mesmo que em sangue, aprendemos a nos adaptar, a boiar, a nadar, até a curtir a vida, criando laços com aqueles que estão se segurando no mesmo bote – no caso, enfermeiras, médicos e outros residentes.

Eu e meu colega Jeff trabalhávamos juntos na ala de traumatologia. Estávamos sempre em sintonia. Ele examinava o abdômen e depois pedia o meu prognóstico quanto às funções cognitivas do paciente.

– Bom, ele ainda pode ser um senador – respondi certa vez –, mas só se for de um estado pequeno.

Jeff deu risada, e a partir daquele momento a população dos estados americanos se tornou nosso termômetro para a gravidade dos traumas cranianos.

– Este aqui é de Wyoming ou da Califórnia? – perguntava Jeff, tentando determinar quanto seu programa teria de ser intensivo.

Ou eu diria:

– Jeff, eu sei que a pressão sanguínea dele está instável, mas preciso removê-lo para o PS antes que ele seja transferido de Washington para Idaho... Você não pode estabilizar esse paciente?

Certo dia, eu estava na cafeteria fazendo meu lanche típico – uma Coca Diet e um sanduíche de sorvete –, quando meu pager anunciou a entrada de um paciente com quadro grave. Corri para a traumatologia, escondendo meu sanduíche de sorvete atrás de um computador quando os paramédicos chegaram empurrando a maca e dando os detalhes: "Homem de 22 anos, acidente de motocicleta a 60 quilômetros por hora, possivelmente com o cérebro saindo pelo nariz..."

Comecei a trabalhar imediatamente, pedindo uma bandeja de intubação, avaliando suas funções vitais. Quando ele já estava intubado em segurança, examinei seus diversos ferimentos: o rosto machucado, os esfolados do asfalto, as pupilas dilatadas. Enchemos o homem de manitol para reduzir o inchaço do cérebro e corremos com ele para a tomografia: crânio fraturado, sangramento grave e difuso. Eu já planejava fazer uma incisão no escalpo, perfurar o osso, liberar o sangue. De repente a pressão dele caiu. Voltamos correndo para a traumatologia, mas o coração parou logo que o restante da equipe chegou. Ainda assim, cateteres foram inseridos em suas artérias, tubos foram enfiados em seu peito, drogas foram injetadas nas cânulas intravenosas, enquanto médicos pressionavam seu coração para tentar manter o sangue fluindo. Depois de trinta minutos, nós o deixamos morrer. Com aquele tipo de lesão na cabeça, todos concordamos em voz baixa que era preferível a morte.

Eu estava saindo da sala quando a família foi levada para ver o corpo. Só então me lembrei: minha Coca Diet e meu sanduíche de sorvete tinham ficado esquecidos lá dentro. Voltei como um fantasma, sorrateiramente, para resgatar meu lanche que jazia ao lado do cadáver do filho que não pude salvar.

Trinta minutos no congelador ressuscitaram o sanduíche. Que gostoso, pensei, tirando lascas de chocolate dos dentes enquanto a família prestava suas últimas homenagens. De repente fiquei

pensando se, no meu breve tempo como médico, já não tinha cometido mais deslizes morais do que progressos.

Poucos dias depois, fiquei sabendo que Laurie, uma amiga da faculdade de medicina, tinha sido atropelada e que um neurocirurgião fizera uma operação para tentar salvá-la. Ela teve uma parada cardíaca e foi revivida, mas morreu no dia seguinte. Para mim, "morrer num acidente de automóvel" era uma generalização que já não fazia mais sentido. Agora aquelas palavras abriam uma caixa de Pandora da qual surgiam todas as imagens: a maca rolando, o sangue no assoalho da traumatologia, o tubo enfiado na garganta, o choque no peito. Podia imaginar mãos, minhas mãos, raspando o escalpo de Laurie, abrindo sua cabeça; podia ouvir o barulho da broca e o cheiro do osso queimado, a poeira esvoaçando, o estalido de quando uma seção do crânio era aberta...

Não quis saber os detalhes. Já havia detalhes demais.

Naquele momento, toda a empatia que havia falhado voltou. Muitas vezes eu tinha ignorado as preocupações dos pacientes por estar com a cabeça em outro lugar. As pessoas cujo sofrimento eu presenciei e simplesmente empacotei num diagnóstico; o significado da dor que eu vi, mas não consegui reconhecer – tudo aquilo voltou como uma vingança, cruel e inexorável.

Tive medo de estar me tornando um médico estereotipado de Tolstói, preocupado com o formalismo vazio, concentrado no tratamento rotineiro das doenças e ignorando o componente humano. ("Médicos vinham vê-la sozinhos ou em grupo, falavam muito em francês, alemão e latim, culpavam uns os outros, receitavam uma grande variedade de medicamentos para todas as doenças que conheciam, mas a nenhum deles ocorria a simples ideia de que não conseguiam saber qual era a doença que acometia Natasha.") Um dia fui procurado por uma mulher, recém-diagnosticada com um câncer no cérebro. Eu estava exausto, desligado. Passei rápido pelas perguntas dela, garanti que a cirurgia seria um sucesso, dizendo a mim mesmo que não tinha tempo para dar atenção a ela. Mas por que eu não arranjei um tempo? Um veterinário truculento ignorou o conselho e os alertas dos médicos

durante várias semanas; como resultado, o ferimento em suas costas abriu, como havíamos alertado. Chamado à emergência, suturei a lesão, pensando que ele merecia aquilo.

Não, ninguém merece nada disso.

Entre as tragédias e os fracassos, eu temia estar perdendo de vista a importância singular das relações humanas, não entre pacientes e suas famílias, mas entre médico e paciente. A excelência técnica não era suficiente. Como residente, meu maior propósito não era salvar vidas – afinal todo mundo morre –, mas orientar o paciente ou a família na compreensão da morte e da doença. Quando alguém chega ao hospital com um sangramento fatal na cabeça, a primeira conversa com o neurocirurgião pode definir a maneira como a família se lembrará da morte: tanto pode ser de uma forma suave (“Talvez tivesse mesmo chegado a hora dele.”) quanto de modo rancoroso (“Aqueles médicos nem tentaram salvá-lo!”). Quando não pode usar o bisturi, as palavras são a única ferramenta do cirurgião.

Em meio ao sofrimento provocado por um dano cerebral grave, não são apenas os médicos que perdem de vista o significado da situação: as famílias tampouco costumam percebê-lo. Elas veem o passado, as memórias, os amores recentes, tudo representado pelo corpo danificado diante delas. Eu – o médico – vejo os futuros prováveis: os aparelhos de respiração artificial ligados pela abertura cirúrgica no pescoço, o líquido pastoso pingando por um buraco na barriga, a longa e dolorosa recuperação parcial, a possibilidade de o paciente nunca voltar a ser o que era antes. Nesses momentos eu não agia como inimigo da morte, mas como seu embaixador. Eu precisava ajudar aquelas famílias a entender que a pessoa que conheciam – o ser humano inteiro, vital e independente – ficara para trás. E eu precisava da ajuda delas para compreender que tipo de futuro o paciente desejaria: uma morte fácil e tranquila ou uma prisão entre sacos de fluidos, persistindo na vida embora não fosse capaz de lutar por ela.

Se tivesse sido mais religioso na juventude, eu teria me tornado pastor, pois era o papel pastoral que eu procurava agora.



Com um foco renovado, o consentimento informado (um documento que o paciente assina autorizando a cirurgia e/ou o tratamento) tornou-se não apenas um mecanismo jurídico para relacionar todos os riscos o mais rapidamente possível, mas também uma oportunidade de criar um pacto com o enfermo: Estamos juntos, e essas são as possibilidades – prometo guiar você o melhor que puder através delas.

Naquele estágio da residência eu estava mais eficiente. A experiência tinha me ensinado a respirar um pouco, sem tentar me agarrar demais à minha vida. Agora eu aceitava a total responsabilidade pelo bem-estar dos meus pacientes.

Eu pensava muito no meu pai. Enquanto ainda éramos estudantes, eu e Lucy tínhamos ido acompanhar seu trabalho no hospital de Kingman, observando enquanto fazia a ronda de seus pacientes. Ele transmitia uma leveza impressionante a cada um deles. Eu me lembro de um diálogo que teve com uma mulher que estava se recuperando de um procedimento cardíaco: – Está com fome? Quer que eu peça alguma coisa para você comer?

– Sim, qualquer coisa – respondeu ela. – Estou morrendo de fome.

– Bem, que tal lagosta e filé? – Ele pegou o telefone e ligou para a sala da enfermagem. – Minha paciente quer lagosta e filé... agora mesmo! – Voltando para a mulher, disse com um sorriso: – Está a caminho, mas pode parecer mais com um sanduíche de peru.

A facilidade com que ele estabelecia conexões humanas e a confiança que instilava em seus pacientes eram uma inspiração para mim.

Mulher de 35 anos num leito da UTI, expressão de puro terror no rosto. Estava fazendo compras para o aniversário da irmã quando teve uma convulsão. A tomografia mostrou um tumor benigno pressionando o lobo frontal direito. Em termos de riscos cirúrgicos, era o melhor tipo de tumor para se ter e o lugar menos arriscado para ele estar. Assim, era quase certo que uma cirurgia acabasse com suas convulsões. A alternativa era uma vida inteira dependente

de medicamentos tóxicos. Mas eu percebi que a ideia de fazer uma cirurgia no cérebro a aterrorizava mais do que à maioria das pessoas. Ela estava sozinha em lugar estranho, tendo sido transportada do burburinho familiar de um shopping para os estranhos bipes de uma UTI. Era provável que ela se recusasse a ser operada se eu fizesse um discurso indiferente, detalhando todos os riscos e possíveis complicações. De fato, eu poderia fazer isso, registrar sua recusa no prontuário, considerar minha missão cumprida e partir para a próxima tarefa. Em vez disso, com a permissão dela, reuni sua família e conversamos todos juntos sobre as opções. Enquanto falávamos, pude ver a dúvida que antes era insolúvel se transformando numa decisão difícil, porém compreensível. Eu tinha olhado para ela como uma pessoa, não um problema a ser resolvido. Ela escolheu a cirurgia. Deu tudo certo: dois dias depois voltou para casa e nunca mais teve uma convulsão.

Qualquer doença grave muda a vida de uma pessoa – aliás, de toda uma família. Mas doenças no cérebro têm uma estranheza adicional. A morte de um filho já desafia a ordem natural do Universo e pode ser muito mais incompreensível quando o paciente sofre morte cerebral, mantendo o corpo ainda quente e o coração batendo. A raiz da palavra desastre remete a uma estrela se esfacelando, e nenhuma imagem representa melhor a expressão dos olhos de um paciente ao ouvir o diagnóstico de um neurocirurgião. Às vezes a notícia é tão chocante que o cérebro sofre um curto-circuito. Esse fenômeno é chamado de choque psicogênico, uma versão mais grave do desmaio que alguns sofrem ao ouvir uma má notícia. Ao ser diagnosticado com um câncer no cérebro, um de meus pacientes entrou em coma. Pedi uma bateria de exames de laboratório, tomografias e eletroencefalogramas em busca da causa, mas nada justificava aquilo. O teste definitivo foi o mais simples: ergui o braço do paciente acima de seu rosto e larguei. Uma pessoa em coma psicogênico mantém um nível de vontade suficiente para evitar se bater. O tratamento consiste em falar de modo tranquilizador, até que suas palavras se conectem na cabeça do paciente e ele acorde.

O câncer no cérebro se apresenta em duas variedades: os primários, que nascem no próprio cérebro, e os originários de metástases que migram de outras partes do corpo, mais comumente dos pulmões. A cirurgia não cura a doença, mas consegue prolongar a vida. Para a maioria das pessoas, um câncer no cérebro indica morte em um ano, talvez dois. A Sra. Lee estava perto dos 60 anos, tinha olhos verde-claros e havia sido transferida dois dias antes de um hospital perto da casa dela, a 150 quilômetros de distância, para o meu atendimento. O marido estava sentado ao seu lado, rodando a aliança no dedo. Apresentei-me e ela me contou sua história: durante os últimos dias vinha sentindo uma comichão na mão direita, depois começou a perder o controle da mão, até não conseguir mais abotoar a blusa. Procurou uma emergência local, com medo de estar tendo um derrame. Fez uma ressonância magnética e foi encaminhada para mim.

– Alguém conversou com você sobre o resultado da ressonância? – perguntei.

– Não.

O bastão tinha sido passado, como era comum em casos de más notícias. Quantas vezes eu não tinha feito a mesma coisa? Bem, pensei, isso pode parar por aqui.

– Muito bem – falei. – Nós temos muito o que conversar. Se não se importa, pode me dizer o que você imagina que esteja acontecendo? Saber disso sempre ajuda, pois assim tenho certeza de que não estou deixando nada sem resposta.

– Bem, eu achei que estivesse tendo um derrame, mas acho que... não estou, não é?

– Não, você não está tendo um derrame. – Fiz uma pausa. Pude ver a vastidão do abismo entre a vida que ela tivera até a semana anterior e a que estava prestes a ter a partir dali. Ela e o marido não pareciam prontos para ouvir câncer no cérebro (será que alguém está?), por isso recuei alguns passos. – O exame mostra uma massa no seu cérebro, que é o que está causando os seus sintomas.

Silêncio.

– Vocês querem ver a ressonância?

– Sim.

Mostrei a eles as imagens, indicando onde ficavam o nariz, os olhos e orelhas para orientá-la. Em seguida apontei o tumor, um anel branco irregular em volta de um centro preto necrótico.

– O que é isso? – perguntou ela.

Pode ser qualquer coisa. Talvez uma infecção. Só vamos saber depois da cirurgia.

Minha tendência a me esquivar da verdade nua e crua ainda persistia. Naqueles casos, era melhor que a preocupação fosse só uma suspeita do que uma certeza.

– Só podemos saber ao certo depois da cirurgia – falei –, mas é muito parecido com um tumor.

– É um câncer?

– Mais uma vez, só vamos saber ao certo quando for removido e examinado pelos nossos patologistas, mas, se eu fosse dar um palpite, diria que sim.

Baseado na tomografia, eu não tinha dúvida de que era um glioblastoma – um câncer cerebral agressivo, do pior tipo. Mas prossegui devagar, acompanhando as reações da Sra. Lee e do marido. Tendo introduzido a possibilidade de ser um câncer no cérebro, duvidei que eles fossem se lembrar de qualquer outra coisa. Era melhor servir uma sopeira de tragédia em pequenas colheradas. Poucos pacientes exigiam tudo de uma vez; a maioria precisava de tempo para digerir. Não perguntavam sobre o prognóstico – diferentemente de um trauma, quando só temos cerca de dez minutos para avaliar o quadro e tomar uma decisão importante, aqui eu podia deixar as coisas se assentarem. Expliquei em detalhes o que esperar dos próximos dias: falei sobre a cirurgia, explicando que rasparíamos só uma pequena faixa do cabelo dela, por questões estéticas; que o braço dela provavelmente enfraqueceria um pouco, mas depois se fortaleceria novamente; que se desse tudo certo ela sairia do hospital em três dias; que aquele era apenas o primeiro passo de uma maratona; que o repouso era importante; e que eu não esperava que eles assimilassem tudo o que eu tinha dito e que falaríamos sobre aquilo de novo.

Depois da cirurgia voltamos a conversar, dessa vez discutindo quimioterapia, radioterapia e prognósticos. Àquela altura, eu já tinha

aprendido algumas regras básicas. Primeiro: estatísticas são para centros de pesquisa, não para quartos de hospital. A estatística-padrão, a curva de Kaplan-Meier, mensura o número de pacientes que sobrevivem ao longo do tempo. É uma medida através da qual avaliamos o progresso e a agressividade da doença. Para os glioblastomas, a curva cai bruscamente, indicando que apenas 5% dos pacientes continuam vivos depois de dois anos. Segundo: é importante ser preciso, mas sempre se deve deixar algum espaço para a esperança. Em vez de dizer "Você tem 95% de chance de estar morta em dois anos", eu dizia "A maioria dos pacientes vive de muitos meses até dois anos". Para mim, aquilo era uma descrição mais honesta. O problema é que não dá para dizer em que ponto dessa curva um determinado paciente vai estar: será que ele vai morrer em seis meses ou em sessenta? Impossível saber. Passei a acreditar que é uma irresponsabilidade tentar ser específico demais. Esses médicos fajutos que dizem para o paciente "Você só tem seis meses de vida"... quem são eles para afirmar isso?

Quando ouve as notícias, a maioria dos pacientes fica calada. (Um dos primeiros significados de paciente, afinal, é "conformado".) Seja por dignidade ou choque, em geral reina o silêncio, e segurar a mão do paciente torna-se a única forma de comunicação. Alguns adotam uma postura mais dura imediatamente (geralmente o cônjuge): "Nós vamos lutar e derrotar essa coisa, doutor." O armamento varia, de rezar pela melhora a buscar ajuda em ervas ou células-tronco. Para mim, essa força repentina parece um otimismo frágil e irreal, a única alternativa ao desespero esmagador. De qualquer forma, na iminência de uma cirurgia, uma atitude beligerante até cai bem.

Na sala de cirurgia, o tumor cinza-escuro parecia um invasor nas convoluções róseas cerebrais, e eu me senti realmente furioso (Peguei você, seu desgraçado, murmurei.) A remoção do tumor foi satisfatória – embora eu percebesse que as microscópicas células cancerosas já tinham se espalhado pelo cérebro. Mas a recidiva quase inevitável da doença era um problema para outro dia. Uma colherada de cada vez.

Uma noite, no meu terceiro ano, encontrei meu amigo Jeff, da cirurgia geral. Nós dois percebemos o desalento no rosto um do outro.

– Você primeiro – disse ele.

Então eu descrevi a morte de uma criança que tinha sido baleada na cabeça. Em meio a uma recente enxurrada de tumores cerebrais fatais e inoperáveis, eu tinha fixado minhas esperanças nesse garoto, mas ele não resistira. Jeff suspirou, e eu fiquei esperando a história dele. Mas ele sorriu e deu um tapinha no meu braço.

– Bom, acho que aprendi uma coisa: quando eu me sentir deprimido com meu trabalho, sempre posso falar com um neurocirurgião para me animar.

Ao voltar para casa naquela noite, depois de explicar a uma mãe que seu bebê tinha nascido sem cérebro e que iria morrer logo, liguei o rádio; a NPR estava falando sobre a prolongada seca na Califórnia. De repente, lágrimas começaram a correr pela minha face.

Estar ao lado dos pacientes naqueles momentos com certeza tinha seu custo emocional, mas também tinha suas recompensas. Acho que nunca passei um minuto sequer considerando a razão por que eu fazia aquele trabalho ou se aquilo valia a pena. A vocação de proteger a vida – e não só a vida, mas a identidade do outro, talvez a alma do outro – tinha um óbvio viés sagrado.

Antes de operar o cérebro de um paciente, primeiro eu devia entender sua mente: sua identidade, seus valores, o que faz sua vida valer a pena, que tipo de dano justificaria o fim dela. O custo da minha autoexigência era alto demais, e os irremediáveis fracassos me causavam uma culpa insuportável. São esses fatos que tornam a medicina ao mesmo tempo uma bênção e um fardo: ao assumir a cruz de outra pessoa, você às vezes é esmagado por seu peso.



Na metade do período de residência, nosso tempo livre é ocupado com mais treinamento. O ethos da neurocirurgia afirma que só a excelência não é suficiente. Para continuar em campo, os

neurocirurgias precisam se aventurar em outros campos também. Às vezes isso se torna público, como no caso do neurocirurgião-jornalista Sanjay Gupta, porém o mais comum é que o foco do médico permaneça em uma área relacionada. O caminho mais rigoroso e prestigiado é o do neurocirurgião-neurocientista.

No quarto ano, comecei a trabalhar num laboratório de Stanford dedicado à neurociência motora básica e ao desenvolvimento de tecnologia prótica neural, que permitiria, digamos, que pessoas paralisadas controlassem mentalmente um cursor de computador ou um braço robótico. O chefe do laboratório, professor de engenharia elétrica e neurobiologia, era carinhosamente chamado de "V" por todos. V era sete anos mais velho que eu, mas nos demos bem como irmãos, talvez por sua ascendência hindu. O laboratório dele tinha se tornado líder em leitura de sinais do cérebro e, sob sua orientação, dei início a um projeto para fazer o inverso: escrever sinais no cérebro. Afinal, se o seu braço robótico não sentir a força com que está segurando a taça de vinho, você vai quebrar um bocado de taças. No entanto, as implicações de manipular os impulsos cerebrais, tratamento conhecido como neuromodulação, eram bem mais abrangentes que isso. Controlar a atividade neural poderia permitir o tratamento de diversas doenças consideradas intratáveis, assim como de doenças psiquiátricas, desde depressão até doença de Huntington, esquizofrenia, síndrome de Tourette e TOC... As possibilidades eram ilimitadas. Deixando um pouco a cirurgia de lado, comecei a aplicar técnicas em terapias genéticas numa série de experimentos inovadores.

Depois de um ano ali, eu e V nos encontramos para uma de nossas reuniões semanais. Eu adorava aquelas conversas. Ele não era como outros cientistas que eu conhecia. Tinha a fala mansa e se preocupava muito com as pessoas e com sua missão, e mais de uma vez me confessou que queria ter sido cirurgião. Como percebi mais tarde, a ciência é uma carreira política, competitiva e feroz como qualquer outra, cheia de tentações, que oferece diversas oportunidades para se pegar o caminho mais fácil.

Mas V sempre escolheria o caminho mais honesto (e em geral anônimo). Enquanto a maioria dos cientistas conspirava para

publicar nos periódicos mais prestigiosos e para que seus nomes aparecessem, V afirmava que nossa única obrigação era ser autêntico com a história científica sem pensar em benefício próprio. Nunca conheci alguém tão bem-sucedido e ao mesmo tempo tão comprometido com a bondade. V era um verdadeiro exemplo para mim.

Naquele dia, ele não sorriu quando me sentei à sua frente, parecendo aflito. Deu um suspiro e falou: – Preciso que você vista seu jaleco de médico agora.

– Tudo bem.

– Disseram que estou com câncer no pâncreas.

