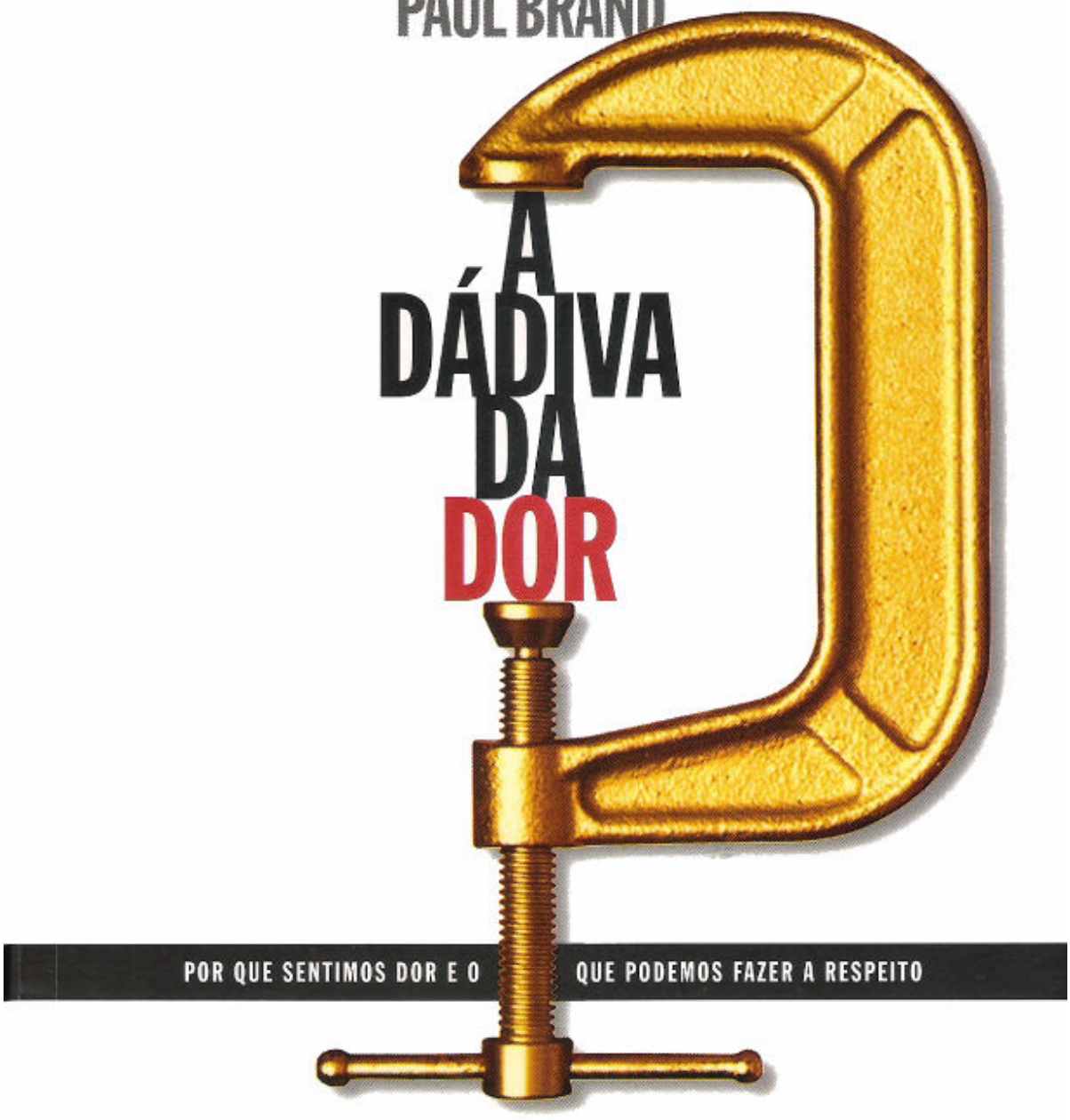
PHILIP YANCEY

PAUL BRAND

A DÁDIVA DA DOR



POR QUE SENTIMOS DOR E O QUE PODEMOS FAZER A RESPEITO



Traduzido por
NEYD SIQUEIRA

Editora Mundo Cristão
São Paulo

A DÁDIVA DA DOR

CATEGORIA: ESPIRITUALIDADE / INSPIRAÇÃO

Copyright © 1993 por Paul Brand e Philip Yancey
Publicado originalmente por Zondervan Publishing House, Grand Rapids, Michigan, EUA
Todos os direitos reservados

Titulo original: The gift of pain
Coordenação editorial: Silvia Justino
Colaboração: Rodolfo Ortiz
Preparação de texto: Renato Potenza
Revisão: Geuid Jardim
Capa: Douglas Lucas
Supervisão de produção: Lilian Melo

Os textos das referências bíblicas foram extraídos da versão Almeida Revista e Atualizada, 2ª ed. (Sociedade Bíblica do Brasil), salvo indicação específica.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Yancey, Philip
A dádiva da dor: por que sentimos dor e o que podemos fazer a respeito / Philip Yancey, Paul Brand; traduzido por Neyd Siqueira. - São Paulo: Mundo Cristão, 2005.
Título original: The gift of pain.
Bibliografia
ISBN 85-7325-402-5
1. Cirurgiões - Estados Unidos - Biografia 2. Cirurgiões - Grã-Bretanha — Biografia 3. Cirurgiões — Índia — Biografia 4. Dor 5. Hanseníase 6. Sofrimento I. Brand, Paul W.. II. Título.
05-1945 CDD-610.92

Índice para catalogo sistemático:
1. Médicos: Biografia e obra 610.92

Publicado no Brasil com a devida autorização e com todos os direitos reservados pela:
Associação Religiosa Editora Mundo Cristão
Rua Antônio Carlos Tacconi, *79* — CEP 04810-020 — São Paulo — SP — Brasil
Telefone: (11) 5668-1700 — Home page: www.mundocristao.com.br

Editora associada a;
- Associação Brasileira de Editores Cristãos
- Câmara Brasileira do Livro
- Evangelical Christian Publishers Association

A 1ª edição foi publicada em julho de 2005, com uma tiragem de 5.000 exemplares.

Impresso no Brasil
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 05 06 07 08 09 10 11 12

Sumário

Prefácio 5
PARTE 1 – MINHA CARREIRA NA MEDICINA 7
1 Pesadelos da ausência de dor 7
2 Montanhas da morte 13
3 Despertamentos 21
4 O esconderijo da dor 30
5 A dor dos mentores 40
6 Medicina ao estilo indiano 48
PARTE 2 – UMA CARREIRA NO SOFRIMENTO 56
7 Desvio em Chingleput 56
8 Afrouxando as garras 66
9 Caçada policial 75
10 Mudança de faces 86
11 Ao público 95
12 Ao pântano 103
13 Amado inimigo 114
PARTE 3 -: APRENDENDO A FAZER AMIZADE COM A DOR 125
14 Na mente 125
15 Tecendo o pára-quedas 135
16 Gerenciando a dor 147
17 Intensificadores da dor 159
18 Prazer e dor 176
Agradecimentos 188
Bibliografia 190

Prefácio

Sempre que deixo minha mente divagar e me pergunto quem eu gostaria de ter sido se não tivesse nascido C. Everett Koop, a pessoa que me vem à mente com maior frequência é Paul Brand. Eu conhecera fragmentos da história da sua vida durante anos. Tinha tido oportunidade de ouvi-lo falar em várias ocasiões e fiquei fascinado com sua abordagem direta e seus modos amáveis. Depois disso, quando entrei para o Serviço de Saúde Pública, em 1981, como cirurgião-chefe, descobri que, em certo sentido, ele trabalhara para mim.

Paul Brand dirigia então parte da pesquisa para o departamento de hanseníase mais antigo dos Estados Unidos, o Centro de Hanseníase Gillis H. Long, em Carville, Louisiana. Nesse lugar, passei a ter bastante contato com ele, observei seu trabalho no laboratório, assisti às suas interações com os pacientes e notei o relacionamento forte e sincero desenvolvido entre Paul Brand e seus alunos, jovens e velhos, capazes e incapazes. Durante o meu tempo de observação, ele justificou os enormes gastos com a pesquisa da lepra, uma moléstia que afeta poucos nos Estados Unidos, demonstrando a aplicabilidade dessa pesquisa em pacientes com diabetes, que afeta 25 milhões de norte-americanos.

Como era interessante ver Paul Brand em ação! Humilde quando poderia ser arrogante, bondoso acima e além da necessidade domomento, amável no que poderia parecer um excesso desnecessário; e, finalmente, competente, com C maiúsculo.Logo depois de ter assumido meu posto de cirurgião-chefe,minha esposa Betty teve uma junta da mão direita substituída por um maravilhoso dispositivo de *teflon.* A cirurgia foi excelente, mas devido à falta de atenção aos detalhes pouco glamorosos, porém essenciais dos cuidados pós-operatórios, sua mão direita ficou praticamente incapacitada. Betty lamentou a perda da mão por algum tempo, mas depois passou a lidar bem com uma mão funcional que pode se curvar, embora não seja capaz de estender os dedos.

Paul Brand é um dos melhores cirurgiões de mãos do mundo, então levei Betty a um encontro do Serviço de Saúde Pública em Phoenix, Arizona, onde eu sabia que Paul faria parte do programa. Perguntei-lhe se poderia atendê-la para uma consulta e ele imediatamente concordou de boa vontade. Ao observar sua interação com minha esposa e a mão dela, tudo que ouvira e soubera a respeito de Paul Brand foi comprovado. Sua humildade evidenciou-se desde o início. Sua gentileza era incrível. Sua bondade ao avaliar a condição dela e as recomendações que lhe fez foram suficientes para compensar as más notícias que teve de dar. E, claro, a competência sublinhou todo o seu procedimento.

Eu lecionava a estudantes de medicina: — Quando examinar um abdome, observe o rosto do paciente, e não a barriga. O que mais me impressionou foi o fato de que Paul Brand, sabendo onde a dor poderia manifestar-se, manteve os olhos treinados no rosto de Betty. Desculpou-se previamente no caso de machucá-la. Nunca menosprezou seu desconforto, mas transmitiu um tipo de filosofia sobre a dor que a colocou num plano diferente.

Repito esse episódio como uma introdução adequada para este livro porque ele, embora transmita a história de uma vida fascinante, trata principalmente da crescente compreensão do sofrimento por parte do homem — seu propósito, origens e alívio. Como cirurgião, erudito, investigador e filósofo dotado de raro discernimento, Paul Brand viveu e trabalhou entre os ceifados pela dor. Suas experiências extraordinárias possuem uma forte unidade temática que lhe permite apresentar uma perspectiva deveras surpreendente sobre o sofrimento. Antes que você pense que isso poderia significar uma leitura monótona, este livro contém um maravilhoso auxílio para cada um de nós porque Paul Brand abre a janela para uma nova maneira de considerar o sofrimento, e isso se traduz em algo valioso para você e para mim.

Paul Brand oferece uma oportunidade de enxergarmos o sofrimento não como um inimigo, e sim como um amigo. Sei muito sobre o sofrimento — lidei com ele durante toda a minha vida profissional —, todavia, obtive uma compreensão mais profunda dele através deste volume. Se eu fosse vítima de um sofrimento crônico, provavelmente consideraria o conhecimento obtido aqui como uma dádiva divina.

Certa vez, dei a Paul Brand a Medalha de Cirurgião-Chefe, a mais alta honra que um cirurgião-chefe pode

conceder a um civil. Depois de terminar este livro, eu repetiria o gesto, se pudesse. Minha estima por Paul Brand é maior do que nunca.