– Ok... me conte a história toda.

Ele falou sobre sua perda de peso gradual, da indigestão constante e de uma recente tomografia computadorizada "preventiva" que mostrava uma massa no pâncreas. Discutimos o caminho que ele teria pela frente, a temível operação de Whipple ("Você vai se sentir como se tivesse sido atropelado por um caminhão", falei), quem eram os melhores cirurgiões, o impacto que a doença teria sobre sua mulher e seus filhos, e como administrar o laboratório durante sua prolongada ausência. O câncer pancreático tem um prognóstico sombrio, mas é claro que não havia como saber o que aquilo significava para ele.

– Paul – V começou a dizer –, você acha que a minha vida tem sentido? Será que fiz as escolhas certas?

Era assombroso: até alguém que eu considerava um exemplo moral tinha essas mesmas dúvidas diante da morte.

A cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia foram penosas, mas também um sucesso. Ele voltou ao trabalho um ano depois, quando eu estava retomando as minhas atividades clínicas no hospital. Seu cabelo tinha rareado e embranquecido, e o brilho de seus olhos ficara mais opaco.

Durante nossa última conversa, ele disse: – Sabe que hoje é o primeiro dia em que tudo parece ter valido a pena? Quer dizer, claro que eu teria passado por qualquer coisa pelos meus filhos, mas hoje, pela primeira vez, sinto que todo esse sofrimento valeu a pena.

Os médicos definitivamente compreendem muito pouco do sofrimento que seus pacientes atravessam.



No sexto ano, voltei a trabalhar no hospital em tempo integral, as pesquisas no laboratório de V sendo relegadas aos dias de folga e aos momentos ociosos – quando havia. A maioria das pessoas, até mesmo os colegas mais próximos, não entende bem o buraco negro que é uma residência em neurocirurgia. Uma das minhas amigas enfermeiras, depois de ficar até as dez da noite me ajudando num caso longo e difícil, disse: – Graças a Deus amanhã é meu dia de folga. É o seu também?

– Hã, não.

– Mas pelo menos você pode chegar mais tarde ou algo assim, certo? A que horas você costuma entrar?

– Às seis da manhã.

– Sério?

– Sério.

– Todos os dias?

– Todos os dias.

– Nos fins de semana também?

– Nem pergunte.

Na residência há um ditado: os dias são longos, mas os anos são curtos. Numa residência em neurologia, o dia costuma começar às seis da manhã e se estender até a última operação estar terminada, o que depende, em parte, de quão rápido você é na sala de cirurgia.

A habilidade cirúrgica de um residente é julgada por sua técnica e velocidade. Você não pode ser desajeitado nem lento. Desde a primeira sutura, se você passar muito tempo sendo preciso, o orientador vai anunciar: "Parece que temos um cirurgião plástico no pedaço!" Ou: "Entendi a sua estratégia: quando você terminar de suturar a metade superior do corte, a parte de baixo já se curou sozinha! Só precisa fazer metade do trabalho... muito esperto!" Ouvi um chefe de residência aconselhar um iniciante assim: "Aprenda a ser rápido agora. Você pode aprender a ser bom mais tarde." Na sala

de cirurgia todos os olhos estão sempre no relógio. Para o bem do paciente: quanto tempo ele está sob anestesia? Durante longos procedimentos, os nervos podem ser danificados, músculos podem se romper, rins podem falhar. Para o bem de todos: A que horas vamos embora esta noite?

Percebi que havia duas maneiras de fazer um corte rapidamente: como uma tartaruga ou como um coelho. O coelho se movimenta de maneira muito veloz, tem as mãos ágeis, mas os instrumentos se chocam, caem pelo chão, a pele do paciente se abre como uma cortina, a aba do crânio já está na bandeja antes de o pó do osso se assentar. Resultado: a abertura pode precisar ser expandida um centímetro aqui ou ali por não ter sido bem localizada. A tartaruga, por outro lado, se move com segurança, sem desperdiçar movimentos, medindo duas vezes, cortando apenas uma. Nenhum estágio da operação precisa ser repetido; tudo acontece de forma precisa e apropriada. Se o coelho der muitos passos em falso e precisar fazer muitos ajustes, a tartaruga vence. Se a tartaruga passar muito tempo planejando cada passo, o coelho vence.

Uma coisa curiosa que acontece na sala de cirurgia é que se perde a noção do tempo. Se o tédio é a consciência da passagem do tempo, como definiu Heidegger, uma cirurgia parece o oposto: a intensa concentração faz com que os ponteiros do relógio pareçam estar em posições aleatórias. Duas horas podem parecer um minuto. Assim que o último ponto é dado e o curativo é aplicado, o tempo normal é restaurado. Quase dá para ouvir um vuuuch. Aí você começa a pensar: quanto tempo falta até o paciente acordar? Quanto tempo tenho até o próximo paciente? E até a hora de ir embora?

Só quando terminava o último caso eu sentia a extensão do dia, o peso nos meus pés. As tarefas administrativas a cumprir antes de sair do hospital eram um tormento.

Será que não daria para fazer amanhã?

Não.

Um suspiro, e a Terra continuava a girar em torno do Sol.



Como chefe da residência, quase toda a responsabilidade recaía sobre os meus ombros, e as oportunidades de evoluir – ou fracassar – eram maiores do que nunca. A dor do fracasso tinha me ensinado que excelência técnica era uma exigência moral. Boas intenções não bastavam, principalmente quando tanta coisa dependia da minha habilidade, quando a diferença entre a tragédia e o triunfo era definida por um ou dois milímetros.

Um dia, Matthew, o garotinho com tumor no cérebro que havia encantado o hospital alguns anos antes, votou a ser internado. Seu hipotálamo fora levemente lesionado durante a operação para remover o tumor, e o adorável garoto de 8 anos era agora um monstro de 12. Não parava de comer, agia com violência. Os braços da mãe estavam marcados por arranhões e manchas roxas. Matthew tinha se tornado um demônio evocado por uma lesão de um milímetro. Em qualquer cirurgia, a família e o cirurgião decidem juntos se os benefícios compensam os riscos, mas esse caso era de cortar o coração. Ninguém queria pensar em como Matthew seria aos 20 anos de idade, com 150 quilos. Ele foi internado e fizemos o procedimento necessário.

Em outro dia, inseri um eletrodo de nove centímetros no cérebro de um paciente para tratar um tremor provocado por Parkinson. O alvo era o núcleo do subtálamo, uma minúscula estrutura em forma de amêndoa no fundo do cérebro. Diferentes partes servem a diferentes funções: movimento, cognição, emoções. Na sala de cirurgia, ligamos a corrente para avaliar o tremor. Com os olhos voltados para a mão esquerda do paciente, todos concordamos que o tremor havia melhorado.

Então a voz do paciente, confusa, se ergueu acima dos nossos murmúrios de afirmação: – Eu me sinto... extremamente triste.

– Desliguem a corrente! – falei.

– Ah, agora a sensação passou – disse o paciente.

– Vamos verificar a corrente e a impedância, certo? Tudo bem. Ligar a corrente...

– Não, está tudo... tudo parece tão... triste. Tudo sombrio e... triste.

– Removam o eletrodo!

Retiramos o eletrodo e o reinsertamos dois milímetros mais à direita. O tremor passou. O paciente se sentiu melhor, sem nenhuma tristeza.

Certa vez, já tarde da noite, eu estava cuidando de um caso com o cirurgião de plantão, uma craniectomia para uma má-formação do tronco cerebral. Essa é uma das cirurgias mais elegantes, talvez na parte mais difícil do corpo – chegar até lá já é bem complicado, não importa quanta experiência você tenha. Mas naquela noite tudo estava fluindo: os instrumentos pareciam uma extensão dos meus dedos; a pele, os músculos e os ossos dos pacientes pareciam se abrir como um zíper; e lá estava eu, olhando para uma protuberância amarela e brilhante, uma massa encravada no tronco cerebral. De repente o supervisor me deteve.

– O que acontece se você cortar dois milímetros mais fundo aqui? – apontou ele.

Slides de neuroanatomia desfilaram pela minha cabeça.

– Visão dupla?

– Não – respondeu ele. – Síndrome do encarceramento. Mais dois milímetros e o paciente ficaria totalmente paralisado, a não ser pela capacidade de piscar. E eu sei disso porque foi o que aconteceu na terceira vez que fiz essa operação.

A neurocirurgia exige um compromisso com a própria excelência e com a identidade alheia. A decisão de operar ou não envolve uma avaliação das próprias habilidades, bem como um profundo conhecimento de quem é o paciente e do que é importante para ele. Certas áreas do cérebro são quase invioláveis, como o córtex motor primário, cuja lesão resulta em paralisia de partes do corpo. Mas as regiões mais sacrossantas do córtex são as que controlam a linguagem. Geralmente localizadas no lado esquerdo, são chamadas áreas de Wernicke e Broca; uma serve para entender a linguagem e a outra para produzi-la. Uma lesão na área de Broca resulta na incapacidade de falar ou escrever, embora o paciente possa facilmente entender a linguagem. Lesão na área de Wernicke resulta

na incapacidade de entender a linguagem: mesmo que o paciente ainda consiga falar, ele só produz um fluxo de palavras, frases e imagens desconexas, uma gramática sem semântica. Se as duas áreas forem lesadas, o paciente se torna um ser isolado, como se a essência de sua humanidade houvesse sido roubada para sempre. Quando alguém sofre um trauma craniano ou um derrame, a destruição dessas áreas costuma reprimir o impulso do cirurgião de salvá-lo: que espécie de vida existe sem linguagem?

Quando eu era estudante, o primeiro paciente que conheci com esse tipo de problema foi um senhor de 62 anos com um tumor no cérebro. Quando entrávamos no quarto dele para as visitas matinais, o residente perguntava: – Como está se sentindo hoje, Sr. Michaels?

– Quatro seis um oito dezenove! – respondia ele, acho que de forma afável.

O tumor havia interrompido seu circuito de fala e ele só conseguia falar em torrentes de números, mas continuava tendo prosódia e manifestando suas emoções: sorria, fazia cara feia, suspirava. Ele recitou outra série de números, dessa vez com urgência. Havia algo que ele queria nos dizer, mas os números não eram capazes de comunicar nada além de medo e irritação. A equipe se preparou para sair do quarto; por alguma razão, eu fiquei um pouco mais.

– Quatorze um dois oito – falou comigo, segurando minha mão.

– Quatorze um dois oito.

– Sinto muito...

– Quatorze um dois oito – repetiu com tristeza, olhando nos meus olhos.

Saí do quarto para me juntar à equipe. O paciente morreu poucos meses depois, levando com ele o que quer que estivesse querendo dizer para o mundo.

Quando tumores ou más-formações atacam essas áreas da linguagem, os cirurgiões tomam inúmeras precauções, pedindo uma série de exames diferentes, incluindo um detalhado teste neuropsicológico. Mas é essencial que a cirurgia seja realizada com o paciente consciente e falando. Assim que o cérebro é exposto – antes da extração do tumor –, o cirurgião usa um eletrodo manual

de ponta esférica para aplicar uma corrente elétrica que estimula uma pequena área do córtex enquanto o paciente realiza diversas tarefas verbais: dizer nomes de objetos, recitar o alfabeto, e assim por diante. Quando o eletrodo envia a corrente a uma parte crítica do córtex, a fala do paciente se embaralha: "A B C D E gu gu gurrrr... F G H I..." O cérebro e o tumor então são mapeados para determinar o que pode ser extirpado com segurança e o paciente é mantido acordado o tempo todo, ocupado com uma combinação de atividades verbais e uma simples conversa fiada.

Certa noite eu estava me preparando para um desses casos quando recebi a ressonância magnética do paciente e notei que o tumor cobria totalmente as áreas da linguagem. Não era um bom sinal. Olhando as anotações do prontuário, vi que a junta médica do hospital – um grupo de especialistas em cirurgia, oncologia, radiologia e patologia – havia considerado o caso perigoso demais para operar. Por que o cirurgião teria optado pelo procedimento? Fiquei um pouco indignado: às vezes, era nosso trabalho também dizer não. O paciente foi trazido à sala de cadeira de rodas. Fixou o olhar em mim e apontou para a própria cabeça.

– Eu quero essa coisa fora do meu cérebro, porra. Entendeu?

No lugar da habitual declamação do alfabeto ou dos exercícios de contagem, fomos expostos, durante toda a cirurgia, a uma litania de grosserias e exortações.

– Essa merda já saiu do meu corpo? Por que vocês estão demorando tanto? Mais depressa! Eu quero isso fora. Eu posso ficar aqui o dia inteiro, não importa, mas tira essa merda daí!

Removi lentamente o enorme tumor, atento ao menor sinal de dificuldade da fala. Ao som do incessante monólogo do paciente, o tecido canceroso fora extirpado e seu cérebro estava limpo e lúcido.

– Por que parou, seu babaca? Eu disse que quero essa merda fora de mim!

– Já acabou – falei. – Está fora.

Como ele ainda estava falando? Parecia impossível, tendo em vista o tamanho e a localização do tumor. Talvez os palavrões percorressem um circuito ligeiramente diferente do resto da

linguagem. Talvez o tumor tivesse feito seu cérebro se religar de alguma forma...

Mas o crânio não ia se fechar sozinho. Haveria tempo para especulação no dia seguinte.



Eu tinha chegado ao auge da residência. Já dominava as operações essenciais. Minha pesquisa tinha ganhado prêmios importantes. Propostas de trabalho chegavam de todas as partes do país. Stanford estava abrindo uma vaga que se encaixava perfeitamente nos meus interesses: neurocirurgião-neurocientista com especialização em técnicas de neuromodulação.

Eu sentia como se as tramas individuais da biologia, da vida e da morte estivessem finalmente se entrelaçando, se não em um perfeito sistema moral, ao menos em uma visão coerente do mundo e do meu lugar nele. Médicos que trabalhavam em áreas como a minha encontravam os pacientes nos momentos mais decisivos da vida, quando sua existência e sua identidade estavam ameaçadas. Nosso dever, portanto, incluía entender o que tornava a vida daquele paciente especial e fazer o máximo para salvar essas coisas – ou permitir que ele morresse, se não fosse possível mantê-las. Esse poder exigia uma profunda responsabilidade, entremeada por culpas e recriminações.

Eu estava em uma conferência em San Diego quando meu telefone tocou. Era Victoria, minha colega de residência.

– Paul?

Havia algo errado. Meu estômago se contraiu.

– O que aconteceu? – perguntei.

Silêncio.

– Vic?

– É o Jeff. Ele se suicidou.

– O quê?

Jeff estava concluindo sua bolsa de estudos no Meio-Oeste e nós dois andávamos tão ocupados que havíamos perdido contato. Tentei me lembrar da última conversa que tivemos. Não consegui.

– Ele... hã... parece que estava cuidando de um caso complicado e o paciente morreu. Ontem à noite Jeff subiu no telhado de um prédio e pulou. Na verdade, não sei nada além disso.

Procurei uma razão para entender aquilo. Nenhuma se apresentou. Só conseguia imaginar a culpa esmagadora engolindo-o como uma onda, levando-o a pular daquele prédio.

Desejei desesperadamente ter saído com ele do hospital naquela noite. Desejei estar ao seu lado para reclamarmos juntos como costumávamos fazer. Desejei ter contado a ele as coisas que tinha entendido sobre a vida e sobre a vida que escolhemos, ao menos para ouvir seus sábios conselhos. A morte chega para todos. Para nós, para nossos pacientes: é o destino final de nosso organismo. Mas eu e Jeff tínhamos estudado durante anos para lutar contra a morte, como Jacó e o anjo, e, ao fazer isso, nos confrontamos com o significado da vida. Tínhamos assumido um fardo oneroso, o da responsabilidade mortal.

A vida e a identidade de nossos pacientes podem estar em nossas mãos, mas a morte sempre vence. Mesmo que você fosse perfeito, o mundo não é. O segredo é saber que as cartas estão embaralhadas, que você vai perder, que seu julgamento ou suas mãos vão falhar, e mesmo assim lutar pelos seus pacientes. Não é possível alcançar a perfeição, mas é possível continuar incessantemente lutando.

PARTE II

Não parar até morrer



Se eu escrevesse livros, compilaria um registro, com um comentário, de todas as diversas mortes de homens: quem tivesse de ensinar os homens a morrer lhes ensinaria ao mesmo tempo a viver.

– Michel de Montaigne, "De como filosofar é aprender a morrer"

Deitado no leito do hospital ao lado de Lucy, nós dois chorando, as imagens da tomografia computadorizada ainda cintilando na tela do computador, aquela identidade como médico – minha identidade – não importava mais. Com o câncer invadindo múltiplos órgãos, o diagnóstico era claro. O quarto estava em silêncio. Lucy disse que me amava.

– Eu não quero morrer – falei.

Disse para ela se casar de novo, que não suportava pensar nela sozinha. Disse que deveríamos refazer a hipoteca imediatamente. Começamos a telefonar para a família. A certa altura, Victoria entrou no quarto e conversamos sobre a tomografia e os prováveis tratamentos. Quando ela começou a falar sobre minha volta à residência, eu pedi que parasse.

– Victoria – falei –, eu nunca mais vou voltar a este hospital como médico. Você não acha?

Um capítulo da minha vida parecia ter terminado; talvez o livro inteiro estivesse se fechando. Em vez de ser uma figura pastoral ajudando a transição para a morte, eu me vi como o cordeiro, perdido e assustado. Doenças graves não são obstáculos que alteram a vida; elas a despedaçam. Essa consciência parecia menos uma epifania do que um bombardeio no caminho à minha frente. Eu teria de fazer o contorno.

Meu irmão Jeevan tinha chegado ao meu lado na cama.

– Você realizou muitas coisas boas – disse. – Você sabe disso, não sabe?

Dei um suspiro. Ele tinha boa intenção, mas suas palavras soaram vazias. Durante toda a minha vida fui construindo um potencial, que agora não seria realizado. Eu tinha planejado fazer tantas coisas, tinha chegado tão perto. Estava fisicamente debilitado, com minha identidade destruída, e me encontrava diante dos

mesmos dilemas existenciais enfrentados pelos meus pacientes. O diagnóstico de câncer no pulmão foi confirmado. Meu futuro cuidadosamente planejado não existia mais. A morte, tão íntima do meu trabalho, agora me fazia uma visita pessoal. Finalmente estávamos frente a frente, mas agora eu não a reconhecia. Parado diante da encruzilhada ao longo da qual eu havia guiado incontáveis pacientes, eu só via um deserto branco, estéril, áspero e calcinado, como se uma tempestade de areia tivesse apagado todos os vestígios de familiaridade.

O sol estava se pondo. Eu teria alta na manhã seguinte. Uma consulta oncológica foi marcada para aquela semana, mas a enfermeira disse que a oncologista ia me fazer uma visita ainda naquela noite, antes da primeira consulta oficial. Eu conhecia Emma Hayward – já tinha tratado alguns pacientes dela –, mas só havíamos trocado palavras genéricas de cortesia profissional. Meus pais e meus irmãos estavam espalhados pelo quarto, calados, enquanto Lucy permanecia junto à cama segurando a minha mão. A porta se abriu e Emma entrou; o jaleco branco demonstrava o cansaço do longo dia, mas o sorriso era fresco. Ela era poucos anos mais velha que eu, com cabelos compridos e escuros, mas salpicados de cinza, uma característica comum a todos aqueles que passam tempo demais com a morte. Ela puxou uma cadeira.

– Olá, meu nome é Emma – falou. – Desculpe não poder ficar muito tempo hoje, mas eu quis vir me apresentar.

Apertamos as mãos, meu braço emaranhado na cânula de soro.

– Obrigado por vir – respondi. – Esta é a minha família.

Ela acenou para Lucy, meus irmãos e meus pais.

– Sinto muito pelo que está acontecendo com você – disse ela.

– Com todos vocês. Vamos ter muito tempo para conversar daqui a alguns dias. Já me antecipei e pedi alguns testes de laboratório com a amostra do seu tumor, o que vai ajudar a orientar a terapia. O tratamento pode ser quimioterapia ou não, dependendo dos exames.

Dezoito meses antes eu havia sido hospitalizado por causa de uma apendicite. Na ocasião, fui tratado não como paciente, mas como um colega, quase como um consultor do meu próprio caso. Esperava que o mesmo acontecesse dessa vez.

– Sei que não é o momento – continuei –, mas eu gostaria de falar sobre as curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier.

– Não – replicou ela. – De jeito nenhum.

Breve silêncio. Como ela se atreve?, pensei. É assim que médicos – médicos como eu – entendem um prognóstico. Eu tenho o direito de saber.

– Podemos falar sobre terapias mais tarde – disse Emma. – Podemos falar sobre sua volta ao trabalho também, se é o que gostaria de fazer. A combinação tradicional de quimioterapia, cisplatina, perimetrexede, talvez também com Avastin, apresenta uma alta taxa de neuropatias periféricas, por isso provavelmente vamos substituir a cisplatina pela carboplatina, que pode proteger seus nervos, já que você é cirurgião.

Voltar ao trabalho? Do que ela está falando? Será que está delirando? Ou eu estou totalmente enganado sobre o meu prognóstico? E como podemos falar sobre tudo isso sem uma estimativa realista de sobrevivência? O chão voltou a tremer, como vinha fazendo nos últimos dias.

– Vamos falar sobre os detalhes mais tarde, pois sei que é muita coisa para assimilar – continuou ela. – Basicamente, eu só queria conhecer você antes da nossa consulta de quinta-feira. Há algo que eu possa fazer ou responder hoje... além das curvas de sobrevivência?

– Não – respondi, aturdido. – Obrigado por ter passado aqui. Obrigado mesmo.

– Aqui está o meu cartão – continuou ela –, e este é o número da clínica. Pode me ligar se surgir alguma coisa antes de nos vermos na consulta.

Minha família e meus amigos logo esmiuçaram nossa rede de colegas médicos para descobrir onde estavam os melhores oncologistas do país. Houston e Nova York tinham grandes centros de tratamento de câncer; será que eu devia ser tratado lá? As respostas chegaram depressa e foram mais ou menos unânimes: Emma não somente era uma das melhores – uma oncologista de renome internacional, perita em câncer de pulmão numa das maiores assembleias consultivas nacionais sobre o assunto – como

também era conhecida por sua compaixão, como alguém que sabia quando pressionar e quando relaxar no trato com o paciente. Considerei brevemente a sequência de eventos na qual eu tinha me envolvido, o local da minha residência determinado por um processo computadorizado, e terminar meus dias ali, com um diagnóstico trágico, nas mãos de um dos melhores especialistas no tratamento.

Depois de passar quase uma semana deitado no leito do hospital, com o câncer evoluindo, eu estava visivelmente mais fraco. Meu corpo e a identidade ligada a ele haviam se transformado. Sair e voltar para a cama depois de ir ao banheiro deixara de ser uma programação motora subcortical automatizada e agora exigia esforço e planejamento. Os fisioterapeutas deixaram comigo diversos itens para facilitar a transição para casa: uma bengala, um assento de toailete modificado, blocos de espuma para apoio das pernas durante o descanso, novos medicamentos para dor. Enquanto saía me arrastando do hospital, lembrei que apenas seis dias antes eu tinha passado quase 36 horas direto na sala de cirurgia. Será que eu tinha ficado tão doente assim em uma semana? Em parte, sim. Mas eu também havia apelado a vários truques e à ajuda de colegas cirurgiões para aguentar todas aquelas horas e, mesmo assim, sentira dores lancinantes. Será que a confirmação dos meus temores – a tomografia computadorizada, os resultados dos exames de laboratório mostrando não apenas o câncer, mas um corpo exaurido, se aproximando da morte – havia me libertado do meu dever de servir, da minha obrigação para com os pacientes, da minha busca pela bondade? Sim, pensei. E lá estava eu diante do paradoxo: assim como um corredor que cruza a linha de chegada para desabar pouco depois, eu havia me tornado um inválido por não ter mais o dever e a motivação para cuidar dos doentes.

Geralmente, quando me deparava com um paciente com alguma doença estranha, eu conversava com um especialista e passava algum tempo estudando a respeito. Agora não deveria ser diferente, então comecei a ler sobre quimioterapia, que incluía toda uma variedade de agentes e uma série de novos e modernos tratamentos que se destinavam a mutações específicas. Mas o imenso número de perguntas impossibilitava qualquer estudo

objetivo. Sem a experiência clínica adequada, eu não conseguia me situar nesse mundo de informações, não conseguia encontrar meu lugar na curva de Kaplan-Meier. Tive de ficar esperando, relutantemente, até a consulta médica.

Mas, na maior parte do tempo, descansei.

Fiquei olhando uma foto minha e de Lucy ainda na faculdade, rindo e dançando; era tão triste ver aqueles dois jovens planejando uma vida juntos, sem saber, sem nem sequer suspeitar da própria fragilidade. Minha amiga Laurie estava noiva quando morreu naquele acidente de automóvel – será que isso era mais cruel?

Minha família se envolveu numa atividade frenética para me transformar de médico em paciente. Abrimos uma conta em uma farmácia, pedimos uma grade de proteção para a cama pelo correio, compramos um colchão ergonômico para ajudar a aliviar as dores nas costas. Nossos planos financeiros, que até alguns dias antes previam um rendimento seis vezes maior para o ano seguinte, agora pareciam precários, e seriam necessários novos investimentos para deixar Lucy resguardada. Meu pai declarou que fazer essas modificações era como me render à doença: disse que eu iria vencer aquela coisa, que de alguma maneira seria curado. Quantas vezes eu tinha ouvido um parente de um paciente fazer declarações semelhantes? Eu nunca soube o que dizer a eles, e não sabia o que dizer ao meu pai.



Dois dias depois, eu e Lucy encontramos Emma na clínica. Meus pais ficaram vagando pela sala de espera. O médico-assistente aferiu meus sinais vitais. Emma e sua enfermeira foram notavelmente pontuais, e a médica pôs uma cadeira na minha frente para falar frente a frente, olhos nos olhos.

– Olá de novo – falou. – Essa é Alexis, meu braço direito. – Fez um sinal na direção da enfermeira sentada diante de um computador, fazendo anotações. – Sei que temos muita coisa para conversar, mas em primeiro lugar: Como você está?

– Bem, dadas as circunstâncias – respondi. – Curtindo minhas “férias”, eu acho. E você, como vai?

– Ah, eu estou bem. – Ela fez uma pausa. Normalmente os pacientes não perguntam como vai o médico, mas Emma era também uma colega. – Estou encarregada do serviço de internação esta semana, então você sabe como é.

Eu e Lucy sabíamos. Especialistas de fora faziam periodicamente um rodízio no serviço de internação, o que acrescentava várias horas de trabalho a um dia já atribulado.

Depois de mais umas trocas de gentilezas, nos envolvemos numa confortável discussão a respeito das pesquisas sobre câncer no pulmão. Havia dois caminhos à frente, disse Emma. O método tradicional era a quimioterapia, que em geral atacava as células que se dividiam mais depressa – principalmente as cancerosas, mas também células da medula óssea, dos folículos capilares, dos intestinos, e assim por diante. Emma repassava os dados e as opções, discorrendo como que para outro médico – mas continuava sem mencionar as curvas de sobrevivência. Havia, entretanto, novas terapias, visando defeitos moleculares específicos no próprio câncer. Eu já tinha ouvido falar dessas tentativas e fiquei surpreso ao saber quanto haviam progredido. Ao que parecia, esses tratamentos aumentavam a sobrevida de “alguns” pacientes.

– Já recebi quase todos os resultados dos seus exames – disse Emma. – Você tem uma mutação no gene PI3K, mas ninguém sabe ao certo o que isso significa ainda. O exame para a mutação mais comum em pacientes com o seu perfil, o EGFR, ainda está pendente. Estou apostando que é o que você tem, e para isso há um comprimido chamado Tarceva que você pode tomar no lugar da quimioterapia. Esse resultado deve chegar amanhã, sexta-feira, mas, como sua doença está num nível avançado, marquei o início da sua quimioterapia para a segunda, caso o exame de EGFR dê negativo.

Senti uma cumplicidade imediata. Era exatamente assim que eu abordava a neurocirurgia: ter sempre um plano A, um B e um C.

– Na quimioterapia, nossa principal decisão vai ser entre a carboplatina e a cisplatina. Em estudos isolados, a carboplatina apresenta maior tolerância, com leve vantagem. A cisplatina apresenta melhores resultados, mas com uma toxicidade muito maior, principalmente para os nervos. Mas todos os dados são

antigos e não há comparações diretas com os modernos tratamentos de quimioterapia. Você tem alguma consideração a respeito?

– Não estou muito preocupado em conservar minhas mãos para a cirurgia – falei. – Existe muita coisa que eu posso fazer na vida. Se perder as mãos, posso arranjar outro trabalho, não trabalhar ou sei lá.

Emma fez uma pausa.

– Deixe eu fazer uma pergunta: a cirurgia é importante para você? É algo que você queira fazer?

– Bem, sim, eu passei quase um terço da vida me preparando para isso.

– Tudo bem, então eu sugiro ficarmos com a carboplatina. Acho que não vai alterar a sobrevida, mas pode melhorar consideravelmente a sua qualidade de vida. Você tem alguma outra pergunta?

Ela parecia estar certa de que aquela era a forma correta de proceder, e eu me sentia contente em seguir sua sugestão. Talvez voltar à cirurgia fosse uma possibilidade, e me permiti pensar nisso. Senti que relaxava um pouco.

– Posso começar a fumar? – brinquei.

Lucy deu risada, Emma revirou os olhos.

– Não. Alguma pergunta séria?

– As curvas de Kaplan-Meier...

– Nós não vamos falar sobre isso – disse Emma, assertiva.

Eu não entendia a resistência dela. Afinal de contas, eu também era médico, estava familiarizado com essas estatísticas. Eu mesmo poderia estudá-las... e era isso o que iria fazer.

– Tudo bem, então está tudo claro – falei. – Vamos esperar os resultados do EGFR amanhã. Se for positivo, vamos começar com a pílula. Se der negativo, começamos a quimioterapia na segunda.

– Certo. Outra coisa que gostaria que soubesse é o seguinte: eu sou sua médica agora. Qualquer problema que tiver, você vem falar primeiro comigo.

Mais uma vez, senti a flechada da cumplicidade.

– Obrigado – falei. – E boa sorte com os pacientes da internação.

Emma saiu da sala, mas pôs a cabeça na porta um segundo depois.

– Sinta-se à vontade para rejeitar essa proposta, mas alguns levantadores de fundos para o combate ao câncer de pulmão adorariam conhecer você. Não precisa responder agora... Pense a respeito e procure Alexis se estiver interessado. Não faça nada que não queira.

Quando saímos, Lucy comentou: – Ela é ótima. Combina bem com o seu jeito. Só que... – Abriu um sorriso. – Acho que ela gosta de você.

– E daí?

– Bem, tem um estudo que diz que os médicos oferecem prognósticos piores a pacientes com que estejam pessoalmente envolvidos.

– Na nossa lista de coisas com que nos preocuparmos – falei, dando uma risada –, acho que isso está no fim da página.

Comecei a perceber que esse contato próximo com minha própria mortalidade tinha mudado tudo e nada ao mesmo tempo. Antes de o meu câncer ser diagnosticado, eu sabia que um dia iria morrer, mas não sabia quando. Depois do diagnóstico, eu sabia que um dia iria morrer, e continuava sem saber quando. Só que agora eu tinha certeza de que o fim estava próximo. A consciência da morte é perturbadora. Mas não existe outra maneira de viver.



A névoa clareava lentamente – ao menos agora eu tinha informação suficiente para mergulhar na literatura. Ter uma mutação no gene EGFR parecia acrescentar um ano de vida em média, com potencial de sobrevivência de longo prazo; não ter essa mutação significaria uma chance de 80% de morrer dentro de dois anos. Definir o resto da minha vida seria um processo.

No dia seguinte, eu e Lucy fomos ao banco de esperma. Nosso plano era ter filhos no fim da minha residência, mas agora... Os medicamentos contra o câncer teriam um efeito desconhecido sobre a minha fertilidade, e para manter a possibilidade de ter filhos eu teria que congelar meu esperma antes de iniciar o tratamento. Uma

jovem nos apresentou a uma variedade de planos de pagamento, opções de estocagem e formas legais de propriedade. Havia uma porção de panfletos coloridos sobre a mesa dela a respeito de atividades sociais para jovens com câncer: grupos de ajuda, corais, noites de microfone aberto, e assim por diante. Invejei as expressões felizes, sabendo que aquelas pessoas sofriam de formas de câncer altamente tratáveis e tinham uma expectativa de vida razoável. Somente 0,0012% das pessoas de 36 anos tinham câncer no pulmão. Sim, todos os pacientes de câncer têm má sorte, mas existe câncer e existe câncer, e é preciso muito azar para ter essa última forma. Quando a atendente nos pediu para especificar o que aconteceria com o espermatozoide se um de nós "viesse a falecer" – quem teria a propriedade legal no caso de morte –, as lágrimas começaram a rolar no rosto de Lucy.

A palavra esperança surgiu na língua inglesa cerca de mil anos atrás, denotando uma combinação de confiança e desejo. Mas o que eu desejava (viver) não era aquilo sobre o que eu estava confiante (morrer). Então, quando eu falava sobre esperança, na verdade queria dizer "Deixar algum espaço para o desejo infundado"? Não. As estatísticas médicas não apenas descrevem números que significam sobrevivência, elas medem o nosso nível de confiança nesses números. Então o que eu queria dizer era "Deixar algum espaço para um resultado estatisticamente improvável, mais ainda plausível"? Isso era esperança? Será que poderíamos dividir a curva em seções existenciais, de "derrotado" passando a "pessimista", depois a "realista", a "esperançoso", chegando a "iludido"? Os números não eram apenas números? Teríamos simplesmente abandonado a "esperança" de que todo paciente estivesse acima da média?

Percebi que minha relação com as estatísticas mudou assim que me tornei uma delas.

Durante a residência, eu tinha conversado sobre prognósticos sombrios com incontáveis pacientes e seus familiares; esse é um dos trabalhos mais importantes de um médico. É uma tarefa mais fácil quando o paciente tem 94 anos, está em estágio avançado de demência, com um grave sangramento cerebral. Mas para alguém

como eu – alguém com 36 anos e um diagnóstico de câncer terminal – de fato não havia palavras.

O fato de os médicos não fornecerem prognósticos específicos aos pacientes não significa apenas que não sejam capazes de fazê-lo. Sim, se as expectativas de um paciente forem muito irreais – por exemplo, se alguém espera viver até os 130 anos ou acredita que suas sardas na pele são sinais de morte iminente –, o médico deve trazer as expectativas dessa pessoa para o domínio das possibilidades razoáveis. O que os pacientes procuram não é o conhecimento científico que os médicos escondem, mas a autenticidade que cada um deve encontrar em si mesmo. Aprofundar-se demais em estatísticas é como tentar saciar a sede com água salgada. A angústia de encarar a mortalidade não encontra remédio nas probabilidades.

Quando chegamos em casa, voltando do banco de esperma, recebi um telefonema dizendo que eu tinha uma mutação tratável (EGFR). A quimioterapia estava descartada – ainda bem – e o Tarceva, um pequeno comprimido branco, tornou-se o meu tratamento. Logo comecei a me sentir mais forte. E, embora não soubesse mais o que aquilo significava, comecei a sentir uma ponta de esperança. A névoa que envolvia minha vida se abriu mais uns dois centímetros e uma nesga de céu azul apareceu no horizonte. Nas semanas que se seguiram, meu apetite voltou. Ganhei um pouco de peso. Desenvolvi acne severa, o que correspondia a uma boa resposta ao tratamento. Lucy sempre gostou da minha pele macia, mas agora eu estava todo marcado e, devido aos anticoagulantes, sangrando constantemente. Quaisquer aspectos antes identificados como beleza estavam sendo lentamente apagados – mas eu estava feliz em ser mais feio e continuar vivo. Lucy dizia que amava minha pele do mesmo jeito, com acne e tudo. O homem que adorava caminhar, acampar e correr, que expressava seu amor com gigantescos abraços, que gargalhava alto no ambiente – esse homem não era mais eu. Na melhor das hipóteses, eu poderia ter como objetivo voltar a ser esse homem.

Na primeira consulta, que dali em diante passaria a acontecer a cada duas semanas, a conversa entre Emma e eu variou do clínico

("Como estão as erupções?") a discussões existenciais. A tradicional narrativa em torno do câncer – que era preciso relaxar, passar mais tempo com a família e pisar na grama – era só um dos temas.

– Muitas pessoas desistem de trabalhar quando são diagnosticadas – disse Emma. – Outras se concentram mais no trabalho. As duas atitudes são válidas.

– Eu planejei uma carreira de quarenta anos para mim. Os primeiros vinte como cirurgião-cientista, os últimos vinte como escritor. Mas, agora que provavelmente já estou nos meus últimos vinte anos, não sei qual carreira devo seguir.

– Bem, quanto a isso não tenho como opinar – replicou Emma. – Só posso dizer que você pode voltar à cirurgia se quiser, mas precisa descobrir o que é mais importante para você.

– Se eu soubesse quanto tempo me resta, seria mais fácil. Se tivesse dois anos, eu escreveria. Se tivesse dez, voltaria à cirurgia.

– Você sabe que eu não posso lhe dar essa resposta.

Sim, eu sabia. Cabia a mim, citando o refrão que ela sempre enunciava, encontrar meus próprios valores. Parte de mim sentia que aquilo era uma evasiva: ok, eu também nunca dei números específicos aos meus pacientes, mas sempre tinha uma ideia do que eles poderiam fazer. De que outra forma eu seria capaz de tomar decisões sobre a vida ou a morte deles? Depois me lembrei das vezes em que havia me enganado: da vez em que aconselhei a família a desligar os aparelhos ligados ao filho e, dois anos depois, os pais apareceram no hospital para me mostrar um vídeo do garoto tocando piano e me agradecendo por ter salvado sua vida.

Minhas consultas com a oncologista eram a coisa mais importante entre meus inúmeros compromissos com uma variedade de profissionais de saúde, mas não eram as únicas. Por insistência de Lucy, começamos a frequentar um terapeuta de casais especializado em pacientes com câncer. No consultório sem janelas, sentados lado a lado, eu e Lucy detalhamos a maneira como nossa vida tinha sido afetada pelo meu diagnóstico, a dor da incerteza quanto ao futuro, a dificuldade de planejamento, a necessidade de estar ao lado um do outro. Na verdade, o câncer tinha ajudado a salvar o nosso casamento.

– Bem, vocês dois estão lidando com isso melhor do que qualquer casal que já atendi – disse o terapeuta no final da nossa primeira sessão. – Não sei bem se tenho algum conselho a dar a vocês.

Dei uma risada quando saímos – pelo menos eu estava me sobressaindo em alguma coisa novamente. Tantos anos cuidando de doentes terminais tinham gerado alguns frutos! Virei para Lucy, esperando vê-la sorrindo; mas ela estava balançando a cabeça.

– Você não entende? – perguntou, pegando a minha mão. – Se nós já somos bons nisso, significa que não vai ficar melhor do que está.

Se o peso da mortalidade não fica mais leve, será que ao menos se torna mais familiar?

Quando soube do meu diagnóstico, comecei a ver o mundo através de duas perspectivas: passei a ver a morte tanto como médico quanto como paciente. Como médico, eu não podia dizer “O câncer é uma batalha e eu vou vencer!” nem perguntar “Por que eu?” (Resposta: Por que não eu?). Eu sabia um bocado sobre cuidados médicos, complicações e algoritmos de tratamentos. Logo aprendi com minha oncologista e com meus próprios estudos que o estágio IV do câncer de pulmão era uma doença cuja história poderia estar mudando, assim como a AIDS no final dos anos 1980: ainda era rápida e fatal, mas agora havia novas terapias que, pela primeira vez, aumentavam a expectativa de vida.

Mas, se minha formação como médico e cientista me ajudava a processar as informações e a aceitar o que elas diziam sobre o meu prognóstico, isso não me ajudava enquanto paciente. Não me esclarecia se eu e Lucy deveríamos ir em frente e ter um filho, não me dizia o que significava produzir uma nova vida enquanto a minha minguava. Tampouco dizia se eu deveria lutar pela minha carreira, perseguir as ambições que tinha construído com tanto empenho por tanto tempo, mas sem a certeza do tempo que levaria para satisfazê-las.

Assim como meus pacientes, eu precisava enfrentar minha mortalidade e tentar entender o que fazia minha vida valer a pena – e precisava da ajuda de Emma para isso. Dividido entre ser médico e

paciente, lidando com a ciência médica e retornando à literatura em busca de respostas, eu lutava face a face com a morte para reconstruir minha antiga vida – ou talvez para encontrar uma nova.



Eu passava a maior parte da semana na fisioterapia. Já tinha mandado muitos pacientes para a fisioterapia, mas só agora descobria como aquilo era difícil. Os médicos têm uma percepção do que é estar doente, mas não sabem realmente o que é até passarem por isso. É como se apaixonar ou ter um filho. Quando você toma um soro intravenoso, por exemplo, dá para sentir o gosto de sal na boca. Disseram que isso acontece com todo mundo, mas eu nunca soube, mesmo depois de onze anos de prática clínica.

Na fisioterapia, eu ainda não estava levantando pesos, só erguendo as pernas. Era cansativo e humilhante. Meu cérebro estava bem, mas eu não me sentia o mesmo de antes. Meu corpo estava fraco e debilitado – a pessoa que conseguia correr uma meia maratona era uma lembrança distante –, e esse tipo de coisa molda a sua identidade. Uma lancinante dor nas costas também molda sua identidade; assim como a náusea e a fadiga. Karen, minha fisioterapeuta, me perguntou quais eram meus objetivos. Selecionei dois: andar de bicicleta e voltar a correr. Dediquei-me àquilo dia após dia, e cada minúsculo aumento de força ampliava minhas possibilidades. Comecei a acrescentar movimentos, pesos e minutos aos meus exercícios, me esforçando ao ponto de vomitar. Depois de dois meses, conseguia ficar sentado meia hora sem me cansar. Pude voltar a jantar com meus amigos.

Uma tarde, eu e Lucy fomos de carro até Cañada Road, onde costumávamos andar de bicicleta. Consegui pedalar 10 quilômetros. Muito longe dos 50 quilômetros que eu percorria com facilidade no último verão, mas pelo menos consegui me equilibrar sobre duas rodas.

Era uma vitória ou uma derrota?

Comecei a ansiar pelas consultas com Emma. Eu me sentia eu mesmo no consultório dela, me sentia alguém. Fora do consultório, não sabia mais quem eu era. Por não estar trabalhando, não me via

mais como a pessoa que havia sido – um neurocirurgião, um cientista, um jovem com um futuro brilhante à frente. Em casa, debilitado, eu temia não ser mais um marido para Lucy. Tinha passado de sujeito a objeto direto de todas as frases da minha vida. Na filosofia do século XIV, a palavra paciente significava “o objeto de uma ação”, e era assim que me sentia. Como médico, eu era um agente, uma causa; como paciente, era apenas alguém a quem as coisas aconteciam. Mas, no consultório de Emma, eu e Lucy podíamos fazer piadas, falar no jargão médico, conversar livremente sobre nossos sonhos e esperanças, tentar elaborar um plano para seguir adiante. Depois de dois meses, Emma continuava vaga a respeito do prognóstico, e qualquer estatística que eu citasse ela rechaçava e me lembrava de me concentrar nos meus valores. Embora isso me deixasse frustrado, pelo menos me sentia alguém, uma pessoa, não uma coisa exemplificando a segunda lei da termodinâmica (toda ordem tende à entropia, à decadência, etc.).

Diante da iminência da morte, muitas decisões se tornaram urgentes e inadiáveis. A mais importante de todas, para nós, era: será que Lucy e eu deveríamos ter um filho? Embora nosso casamento andasse tenso no final da residência, nós continuávamos apaixonados. Nosso relacionamento ainda era profundo e significativo, com uma perfeita sintonia a respeito do que era importante. Sempre quisemos ter filhos, acrescentar outro lugar à nossa mesa. E continuávamos impelidos a fazer isso por instinto.