C. EVERETT KOOP, M.D., Sc.D.

PARTE 1 – MINHA CARREIRA NA MEDICINA

Quem ri das cicatrizes nunca foi ferido.
SHAKESPEARE, *ROMEU E JULIETA*

1 Pesadelos da ausência de dor

Tânia era uma paciente de quatro anos, olhos negros e vivos, cabelos encaracolados e um sorriso brejeiro. Eu a examinei no hospital nacional de lepra em Carville, Louisiana, onde a mãe a levara para um exame. Uma nuvem de tensão pairava no ar entre a menininha e a mãe, mas notei que Tânia parecia misteriosamente corajosa. Sentada na beira da mesa acolchoada, observava impassível enquanto eu removia de seus pés bandagens sujas de sangue.

Ao examinar o tornozelo esquerdo inchado, descobri que o pé girava livremente, sinal de um tornozelo completamente deslocado. Estremeci com o movimento pouco natural, mas Tânia não se abalou. Continuei a remover as faixas.

— Você tem certeza de que quer que essas feridas sarem, mocinha? — perguntei, tentando aliviar a atmosfera na sala. — Poderia voltar a usar sapatos.

Tânia riu e achei estranho que ela não tivesse se encolhido ou choramingado quando retirei os curativos junto à pele. A menina olhou ao redor da sala com um ar de leve aborrecimento.

Quando removi a última bandagem, encontrei feridas muito inflamadas na sola dos dois pés. Toquei de leve os ferimentos com uma sonda, olhando o rosto de Tânia para ver se mostrava alguma reação. Nenhuma. A sonda penetrou facilmente no tecido macio, necrosado, e pude até vislumbrar a brancura do osso. Mesmo assim não houve qualquer reação de Tânia.

Enquanto pensava nos ferimentos da garotinha, a mãe contou-me a história dela:

— Tânia parecia bem quando pequena. Uma menina um tanto ativa, mas perfeitamente normal. Jamais esquecerei a primeira vez em que percebi que ela tinha um problema sério. Tânia estava com 17 ou 18 meses. Eu geralmente a mantinha no mesmo aposento comigo, mas naquele dia a deixei sozinha no cercadinho enquanto fui atender ao telefone. Ela permaneceu quieta e decidi então preparar o jantar. Eu podia ouvi-la rindo e cantarolando. Sorri imaginando qual seria a nova travessura que tinha arranjado. Alguns minutos depois entrei no quarto de Tânia e encontrei-a sentada no chão do cercadinho, pintando espirais vermelhas no lençol branco. Não entendi a situação no momento, mas quando me aproximei tive de gritar. Foi horrível. A ponta do dedo de Tânia estava machucada e sangrando e ela usava o seu próprio sangue para fazer aqueles desenhos no lençol. Gritei: "Tânia, o que aconteceu?". Ela riu para mim e foi então que vi as manchas de sangue em seus dentes. Ela mordera a ponta do dedo e estava brincando com o sangue.

Nos meses que se seguiram, a mãe de Tânia contou-me que ela e o marido tentaram em vão convencer a filha de que os dedos não eram para ser mordidos. A criança ria das surras e outras ameaças físicas e de fato parecia imune a qualquer castigo. Para conseguir o que queria, bastava levantar o dedo até a boca e fazer de conta que ia mordê-lo. Os pais capitulavam na mesma hora. O horror dos pais transformou-se em desespero à medida que feridas misteriosas apareciam em um após outro dedo de Tânia.

A mãe da menina repetiu esta história numa voz monótona, impassível, como se estivesse resignada ao destino

perverso de criar uma criança sem instintos de autopreservação. Para complicar as coisas, ela estava agora sozinha. Depois de um ano tentando lidar com Tânia, o marido abandonou a família:

— Se você insiste em manter Tânia em casa, eu então desisto,— anunciou ele. — Nós geramos um monstro.

Tânia certamente não parecia um monstro. Apesar das feridas nos pés e dos dedos encurtados, aparentava ser uma criança sadia de quatro anos. Perguntei sobre os machucados nos pés.

— Começaram quando ela aprendeu a andar — respondeu a mãe. — Ela pisava num prego ou tachinha e não se preocupava em tirá-lo. Agora verifico os pés dela no fim de cada dia e muitas vezes descubro um novo machucado ou ferida aberta. Quando torce o tornozelo, ela não manca e então acaba torcendo-o várias vezes. Um ortopedista especializado me informou que ela está com a junta permanentemente danificada. Se enfaixamos seus pés para protegê-la, algumas vezes, numa crise de raiva, ela arranca as bandagens.Certa vez rasgou uma atadura de gesso com as próprias mãos.

A mãe de Tânia me procurou por recomendação do ortopedista.

— Ouvi falar que seus pacientes de lepra têm problemas nos pés desse tipo — disse ela. — Será que minha filha tem lepra? Pode curar as mãos e os pés dela? Ela mostrava a expressão desesperançada, melancólica que eu vira com frequência nos pais de pacientes jovens, uma expressão que toca o coração de um médico.Sentei-me e procurei explicar gentilmente a condição de Tânia.

Eu felizmente podia oferecer um pouco de esperança e consolo. Faria novos testes, mas, ao que tudo indicava, Tânia sofria de um defeito genético raro conhecido informalmente como "indiferença congênita à dor". Ela era saudável em todos os aspectos, menos um: não sentia dor. Os nervos em suas mãos e pés transmitiam mensagens sobre mudanças de pressão e temperatura — ela sentia uma espécie de formigamento quando se queimava ou mordia um dedo — mas essas coisas não sugeriam algo desagradável. Faltava a Tânia qualquer imagem da dor formada por síntese mental.

Ela até gostava das sensações de formigamento, especialmente quando produziam reações tão dramáticas nos outros.

— Podemos curar essas fendas — eu disse —, mas Tânia não tem um sistema de alarme inato para defendê-la de novos episódios. Nada irá melhorar até que Tânia compreenda o problema e comece a proteger-se conscientemente.

Sete anos depois recebi um telefonema da mãe de Tânia. A menina, agora com onze anos, estava vivendo uma existência patética numa instituição. Ela tivera de amputar as duas pernas, por recusar-se a usar sapatos adequados ou mudar o peso de uma perna para a outra quando estava de pé (por não sentir qualquer desconforto), colocara pressão intolerável sobre as juntas. Perdera também a maioria dos dedos. Seus cotovelos se deslocavam constantemente. Sofria os efeitos da infecção crônica por causa das feridas nas mãos e nos tocos amputados. Sua língua estava dilacerada e cheia de cicatrizes devido ao seu hábito nervoso de mastigá-la.