Como ambos desejávamos ser pais, pensávamos um no outro. Lucy tinha esperança de que eu tivesse anos pela frente, mas compreendia o meu estado e sentia que essa escolha – de passar o tempo que me restava sendo pai – deveria ser minha.

– Do que você mais tem medo ou o que mais o entristece? – perguntou Lucy uma noite, quando estávamos na cama.

– Deixar você sozinha – respondi.

Por outro lado, eu sabia que um filho traria alegria para toda a família, e não conseguia suportar a ideia de Lucy sem marido e sem filhos quando eu morresse, mas fazia questão de que a decisão fosse dela: afinal, o mais provável é que no futuro ela tivesse de

criar o filho sozinha, e teria que cuidar de nós dois quando minha doença se agravasse.

– Será que um bebê não nos distrairia do tempo que temos juntos? – perguntou Lucy. – Você não acha que se despedir de um filho vai tornar sua morte mais dolorosa?

– Não seria ótimo se tornasse? – falei.

Eu e Lucy sentíamos que a vida não era feita para evitar sofrimentos.

Anos atrás, me ocorrera que Darwin e Nietzsche concordavam em uma coisa: a característica que define o organismo é a luta. Definir a vida de outra forma era como pintar um tigre sem listras. Depois de tantos anos convivendo com doentes terminais, passei a entender que a morte mais fácil não era necessariamente a melhor. Conversamos sobre isso. Nossas famílias aprovaram. E resolvemos ter um filho. Decidimos continuar vivendo em vez de seguir morrendo.

Devido aos medicamentos que eu tomava, a reprodução assistida pareceu o melhor caminho a seguir. Por isso procuramos uma clínica especializada em endocrinologia reprodutiva em Palo Alto. A médica era uma profissional muito eficiente, mas era óbvia sua falta de experiência com doentes terminais, não apenas inférteis. Ela hesitava em seu discurso, os olhos grudados no bloco de anotações.

– Há quanto tempo vocês vêm tentando?

– Bem, nós ainda não tentamos.

– Ah, certo. É claro.

Finalmente ela perguntou: – Em vista da sua... hã... situação, imagino que queiram engravidar logo?

– Sim – respondeu Lucy. – Nós gostaríamos de começar agora mesmo.

– Então sugiro que comecem com fertilização in vitro – recomendou.

Quando mencionei que preferia minimizar o número de embriões criados e destruídos, ela pareceu ligeiramente confusa. A maioria das pessoas que iam até ali valorizavam a praticidade acima de tudo. Mas eu estava decidido a evitar que, depois que eu

morresse, Lucy se tornasse responsável por meia dúzia de embriões – os últimos remanescentes do compartilhamento de nossos genomas, minha última presença na Terra – enfurnados em um congelador, dolorosos de destruir, impossíveis de trazer à humanidade plena: meros artefatos tecnológicos com os quais ninguém sabia como se relacionar. Mas, depois de diversas tentativas de inseminação intrauterina, ficou claro que precisávamos de um nível mais alto de tecnologia: seria preciso criar pelo menos alguns embriões in vitro e implantar o mais saudável. Os outros morreriam. Nessa nova vida, até mesmo ter um filho implicava a presença da morte.



Seis semanas depois do início do tratamento, chegou o momento de fazer a primeira tomografia para avaliar a eficácia do Tarceva. Quando saí do aparelho, o técnico olhou para mim.

– Bem, doutor – disse ele –, eu não deveria fazer isso, mas tem um computador lá atrás, se quiser dar uma olhada.

Fui até o computador e digitei meu nome.

A acne era um sinal positivo. Minha força também tinha aumentado, embora eu continuasse limitado pela fadiga e pelas dores nas costas. Lembrei a mim mesmo do que Emma tinha dito: até mesmo um pequeno crescimento do tumor seria considerado um sucesso. (Meu pai, é claro, previu que todo o câncer estaria curado. "Você vai estar limpo, Pubby!", declarou, usando meu apelido de família.) Repeti para mim mesmo que um pequeno crescimento seria uma boa notícia, respirei fundo e cliquei. A imagem se materializou na tela. Meu pulmão, antes salpicado por inúmeros tumores, estava limpo, com exceção de um nódulo de um centímetro no lobo superior direito. Pude ver que minha coluna começava a se recuperar. Tinha acontecido uma redução nítida e radical na carga de tumores.

Senti o alívio me envolver.

O câncer tinha estabilizado.

Quando fui ver Emma no dia seguinte, ela continuou se recusando a falar sobre prognósticos, mas declarou: – Você está tão

melhor que agora vamos passar a nos ver a cada seis semanas. Na próxima consulta, já dá para começar a conversar sobre o que pode acontecer com a sua vida.

Eu sentia o caos dos últimos meses se reorganizando, uma sensação de nova ordem sendo estabelecida.

Um encontro regional de ex-alunos de neurocirurgia de Stanford iria acontecer naquele final de semana, e eu não via a hora de me reconectar com meu eu anterior. Mas o fato de estar lá apenas ressaltou o contraste surreal com o que minha vida era agora. Ali eu estava rodeado pelo sucesso, pelas possibilidades e pela ambição, por pares e veteranos cujas vidas estavam percorrendo uma trajetória que não era mais minha, por pessoas cujo corpo ainda conseguia aguentar firme uma torturante cirurgia de oito horas. Meus amigos mais velhos estavam colhendo um futuro que eu nunca poderia ter: as primeiras recompensas da carreira, as promoções, uma casa nova.

Ninguém perguntou sobre os meus planos, o que foi um alívio, pois eu não tinha nenhum. Embora já conseguisse andar sem bengala, uma incerteza ainda me paralisava: Se conseguisse seguir em frente, quem eu seria? Um inválido, um cientista, um professor? Um biotécnico? Neurocirurgião novamente, como Emma havia insinuado? Um pai cuidando da casa? Escritor? Quem eu poderia – ou deveria – ser?

Como médico, eu tinha alguma ideia do que os pacientes com enfermidades graves enfrentavam – e eram justamente esses momentos que eu desejava explorar ao lado deles na época. Será que uma doença terminal não seria, então, o presente perfeito para aquele jovem que desejava entender a morte? Haveria forma melhor de entender do que vivendo a situação? Mas eu não fazia ideia de quanto seria difícil, do tamanho do território que precisaria explorar, mapear, assentar. Sempre imaginei que o trabalho do médico era algo como conectar dois pedaços de trilhos de trem para proporcionar uma viagem suave para o paciente. Mas não esperava que minha própria viagem fosse tão acidentada. Pensava no meu eu mais jovem, que desejava "forjar na bigorna da minha alma a consciência não criada de minha raça"; ao examinar minha alma,

percebi que as ferramentas eram quebradiças e que o fogo era fraco até mesmo para forjar minha própria consciência.

Perdido na terra estéril e amorfa da mortalidade, e sem encontrar tração nos estudos científicos e nas curvas estatísticas de sobrevivência, voltei à literatura: li Pavilhão dos cancerosos, de Alexandre Solzhenitsyn, The Unfortunates, de B. S. Johnson, A morte de Ivan Ilytch, de Tolstói, Mind and Cosmos, de Thomas Nagel, Woolf, Kafka, Montaigne, Frost, Greville, memórias de pessoas com câncer – qualquer coisa que alguém tivesse escrito sobre a morte. Eu estava buscando um vocabulário que desse sentido à minha nova condição, descobrindo um caminho para começar a me definir e a seguir adiante. A experiência direta havia me afastado do trabalho literário e acadêmico, mas agora eu entendia essas experiências e teria que traduzi-las em linguagem. Hemingway descreveu esse processo em termos semelhantes: adquirir ricas experiências, depois se afastar para escrever sobre elas. Eu precisava de palavras para seguir em frente.

E, assim, foi a literatura que me trouxe de volta à vida durante esse período. A monolítica incerteza do meu futuro era mortal: para onde eu olhasse, a sombra da morte obscurecia o sentido de qualquer ação. Lembro o momento em que meu avassalador desconforto se rendeu. Acordei com muita dor, e nenhum projeto além de tomar o café da manhã parecia realizável. Não consigo continuar, pensei. Mas imediatamente disse para mim mesmo: Eu vou continuar.

Naquela manhã tomei uma decisão: iria me obrigar a voltar à sala de cirurgia. Por quê? Porque eu podia. Porque era quem eu era. Porque eu teria que aprender a viver de outro jeito, vendo a morte como um visitante onipresente, mas sabendo que mesmo se estivesse morrendo, até morrer de verdade, eu ainda estava vivo.



Durante as seis semanas seguintes, alterei meu programa de fisioterapia, concentrando-me especificamente em ganhar força para operar: ficar muitas horas em pé, manipular pequenos objetos, rotacionar a mão para colocar parafusos pedunculares.

Seguiu-se uma nova tomografia. O tumor havia regredido um pouco mais. Observando as imagens junto comigo, Emma falou: – Não sei quanto tempo você tem, mas vou dizer uma coisa: o paciente que atendi antes de você está tomando Tarceva há sete anos sem nenhum problema. Você ainda tem um longo caminho pela frente antes de nos sentirmos confortáveis com o seu câncer. Mas, olhando para você, pensar em viver mais dez anos não é uma loucura. Pode ser que você não consiga, mas não é uma loucura.

Lá estava o prognóstico – não, não um prognóstico: uma justificativa. A justificativa da minha decisão de retornar à neurocirurgia, de retornar à vida. Uma parte de mim exultava diante da perspectiva de dez anos. Outra parte queria que ela tivesse dito: “Isso é um absurdo... escolha algo mais fácil.” Fiquei surpreso ao perceber que, apesar de tudo, os últimos meses haviam tido um lado bom: não precisar suportar o tremendo peso da responsabilidade exigida pela neurocirurgia – e, no fundo, uma parte de mim não queria voltar àquela situação. Alguns dos meus professores faziam questão de desencorajar a ideia: “Você não deveria passar o tempo com a sua família?” Será que não deveria mesmo?, eu me perguntava. Mas eu estava tomando essa decisão porque o trabalho era algo sagrado para mim. Eu e Lucy tínhamos acabado de chegar ao cume da montanha, com todas as transformações biomédicas e tecnológicas da última geração se estendendo diante de nós. Mesmo assim, a vontade de empunhar uma broca cirúrgica mais uma vez tinha se tornado atraente. O dever moral tem um peso e, assim, o dever de suportar a responsabilidade me empurrou de volta à sala de cirurgia. Lucy me apoiou integralmente.

Liguei para o diretor do programa e disse que estava pronto para voltar. Ele ficou entusiasmado. Eu e Victoria falamos sobre a melhor forma de retornar à equipe. Pedi que um residente estivesse sempre disponível para me substituir se algo desse errado. Combinamos que eu só atenderia um caso por dia. Não lidaria com os pacientes fora da sala de cirurgia nem ficaria de plantão. Seríamos conservadores. Quando saiu o cronograma da sala de cirurgia, fui designado para uma lobotomia temporal, uma das

minhas operações favoritas. Normalmente, a epilepsia é causada por uma disfunção no hipocampo, que fica localizado no fundo do lobo temporal. A remoção do hipocampo pode curar a doença, mas a operação é complexa, demandando a remoção da pia-máter, a delicada membrana que recobre o cérebro, bem perto do tronco cerebral.

Passei a noite anterior debruçado sobre livros, revisando a anatomia e os estágios da operação. Dormi mal, sonhando com o ângulo da cabeça, a serra no crânio, a maneira como a luz reflete na meninge quando o lobo temporal é removido. Levantei da cama e vesti uma camisa com gravata. (Eu tinha devolvido todos os meus jalecos meses antes, imaginando que nunca mais precisaria deles.) Cheguei ao hospital e vesti os familiares trajes azuis pela primeira vez em dezoito semanas. Conversei com o paciente para garantir que não haveria perguntas de última hora e dei início ao processo de preparação na sala de cirurgia. O paciente estava entubado, eu e o supervisor estávamos vestidos e prontos para começar. Peguei o bisturi e fiz a incisão no crânio acima da orelha, cortando devagar, tentando não me esquecer de nada e não cometer enganos. Usando o eletrocautério, aprofundei a incisão até o osso, depois levantei a aba da pele com os ganchos. Tudo parecia familiar, a memória muscular assumindo o controle. Peguei a broca e fiz três furos no crânio. O supervisor borrifou água para resfriar a broca enquanto eu trabalhava. Mudando para o craniótomo, uma broca que corta de lado, liguei os furos e removi um grande pedaço de osso. Com um estalo, abri caminho no crânio. Lá estava a dura-máter, a membrana mais externa que recobre o cérebro. Felizmente eu não a tinha atingido com a broca, um erro comum de principiante. Usei uma lâmina afiada para abri-la sem ferir o cérebro. Mais um sucesso. Comecei a relaxar. Prendi a dura-máter com pequenas suturas para afastá-la da cirurgia principal. O cérebro pulsava e cintilava suavemente. As grandes veias silvianas corriam por cima do lobo temporal, imaculadas. As conhecidas convoluções cerebrais acenaram para mim.

De repente minha visão periférica embaçou. Larguei os instrumentos e me afastei da mesa. A escuridão avançou ainda mais

e fui tomado por uma sensação de vertigem.

– Desculpe, doutor – falei para o supervisor. – Estou me sentindo um pouco zozzo. Acho que preciso me deitar. Jack vai terminar o procedimento.

Jack, meu residente substituto, chegou depressa e eu me desculpei. Tomei um pouco de suco de laranja no saguão e me deitei no sofá. Em vinte minutos comecei a me sentir melhor. Síncope neurocardiogênica, murmurei. O sistema nervoso autônomo trava o coração por um instante – um processo conhecido popularmente como “crise de nervos”. Um problema típico de novatos. Não era daquela forma que eu tinha previsto meu retorno à cirurgia. Fui até o vestiário, joguei meu jaleco sujo na lavanderia e vesti minhas roupas. O dia seguinte seria melhor, disse a mim mesmo.

E foi. A cada dia os casos ficavam mais familiares, ainda que prosseguissem mais lentamente. No terceiro dia, eu estava removendo um disco degenerado da coluna de um paciente e não me lembrava muito bem de qual deveria ser o meu próximo passo. O supervisor sugeriu que eu o removesse aos pedaços, com um instrumento de secção.

– Sim, eu sei que é assim que se faz normalmente – resmunguei –, mas existe outra maneira...

Fiquei uns vinte minutos tentando encontrar no meu cérebro outra maneira – muito melhor – que eu tinha aprendido de fazer aquilo. A solução apareceu num lampejo.

– É assim que eu faço isso – expliquei.

E removi o disco inteiro em trinta segundos.

Durante as duas semanas seguintes, minha energia continuou aumentando, bem como minha técnica e fluência. Minhas mãos reaprenderam a manipular vasos sanguíneos de menos de um milímetro, meus dedos rememoraram velhos truques. Depois de um mês, eu estava operando a todo vapor.

Mantive o planejamento original e restringi minha atuação às operações, deixando a parte administrativa, o acompanhamento dos pacientes e os plantões noturnos e de fins de semana para Victoria e os outros residentes veteranos. De todo modo, eu já tinha dominado

aquelas aptidões, e só precisava reaprender as nuances das operações mais complexas para me sentir completo novamente.

Eu encerrava meus dias exausto, os músculos pegando fogo, porém ia melhorando pouco a pouco. Mas, na verdade, não estava feliz. O prazer visceral que sentia em operar não existia mais; fora substituído por uma concentração férrea em superar a náusea, a dor e a fadiga. Quando chegava em casa à noite, eu engolia um punhado de analgésicos e me arrastava para a cama ao lado de Lucy, que também tinha voltado de um dia muito difícil no trabalho. Ela estava no primeiro trimestre da gravidez. O bebê iria nascer em junho, quando eu concluiria a residência. Tínhamos uma foto da nossa filha como um blastocisto tirada pouco antes do implante. ("Ela tem a membrana celular da mãe", brinquei com Lucy.) Apesar de tudo, eu estava decidido a reconduzir minha vida à sua trajetória anterior.

Depois de mais uma tomografia mostrando estabilidade seis meses depois do diagnóstico, retomei minha busca por um emprego. Com o câncer sob controle, talvez eu ainda tivesse muitos anos pela frente. A carreira pela qual eu havia batalhado tanto, que havia desaparecido depois da doença, estava de novo ao meu alcance. Eu quase conseguia ouvir o som das trombetas.



Na minha visita seguinte a Emma, conversamos sobre a vida e aonde ela estava me levando. Eu soubera recentemente que o cargo de cirurgião-cientista em Stanford – o emprego para o qual eles me queriam – havia sido preenchido enquanto eu estava doente. Fiquei desanimado e disse isso a ela.

– Bem, esse cargo poderia ser muito desgastante – comentou Emma. – Mas isso você já sabe. Sinto muito.

– É verdade. Acho que a ciência que me empolgava envolvia projetos de vinte anos. Sem essa perspectiva de tempo, não sei se me interessaria tanto em ser um cientista. – Eu tentava consolar a mim mesmo. – Não se pode fazer muito em poucos anos.

– Certo. E não se esqueça de que você está indo muito bem. Voltou a trabalhar. Tem um filho a caminho. Está encontrando seus

valores, e isso não é nada fácil.

Naquele mesmo dia, um dos professores novatos, um ex-residente e amigo próximo, me parou no corredor.

– Ei – disse ele. – Está havendo muita discussão nas reuniões da faculdade sobre o que fazer com você.

– Como assim, o que fazer comigo?

– Acho que alguns professores estão preocupados com a sua formatura.

A formatura exigia duas coisas: o preenchimento de uma série de requisitos locais e nacionais, o que eu já tinha feito, e a homologação da faculdade.

– O quê? – exclamei. – Não quero parecer arrogante, mas eu sou um bom cirurgião, tão bom quanto...

– Eu sei. Acho que eles só estão querendo ver você fazer o trabalho completo, como um chefe de departamento. Isso porque eles gostam de você. Sério.

Percebi que era verdade. Durante os últimos meses, eu vinha atuando apenas como cirurgião. Estava usando a minha doença como pretexto para não assumir responsabilidade total pelos pacientes. Por outro lado, era uma boa desculpa, ora. No entanto, comecei a chegar mais cedo e ficar até mais tarde, passando a acompanhar todos os meus pacientes novamente, acrescentando outras quatro horas a uma jornada de doze horas diárias. Aquilo colocou os pacientes no centro de meus pensamentos. Nos dois primeiros dias achei que teria que desistir, lutando contra ondas de náusea, dor e fadiga e me refugiando numa cama não utilizada para alguns momentos de descanso. Mas no terceiro dia comecei a aproveitar outra vez, apesar da ruína do meu corpo. Relacionar-me novamente com os pacientes devolveu o sentido ao trabalho. Eu tomava antieméticos e anti-inflamatórios entre um caso e outro e pouco antes das visitas. Era um sofrimento, mas eu estava totalmente de volta. Em vez de procurar a cama que ninguém usava, comecei a descansar no sofá dos residentes juniores, supervisionando-os, fazendo preleções enquanto lutava contra ondas de espasmos. Quanto mais meu corpo era torturado, mais eu me

regozijava por ter realizado o trabalho. No fim da primeira semana, dormi quarenta horas seguidas.

Mas eu estava por cima da situação.

– Ei, chefe – falei –, eu estava olhando os casos de amanhã e sei que o primeiro está registrado como inter-hemisférico, mas acho que vai ser mais fácil e mais seguro se tratarmos como parietal transcortical.

– É mesmo? – respondeu ele. – Deixe-me ver esses exames... Sabe, você tem razão. Dá para mudar o registro?

No dia seguinte:

– Acabei de ver o Sr. F. com a família na UTI. Acho que vamos precisar levá-lo amanhã para uma DFCA (discectomia e fusão cervical anterior). Posso marcar? Você vai estar livre?

Eu estava de volta, a toda velocidade, também na sala de cirurgia: – Enfermeira, você pode mandar uma mensagem ao Dr. S.? Vou terminar esse caso antes de ele chegar aqui.

– Estou com ele no telefone. Ele está dizendo que não é possível que você já tenha terminado.

Pouco depois, o supervisor chegou correndo, sem fôlego.

– Fiz um ângulo um pouco mais agudo para evitar o sinus – expliquei –, e o tumor foi extraído por inteiro.

– Você contornou o sinus?

– Sim, senhor.

– E extraiu o tumor inteiro?

– Sim, senhor, tem uma amostra no microscópio, se quiser dar uma olhada.

– Parece que está tudo certo. Muito bem. Quando você aprendeu a ser tão ligeiro? Desculpe não ter chegado antes.

– Sem problemas.

O aspecto capcioso da doença é que, à medida que você vai se envolvendo com ela, seus valores vão mudando. Você tenta descobrir o que é importante, mas seus interesses se alternam constantemente. Você pode decidir que deseja passar seu tempo trabalhando como neurocirurgião, mas depois de dois meses pode achar outra coisa. Dois meses depois disso, você pode querer aprender a tocar saxofone ou se dedicar à igreja. A morte pode ser

um acontecimento único, mas viver com uma doença terminal é um processo.

Percebi que já tinha passado pelos cinco estágios do luto – o clichê Negação → Raiva → Negociação → Depressão → Aceitação –, mas só que de trás para diante. Quando recebi o diagnóstico, eu estava preparado para morrer. Cheguei até a me sentir bem a respeito. Eu aceitei. Estava preparado. Depois mergulhei na depressão, quando ficou claro que talvez não fosse morrer tão cedo – o que era bom, claro, mas também confuso e estranhamente enervante. Os estudos sobre o câncer indicavam que eu poderia viver mais 12 ou 120 meses. As grandes doenças deveriam ser um instrumento de iluminação, de esclarecimento sobre a vida. Mas tudo que eu sabia era que ia morrer – e isso eu já sabia antes. Meu nível de autoconhecimento permanecia o mesmo, mas minha capacidade de fazer planos para o almoço tinha ido para o ralo. Minhas escolhas para o futuro seriam óbvias se eu soubesse quanto tempo me restava. Se fossem três meses, eu iria ficar ao lado da minha família. Se fosse um ano, escreveria um livro. Se fossem dez anos, voltaria a trabalhar. A ideia de que a gente deve viver um dia de cada vez não ajudava: o que eu deveria fazer com esse dia?

A certa altura, comecei a negociar – não era bem uma negociação, era mais algo como: "Deus, eu li o livro de Jó e não entendi. Se isso for um teste de fé, você já percebeu que minha fé é bem fraquinha, mas não precisava pegar tão pesado comigo, sabe..." Depois vieram lampejos de raiva: "Eu trabalho a vida inteira para chegar até aqui e você me dá um câncer?"

E agora, finalmente, talvez eu tivesse chegado à negação. À negação total. Talvez, na ausência de qualquer certeza, devêssemos simplesmente supor que vamos viver muito tempo. Talvez essa seja a única maneira de seguir em frente.



Naquele ponto, nove meses depois de ter sido diagnosticado, eu ficava operando até tarde da noite ou até de manhã, concentrado em conseguir meu diploma. Meu corpo estava sendo castigado. Eu estava cansado demais para comer quando chegava em casa. Aos

poucos ia aumentando a dose de analgésicos, anti-inflamatórios e antieméticos. Adquiri uma tosse persistente, provavelmente causada pela cicatriz do tumor morto nos meus pulmões. Mas dizia a mim mesmo que só precisava manter esse ritmo por mais alguns meses até concluir a residência e assumir um papel mais tranquilo como professor.

Em fevereiro, peguei um avião para Wisconsin para uma entrevista de emprego. Estavam me oferecendo tudo o que eu desejava: milhões de dólares para começar um laboratório de neurociência, chefiar meu próprio serviço como clínico, ter flexibilidade para cuidar da minha saúde, um cargo estável como professor, atraentes opções de trabalho para Lucy, salário alto, lindas paisagens, uma cidade idílica.

– Eu entendo a questão da sua saúde, e você deve ter estabelecido uma forte ligação com sua oncologista – disse o chefe do departamento. – Por isso, se quiser continuar se tratando com ela, podemos providenciar passagens de ida e volta, apesar de termos aqui um centro de tratamento de câncer de primeira linha, se quiser conhecê-lo. Há algo mais que possamos fazer para tornar este trabalho mais atraente?

Pensei a respeito do que Emma tinha me falado. Eu havia deixado de ser alguém incapaz de acreditar que poderia ser um cirurgião para ser um cirurgião, uma transformação que tinha a força de uma conversão religiosa. Ela sempre manteve essa parte da minha identidade em minha mente, até mesmo quando eu mesmo não conseguia. Emma tinha feito comigo o que eu havia me desafiado a fazer enquanto médico anos atrás: aceitar a responsabilidade mortal pela minha alma e me levar ao ponto em que eu podia voltar a ser eu mesmo. Eu tinha chegado ao ápice da formação neurocirúrgica, estava pronto para me tornar não apenas neurocirurgião, mas cirurgião-cientista. Todos os residentes têm esse objetivo; quase nenhum o atinge.

Naquela noite, o chefe do departamento ia me levar de volta ao hotel depois do jantar. Mas ele parou o carro na frente do hospital, diante de um lago congelado, cuja orla era manchada pelas luzes dos prédios da faculdade.

– No verão você pode ir trabalhar nadando ou velejando. No inverno, pode ir de esquis ou patins.

Parecia uma fantasia. E, naquele momento, a verdade se abateu sobre mim: era uma fantasia. Nós não podíamos nos mudar para Wisconsin. E se eu tivesse uma recidiva dali a dois anos? Lucy ficaria isolada, distante da família e dos amigos, sozinha, cuidando de um marido moribundo e de uma criança pequena. Por mais bravamente que eu tivesse tentado resistir, o câncer tinha mudado os planos. Durante vários meses, lutei com todas as forças para recolocar minha vida na trajetória original, tentando negar à doença qualquer domínio sobre mim. Agora, por mais desesperado que eu estivesse para me sentir vitorioso, podia sentir as garras do caranguejo me detendo. A doença criou uma existência estranha e tensa, desafiando-me a não me sentir cego nem limitado pela aproximação da morte. Mas, mesmo em remissão, o câncer projetava sua longa sombra sobre as minhas possibilidades.

Quando perdi a vaga de professor em Stanford, me consolei com a ideia de que dirigir um laboratório só fazia sentido numa escala de tempo de vinte anos. Agora eu via que aquilo era mesmo verdade. Freud começou a carreira como um neurocientista bem-sucedido. Quando percebeu que a neurociência precisaria de pelo menos um século para alcançar sua ambição de compreender a mente, ele abandonou o microscópio. Acho que eu sentia algo semelhante. A transformação da neurocirurgia por meio das minhas pesquisas era um jogo cujos resultados estavam distantes demais devido à minha limitação de tempo; e o laboratório não era o lugar em que eu queria apostar minhas últimas fichas.

Ouvi mais uma vez a voz de Emma: Você precisa saber o que é mais importante para você.

Se eu não desejava mais voar na mais alta trajetória como neurocirurgião e neurocientista, o que eu queria?

Ser pai?

Ser neurocirurgião?

Lecionar?

Eu não sabia. Mas, mesmo em dúvida, eu tinha aprendido alguma coisa, uma coisa que não se encontra em Hipócrates, em

Maimônides ou em Osler: o dever do médico não é evitar a morte do paciente ou devolvê-lo à sua vida anterior, mas tomá-lo pelo braço e trabalhar até que ele consiga resistir, encarar e entender o sentido da própria existência.

Talvez a minha arrogância enquanto cirurgião estivesse ficando clara para mim: por maior que fosse minha responsabilidade sobre a vida de um paciente, era um poder passageiro. Assim que a crise fosse resolvida, o paciente acordaria, já desentubado, para receber alta e continuar vivendo com sua família – mas as coisas nunca mais seriam as mesmas. As palavras de um médico podem tranquilizar a mente, assim como o bisturi de um neurocirurgião pode amenizar uma lesão no cérebro. Porém seus medos e suas incertezas, sejam elas físicas ou emocionais, permanecem ali para sempre.

Assim, percebi que Emma não tinha me devolvido minha antiga identidade. Tinha protegido minha capacidade de forjar uma nova. E, finalmente, eu sabia que era isso que teria que fazer.



Em uma cristalina manhã de primavera, no terceiro domingo da Quaresma, Lucy e eu fomos à igreja com meus pais, que tinham vindo do Arizona para passar o fim de semana. Sentamos todos em um longo banco de madeira e minha mãe logo entabulou uma conversa com a família sentada ao nosso lado, primeiro elogiando a moça pelos olhos de seu bebê, depois passando a questões de maior substância, como sua capacidade de ouvir e de se relacionar. Enquanto o pastor lia as Escrituras, me vi dando risada. Imaginei Jesus frustrado por sua linguagem metafórica ser interpretada de forma literal por seus seguidores: Jesus respondeu: "Quem beber desta água terá sede outra vez, mas quem beber da água que eu lhe der nunca mais terá sede. Ao contrário, a água que eu lhe der se tornará nele uma fonte de água a jorrar para a vida eterna."

A mulher lhe disse: "Senhor, dê-me dessa água, para que eu não tenha mais sede, nem precise voltar aqui para tirar água."

...

Enquanto isso, os discípulos insistiam com ele: "Mestre, coma alguma coisa."

Mas ele lhes disse: "Tenho algo para comer que vocês não conhecem." Então os seus discípulos disseram uns aos outros: "Será que alguém lhe trouxe comida?"

Foram passagens como aquela, em que havia uma nítida zombaria das leituras literais das Escrituras, que me trouxeram de volta ao cristianismo após uma longa ausência, depois da faculdade, quando minha noção de Deus se tornou débil. Durante aquele período de ateísmo férreo, meu principal argumento contra o cristianismo era seu fracasso no campo empírico. Nesse sentido, a navalha de Occam cortava os fios que prendiam os fiéis à cegueira da fé: Não existem provas de Deus; portanto, não é razoável acreditar em Deus.

Embora eu tenha sido criado numa família cristã devota, passei a acreditar na possibilidade de uma concepção material da realidade, numa visão de mundo essencialmente científica que garantia uma metafísica completa, deixando de fora conceitos ultrapassados como alma, Deus e homens de barbas brancas. Passei uma boa parte dos meus 20 anos tentando sustentar essa teoria. O problema, contudo, acabou se tornando evidente: transformar a ciência no árbitro da metafísica não significava banir do mundo apenas Deus, mas também o amor, o ódio, o sentido – significava conceber um mundo que evidentemente não é o mundo em que vivemos. Isso não quer dizer que é preciso acreditar em Deus para acreditar no sentido. Quer dizer que, se você crê que a ciência não fornece uma base para Deus, torna-se quase obrigatório concluir que ela não fornece uma base para o significado e, portanto, a própria vida deixa de ter sentido. Em outras palavras, afirmações existenciais não têm peso; todo conhecimento é puramente científico.

Mas o paradoxo é que a metodologia científica é produto de mãos humanas e, assim, não pode chegar a uma verdade permanente. Nós construímos verdades científicas para organizar e manipular o mundo, para reduzir os fenômenos a unidades administráveis. A ciência se baseia na reprodutibilidade e na objetividade manufaturada. Por mais que isso reforce sua

capacidade de gerar afirmações sobre matéria e energia, também torna o conhecimento científico inaplicável à natureza existencial e visceral da vida. A ciência pode fornecer a forma mais prática de organizar dados de forma empírica e replicável, mas seu poder de fazer isso é prejudicado por sua incapacidade de alcançar os aspectos mais essenciais da vida humana: esperança, medo, amor, ódio, beleza, inveja, honra, fraqueza, empenho, sofrimento, virtude.

*Sempre haverá um abismo entre essas paixões e a teoria científica. Nenhum sistema de pensamento pode conter a totalidade da experiência humana. O reino da metafísica segue sendo a província da revelação. E o ateísmo só pode ser justificado nessas bases. O protótipo do ateu, então, é o comandante de Graham Greene em *O poder e a glória*, cuja descrença vem de uma revelação da ausência de Deus. O único ateísmo verdadeiro deve se basear em uma visão formadora do mundo. A citação favorita de muitos ateus, criada pelo biólogo francês ganhador do Prêmio Nobel Jacques Monod, trai esse aspecto revelador: "As crenças antigas estão em pedaços; o homem sabe afinal que está sozinho na insensível imensidão do Universo, do qual só surgiu por acaso."*

Mas eu retornei aos valores centrais do cristianismo – sacrifício, redenção, perdão – porque os considerava atraentes. Existe na Bíblia uma tensão entre justiça e misericórdia, entre o Antigo Testamento e o Novo Testamento. E o Novo Testamento diz que você nunca é bom o suficiente. A mensagem principal de Jesus, acredito, é que a misericórdia sempre supera a justiça.

E não é só isso. Talvez a mensagem básica do pecado original não seja "Sinta-se culpado o tempo todo", mas "Todos temos uma noção do que significa ser bom, mas não conseguimos ser bons o tempo todo". Talvez seja isso que o Novo Testamento dizia, afinal.

Sobre Deus, eu não poderia afirmar nada, é claro, mas a realidade básica da vida humana se opõe fortemente ao determinismo cego. Além do mais, ninguém confere à revelação uma autoridade epistêmica. Somos pessoas razoáveis – e só a revelação não é o bastante. Mesmo se Deus falasse conosco, acharíamos que é uma ilusão.

Então eu pergunto: o que o aspirante a metafísico pode fazer?

Desistir?

Quase.

Pode batalhar para encontrar a Verdade, mas deve reconhecer que essa tarefa é impossível – ou que, se for possível encontrar uma resposta correta, é impossível verificá-la.

No fim, não se pode duvidar de que cada um de nós enxerga apenas parte do quadro. O médico vê uma parte, o paciente vê outra, o engenheiro enxerga uma terceira, o economista uma quarta, o mergulhador uma quinta, o alcoólatra uma sexta, o técnico da TV a cabo uma sétima, o fazendeiro que cria ovelhas uma oitava, o mendigo hindu uma nona, o pastor uma décima. O conhecimento humano não está contido numa só pessoa. Ele se desenvolve a partir das relações que criamos entre nós mesmos e com o mundo, e ainda assim nunca é completo. E a Verdade surge em algum lugar acima de todas elas, onde, como na conclusão daquela leitura de domingo: O semeador e o colhedor podem se regozijar juntos. Pois aqui se verifica o dito que "Um semeia e outro colhe". Eu o mandei colher o que você não trabalhou para plantar; outros fizeram o trabalho, e você está compartilhando dos frutos dos trabalhos deles.

Quando o exame terminou, saí do aparelho de tomografia, sete meses depois de ter voltado à ativa. Era a última tomografia que eu fazia no hospital ainda como residente, antes de ser pai, antes de meu futuro se tornar real.

– Quer dar uma olhada, doutor? – perguntou o técnico.

– Agora não – respondi. – Tenho muito trabalho a fazer.

Já eram seis horas da tarde. Eu tinha que ver alguns pacientes, organizar o cronograma das cirurgias do dia seguinte, rever radiografias, ditar minhas anotações clínicas, acompanhar meus pós-operados, e assim por diante. Por volta das oito horas, entrei na sala da neurocirurgia e sentei diante do equipamento para avaliar exames radiológicos. Liguei o aparelho, digitei os nomes dos meus pacientes do dia seguinte e verifiquei seus exames. Então escrevi meu nome. Passei pelas imagens como se fosse um livro infantil, comparando as antigas com as do exame que acabara de fazer. Tudo parecia igual, o velho tumor continuava o mesmo... só que... espere aí.

Voltei a observar as imagens. Olhei mais uma vez.

Lá estava. Um novo tumor, grande, preenchendo o lobo central direito do meu pulmão. Parecia uma lua cheia já quase saindo do horizonte. Revendo as imagens antigas, consegui distinguir sua silhueta esmaecida, um fantasmagórico arauto que finalmente se mostrava por inteiro.

Não fiquei zangado nem assustado. Simplesmente era aquilo. Era um fato. Fui para casa e contei a Lucy. Era uma noite de quinta-feira. Como só veríamos Emma na segunda, eu e Lucy nos acomodamos na sala de estar e mapeamos os próximos passos: biópsias, exames, quimioterapia. Dessa vez os tratamentos seriam mais difíceis e a possibilidade de uma vida longa seria mais remota. Pensei em Eliot mais uma vez: "Mas às minhas costas ouço em uma lufada gelada / o chacoalhar de ossos, a risada aberta de orelha a orelha." Voltar à neurocirurgia seria impossível por algumas semanas, talvez meses, talvez para sempre. Mas decidimos que tudo poderia esperar até segunda-feira. Era quinta, e eu já tinha preparado minhas tarefas na sala de cirurgia para o dia seguinte; eu queria viver o meu último dia como residente.

Desci do carro na porta do hospital às 5h20 da manhã seguinte. Respirei fundo, sentindo o cheiro dos eucaliptos e de... seriam pinheiros? Eu não tinha notado aquilo antes. Encontrei a equipe de residentes reunida para as visitas matinais. Repassamos os eventos da noite, as novas internações, as novas tomografias e fomos visitar os pacientes antes da M&M, a conferência de Morbidez e Mortalidade, uma reunião regular em que os neurocirurgiões reviam seus erros e casos que tinham dado errado. Depois passei alguns minutos com um paciente, o Sr. R. Ele tinha desenvolvido uma doença rara, chamada síndrome de Gerstmann, em que, após o tumor de seu cérebro ser removido, ele começou a mostrar diversos déficits específicos: incapacidade de escrever, de dizer o nome dos dedos, de fazer contas, de distinguir entre direita e esquerda. Eu só tinha visto aquilo uma vez, oito anos atrás, em um dos primeiros pacientes que acompanhei na neurocirurgia. Assim como ele, o Sr. R. também estava num estado de euforia – cogitei se aquilo fazia parte da síndrome e ninguém havia descrito esse sintoma ainda. Mas o Sr.

R. estava melhorando: sua fala tinha quase voltado ao normal, as contas que fazia estavam quase corretas. Era possível que se recuperasse completamente.

A manhã passou, e eu estava me lavando para encarar meu último caso. De repente senti o peso do momento. Seria a última vez que eu me lavava? Fiquei olhando a água com sabão pingar dos meus braços, descendo pelo ralo. Entrei na sala de cirurgia, me paramentei e cobri o paciente. Eu queria que aquele caso fosse perfeito. Abri a pele na base das costas. Era um homem idoso cuja coluna tinha se degenerado, comprimindo suas raízes nervosas e provocando fortes dores. Abri a gordura até a fáscia aparecer e pude sentir as pontas de suas vértebras. Cortei a fáscia e seccionei o músculo com cuidado, até ver surgir a vértebra larga e brilhante pela abertura. O supervisor se aproximou quando comecei a retirar a lâmina da parte traseira da vértebra cujo osso crescera demais e, junto com os ligamentos abaixo dela, estava pressionando os nervos.

– Parece que está tudo bem – observou ele. – Se quiser ir à conferência de hoje, posso chamar um colega para terminar aqui.

Minhas costas estavam começando a doer. Por que não tomei uma dose extra de anti-inflamatório por prevenção? Mas esse caso deveria ser rápido. E eu estava quase lá.

– Não – respondi. – Eu quero terminar este caso.

O supervisor terminou a remoção do osso junto comigo. Ele selecionou os ligamentos, sob os quais ficava a dura-máter, a membrana mais externa da medula, que contém fluido espinhal e raízes nervosas. O erro mais comum nesse estágio é perfurar a dura-máter. Pelo canto do olho, vi um filete azul perto do instrumento do supervisor – ela tinha sido rasgada.

– Cuidado! – falei, assim que a ponta do instrumento cravou na meninge.

O fluido espinhal transparente começou a encher o ferimento. Havia mais de um ano que não acontecia um vazamento desses em um caso meu. Consertar aquilo levaria mais uma hora.

– Prepare o micro – falei. – Nós temos um vazamento.

Quando terminamos o reparo e removemos o tecido mole compressor, meus ombros ardiam. O supervisor tirou o jaleco, pediu desculpas, agradeceu e me deixou para fechar a sutura. Comecei a suturar a pele usando um ponto de nylon corrediço. A maioria dos cirurgiões usava grampos, mas eu estava convencido de que o nylon apresentava taxas de infecção mais baixas – e esse último fechamento seria feito do meu jeito. A pele se juntou com perfeição, como se nem tivesse passado por uma cirurgia.

Ótimo. Uma coisa boa.

Enquanto descobríamos o paciente, a enfermeira instrumentista, com quem eu nunca tinha trabalhado antes, falou: – Você está de plantão este fim de semana, doutor?

– Não. – E talvez nunca mais.

– Tem mais algum caso hoje?

– Não. – E talvez nunca mais.

– Puxa, que bom, então acho que isso significa um final feliz! Um trabalho concluído. Eu gosto de finais felizes. Você não gosta, doutor?

– Sim, sim. Eu gosto de finais felizes.

Sentei diante do computador para anotar as recomendações enquanto as enfermeiras faziam a limpeza e o anestesista começava a acordar o paciente. Quando eu estava no comando, em vez da música pop que todos gostavam de ouvir na sala de cirurgia, só tocava bossa nova. Pus Getz/Gilberto no som e os arranjos suaves e melódicos do saxofone começaram a encher a sala.

Saí da sala pouco depois para reunir minhas coisas, que haviam se acumulado durante sete anos de trabalho – algumas roupas para as noites em que não ia para casa, escovas de dentes, sabonetes, carregadores de celular, biscoitos, meu modelo de crânio, uma coleção de livros sobre neurocirurgia, etc. Pensei um pouco melhor e deixei os livros. Eles teriam mais utilidade lá.

Enquanto eu caminhava pelo estacionamento para ir embora, um colega se aproximou para dizer alguma coisa, mas o pager dele tocou. Ele olhou para o aparelho, fez um aceno, virou-se e saiu correndo de volta para o hospital.

– Depois a gente se fala! – disse por cima do ombro.

Lágrimas escorreram dos meus olhos quando entrei no carro, girei a chave e peguei lentamente a avenida. Cheguei em casa, entrei pela porta da frente, pendurei meu jaleco e tirei o crachá. Removi a bateria do pager e tomei um longo banho.

Mais tarde naquela noite, liguei para Victoria e disse que não iria trabalhar na segunda-feira, ou talvez nunca mais, e que não poderia assumir a escala do centro cirúrgico.

– Sabe, eu venho tendo um pesadelo recorrente de que esse dia iria chegar – disse ela. – Não sei como você aguentou tanto tempo.



Eu e Lucy fomos falar com Emma na segunda-feira. Ela confirmou o plano que eu tinha imaginado: broncoscopia com biópsia, busca por mutações segmentáveis, senão quimioterapia. A verdadeira razão de eu estar lá, porém, era para ter a orientação dela. Contei que estava me afastando da neurocirurgia.

– Ok – disse Emma. – Tudo bem. Você pode parar com neurocirurgia se quiser se concentrar em algo que o interesse mais, por exemplo. Mas não por estar doente. Você não está mais doente hoje do que estava uma semana atrás. Isso é um obstáculo na estrada, mas você pode manter sua trajetória atual. A neurocirurgia era importante pra você.

Mais uma vez eu tinha transposto a fronteira entre médico e paciente, de ativo a passivo, de sujeito a objeto. Até o surgimento da doença, minha vida podia ser compreendida como a soma das minhas escolhas. Como a maioria das narrativas modernas, o destino de um personagem dependia das ações humanas, suas e dos outros. O personagem Gloster, de Rei Lear, pode se queixar do destino humano como “moscas para meninos travessos”, mas é a vaidade de Lear que coloca em movimento o arco dramático da peça. A partir do Iluminismo, o indivíduo passou a ocupar o centro do palco. Mas agora eu vivia em um mundo diferente, mais antigo, em que as ações humanas empalideciam diante de forças sobre-humanas, em que havia mais tragédia do que a obra de Shakespeare. Nenhum grande esforço pôde ajudar Édipo e seus pais a escapar de seu destino, e seu único acesso às forças que

controlavam suas vidas se fez através de oráculos e videntes, dotados de visão divina. Eu não tinha ido ao consultório de Emma atrás de um plano de tratamento – já havia lido o suficiente para saber qual era o melhor caminho clínico –, mas do consolo da sabedoria oracular.