Um monstro, o pai a chamara. Tânia não era um monstro, apenas um exemplo extremo — na verdade uma metáfora humana — da vida *sem* dor.

SEM AVISO

O problema específico de Tânia ocorre raramente, mas condições como lepra, diabetes, alcoolismo, esclerose múltipla, distúrbios nervosos e danos à coluna espinhal podem também resultar num estado de insensibilidade à dor estranhamente perigoso. De modo irônico, enquanto a maioria de nós procura farmacêuticos e médicos em busca de alívio para a dor, essas pessoas vivem em constante perigo pela *ausência* dela.

Aprendi sobre a ausência da dor quando trabalhava com a lepra, uma doença que aflige mais de doze milhões de pessoas em todo o mundo. A lepra há muito provoca um *medo* que chega às raias da histeria, principalmente por

causa das terríveis deformações que pode provocar se não for tratada. O nariz dos pacientes leprosos encolhe, as orelhas incham, e com o passar do tempo eles perdemos dedos e juntas, a seguir as mãos e os pés. Muitos também chegam a ficar cegos.

Depois de trabalhar algum tempo com pacientes na Índia, comecei a questionar a suposição clínica de que a lepra causava diretamente essa desfiguração. A carne dos pacientes simplesmente apodrecia? Ou seus problemas, como os de Tânia, podiam ser remetidos à causa subjacente da insensibilidade à dor? Os pacientes de lepra talvez estivessem destruindo a si próprios sem saber, pela simples razão de lhes faltar igualmente um sistema que os avisasse do perigo. Ainda pesquisando esta teoria, visitei um grande leprosário na Nova Guiné, onde observei duas cenas terríveis que nuncamais esqueci.

Uma mulher num povoado próximo ao leprosário estava assando batatas num braseiro de carvão. Ela espetou uma batata com uma vareta afiada e a colocou sobre o fogo, girando lentamente a vareta entre os dedos como se fosse um espeto de churrasco. A batata caiu do espeto e fiquei observando enquanto ela tentava espetá-la sem conseguir, cada estocada fazendo a batata afundar mais nas brasas. A mulher finalmente encolheu os ombros e olhou para um velho agachado a poucos passos dali. Ao ver o gesto, evidentemente sabendo o que era esperado dele, o homem arrastou-se até o fogo, enfiou a mão nas brasas, afastando os carvões ardentes

Como cirurgião especializado em mãos humanas, fiquei estarrecido. Tudo acontecera depressa demais para que pudesse interferir, mas fui examinar imediatamente as mãos do velho. Ele não tinha mais dedos, só tocos retorcidos cobertos de chagas supuradas e cicatrizes de antigos ferimentos. Aquela não era certamente a primeira vez que enfiara a mão no fogo. Aconselhei-o sobre a necessidade de cuidar de suas mãos, mas sua reação apática deu-me pouca confiança em que ouvira o que eu disse.

Alguns dias depois, conduzi uma clínica de grupo num lepro-sário vizinho. Minha visita fora anunciada com antecedência, e na hora marcada o administrador tocou uma campainha para chamar os pacientes. Fiquei com o resto do pessoal num pátio aberto, e no momento em que a campainha tocou, uma multidão de pessoas surgiu das cabanas individuais e das enfermarias em forma de barracas, vindo em nossa direção.

Um paciente jovem e animado chamou a minha atenção enquanto atravessava de muletas e com dificuldade o pátio, mantendo a perna esquerda enfaixada longe do chão. Embora fizesse o máximo para desajeitadamente apressar-se, os pacientes mais ágeis logo o deixaram para trás. Enquanto eu observava, o rapaz colocou as muletas debaixo do braço e começou a correr com os dois pés, um tanto inclinado e acenando violentamente para chamar a nossa atenção. Ele chegou ofegante quase na frente dos demais, e apoiou-se nas muletas com um sorriso de triunfo no rosto.

Pelo andar dele pude ver, no entanto, que algo estava muito errado. Andando em sua direção, percebi que as ataduras estavam ensopadas de sangue e seu pé esquerdo balançava livremente de um lado para outro. Ao forçar um tornozelo já deslocado na corrida, ele pusera peso demais sobre o osso da perna e a pele arrebentara. Ele estava andando sobre a parte final da tíbia e com cada passo o osso nu tocava o solo. Os enfermeiros o repreenderam severamente, mas ele parecia orgulhoso de si mesmo por ter corrido tão depressa. Ajoelhei-me diante dele e descobri que pedrinhas e gravetos haviam penetrado até a cavidade óssea, o tutano, a medula do osso. Não tive escolha senão amputar a perna abaixo do joelho.

Essas duas cenas me perseguiram por muito tempo. Quando fecho os olhos, ainda posso ver as duas expressões faciais, a indiferença cansada do velho que tirou a batata do fogo, a alegria efervescente do jovem que correu pelo pátio. Eventualmente, um perdeu a mão, o outro a perna; eles tinham em comum uma despreocupação absoluta com a autodestruição.

VISLUMBRE ASSUSTADOR

Sempre me considerei uma pessoa que cuidava de pacientes que não sentiam dor, nunca como alguém condenado a viver nessa condição. Até 1953. No final de um programa de estudos patrocinado pela Fundação Rockefeller, passei uns dias em Nova York aguardando o transatlântico *Île de France* para voltar à Inglaterra. Registrei-me

num albergue barato para estudantes e preparei-me para um discurso que deveria fazer, no dia seguinte, na American Leprosy Mission. Quatro meses de viagem tinham cobrado o seu dividendo. Sentia-me cansado, desorientado e um tanto febril. Dormi mal naquela noite e levantei-me no dia seguinte pouco melhor. Com grande força de vontade consegui manter meu compromisso e lutei com o discurso, entre ondas de náusea e vertigem.