– Isso não é o fim – disse ela, expondo um argumento que já devia ter usado mil vezes com os pacientes que buscavam respostas impossíveis. Afinal, eu também não tinha feito o mesmo com meus próprios pacientes? – Nem mesmo é o começo do fim. É apenas o fim do começo.

E eu me senti melhor.

Alguns dias depois da biópsia, Alexis, a enfermeira de Emma, me ligou. Não havia novas mutações segmentáveis, portanto quimioterapia era a única opção, e seria marcada para a segunda-feira seguinte. Perguntei sobre os agentes que seriam usados na quimio e ela disse para falar com Emma. Ela estava indo para Lake Tahoe com os filhos, mas me ligaria no final de semana.

No dia seguinte, um sábado, Emma ligou. Perguntei o que ela achava dos agentes usados na quimioterapia.

– Você tem alguma consideração específica? – ela respondeu com outra pergunta.

– Acho que a principal questão é se devemos incluir ou não o Avastin – falei. – Sei que os estudos mais recentes dizem que ele não apresenta nenhum benefício, tem os piores efeitos colaterais e que alguns centros de tratamento de câncer estão abandonando essa substância. Para mim, no entanto, esse é apenas um estudo entre um bocado de dados apoiando sua utilização, por isso estou inclinado a usá-lo. Podemos descontinuar se eu reagir mal. Se isso lhe parecer razoável.

– Sim, me parece correto. E as seguradoras dificultam a inclusão dessa medicação num segundo estágio, e isso é outra razão para usar no começo.

– Obrigado por ligar. Vou deixar você voltar a curtir o seu lago.

– Tudo bem. Só tem uma coisa. – Ela fez uma pausa. – Eu estou muito contente de planejarmos juntos o seu tratamento. Você

é médico, sabe do que está falando, e trata-se da sua vida. Mas, se você quiser que eu seja a médica, por mim também tudo bem.

Eu nunca tinha pensado que poderia abandonar a responsabilidade por meus próprios cuidados médicos. Considerava que todos os pacientes se tornavam peritos em suas doenças. Lembro que, quando ainda era um estudante inexperiente, costumava pedir que os pacientes me explicassem suas doenças e seus tratamentos. Mas, como médico, nunca esperei que os pacientes tomassem decisões sozinhos; eu assumia total responsabilidade por eles. E percebi que estava tentando fazer a mesma coisa agora, com meu "eu médico" continuando a ser responsável pelo meu "eu paciente". Talvez eu tivesse sido amaldiçoado por um deus grego, mas abrir mão desse controle me parecia irresponsável, se não impossível.



A quimioterapia começou na segunda-feira. Lucy e minha mãe foram comigo ao centro de tratamento. Uma enfermeira colocou uma cânula intravenosa no meu braço, me acomodei numa cadeira confortável e esperei. O coquetel de drogas levaria quatro horas e meia para ser infundido. Passei o tempo cochilando, lendo e às vezes com o olhar perdido, Lucy e minha mãe interrompendo o silêncio com uma conversa ocasional. Os outros ocupantes da sala estavam em vários estágios de saúde – alguns calvos, outros bem penteados, alguns abatidos, outros animados, alguns desgrenhados, outros bem-arrumados. Mas todos quietos, silenciosos, com cânulas intravenosas pingando veneno nos braços esticados. Eu deveria voltar a cada três semanas para o tratamento.

Comecei a sentir os efeitos no dia seguinte: um profundo cansaço, uma intensa fadiga se estabelecendo. Comer, normalmente um grande prazer, era como beber água do mar. De repente, todas as minhas alegrias estavam salgadas. Lucy preparou um pão com requeijão para o café da manhã, e foi como lambar sal. Deixei-o de lado. Ler era exaustivo. Eu tinha concordado em escrever alguns capítulos sobre o potencial terapêutico da minha pesquisa com Victoria para duas importantes publicações neurocirúrgicas. Isso

também foi posto de lado. Os dias se sucediam, com a TV e a alimentação forçada marcando a passagem do tempo. Desenvolveu-se um padrão ao longo das semanas: o mal-estar cedia lentamente, voltando à normalidade bem a tempo da sessão seguinte.

Os ciclos continuaram; eu me arrastava para o hospital com pequenas complicações, que eram suficientes para impedir minha volta ao trabalho. O departamento de neurocirurgia determinou que eu havia preenchido todos os critérios para a formatura; a cerimônia estava agendada para um sábado, duas semanas antes da de Lucy.

O dia chegou. Quando eu estava no quarto me vestindo para o evento – a culminação de sete anos de residência –, fui acometido por uma penetrante náusea. Era diferente do enjoo da quimioterapia, que passava por mim como uma onda e, como uma onda, podia ser ultrapassada. Comecei a vomitar bile verde de forma incontrolável, com um gosto alcalino, diferente do ácido estomacal. Aquilo vinha do fundo das minhas vísceras.

Não pude comparecer à formatura.

Eu precisava de soro intravenoso para evitar uma desidratação, então Lucy me levou ao pronto-socorro. Lá o vômito deu lugar à diarreia. Tive uma ótima conversa com Brad, o médico residente, narrei meu histórico clínico, enumerei todos os medicamentos que tomava, e acabamos discutindo os avanços das terapias moleculares, principalmente a do Tarceva. O plano médico era simples: me manter hidratado com soro intravenoso até eu conseguir ingerir algum líquido pela boca. Naquela noite, fiquei internado. Quando a enfermeira repassou minha lista de medicamentos, notei que o Tarceva não estava incluído. Pedi que ela chamasse o residente para corrigir o engano. Essas coisas acontecem. Afinal, eu estava tomando dezenas de remédios, era fácil esquecer algum.

Já passava da meia-noite quando Brad apareceu no quarto.

– Fiquei sabendo que você tinha uma dúvida sobre os seus medicamentos – disse ele.

– Sim – respondi. – Não consta o Tarceva. Será que você pode pedir?

– Eu resolvi suspender.

– Por quê?

– As enzimas do fígado estão altas demais para você tomar esse remédio.

Fiquei confuso. Minhas enzimas hepáticas estavam altas havia meses; se aquilo era um problema, por que não falamos sobre isso antes? Era claramente um engano.

– Emma, minha oncologista, sua chefe, está acompanhando esses resultados, e ela quer que eu continue tomando.

Normalmente os residentes não tomam decisões clínicas sem ordens do supervisor. Agora que ele sabia a opinião de Emma, com certeza iria reconsiderar.

– Mas isso pode estar causando problemas gastrointestinais.

Minha confusão aumentou. Em geral a alusão às ordens do supervisor encerra a discussão.

– Estou tomando esse remédio há um ano sem nenhum problema – expliquei. – Você acha que de repente o Tarceva está causando isso, e não a quimioterapia?

– Sim, talvez.

Minha confusão deu lugar à raiva. Um garoto que saíra da faculdade havia dois anos, não mais velho que meus residentes juniores, estava realmente discutindo comigo? Seria diferente se ele tivesse razão, mas aquilo não fazia sentido.

– Hã... Eu não mencionei hoje à tarde que sem essa pílula minhas metástases ósseas ficam ativas e causam uma dor terrível? Não quero parecer dramático, mas já quebrei ossos lutando boxe, e posso dizer que isso é muito pior. É nota 10 de 10 em nível de dor. Por isso, daqui a pouco eu vou realmente começar a gritar de dor.

– Bem, considerado a meia-vida do medicamento, provavelmente isso só vai acontecer daqui a um ou dois dias.

Eu podia ver nos olhos de Brad que eu não era um paciente, era um problema: um item a ser ticado.

– Olhe – continuou ele –, se não fosse você, nós nem estaríamos tendo esta conversa. Eu simplesmente interromperia o medicamento e provaria que ele é a causa do seu problema.

O que tinha acontecido com nossa amigável conversa daquela tarde? Lembrei-me de quando estava na faculdade ainda e uma paciente me disse que sempre usava suas melhores meias para ir a

uma consulta, para que o médico visse suas meias e soubesse que ela era uma pessoa que merecia ser tratada com respeito. (Ah, então era isso – eu estava usando meias do hospital, que vinha roubando havia anos!) – De qualquer forma, o Tarceva é um medicamento de controle especial, e sua suspensão exige autorização de um superior. Será que você quer mesmo acordar alguém por causa disso? Não dá para esperar até amanhã? – disse ele.

E lá estava a questão.

Cumprir aquela obrigação comigo implicava acrescentar mais um item à sua lista de tarefas: um constrangedor telefonema para seu supervisor, revelando seu erro. Ele estava de plantão naquela noite. O regulamento da residência exigia trabalho em turnos. E junto com o trabalho em turnos havia uma espécie de revezamento, uma sutil redução de responsabilidades. Se ele conseguisse empurrar aquilo por mais algumas horas, eu me tornaria o problema de outra pessoa.

– Geralmente eu tomo esse remédio às cinco da manhã – falei.

– E você sabe tão bem quanto eu que “esperar até de manhã” significa deixar outra pessoa lidar com isso depois das visitas matinais, o que só deverá acontecer à tarde. Certo?

– Ok, tudo bem – disse Brad, e saiu do quarto.

Quando a manhã chegou, descobri que ele não tinha pedido o medicamento.

Emma apareceu para dar um alô e me disse que renovaria o pedido de Tarceva. Desejou-me uma rápida recuperação e se desculpou por ter de ficar fora da cidade por uma semana. Ao longo do dia meu corpo começou a se deteriorar, a diarreia piorando rapidamente. Eu estava me reidratando, mas não com rapidez suficiente. Meus rins começaram a falhar. Minha boca ficou tão seca que eu não conseguia falar nem engolir. Os exames de laboratório mostraram que meu sódio sérico havia atingido um nível quase fatal. Fui transferido para a UTI. Partes do palato mole e da faringe morreram de desidratação e descascaram em minha boca. Eu estava com dor, flutuando por variados níveis de consciência, quando um panteão de especialistas foi trazido para ajudar: médicos

intensivistas, nefrologistas, gastroenterologistas, endocrinologistas, especialistas em doenças infecciosas, neurocirurgiões, oncologistas gerais, oncologistas torácicos, otorrinolaringologistas. Lucy, grávida de 38 semanas, ficava comigo durante o dia e se mudava secretamente para meu antigo quarto de plantão a poucos passos da UTI, onde ela podia ter notícias minhas durante a noite. Ela e meu pai também deram suas opiniões.

Em meus momentos de lucidez, eu percebia que o resultado de tantas vozes era uma cacofonia. Em medicina, isso é conhecido como: Quem é o capitão do navio? Os nefrologistas discordavam dos intensivistas, que discordavam dos endocrinologistas, que discordavam dos oncologistas, que discordavam dos gastroenterologistas. Eu me senti responsável pelo meu tratamento: durante um dos meus lampejos de consciência, digitei os detalhes da minha doença atual e, com a ajuda de Lucy, tentei reunir todos os médicos para manter os fatos e as interpretações ordenados. Mais tarde, meio adormecido, consegui ouvir ligeiramente meu pai e Lucy discutindo meu estado com cada equipe de médicos. Desconfiávamos de que o plano era apenas me reidratar até que o efeito da quimioterapia passasse. Mas cada grupo de especialistas aventava possibilidades mais esotéricas e exigia exames e tratamentos para elas, alguns deles parecendo desnecessários e despropositados. Amostras foram retiradas, tomografias foram solicitadas, medicamentos foram ministrados; comecei a perder a noção do tempo e dos acontecimentos. Pedi que me explicassem os planos, mas as frases se tornavam escorregadias, as vozes se abafavam e a escuridão descia no meio dos discursos dos médicos conforme eu ia perdendo a coerência. Desejei desesperadamente que Emma estivesse ali, no comando.

De repente, ela apareceu.

– Já voltou? – perguntei.

– Você já está na UTI há mais de uma semana – respondeu ela.

– Mas não se preocupe. Você vai melhorar. A maioria dos seus exames já normalizou. Você vai sair logo daqui.

Depois fiquei sabendo que ela estivera em contato com os outros médicos por e-mail.

– Lembra quando você se ofereceu para ser a médica e eu ser apenas o paciente? – perguntei. – Acho que talvez seja uma boa ideia. Estive lendo ciência e literatura para tentar descobrir a perspectiva certa, mas não encontrei nada.

– Não sei se isso é algo que você vai encontrar lendo – replicou ela.

O fato de Emma agora ser a capitã do navio trazia uma sensação de tranquilidade ao caos da hospitalização. T. S. Eliot me veio à mente: *Damyata: o barco respondeu Alegrementemente à mão experiente, à vela e ao remo.*

O mar estava calmo, teu coração teria respondido Alegrementemente, pulsando obediente ao rogo De mãos controladoras.

Reclinei-me no meu leito de hospital e fechei os olhos. Quando a escuridão do delírio se abateu outra vez, finalmente relaxei.



O dia do parto de Lucy se aproximava e eu finalmente estava prestes a receber alta do hospital. Eu tinha perdido mais de 20 quilos desde o meu diagnóstico, oito só na última semana. Estava com o peso que tinha na época da escola, embora meu cabelo tivesse rareado consideravelmente desde aqueles dias. Eu estava alerta, porém abatido. Podia ver meus ossos aparecendo sob a pele, como uma radiografia viva. Em casa, me cansava só de manter a cabeça erguida. Levantar um copo de água exigia as duas mãos. Ler estava fora de questão.

Tanto meus pais quanto os de Lucy foram nos ajudar. Dois dias depois da alta, Lucy teve as primeiras contrações. Ela ficou em casa e minha mãe me levou para a consulta com Emma.

– Frustrado? – perguntou Emma.

– Não.

– Pois deveria estar. Vai ser uma longa recuperação.

– Bem, estou frustrado com o quadro geral. Mas estou pronto para voltar à fisioterapia e começar a recuperação. Já fiz isso uma vez, então deve ser mais fácil agora, certo?

– Você viu a sua última tomografia? – perguntou Emma.

– Não. Eu meio que parei de ver.

– Certo – disse ela. – A doença parece estável, talvez até tenha regredido um pouco.

Conversamos sobre o que fazer a seguir; a quimioterapia seria suspensa até eu estar mais forte. Eu tampouco seria aceito em estudos experimentais, dado meu estado atual. Qualquer tratamento estava fora de questão até eu recuperar alguma força. Apoiei a cabeça na parede para ajudar os músculos flácidos do pescoço. Meus pensamentos estavam enevoados. Mais uma vez eu precisava do conselho do oráculo, precisava de genes mutantes ou de gráficos de Kaplan-Meier.

– Emma – falei –, qual é o próximo passo?

– Ficar mais forte. É isso.

– Mas quando há recidiva do câncer... quer dizer, as probabilidades... – Fiz uma pausa. A terapia de primeira linha (Tarceva) tinha fracassado. A terapia de segunda linha (quimioterapia) tinha quase me matado. A terapia de terceira linha, se eu conseguisse chegar lá, oferecia poucas promessas. Fora isso, havia a vastidão de tratamentos experimentais desconhecidos. A dúvida escorria pela minha boca. – Quer dizer, voltar à sala de cirurgia, andar, ou até mesmo...

– Você ainda tem uns bons cinco anos pela frente – disse Emma.

Ela pronunciou as palavras sem o tom de autoridade de um oráculo, sem a confiança de quem realmente acreditava. Disse aquilo mais como um apelo. Como aquele paciente que só conseguia falar em números – palavras sem significados. Como se não estivesse falando comigo, mas fazendo um pedido às forças que controlam essas coisas. Lá estávamos nós, médica e paciente, em um relacionamento que às vezes ostenta um ar magistral, mas que outras vezes, como naquele momento, não passava de duas pessoas abraçadas enquanto uma delas encarava o abismo.

Médicos também precisam ter esperança.



Quando eu estava voltando para casa da consulta com Emma, a mãe de Lucy ligou para dizer que as duas estavam indo para o

hospital. Lucy tinha entrado em trabalho de parto. ("Não se esqueça de pedir a epidural", aconselhei. Ela já tinha sofrido bastante.) Voltei ao hospital, empurrado por meu pai numa cadeira de rodas. Deitei numa caminha na sala de parto, com cobertores e bolsas de água quente para evitar que meu corpo esquelético tremesse. Durante as duas horas seguintes, vi Lucy e a enfermeira enfrentarem o ritual do parto. Quando aumentavam as contrações, a enfermeira fazia a contagem: – E um e dois e três e quatro e cinco e seis e sete e oito e nove e dez!

Lucy virou-se para mim, sorrindo.

– É como se eu estivesse praticando um esporte – falou.

Continuei deitado e sorrindo para ela, observando seu ventre subir. Haveria tantas ausências na vida de Lucy e da minha filha – se essa era uma forma de eu estar presente, tudo bem.

Em algum momento depois da meia-noite a enfermeira me acordou.

– Está quase na hora – murmurou.

Ela recolheu os cobertores e me ajudou a sentar numa cadeira ao lado de Lucy. A obstetra, não mais velha que eu, já estava na sala. Olhou para mim quando o bebê estava coroadando.

– Já posso dizer uma coisa: sua filha tem o cabelo exatamente igual ao seu – falou. – E é bastante cabelo.

Aquiesci, segurando a mão de Lucy durante os últimos momentos do trabalho de parto. Então, com um último esforço, no dia 4 de julho, às 2h11, ela chegou. Elizabeth Acadia – Cady; nós tínhamos escolhido o nome meses antes.

– Posso encostar a menina na sua pele, papai? – perguntou a enfermeira.

– Não, eu estou f-f-frio demais – respondi, batendo o queixo. – Mas adoraria segurá-la no colo.

Eles a enrolaram em cobertores e a passaram para mim. Sentindo seu peso em um braço e segurando a mão de Lucy com a outra mão, as possibilidades de vida emanaram diante de nós. As células cancerosas do meu corpo ainda estavam morrendo ou começando a crescer outra vez. Porém, olhando para a frente, eu não via uma terra vazia, mas algo bem mais simples: uma página

em branco na qual eu poderia continuar escrevendo a minha história.



Há uma dinâmica na nossa casa.

Dia após dia, semana após semana, Cady desabrocha: a primeira pegada de mão, o primeiro sorriso, a primeira risada. O pediatra registra regularmente seu crescimento em gráficos, marcas indicando seu progresso com o tempo. Tudo é novidade para ela. Quando senta no meu colo sorrindo, encantada pelo meu canto desafinado, uma incandescência ilumina o quarto.

O tempo para mim agora tem dois gumes: cada dia me afasta mais da minha última recaída, porém me aproxima da próxima recorrência – e, finalmente, da morte. Talvez mais tarde do que imagino, mas com certeza antes do que desejo. Suponho que existam duas reações a essa percepção. A mais óbvia poderia ser um impulso a uma atividade frenética: aquela tendência a "viver a vida ao máximo", viajar, sair para jantar, realizar uma série de desejos negligenciados. Parte da crueldade do câncer, porém, não é apenas limitar o seu tempo; ele também limita a sua energia, reduzindo em muito o que se pode viver em um dia. Quem corre agora é um coelho cansado. E, mesmo que eu tivesse energia, acho que preferiria uma abordagem mais próxima da tartaruga. Eu caminho penosamente, pondero. Alguns dias eu simplesmente persisto.

Se o tempo se dilata quando nos movemos em alta velocidade, será que ele se contrai quando mal nos movemos? Deve ser assim: os dias encurtaram consideravelmente.

Com pouca coisa para distinguir entre um dia e o seguinte, o tempo começou a parecer estático. O tédio toma conta. Há uma sensação de abertura. Quando era cirurgião, concentrado em um paciente na sala de cirurgia, eu poderia considerar a posição dos ponteiros do relógio arbitrária, mas nunca achei que não tinha sentido. Agora a hora do dia não significa nada, nem mesmo o dia da semana tem algum significado. O estudo da medicina é fixado em um ponto futuro, sempre adiando a gratificação; você está sempre

pensando no que estará fazendo dali a cinco anos. Eu posso estar morto. Posso não estar. Posso estar com saúde. Posso estar escrevendo. Não sei. E, por isso, é inútil passar o tempo pensando no futuro – quer dizer, pensando no futuro além de depois do almoço.

A conjugação dos verbos ficou confusa também. O que é correto: "Eu sou neurocirurgião", "Eu era neurocirurgião" ou "Já fui um neurocirurgião e vou ser novamente"? Certa vez Graham Greene disse que a vida era vivida nos primeiros vinte anos e que o restante era apenas reflexão. Então em que tempo verbal eu estaria existindo agora? Terei prosseguido além do presente para o pretérito perfeito? O tempo futuro parece vago e, na boca dos outros, soa dissonante. Alguns meses atrás, quando comemorava minha 15ª reunião da faculdade em Stanford, fui até a quadra, tomei um uísque, enquanto um sol cor-de-rosa mergulhava no horizonte e velhos amigos partiam fazendo promessas: "A gente se vê na 25ª reunião!" Parecia indelicado responder com um "Bem... é provável que não".

Todos sucumbem à finitude. Desconfio que não sou o único a atingir esse estado mais-que-perfeito. Quase todas as ambições são realizadas ou abandonadas; de uma forma ou de outra, elas pertencem ao passado. O futuro, em vez de ser uma escada em direção aos objetivos, se achata num perpétuo presente. Dinheiro, status, todas as vaidades que os pregadores do Eclesiastes descrevem têm muito pouco interesse: são, na verdade, uma caça ao vento.

Mas uma coisa não pode ser furtada do meu futuro: Cady, minha filha. Espero viver o bastante para que ela tenha alguma lembrança de mim. Palavras têm uma longevidade que eu não tenho. Pensei em deixar para ela uma série de cartas – mas o que diriam? Não sei o que vai ser dessa garota quando tiver 15 anos; nem mesmo sei se irá conservar o apelido que demos a ela. Talvez só exista uma coisa a dizer a essa criança, que é toda futuro sobrepondo-se brevemente a mim, cuja vida – excetuando o improvável – é toda passado.

Esta mensagem é simples: Quando você chegar a um dos muitos momentos da vida em que precisar refletir sobre si mesma,

fornecer um relato do que foi, do que fez e do que significou para o mundo, peço – peço não, oro – para que não se esqueça de que você preencheu os dias de um homem à beira da morte com uma alegria plena, uma alegria que me foi desconhecida em todos os meus anos passados, uma alegria que não pede cada vez mais, e, sim, descansa, saciada. E, neste momento, isso é algo enorme.