Na volta de metrô ao albergue naquela tarde, devo ter desmaiado. Quando voltei a mim, encotrei-me deitado no chão do trem balouçante. Os outros passageiros olhavam deliberadamente para o outro lado e ninguém ofereceu ajuda. Eles provavelmente supuseram que eu estava embriagado.

De alguma forma, desci na estação certa e me arrastei até o albergue. Compreendi que devia chamar um médico, mas o meu quarto barato não tinha telefone. Àquela altura, queimando de febre, caí no leito, onde fiquei durante aquela noite e o dia seguinte. Acordei várias vezes, olhando para o ambiente estranho, fazia um esforço para levantar-me e depois afundava outra vez na cama. No fim do dia chamei o porteiro e pedi que comprasse suco de laranja, leite e aspirina para mim.

Não deixei aquele quarto durante seis dias. O amável porteiro ia ver-me diariamente e reabastecia meus suprimentos, mas não vi outro ser humano. Minha consciência ia e voltava. Sonhei que montava um búfalo na Índia e andava de pernas de pau em Londres. Algumas vezes sonhei com minha esposa e filhos; outras vezes duvidava de que tivesse uma família. Não tinha a presença de mente e até a capacidade física de descer as escadas e telefonar pedindo ajuda ou cancelar meus compromissos. Fiquei deitado o dia inteiro num quarto que, com as persianas bem fechadas, era escuro como um túmulo.

No sexto dia minha porta abriu-se e na luz cegante que entrou pude ver uma figura familiar: o dr. Eugene Kellersberger, da American Leprosy Mission. Ele estava sorrindo e segurava, em cada braço, um pacote cheio de suprimentos. Naquele momento o dr. Kellersberger pareceu-me um anjo enviado do céu.

— Como o senhor me encontrou? — perguntei debilmente.O dr. Kellersberger disse que eu parecia doente na tarde em que falei na missão. Alguns dias depois telefonou para um cirurgião que ele sabia que deveria encontrar-se comigo e soube que eu faltara ao compromisso. Preocupado, procurou nas *Páginas amarelas* de Manhattan e telefonou para cada albergue listado até encontrar um que reconheceu a sua descrição.

— Brand, sim, temos um Brand aqui — a telefonista confirmou. — Um homem estranho, fica no quarto o dia inteiro e se alimenta de suco de laranja, leite e aspirina.

Depois de determinar que eu estava sofrendo apenas uma grave crise de gripe, Kellersberger forçou-me a comer mais e cuidou de mim durante os meus últimos dias nos Estados Unidos. Embora ainda fraco e inseguro, decidi manter meu embarque no *Île de France.*

Apesar de ter descansado na viagem, quando chegamos a Southampton sete dias depois, descobri que mal podia carregar a bagagem. Ficava suado a cada esforço. Paguei um carregador, subi no trem para Londres e me acomodei junto à janela num compartimento lotado. Nada do outro lado do vidro absolutamente me interessava. Só queria ver o fim daquela viagem interminável. Cheguei à casa de minha tia física e emocionalmente esgotado.

Assim começou a noite mais sombria de toda a minha vida. Tirei os sapatos para deitar-me e ao fazer isso uma terrível percepção me atingiu com a força de uma granada. *Não sentia a metade do pé.* Afundei numa cadeira com a mente girando em círculos. Talvez fosse uma ilusão. Fechei os olhos e comprimi o calcanhar contra a ponta de uma caneta. Nada. Nenhuma sensação de toque na área ao redor do calcanhar.

Um medo incrível, pior do que qualquer náusea, tomou conta do meu estômago. Teria finalmente acontecido? Todos que trabalham com a lepra reconhecem a insensibilidade à dor como um dos primeiros sintomas da moléstia. Teria eu dado o infeliz salto de médico de leprosos para paciente de lepra? Fiquei de pé rigidamente e mudei o peso de um lado para outro em meu pé insensível. Procurei depois na mala uma agulha de costura e sentei-me outra vez. Espetei uma pequena extensão de pele abaixo do tornozelo. Nenhuma dor. Enfiei a agulha mais fundo, procurando um reflexo, mas não havia nenhum. Uma mancha de sangue escuro escorreu do orifício que eu acabara de fazer. Enterrei o rosto nas mãos e estremeci, ansiando por uma dor que não vinha.

Suponho que sempre temera esse momento. Nos primeiros dias em que trabalhei com pacientes de lepra, tomava um banho cada vez que verificava visualmente possíveis manchas na pele. A maioria dos que trabalhavam com a hanseníase fazia isso, apesar das poucas probabilidades de contágio.

Uma batida na porta interrompeu meu devaneio e me assustou:

— Tudo bem aí, Paul? — perguntou minha tia. — Quer um pouco de chá quente?

Respondi instintivamente como meus pacientes de lepra costumavam responder no início do diagnóstico:

— Oh, tudo bem — falei com uma voz deliberadamente alegre. — Só preciso de descanso. A viagem foi longa.

Mas o descanso não chegou naquela noite. Fiquei na cama completamente vestido, exceto pelos sapatos e meias, transpirando e respirando com dificuldade.

A partir daquela noite meu mundo ia mudar. Eu *fizera* uma cruzada para combater o preconceito contra os pacientes de lepra. Zombara da possibilidade de contágio, garantindo a minha equipe que corriam pouco perigo. Agora, a história da minha infecção iria correr pelas fileiras dos que trabalhavam com leprosos. Que consequência isso traria ao nosso trabalho?

O que isso representaria para a minha vida? Eu fora à Índia acreditando que serviria a Deus ajudando a aliviar o sofrimento dos leprosos. Deveria permanecer agora na Inglaterra e ocultar-me, para não criar uma reação? Teria de separar-me de minha família, é claro, uma vez que as crianças eram extraordinariamente sensíveis à infecção. Como eu havia loquazmente insistido com os pacientes para que desafiassem o estigma e forjassem uma nova vida para si! Bem-vindo à sociedade dos amaldiçoados.

Eu sabia muito bem o que esperar. Meus arquivos no escritório estavam cheios de diagramas mostrando a marcha gradual do corpo para a insensibilidade. Os prazeres ordinários da vida desapareceriam. Agradar um cão, correr a mão pela seda fina, segurar uma criança — em breve todas as sensações pareceriam iguais: mortas.