EPÍLOGO

Lucy Kalanithi *Você me deixou dois legados, doçura –*

Um legado de amor

Que contentaria um Pai Celestial

Se a ele fosse ofertado.

Você me deixou limites de dor

Volumosos como o mar,

Entre o tempo e a eternidade,

Entre sua consciência e eu.

– Emily Dickinson **P**aul morreu numa segunda-feira, dia 9 de março de 2015, rodeado pela família num leito de hospital a mais ou menos duzentos metros da ala onde nossa filha, Cady, nascera, oito meses antes. Entre o nascimento de Cady e a morte de Paul, quem nos visse comendo felizes na churrascaria local, sorrindo e dividindo uma cerveja, com um bebê de cabelos escuros e longos cílios cochilando no berço ao nosso lado, não poderia imaginar que Paul tinha menos de um ano de vida e que nós sabíamos disso.

Quando Cady estava com cinco meses, em seu primeiro Natal ao nosso lado, o câncer de Paul começou a resistir às drogas de terceira linha recomendadas quando o Tarceva e a quimioterapia deixaram de funcionar. Cady experimentou seu primeiro alimento sólido naquela temporada de férias, enfiada num pijama listrado estampado de pirulitos, provando purê de inhame numa reunião de família na casa da infância de Paul em Kingman, Arizona, com a residência iluminada por velas e muita conversa. As forças dele diminuíram progressivamente nos meses seguintes, mas continuamos vivendo momentos de alegria, mesmo em meio à tristeza. Preparávamos aconchegantes jantares para amigos, nos abraçávamos à noite e nos deliciávamos com os olhos brilhantes e a natureza tranquila de nossa filha. E Paul escrevia, é claro, reclinado em sua poltrona, enrolado em um cobertor de lã bem quente. Em seus últimos meses, ele se concentrou especificamente em concluir este livro.

Quando o inverno se transformou em primavera, as magnólias da vizinhança se abriram em flores grandes e rosadas, mas a saúde de Paul decaiu rapidamente. No final de fevereiro, ele precisava de

oxigênio suplementar para manter a respiração confortável. Eu despejava seu almoço intocado na lata de lixo, em cima de seu desjejum intocado, para algumas horas depois acrescentar um jantar intocado à pilha. Ele costumava adorar meus sanduíches no café da manhã – pão com ovo, linguiça e queijo –, mas sua falta de apetite nos fez mudar para ovos com torradas, depois só para ovos, até que mesmo isso se tornasse intolerável. Até seu prazer favorito, os copos de milk-shake que eu enchia com um fluxo de calorias, se tornaram intragáveis.

A hora de dormir chegava cada vez mais cedo, a voz dele se tornou um murmúrio intermitente e seus enjoos eram incessantes. Uma tomografia computadorizada e uma ressonância magnética confirmaram a piora do câncer nos pulmões e o aparecimento de novos tumores, agora em seu cérebro, incluindo uma carcinomatose leptomeníngea, uma rara e letal infiltração que resultou em um prognóstico de poucos meses de vida e no fantasma de um rápido declínio neurológico. Foi uma notícia difícil para Paul. Ele falou pouco a respeito, mas, como neurocirurgião, sabia o que estava pela frente. Embora aceitasse sua limitada expectativa de vida, a decadência neurológica era uma nova ameaça: a perspectiva de perder o significado das coisas em meio à agonia. Montamos uma estratégia com a oncologista de Paul: nossa maior prioridade era preservar sua lucidez pelo máximo de tempo possível. Conseguimos uma consulta em uma clínica experimental com um especialista em neuro-oncologia e uma visita à sua equipe de cuidados paliativos para discutir opções de internação, tudo para otimizar a qualidade do tempo que lhe restava. Meu coração doía, mas eu resistia, antecipando seu sofrimento, preocupando-me por ele ter apenas semanas de vida – se tanto. Visualizava seu funeral enquanto dávamos as mãos. Não sabia que Paul morreria em poucos dias.

Passamos o último sábado da vida dele com a família, aconchegados na sala de estar: Paul sentado na poltrona com Cady no colo; o pai dele junto à minha bandeja de enfermagem; a mãe e eu no sofá. Paul cantava para Cady, embalando-a delicadamente. Ela era só sorrisos, indiferente aos tubos que levavam oxigênio ao nariz do pai. Nos últimos dias, o mundo dele ficou menor; eu evitava os

visitantes que não fossem da família, e Paul me dizia: “Quero que todos saibam que eu os amo, mesmo se não os estou recebendo. Reconheço a amizade deles, e não é mais uma dose de cerveja que vai mudar isso.” Naquele sábado ele não escreveu nada. O manuscrito do livro estava apenas parcialmente concluído, e ele sabia que era pouco provável que o concluísse – era pouco provável que tivesse força, clareza e tempo para isso.

A fim de se preparar para o tratamento experimental, Paul parou de tomar os comprimidos diários que não conseguiam mais controlar o câncer. Havia o risco de o tumor crescer rapidamente quando ele interrompesse a medicação. Por isso, a oncologista me instruiu a filmá-lo todos os dias enquanto Paul realizava a mesma tarefa, para destacar quaisquer mudanças na fala ou no andar.

– Abril é o mais cruel dos meses – leu Paul em voz alta na sala de estar naquele sábado enquanto eu o filmava, escolhendo *A terra desolada*, de T. S. Eliot, como roteiro. – Mistura memória e desejo, agitando / raízes sombrias com a chuva da primavera.

A família riu quando, apesar de não fazer parte dos planos, ele pôs o livro no colo e insistiu em recitar o poema de memória.

– Tão característico dele – disse a mãe, sorrindo.

No dia seguinte, esperávamos continuar o fim de semana de forma tranquila. Se Paul estivesse se sentindo bem, iríamos à igreja, depois levaríamos Cady e seu primo ao parque da colina. Continuaríamos a absorver as recentes e dolorosas notícias, a partilhar a tristeza, a saborear lentamente nosso pouco tempo juntos.

Mas o tempo acelerou.

Logo na manhã de domingo, toquei na testa de Paul e percebi que ele queimava numa febre de 40 graus, embora estivesse sem qualquer outro sintoma. Entramos e saímos do pronto-socorro num período de algumas horas, com o pai de Paul e Suman conosco, e finalmente voltamos para casa depois que ele começou a tomar antibióticos para o caso de ser uma pneumonia (o tórax de Paul estava infestado de tumores, o que podia encobrir uma infecção). Mas será que não seria o câncer progredindo? Paul cochilou à tarde, mas seu estado era bem grave. Comecei a chorar ao observá-lo

dormindo antes de sair da sala, onde juntei minhas lágrimas às do seu pai. Eu já estava sentindo saudade.

No domingo à noite o estado de Paul se agravou ainda mais. Ele se sentou na beirada da cama, lutando para respirar – era uma mudança assustadora. Chamei uma ambulância. Quando voltamos ao pronto-socorro, com Paul numa maca, ele virou para mim e sussurrou: – Pode ser que termine assim.

– Eu estou aqui com você – respondi.

A equipe do hospital recebeu Paul de forma calorosa, como sempre. Mas agiram rapidamente assim que perceberam seu estado. Depois dos exames iniciais, colocaram uma máscara sobre seu nariz e sua boca para ajudar na respiração via BiPAP, um sistema de apoio à respiração que fornecia um forte fluxo mecanizado de ar a cada vez que ele inalava, fazendo boa parte do trabalho. Apesar de ajudar na mecânica da respiração, o BiPAP pode ser um incômodo para o paciente – barulhento e invasivo, força os lábios a se abrirem a cada inspiração, como um cão com a cabeça para fora da janela de um automóvel em alta velocidade. Fiquei debruçada sobre a maca, segurando a mão de Paul, ouvindo o contínuo *vuch vuch* da máquina.

O nível de dióxido de carbono no sangue de Paul estava extremamente alto, indicando que o esforço para respirar era insuportável. Os exames de sangue indicaram que esse excesso de dióxido de carbono vinha se acumulando havia semanas e que sua doença pulmonar tinha avançado. Como seu cérebro se acostumara lentamente a níveis acima do normal de dióxido de carbono, ele continuava lúcido. Continuava alerta. Entendia o resultado dos exames. Eu também entendia. Segui ao seu lado quando Paul foi levado para a UTI, onde tantos de seus pacientes tinham batalhado pela vida antes e depois de uma neurocirurgia.

– Eu vou precisar ser entubado? – perguntou para mim entre as respirações mecanizadas quando chegamos à sala. – Eu *deveria* ser entubado?

Durante a noite, Paul discutiu essa questão numa série de conversas com os médicos, com os pais e depois só comigo. Por volta da meia-noite, o intensivista de plantão, um mentor de longa

data de Paul, entrou para discutir as opções de tratamento com a família. O BiPAP era uma solução temporária, explicou. A única intervenção restante era a entubação. Será que era o que ele desejava?

A questão principal logo ficou clara: a súbita deficiência respiratória poderia ser revertida?

Nossa preocupação era se Paul continuaria doente demais para conseguir sair do respirador – será que se perderia em delírios, seguidos de falência dos órgãos, primeiro a mente e depois o corpo o abandonando? Como médicos, já tínhamos testemunhado muitas vezes esse cenário agonizante. Paul explorou a alternativa: no lugar de entubação, ele poderia escolher “cuidados de conforto”, embora a morte viesse com mais certeza e mais rapidez.

– Mesmo se eu passar por isso, não sei se vejo um futuro que inclua um tempo com qualidade de vida – disse Paul, pensando no câncer no cérebro.

A mãe dele interveio, desesperada: – Não vamos tomar decisões esta noite, Pubby – falou. – Vamos todos descansar um pouco.

Depois de se assegurar de que nenhuma manobra de ressuscitação seria feita, Paul concordou em tentar dormir. Simpáticas enfermeiras trouxeram mais cobertores para ele. Eu apaguei as luzes.

Paul conseguiu descansar até o nascer do sol, com o pai mantendo vigília ao seu lado enquanto eu cochilava brevemente num quarto adjacente, na esperança de preservar alguma força mental, sabendo que o dia seguinte poderia ser o mais difícil da minha vida. Voltei para o quarto de Paul às seis da manhã. Com a luz ainda baixa, os monitores de tratamento intensivo apitando intermitentemente, Paul abriu os olhos. Falamos mais uma vez sobre os “cuidados de conforto” – evitando tentativas agressivas de adiar sua decadência – e ele perguntou se poderia ir para casa. Paul estava tão doente que eu temia que ele morresse no caminho. No entanto, afirmei que faria o possível para levá-lo para casa se aquilo era importante para ele, garantindo que o deixaríamos confortável, sem nenhum tipo de intervenção. Ou será que haveria alguma forma

de recriar nossa casa aqui? Entre baforadas de BiPAP, ele respondeu:
– Cady.

Nossa filha chegou pouco depois – nossa amiga Victoria foi buscá-la em casa – e começou sua própria vigília involuntária e carinhosa, aninhada feliz no braço direito do pai, puxando suas meiazinhas, remexendo nos cobertores do hospital, sorrindo e arrulhando, sem se incomodar com a máquina do BiPAP que continuava a resfolegar para manter Paul vivo.

A equipe médica se revezava em turnos, discutindo o caso fora do quarto, onde eu e a família nos reuníamos com eles. A deficiência respiratória aguda provavelmente era resultado do desenvolvimento progressivo do câncer. O nível de dióxido de carbono continuava a subir, fortalecendo a indicação de entubação. A família estava dividida. Emma tinha telefonado, na esperança de que o problema pudesse ser amenizado, mas os médicos presentes mostravam-se menos otimistas. Pedi que avaliassem com cuidado as chances de reverter aquele quadro.

– Ele não quer uma Ave-Maria – expliquei. – Se não houver a possibilidade de viver um tempo com qualidade, ele quer tirar a máscara e abraçar Cady.

Voltei para a cabeceira da cama de Paul. Ele olhou para mim, os olhos escuros atentos acima da máscara do respirador, e disse claramente, com uma voz fraca porém firme: – Eu estou pronto.

Ele queria dizer que estava pronto para remover o suporte respiratório, para começar com a morfina, para morrer.

A família se reuniu. Durante os preciosos minutos que se seguiram, todos expressamos nosso amor e respeito. Lágrimas cintilaram nos olhos de Paul. Ele expressou gratidão aos pais. Pediu que seu manuscrito fosse publicado de alguma forma. Disse uma última vez que me amava. O médico supervisor entrou com palavras animadoras: – Paul, quando você morrer sua família vai se separar, mas voltará a se reunir por causa do exemplo de coragem que você lhes deu.

Os olhos de Jeevan estavam fixos em Paul quando Suman falou:
– Vá em paz, meu irmão.

Com o coração partido, subi na última cama que partilharíamos.

Pensei nas outras camas que havíamos dividido. Nos oito anos como estudantes de medicina, dormíamos aconchegados da mesma forma em uma cama perto do meu avô enquanto ele agonizava em casa, depois que interrompemos nossa lua de mel para ajudar nos seus cuidados. Acordávamos a cada poucas horas para administrar seus medicamentos, meu amor por Paul se aprofundando ao vê-lo se debruçar para ouvir os desejos sussurrados do meu avô. Nunca imaginamos uma cena dessas – Paul em seu leito de morte – tão próxima no nosso futuro. Vinte e dois meses antes, nós chorávamos em uma cama em outro andar deste mesmo hospital quando soubemos do seu diagnóstico de câncer. Oito meses antes, estivemos juntos aqui, deitados numa cama como esta, um dia depois que Cady nasceu. Nós dois cochilamos, abraçados. Pensei em nossa cama aconchegante, vazia lá em casa; recordei ter me apaixonado por ele em New Haven doze anos antes, de ter ficado surpresa de como nossos corpos se encaixavam, e pensei que, desde então, sempre dormíamos melhor abraçados. Desejava muito que ele sentisse o mesmo consolo reparador agora.

Uma hora depois, a máscara e os monitores foram removidos e a morfina começou a fluir pelos tubos intravenosos. Paul respirava regularmente, muito de leve, mas parecia estar confortável. Mesmo assim, perguntei se precisava de mais morfina e ele assentiu, de olhos fechados. A mãe estava ali perto; a mão do pai, pousada na cabeça dele. Até que, finalmente, Paul mergulhou na inconsciência.

Durante mais de nove horas, a família toda – seus pais, os irmãos, a cunhada, a filha e eu – ficou ao lado dele, sua respiração agora intercalada, os olhos fechados, o rosto tranquilo. Seus longos dedos descansavam nos meus. Os pais de Paul tiraram Cady do berço e a puseram na cama para se aconchegar, mamar, cochilar. Saturado de amor, o quarto espelhava os muitos feriados e fins de semana que passamos juntos ao longo dos anos. Acaricieei os cabelos de Paul, murmurando: – Você é um bravo paladino – meu apelido para ele.

Cantarolei baixinho em seu ouvido uma música que tínhamos composto nos meses anteriores, cuja mensagem essencial era “Obrigado por me amar”. Chegaram um primo e um tio próximos,

em seguida o nosso pastor. A família contou anedotas afetivas e histórias; depois todos nos revezamos para chorar, observando a expressão dele e uns dos outros com atenção, imersos na preciosidade e na dor daquele momento, nossas últimas horas reunidos.

Os cálidos raios da luz da tarde começaram a entrar pela janela do quarto, enquanto a respiração de Paul se tornava mais fraca. Cady esfregava os olhos com os punhos gordinhos pela aproximação da hora de dormir, e uma amiga chegou para levá-la para casa. Encostei a bochecha dela na de Paul, os tufos de cabelos escuros de ambos revirados da mesma forma, a expressão dele serena, a dela intrigada, porém tranquila, sem desconfiar de que aquela era uma despedida. Cantei em voz baixa a canção de ninar de Cady para os dois, em seguida deixei que ela fosse.

Quando o quarto escureceu com a noite, uma lâmpada mortíça foi acesa na parede, e as respirações de Paul ficaram entrecortadas e irregulares. Seu corpo continuava parecendo tranquilo, os membros, relaxados. Pouco antes das nove horas, seus lábios se abriram e os olhos fecharam. Paul inspirou, para em seguida exalar seu último sopro de vida.



Em certo sentido, este é um livro inacabado, descarrilado pela rápida decadência de Paul. No entanto, este é um componente essencial de sua verdade, da realidade que Paul enfrentava. Durante seu último ano de vida, Paul escreveu incansavelmente, alimentado por esse propósito, motivado pelo tique-taque do relógio. Ele começou a escrever no meio da noite, quando ainda era neurocirurgião-chefe da residência, digitando suavemente em seu laptop ao meu lado na cama; depois passava tardes em sua cadeira reclinável, rascunhava parágrafos na sala de espera da oncologista, recebia telefonemas de seu editor enquanto a quimioterapia gotejava em suas veias, levando seu computador prateado para onde quer que fosse. Quando as pontas de seus dedos desenvolveram dolorosas fissuras por causa da quimioterapia, encontramos luvas sem costura que permitiam a utilização do mouse

e do teclado. Arranjamos todo tipo de estratégias para manter a concentração necessária para ele escrever, apesar da torturante fadiga causada pela progressão do câncer. Ele estava determinado a continuar escrevendo.

Este livro mostra a urgência de uma corrida contra o tempo para expressar as coisas importantes que Paul tinha a dizer. Ele enfrentou a morte – examinando-a, lutando contra ela, aceitando-a – como médico e paciente. Queria ajudar as pessoas a entender a morte e a encarar sua mortalidade. Hoje, morrer antes dos 40 anos é algo incomum, mas morrer não é. “O câncer de pulmão não é uma coisa exótica”, escreveu Paul em um e-mail para seu melhor amigo, Robin. “Mas é suficientemente trágico e também imaginável. [O leitor] pode se colocar no meu lugar e dizer: ‘Então a morte é assim vista daqui... mas cedo ou tarde eu vou voltar para o meu ponto de vista.’ Esse é o meu objetivo, acho. Não o sensacionalismo de morrer, não o incentivo para colher botões de rosas, mas sim: Eis aqui o que está à frente na estrada.” Claro que ele fez mais do que descrever o terreno. Ele o atravessou com coragem.

A decisão de Paul de não desviar os olhos da morte resume uma força que não celebramos o suficiente em nossa cultura avessa à ideia da mortalidade. Sua força foi definida pela ambição e pelo esforço, mas também pela meiguice, o oposto da amargura. Ele passou boa parte da existência engalfinhado com a questão sobre como ter uma vida significativa, e seu livro explora esse território essencial. “Sempre o vidente é um adivinho”, escreveu Emerson. “De alguma forma seus sonhos são contados; de alguma forma ele divulga sua alegria solene.” Escrever este livro foi uma oportunidade para esse corajoso vidente ser um adivinho, para nos ensinar a encarar a morte com integridade.

Até a publicação do livro, a maioria dos nossos familiares e amigos não sabia dos problemas conjugais que eu e Paul vínhamos enfrentando no final de sua residência. Mas fico contente por ele ter escrito sobre isso. Faz parte da nossa verdade, faz parte da nossa luta e redenção, do significado da nossa vida. O diagnóstico do câncer foi um golpe cruel, mas nos transportou de volta à fonte do nosso relacionamento. Nós nos apoiamos um no outro para

sustentar sua sobrevivência física e nossa sobrevivência emocional. Brincávamos com amigos mais íntimos dizendo que o segredo para salvar um casamento é um dos cônjuges ter uma doença terminal. Por outro lado, sabíamos que um dos truques para suportar uma doença terminal é estar profundamente apaixonado – se mostrar vulnerável, delicado, generoso, agradecido. Alguns meses depois de seu diagnóstico, cantamos “The Servant Song” lado a lado no banco de uma igreja, as palavras ressoando cheias de significado, enquanto enfrentávamos juntos a incerteza e a dor: “Vou compartilhar suas alegrias e tristezas / Até completarmos esta jornada juntos.”

Quando Paul me falou que queria que eu me casasse novamente depois que ele morresse, isso deixou claro como ele estava empenhado em assegurar meu futuro durante a sua doença. Ele queria garantir o melhor para mim, em nossas finanças, na minha carreira, na experiência da maternidade. Ao mesmo tempo, eu trabalhei duro para garantir o presente dele, para tornar o tempo que lhe restava o melhor possível, acompanhando e administrando seus sintomas e seus cuidados – desempenhando o papel de médica mais importante da minha vida –, enquanto apoiava suas ambições, ouvindo seus temores sussurrados quando nos abraçávamos na segurança do nosso quarto, testemunhando, reconhecendo, aceitando, consolando. Éramos tão inseparáveis quanto na época da faculdade de medicina, quando ficávamos de mãos dadas durante as aulas. Agora nos dávamos as mãos dentro do bolso do casaco dele quando saíamos andando das sessões de quimioterapia, Paul sempre com casaco de inverno e chapéu, mesmo quando o tempo estava quente. Ele sabia que nunca estaria sozinho, que jamais sofreria sem necessidade. Acamado em casa poucas semanas antes de morrer, eu perguntei a ele: – Você consegue respirar direito com a minha cabeça no seu peito desse jeito?

A resposta dele foi: – É a única maneira que eu sei respirar.

O fato de eu e Paul formarmos parte do profundo significado da vida um do outro é uma das maiores bênçãos que já me aconteceu.