A parte racional da minha mente continuava interferindo para acalmar os medos, lembrando-me de que as sulfonas iriam provavelmente deter o mal. Eu já perdera, porém, o nervo que supria partes do meu pé. Quem sabe os das mãos seriam os próximos. As mãos eram o elemento essencial da minha profissão. Não poderia usar um bisturi se sofresse qualquer perda das sensações sutis das pontas dos dedos. Minha carreira como cirurgião em breve terminaria. Eu já estava aceitando a lepra como um fato da vida, da *minha* vida.

A madrugada chegou afinal e levantei-me, inquieto e desesperado. Olhei no espelho o meu rosto com a barba por fazer, procurando sinais da doença no nariz e no lóbulo da orelha. Durante a noite o clínico em mim predominara. Não deveria entrar em pânico. Uma vez que eu sabia mais sobre a doença do que o médico comum em Londres, cabia-me determinar um curso de tratamento. Primeiro, deveria rnapear a região afetada pela insensibilidade, a fim de ter uma idéia do quanto o mal avançara. Sentei-me, respirei fundo, afundei a ponta da agulha de costura em meu calcanhar — e gritei.

Jamais experimentara uma sensação tão deliciosa como aquele golpe vivo, elétrico de dor. Ri alto com a minha tolice. É claro! Agora tudo fazia sentido. Enquanto ficara encolhido no trem, com o meu corpo fraco demais para o movimento usual de inquietude que redistribui o peso e a pressão, eu cortara o suprimento de sangue para o ramo principal do nervo ciático em minha perna, causando uma insensibilidade temporária. Temporária! Durante a noite o nervo se renovara e estava agora fielmente enviando mensagens de dor, toque, frio e calor. Não havia lepra, apenas um viajante cansado, que a doença e a fadiga tornaram neurótico.

Aquela única noite de insônia tornou-se para mim um momento decisivo. Eu só tivera um vislumbre fugaz da vida sem a sensação de toque e de dor, todavia aquele relance foi suficiente para fazer com que eu me sentisse assustado e sozinho. Meu pé dormente parecera um apêndice enxertado em meu corpo. Quando coloquei peso nele, não senti absolutamente nada. Jamais esquecerei a desolação daquela sensação parecida com a da morte.

O oposto aconteceu na manhã seguinte quando aprendi com sobressalto que meu pé voltara à vida. Eu havia cruzado um abismo de volta à vida normal. Sussurrei uma oração, *Grato, Deus, pela dor!,* que repeti de alguma forma centenas de vezes depois disso. Para algumas pessoas essa oração pode parecer estranha, até contraditória ou masoquista. Ela me veio à mente num impulso reflexivo de gratidão. Pela primeira vez compreendi como as vítimas da lepra podiam olhar com inveja aqueles de nós que sentem dor.

Voltei para a Índia com um compromisso renovado de lutar contra a lepra e ajudar meus pacientes a compensarem aquilo que haviam perdido. Tornei-me, com efeito, um lobista profissional em prol da dor.

OS TERÇOS DISCORDANTES

Minha vida profissional girou ao redor do tema da dor, e por viver em diferentes culturas, observei de perto diversas atitudes com relação a ela. Minha vida, em linhas gerais, se divide em terços — 27 anos na Índia, 25 na Inglaterra e mais de 27 nos Estados Unidos — em cada sociedade aprendi alguma coisa nova sobre a dor.

Fiz minha residência médica em Londres nos dias e noites mais aflitivos sob os bombardeios, em que a Força Aérea Alemã transformava em ruínas uma cidade orgulhosa. As dificuldades físicas eram uma companheira constante, o ponto alto de quase todas as conversas e manchetes de primeira página. Todavia, nunca vivi entre pessoas tão animadas; li há pouco tempo que sessenta por cento dos londrinos que sobreviveram aos bombardeios lembram-se daquele período como o mais feliz de suas vidas.

Depois da guerra mudei-me para a Índia, no momento em que a separação estava despedaçando o país. Naquela terra de pobreza e sofrimento onipresente aprendi que a dor pode ser suportada com dignidade e calma aceitação. Foi também ali que comecei a tratar de pacientes de lepra, párias sociais cuja tragédia é gerada pela ausência da dor física.

Mais tarde, nos Estados Unidos, uma nação cuja guerra pela independência foi travada em parte para garantir o direito da "busca da felicidade", encontrei uma sociedade que procura evitar a dor a todo custo. Os pacientes viviam em um nível de conforto maior do que os que eu havia previamente tratado, mas pareciam muito menos preparados para lidar com o sofrimento e muito mais traumatizados por ele. O alívio da dor nos Estados Unidos sustenta hoje uma indústria que movimenta 63 bilhões de dólares por ano, e os comerciais de televisão anunciam remédios cada vez melhores e mais rápidos para curar a dor. Um *slogan* afirma objetivamente: "Não tenho tempo para a dor".

Cada um desses grupos de pessoas — londrinos que sofreram alegremente por uma causa, indianos que esperavam o sofrimento e aprenderam a não temê-lo e americanos que sofreram menos dor, mas que a temiam mais — me ajudou a formar minha perspectiva desse fato misterioso da existência humana. A maioria de *nós* irá um dia enfrentar uma dor severa. Estou convencido de que a atitude que cultivarmos antecipadamente pode muito bem determinar como o sofrimento irá afetar-nos quando realmente vier. Este livro é fruto dessa convicção

Meus pensamentos sobre a dor se desenvolveram ao longo dos anos, enquanto trabalhava com pessoas que sofriam por sua causa e com as que sofriam pela sua falta. Escolhi a forma de diário, com todos os seus altos e baixos e desvios, por ter sido assim que aprendi sobre a dor: não sistematicamente, mas sim empiricamente. A dor não é uma abstração — nenhuma outra sensação é mais pessoal, ou mais importante. As cenas que vou relatar do começo de minha vida, ao acaso, aparentemente desligadas como todas as lembranças antigas, contribuíram eventualmente para uma perspectiva completamente nova.