Nós dois extraímos muita força da família dele, que nos animou toda vez que desanimávamos e deu todo o apoio para trazer nossa

filha ao mundo. A despeito do profundo pesar pela doença do filho, os pais dele continuaram sendo uma fonte inabalável de consolo e segurança. Alugaram um apartamento perto da nossa casa e nos visitavam com frequência, o pai de Paul massageando seus pés, a mãe preparando para ele *dosa* indiana com chutney de coco. Os irmãos se reuniam no sofá, Paul com as pernas apoiadas num banco para aliviar a dor nas costas, discutindo o discurso dos jogadores de futebol americano. Eu e a esposa de Jeevan, Emily, ríamos quando Cady e seus primos, Eve e James, cochilavam. Naquelas tardes, nossa sala de estar parecia uma aldeia pequena e segura. Mais tarde, naquela mesma sala, Paul ficava com Cady no colo em sua cadeira reclinável, lendo em voz alta trechos de Robert Frost, T. S. Eliot, Wittgenstein, enquanto eu tirava fotos. Esses momentos singelos se enchiam de beleza e graça, e até de sorte, se tal conceito realmente existir. Mas nós nos sentíamos mesmo com sorte – gratos pela nossa família, pela nossa comunidade, pela nossa oportunidade, pela nossa filha, por termos um ao outro num momento em que era necessária absoluta confiança e aceitação. Embora esses últimos poucos anos tenham sido dolorosos e difíceis – às vezes quase impossíveis –, foram também os mais lindos e profundos da minha vida, exigindo o movimento diário de estar entre a vida e a morte, de equilibrar a alegria e a dor, de explorar novas dimensões da gratidão e do amor.

Contando com as próprias forças e com o apoio da família e da comunidade, Paul enfrentou cada estágio da doença com graça: não com bravatas ou uma fé desorientada de que iria “superar” ou “vencer” o câncer, mas com uma autenticidade que lhe permitiu lamentar a perda do futuro que havia planejado e forjar um novo caminho. Ele chorou no dia em que foi diagnosticado. Chorou ao ver o desenho que guardávamos no espelho do banheiro que dizia “Eu quero passar o resto dos meus dias aqui com você”. Chorou em seu último dia na sala de cirurgia. Permitiu-se ser aberto e vulnerável, deixou-se ser consolado. Mesmo doente terminal, Paul estava integralmente vivo; apesar do colapso físico, continuou vigoroso, cheio de esperanças, não por uma cura improvável, mas por dias mais ricos de propósito e significado.

A voz de Paul em *O último sopro de vida* é forte e distinta, mas também solitária, de alguma forma. Paralelos a esta história estão o amor e o calor, a compreensão e o consentimento radical que o envolviam. Todos nós habitamos diferentes eus no espaço e no tempo. Aqui ele aparece como médico, como paciente e dentro de uma relação médico-paciente. Paul escreveu com uma voz clara, a voz de alguém com o tempo limitado, de um lutador incansável. Seu senso de humor não foi muito bem capturado – ele era engraçado de uma forma maliciosa –, nem sua doçura e meiguice, o valor que depositava nas relações com os amigos e a família. Mas este é o livro que ele escreveu; esta foi sua voz durante esse momento; esta foi sua mensagem durante esse tempo; isto foi o que ele escreveu quando precisava escrever. Na verdade, a versão de Paul de que mais sinto falta, mais do que a versão robusta e deslumbrante pela qual me apaixonei, é a do homem bonito e concentrado que ele foi em seu último ano, o Paul que escreveu este livro – frágil, porém jamais fraco.

Paul sentia-se orgulhoso deste livro, que foi o auge de seu amor pela literatura – certa vez ele disse que considerava a poesia mais reconfortante do que as Escrituras – e da sua capacidade de transformar sua vida numa narrativa convincente e poderosa sobre como viver diante da morte. Quando enviou um e-mail para seu melhor amigo, em maio de 2013, para informar que estava com um câncer terminal, Paul escreveu: “A boa notícia é que já vivi duas vezes mais que Brontë, Keats e Stephen Crane. A má notícia é que eu não escrevi nada.” Sua trajetória desde então foi de transformação – de uma vocação apaixonada a outra, de marido a pai e, finalmente, da vida para a morte, a transformação final de todos nós. Sinto orgulho de ter sido sua parceira em toda essa jornada, inclusive durante a produção deste livro, uma atitude que permitiu que ele vivesse com esperança, com essa delicada alquimia de finalidade e oportunidade sobre a qual ele escreve de forma tão eloquente, até o fim.



Paul foi enterrado num caixão de madeira de salgueiro nas montanhas de Santa Cruz, com vista para o Oceano Pacífico e para milhares de lembranças – rápidas caminhadas, banquetes de frutos do mar, festas de aniversário. Dois meses antes, num fim de semana quente de janeiro, mergulhamos os pés gorduchos de Cady na água salgada da praia lá embaixo. Ele não se importava com o destino de seu corpo depois da morte, e deixou para nós tomar a decisão em seu lugar. Acredito que fizemos uma boa escolha. O túmulo de Paul dá para o oeste, para oito quilômetros de colinas verdejantes até o mar. Ao redor, as colinas são recobertas de grama silvestre, árvores coníferas e folhagens amarelas. Pode-se ouvir o vento, o canto dos pássaros, a agitação dos esquilos. Ele chegou aqui da maneira que quis, e seu túmulo passa uma sensação adequada de honra e robustez, num lugar onde ele merece estar – um lugar em que todos merecemos estar. Recordo-me de um trecho de uma bênção que meu avô gostava de recitar: “Nos ergueremos insensivelmente e chegaremos aos cumes de colinas eternas, onde os ventos são frescos e a vista é gloriosa.”

No entanto, aqui nem sempre é um lugar fácil de se estar. O clima é imprevisível: ora um sol abrasador, ora frio e neblina fechada, ora chuva causticante. Pode ser tão desconfortável quanto pacífico, tão comunitário quanto solitário – como a morte, como a dor –, mas há beleza em tudo, e acho que isso é bom e é certo.

Visito seu túmulo com frequência, levando uma garrafinha de vinho da nossa lua de mel. A cada vez, despejo um pouco na grama para ele. Quando os pais e irmãos de Paul estão comigo, ficamos conversando enquanto acaricio a grama como se fosse o cabelo dele. Cady fica deitada num cobertor ao lado do túmulo, observando as nuvens passando no céu e remexendo nas flores que espalhamos. Na noite anterior à missa em memória de Paul, eu e nossos amigos próximos cogitamos brevemente se tínhamos arruinado a grama de tanto uísque que despejamos no chão.

É comum eu voltar ali e encontrar as coroas de tulipas, lírios e cravos que deixei comidas por veados. É um bom uso para as flores, e Paul ficaria feliz com isso. O solo foi rapidamente tomado por vermes e minhocas, seguindo o processo da natureza, fazendo-me

lembrar do que Paul viveu e do que agora eu vivo: a inextricabilidade entre a vida e a morte, a capacidade de encontrar sentido apesar disso, e *por causa* disso. O que aconteceu com Paul foi trágico, mas ele não foi uma tragédia.

Achei que iria me sentir vazia e de coração partido depois da morte dele. Nunca me ocorreu que fosse possível continuar a amar alguém do mesmo jeito depois que ele se vai, que eu continuaria a sentir tanto amor e gratidão junto com a enorme tristeza, com a dor tão densa que às vezes estremeço sob seu peso. Paul se foi, e eu sinto muito a sua falta, em todos os momentos, mas de alguma forma sinto que estou fazendo parte da vida que criamos juntos. “A perda não é uma mutilação do amor matrimonial”, escreveu C.S. Lewis, “mas uma de suas fases regulares – como a lua de mel. O que desejamos é viver nosso casamento bem e fielmente também nessa fase.” Cuidando da nossa filha, cultivando as relações com a família, publicando seu livro, tentando fazer um trabalho significativo, visitando seu túmulo, honrando-o e chorando por ele, persistindo... em todos os meus gestos, meu amor continua – ainda vive – de uma forma que jamais imaginei.

Quando olho para o hospital onde Paul viveu e morreu como médico e paciente, entendo que, se tivesse vivido mais, ele teria dado grandes contribuições como neurocirurgião e neurocientista. Teria ajudado inúmeros pacientes e suas famílias durante um dos momentos mais desafiadores de suas vidas, tarefa que o atraiu à neurocirurgia desde o começo. Paul foi, e teria continuado a ser, uma boa pessoa e um pensador profundo. Mas seu livro é uma nova maneira de ajudar os outros, uma contribuição que só ele poderia dar. Isso não torna sua morte, ou nossa perda, menos pesada. Mas ele encontrou um significado nessa luta. Na página 91 deste livro, ele escreveu: “Não é possível alcançar a perfeição, mas é possível continuar incessantemente lutando.” Foi um trabalho árduo e doloroso, mas ele nunca vacilou. Foi essa a vida que lhe foi dada, e foi isso o que ele fez dela. *O último sopro de vida* está completo do jeito que está.

Dois dias depois da morte de Paul, escrevi no meu diário uma mensagem para Cady: “Quando uma pessoa morre, as pessoas

tendem a dizer grandes coisas sobre ela. Por favor, saiba que todas as coisas maravilhosas que as pessoas estão dizendo agora sobre o seu pai são verdadeiras. Ele realmente era tão bom e corajoso assim." Refletindo sobre o seu propósito, costumo pensar na letra de uma música inspirada em *O peregrino*: "Quem vir o verdadeiro valor *Que se aproxime...* fantasias revoam *Ele não temerá o que os homens dizem* Trabalhará noite e dia / Para ser um peregrino." A decisão de Paul de olhar a morte nos olhos foi uma confirmação não só do que ele foi durante suas últimas horas de vida, mas do que foi ao longo da vida inteira. Durante boa parte de sua jornada, Paul refletiu sobre a morte – e se era possível encará-la com integridade. No fim, sua resposta foi sim.

Eu fui sua esposa e testemunha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Dorian Karchamar, agente de Paul na William Morris Endeavor, cujo forte apoio e estímulo deram a Paul a confiança de que ele poderia escrever um livro importante. E a Andy Ward, editor de Paul na Random House, cuja determinação, sabedoria e talento o atraíram a trabalhar com ele, e cujo senso de humor e compaixão fizeram com que se tornasse seu amigo. Quando Paul pediu à família – literalmente, seu último pedido – para publicar este livro postumamente, só consegui prometer que o publicaria por confiarmos tanto em Dorian e Andy. Naquela época, o manuscrito era apenas um arquivo aberto em seu computador, mas, graças ao talento e à dedicação desses dois, acredito que ele tenha morrido sabendo que estas palavras chegariam ao mundo e que, através delas, nossa filha viria a conhecê-lo. Obrigada, Abraham Verghese, por um prefácio que teria agradado muito a Paul (minha única objeção diz respeito ao que o Dr. Verghese julgou ser uma “barba de profeta”, que na verdade era uma barba do tipo “Não tenho tempo para me barbear!”). Sou grata a Emily Rapp por seu desejo de me encontrar no meu luto e me orientar no epílogo, me ensinando, como fazia Paul, o que é um escritor e por que os escritores escrevem. Obrigada a todos que apoiaram a nossa família, inclusive os leitores deste livro. Finalmente, obrigada aos advogados, clínicos e cientistas que trabalham incansavelmente para avançar nas pesquisas sobre o câncer de pulmão com o objetivo de tornar até mesmo os casos mais avançados em uma doença com sobrevida.

LUCY KALANITHI



FOTO: © SUSZI LURIE MCFADDEN

PAUL KALANITHI foi neurocirurgião e escritor. Foi criado em Kingman, Arizona, e se formou na Universidade Stanford com bacharelado e mestrado em literatura inglesa e bacharelado em biologia humana. Concluiu um mestrado em história e filosofia da ciência e medicina na Universidade de Cambridge e se formou *cum laude* na Escola de Medicina Yale, onde foi convocado para a sociedade honorífica Alpha Omega Alpha. Voltou a Stanford para concluir sua residência em cirurgia neurológica e uma bolsa de pós-doutorado em neurociência, durante a qual recebeu o mais alto prêmio da Academia Americana de Cirurgia Neurológica por sua pesquisa. Morreu em março de 2015. Deixou uma grande e amada família, que inclui a esposa Lucy e a filha Elizabeth Acadia.



PAUL KALANITHI foi neurocirurgião e escritor. Criado em Kingman, Arizona, se formou na Universidade Stanford em Literatura Inglesa e Biologia. Concluiu um mestrado em História e Filosofia da Ciência e da Medicina na Universidade de Cambridge e se formou *cum laude* na Faculdade de Medicina de Yale, onde foi convocado para a honorífica sociedade médica Alpha Omega Alpha. Voltou a Stanford para concluir sua residência em Cirurgia Neurológica e conduzir importantes pesquisas na área de neurologia. Paul morreu em março de 2015, deixando uma grande e amada família, que inclui a esposa, Lucy, e a filha, Elizabeth Acadia.

LUCY KALANITHI, viúva de Paul, estudou Medicina em Yale, e também era membro da Alpha Omega Alpha. Fez residência na Universidade da Califórnia e pós-doutorado em inovações em atendimento médico no Centro de Pesquisas Clínicas de Excelência de Stanford. Sua experiência pessoal fez com que desenvolvesse um grande interesse pelo atendimento de qualidade e o cuidado com os pacientes, principalmente os doentes terminais. Quando Paul morreu, este livro não estava concluído. Logo que foi lançado, chegou ao primeiro lugar da lista do *The New York Times*. Em menos de um mês, mais de 200 mil exemplares já tinham sido vendidos.

CONHEÇA OUTROS TÍTULOS DA EDITORA SEXTANTE

A roda da vida

ELISABETH KÜBLER-ROSS

Elisabeth Kübler-Ross, médica, foi a mulher que mudou a maneira como o mundo pensava sobre a morte e o morrer. Através de seus vários livros e muitos anos de trabalho com crianças, pacientes de AIDS e idosos portadores de doenças fatais, Kübler-Ross trouxe consolo e compreensão para milhões de pessoas que tentavam lidar com a própria morte ou com a de entes queridos. Neste livro, a médica internacionalmente famosa conta a história de sua vida e aprofunda sua verdade final: a morte não existe.

Escrita com franqueza e entusiasmo, a autobiografia de Kübler-Ross reconstitui o desenvolvimento intelectual e espiritual de um destino. As convicções que enfrentaram dogmas, preconceitos e críticas, já estavam presentes na menina suíça, quando a jovem Elisabeth se viu pela primeira vez diante das injustiças do mundo e jurou acabar com elas.

Do seu trabalho na Polônia devastada pela guerra à sua forma pioneira de aconselhamento terapêutico aos doentes terminais, a seus já lendários seminários sobre a morte e o processo de morrer na Universidade de Chicago, às suas surpreendentes conversas com os que reviveram depois da morte, cada experiência proporcionou a Kübler-Ross uma peça do quebra-cabeça. Em uma cultura determinada a varrer a morte para debaixo do tapete e escondê-la ali, Kübler-Ross desafiou o senso comum ao trazer e expor essa etapa final da existência para que não tivéssemos mais medo dela.

Sua história é uma aventura do coração, vigorosa, controvertida, inspiradora, um legado à altura de uma vida extraordinária.

A identidade da alma

PANACHE DESAI

A identidade da alma é o nosso DNA espiritual – a essência de quem realmente somos, a parte mais autêntica do nosso ser, nossa contribuição única para o mundo.

No dia a dia, acabamos permitindo que nossa identidade seja bloqueada por inúmeros obstáculos emocionais, como raiva, medo, culpa, vergonha, tristeza, desespero. Quando não somos capazes de enfrentar as dificuldades de forma amorosa, elas se tornam um peso sobre nossos ombros, nos impedindo de abraçar nossa natureza divina primordial.

Condicionados a permitir que o olhar do outro determine a maneira como nos vemos, criamos uma versão irreal de nós mesmos. Nessa busca por aceitação, deixamos de lado aquilo que mais importa e perdemos a capacidade de nos enxergar sem dissimulações nem disfarces.

Para ajudá-lo a se abrir para a mudança e recuperar a conexão com a sua verdadeira essência, Panache Desai criou este programa de desintoxicação emocional. Com exercícios e meditações para serem feitos pela manhã, no meio do dia e à noite, este guia prático e inspirador foi concebido para servir de bússola no caminho do autoconhecimento.

Nesta jornada de 33 dias de reflexão e ensinamento, você vai reencontrar sua autenticidade, redescobrir seu propósito e suas paixões, e voltar a acreditar, do fundo de sua alma, na infinita possibilidade de todas as coisas.

A coragem de ser imperfeito

BRENÉ BROWN

Viver é experimentar incertezas, riscos e se expor emocionalmente. Mas isso não precisa ser ruim. Como mostra a Dra. Brené Brown, que durante 12 anos desenvolveu uma pesquisa pioneira sobre vulnerabilidade, essa condição não é uma medida de fraqueza, mas a melhor definição de coragem.

Quando fugimos de emoções como medo, mágoa e decepção, também nos fechamos para o amor, a aceitação, a empatia e a criatividade. Por isso, as pessoas que se defendem a todo custo do erro e do fracasso se distanciam das experiências marcantes que dão significado à vida e acabam se sentindo frustradas.

Por outro lado, aquelas que mais se expõem e se abrem para coisas novas são as mais autênticas e realizadas, ainda que se tornem alvo de críticas e de sentimentos como inveja e ciúme. É preciso lidar muito bem com os dois lados da moeda a fim de alcançar a felicidade de realizar todo o seu potencial.

Em uma sociedade em que predomina a cultura do perfeccionismo, é comum recorrer a máscaras para minimizar o desconforto e as dores de não ser bom o bastante. Brené Brown descobriu que todos nós fazemos uso de um verdadeiro arsenal contra essas sensações e explica em que consiste cada escudo e quais estratégias devem ser usadas nesse "desarmamento". Ela também combate os mitos que afirmam que ser vulnerável é o mesmo que ser fraco.

Depois de estudar a vergonha e a empatia durante seis anos e colher centenas de depoimentos, a autora chegou à conclusão de que compreender e combater a vergonha de errar e de se expor é fundamental para o sucesso. Ninguém consegue se destacar se ficar o tempo todo com medo do que os outros podem pensar.

Mostrar-se vulnerável pode parecer uma atitude subversiva, mas ter a coragem de ousar e nos mostrar como somos de verdade é a única forma de aproveitar todas as oportunidades que a vida tem a oferecer.

Muitas vidas, muitos mestres

BRIAN WEISS

Com mais de dois milhões de livros vendidos no mundo, 500 mil só no Brasil, *Muitas vidas, muitos mestres* se tornou um marco ao contar uma história real que mais parece ficção: um médico de renome coloca sua carreira em jogo ao se ver diante de evidências da reencarnação.

Psiquiatra e pesquisador consagrado, o Dr. Brian Weiss viu suas crenças e sua carreira virarem pelo avesso ao tratar de Catherine, uma paciente com fobias e crises de ansiedade. Durante uma sessão de hipnose, ela falou de traumas sofridos em vidas passadas que pareciam ser a origem de seus problemas.

Cético, o Dr. Weiss não acreditou no que estava presenciando até que Catherine começou a narrar fatos da vida dele que ela jamais poderia conhecer e a transmitir mensagens de espíritos altamente desenvolvidos – os Mestres – sobre a vida e a morte.

Transformado por essa experiência, ele surpreendeu a comunidade científica ao publicar este livro demonstrando o potencial curativo da terapia de vidas passadas.

Para muitos, a maior contribuição de *Muitas vidas, muitos mestres* foi apresentar os princípios da reencarnação a milhões de pessoas que, por falta de oportunidade ou por preconceito, nunca teriam acesso a esta rica e transformadora filosofia espiritual.

Emocionante e inspirador, este livro já ajudou pessoas de todo o mundo a superar a dor de suas perdas e a adquirir uma nova compreensão da vida e da morte.

CONHEÇA OS CLÁSSICOS DA EDITORA SEXTANTE

1.000 lugares para conhecer antes de morrer, de Patricia Schultz
A História – A Bíblia contada como uma só história do começo ao fim, de The Zondervan Corporation

Conversando com os espíritos e Espíritos entre nós, de James Van Praagh

Desvendando os segredos da linguagem corporal e Por que os homens fazem sexo e as mulheres fazem amor?, de Allan e Barbara Pease

Enquanto o amor não vem, de Iyanla Vanzant

Faça o que tem de ser feito, de Bob Nelson

Fora de série – Outliers, de Malcolm Gladwell

Jesus, o maior psicólogo que já existiu, de Mark W. Baker

Mantenha o seu cérebro vivo, de Laurence Katz e Manning Rubin

Mil dias em Veneza, de Marlena de Blasi

Muitas vidas, muitos mestres, de Brian Weiss

Não tenha medo de ser chefe, de Bruce Tulgan

Nunca desista de seus sonhos e Pais brilhantes, professores fascinantes, de Augusto Cury

O monge e o executivo, de James C. Hunter

O poder do Agora, de Eckhart Tolle

O que toda mulher inteligente deve saber, de Steven Carter e Julia Sokol

Os segredos da mente milionária, de T. Harv Eker

Salomão, o homem mais rico que já existiu, de Steven K. Scott

Transformando suor em ouro, de Bernardinho

INFORMAÇÕES SOBRE A SEXTANTE

Para saber mais sobre os títulos e autores
da EDITORA SEXTANTE,

visite o site www.sextante.com.br

e curta as nossas redes sociais.

Além de informações sobre os próximos lançamentos,
você terá acesso a conteúdos exclusivos
e poderá participar de promoções e sorteios.



www.sextante.com.br



facebook.com/esextante



twitter.com/sextante



instagram.com/editorasextante



skoob.com.br/sextante

Se quiser receber informações por e-mail,
basta se cadastrar diretamente no nosso site
ou enviar uma mensagem para

atendimento@sextante.com.br

Editora Sextante

Rua Voluntários da Pátria, 45 / 1.404 – Botafogo

Rio de Janeiro – RJ – 22270-000 – Brasil

Telefone: (21) 2538-4100 – Fax: (21) 2286-9244

E-mail: atendimento@sextante.com.br

SUMÁRIO

[Prefácio de Abraham Verghese](#)

[Prólogo](#)

[Parte I: Em perfeita saúde eu começo](#)

[Parte II: Não parar até morrer](#)

[Epílogo de Lucy Kalanithi](#)

[Agradecimentos](#)

Table of Contents

[Créditos](#)

[Prefácio de Abraham Verghese](#)

[Prólogo](#)

[Parte I: Em perfeita saúde eu começo](#)

[Parte II: Não parar até morrer](#)

[Epílogo de Lucy Kalanithi](#)

[Agradecimentos](#)

[Sobre os autores](#)

[Conheça outros títulos da Editora Sextante](#)

[Conheça os clássicos da Editora Sextante](#)

[Informações sobre a Sextante](#)