Admito prontamente que meus anos de trabalho entre pessoas privadas da sensação de dor me deram uma perspectiva assimétrica. Considero agora a dor como um dos aspectos mais notáveis do corpo humano, e se pudesse escolher um presente para os meus pacientes leprosos, seria a dádiva da dor. (De fato, uma equipe de cientistas que dirigi gastou mais de um milhão de dólares na tentativa de inventar um sistema de dor artificial. Abandonamos o projeto quando tornou-se perfeitamente claro que não poderíamos de forma alguma duplicar o sistema sofisticado de engenharia que protege o ser humano saudável.)

Poucas experiências em minha vida são mais universais do que a dor, a qual corre como lava por baixo da crosta da vida diária.

Conheço bem a atitude típica em relação à dor, especialmente nas sociedades ocidentais. J. K. Huysmans a chama de "a inútil, injusta, incompreensível, inepta abominação que é a dor física". O neurologista Russel Martin acrescenta: "A dor é ávida, rude, odiosamente debilitante. E cruel, calamitosa e muitas vezes constante; e, como sua raiz latina *poena* indica, é o castigo corporal que cada um de nós finalmente sofre por estar vivo".

Ouvi queixas semelhantes dos pacientes. Os meus próprios encontros com a dor, e também com a falta dela, produziram em mim uma atitude de espanto e apreciação. Não desejo e não posso sequer imaginar uma vida sem dor. Por essa razão, aceito o desafio de tentar devolver o equilíbrio no que se refere aos nossos sentimentos em relação à dor.

Para o bem e para o mal, a espécie humana tem entre os seus privilégios a preeminência da dor. Temos a capacidade única de sair de nós mesmos e auto-refletir, lendo um livro sobre a dor, por exemplo, ou recapitulando a lembrança de um episódio terrível. Algumas dores — a dor do luto ou de um trauma emocional — não envolvem nenhum tipo de estímulo físico. São estados de espírito, forjados pela alquimia do cérebro. Essas proezas conscientes permitem que o sofrimento perdure na mente por um tempo maior, mesmo que a necessidade que o corpo tem desse sofrimento já tenha passado. Todavia, eles também nos oferecem o potencial para atingir uma perspectiva que irá mudar o próprio panorama da experiência da dor. Podemos aprender a lidar com ela e até a triunfar.

A doença é o médico que mais ouvimos: para a bondade e oconhecimento só fazemos promessas à dor obedecemos.
MARCELPROUST

2 Montanhas da morte

Aos oito anos de idade, quando voltava para casa com minha família, depois de uma viagem a Madras, olhei pela janela do trem para o cenário da Índia rural. Para mim, a vida nos povoados parecia exótica e cheia de aventuras. Crianças nuas brincavam nos canais de irrigação, espirrando água umas nas outras. Seus pais, homens sem camisa, com roupas de algodão, trabalhavam cuidando das plantações, pastoreando cabras e carregando cargas em varas de bambu equilibradas nos ombros. As mulheres, em seus saris soltos, andavam com travessas grandes, contendo estrume, apoiadas na cabeça.

A viagem de trem durou o dia inteiro. Dormi à tarde, mas quando o sol abrandou na hora do crepúsculo, passando de um branco furioso para um laranja tranquilo, tomei outra vez meu lugar junto à janela. Aquela era a minha hora favorita do dia na Índia. Folhas enormes e brilhantes de bananeira adejavam com o primeiro sopro da brisa vespertina. Os arrozais brilhavam como esmeraldas. Até a poeira emitia uma luz dourada.

Minha irmã e eu sempre brincávamos de procurar as colinas onde vivíamos, e daquela vez eu as avistei primeiro. A partir de então, nossos olhos se fixaram no horizonte, uma linha pálida e curva de azul que só aos poucos se tornava sólida e avermelhada. Quando chegamos mais perto, pude ver o brilho do sol se refletindo nos templos hindus brancos ao pé das colinas. Antes de o sol se pôr, consegui distinguir cinco cadeias de montanhas diferentes, inclusive a cadeia Kolli Malai, nossa casa. Nossa família desceu do trem na última parada, transferindo-se primeiro para um ônibus e depois para um carro de bois, antes de chegar, já bem tarde, à cidade onde passaríamos nossa última noite nas planícies. Fui cedo para a cama, repousando para a subida do dia seguinte.

Os visitantes modernos sobem até as montanhas Kolli por uma estrada espetacular com setenta curvas em ziguezague (cada uma nitidamente marcada: 38/70,39/70,40/70). Mas, quando criança, eu subia a pé por um

caminho íngreme e escorregadio ou numa geringonça chamada *dholi,* pendurada em varas de bambu suspensas nos ombros dos carregadores. Por ficar com os olhos no nível das reluzentes pernas deles, eu via seus dedos do pé se enterrarem no solo lamacento e suas pernas apartarem as samambaias e as grandes moitas de verbenas. Observava especialmente as pequenas sanguessugas, delgadas como fios de seda, que pulavam do mato, se agarravam àquelas pernas e gradualmente inchavam com o sangue. Os carregadores não pareciam se importar (as sanguessugas injetam um elemento químico que controla os coágulos e a dor), mas minha irmã e eu por pura repugnância examinávamos nossas pernas a toda hora para detectar sinais de hóspedes indesejados.

Finalmente chegamos a um povoado bem no alto das Kolli Malai, a 2.400 metros acima do vale. Os carregadores depositaram nossos pertences na varanda de um chalé de madeira, a casa em que eu vivera desde o meu nascimento, em 1914.

LINGUAGEM COMUM

Meus pais foram para a Índia como missionários, morando inicialmente num posto na planície. Embora meu pai tivesse estudado para ser construtor, ele e minha mãe fizeram um breve curso preparatório de medicina. Quando a notícia foi dada, os nativos começaram a chamá-los de "doutor e doutora", e uma fila constante de indivíduos doentes começou a formar-se em nossa porta. Os boatos das habilidades médicas dos estrangeiros se espalharam pelas *cinco* cadeias de montanhas, das quais a Kolli Malai era a mais misteriosa e temida: misteriosa porque pouca gente da planície havia subido além do amontoado de nuvens que geralmente envolvia os picos da Kolli, temida porque aquela zona climática abrigava o mosquito *Anopheles,* portador da malária. O próprio nome *Kolli Malai* significava "montanhas da morte". Passar uma única noite ali iria expor o visitante à febre mortal, era o que se dizia.

A despeito desses avisos, meus pais mudaram para os morros onde, conforme souberam, vinte mil pessoas viviam sem acesso a cuidados médicos. Passamos a morar numa colônia quase toda construída pelas mãos de meu pai. (Seis carpinteiros subiram das planícies para ajudá-lo, mas cinco logo frigiram, com medo da febre.) Em pouco tempo meus pais abriram uma clínica, uma escola e uma igreja cercada por muros de barro. Abriram também um local para abrigar crianças abandonadas — as tribos da montanha deixavam as crianças indesejadas ao lado da estrada — e algo semelhante a um orfanato logo se formou.

Para uma criança, as montanhas Kolli eram o paraíso. Eu corria descalço pelos penhascos rochosos, subia em árvores até que minhas roupas ficassem cobertas de seiva. Os meninos nativos me ensinaram a pular como um macaco no lombo de um búfalo domesticado e correr com o animal pelos campos. Perseguíamos lagartos e sapos coaxantes nos arrozais até que Tata, guarda dos terraços, nos expulsava.

Eu fazia minhas lições escolares numa casa na árvore. Minha mãe amarrava as lições numa corda para eu levantá-las até minha classe particular bem no alto de uma jaqueira. Meu pai me ensinava os mistérios do mundo natural: os cupins [térmitas] que ele frustrara ao construir nossa casa sobre estacas protegidas por frigideiras emborcadas, as lagartixas de pés grudentos que se penduravam nas paredes de meu quarto, o ágil pássaro-costureiro que costurava folhas com o bico, usando pedacinhos de talos de grama como linha.

Certa vez, meu pai me levou a uma colônia de cupins, com seus montículos altos enfileirados como canos de órgão, e abriu uma grande janela para mostrar-me as colunas arqueadas e os corredores sinuosos em seu interior. Ficamos deitados de barriga para baixo, com o queixo apoiado nas mãos e observamos os insetos correrem para consertar sua delicada arquitetura. Dez mil pernas trabalhavam juntas como se comandadas por um único cérebro, todas frenéticas, exceto a rainha, grande e redonda como uma salsicha, que permanecia deitada e indiferente, botando ovos.

Para meu entretenimento eu tinha uma planta carnívora, verde brilhante, tingida de vermelho, que se fechava sempre que eu jogava uma mosca dentro dela. Durante minha sesta da tarde, eu ficava ouvindo os ratos e as cobras verdes andando pelas traves do teto e por trás do fogão. Algumas vezes, à noite, eu lia meu livro à luz de insetos, encostando-o ao vidro cheio de vaga-lumes.

Não posso imaginar um ambiente melhor para aprender sobre o mundo natural e especialmente sobre a dor. Ela estava tão perto de nós quanto nossas refeições diárias. Nossa cozinheira não comprava uma galinha em pedaços e já preparada, mas escolhia uma no galinheiro e cortava sua cabeça grasnante. Eu ficava olhando enquanto a ave corria loucamente até que o sangue parava de jorrar, depois a levava para a cozinha a fim de limpá-la. Quando chegava o dia de matar uma cabra, todo o povoado se reunia enquanto o açougueiro cortava a garganta do animal, tirava a pele e dividia a carne. Eu ficava nas imediações, sentindo um misto de aversão e fascínio.

Por causa da dor, eu tomava muito cuidado quando ia até o sanitário à noite, pisando em terreno patrulhado por escorpiões. Nas caminhadas, ficava alerta para evitar o ataque de um besouro que, quando surpreendido, se levantava nas patas de trás e espirrava um jato de líquido ardente nos olhos do intruso. Ficava também de sobreaviso por causa das serpentes: cobras, víboras e a "serpente dos onze passos", cujo veneno potente, segundo meu pai, matava um homem antes de seu décimo primeiro passo. Meu pai tinha uma espécie de admiração por essas criaturas. Ele se maravilhava e tentava explicar-me a estranha química do veneno, desenhando um diagrama dos dentes inoculadores e do tecido erétil que permitia às serpentes projetarem seu veneno por meio de canais ocos nos dentes. Eu ouvia embevecido e continuei a manter-me o mais distante possível delas.

Logo cedo, reconheci uma justiça rigorosa na lei da natureza, onde a dor servia como uma linguagem comum. As plantas a usavam em forma de espinhos para afastar as vacas mastigadoras; cobras e escorpiões faziam uso dela para advertir os seres humanos que se aproximavam; e eu também a usava para vencer as lutas com oponentes maiores. Para mim essa dor parecia justa: a legítima defesa de criaturas protegendo o seu território. Fiquei impressionado com o relato escrito de David Livingstone sobre ter sido atacado e arrastado por um leão no matagal. Enquanto pendia da queixada do bicho, como um rato do campo carregado por um gato doméstico, ele pensou consigo mesmo: "Afinal de contas ele é o rei dos animais".

FAQUIRES E FÓRCEPS

Em nossas raras viagens para uma cidade grande como Madras, vi um tipo diferente de sofrimento humano. Mendigos enfiavam as mãos pelas janelas antes mesmo de o trem parar. Uma vez que a deformidade física tendia a atrair maior número de esmolas, os amputados usavam proteções de couro de cores brilhantes em seus tocos, e os mendigos com grandes tumores abdominais os preparavam para exibição pública. Algumas vezes uma criança era deliberadamente aleijada para aumentar seu poder de ganho, ou uma mãe alugava seu bebê recém-nascido para um mendigo que colocava gotas nos olhos dele para torná-los vermelhos e fazer com que lacrimejassem. Enquanto eu andava pelas calçadas, apertando forte as mãos de meus pais, os mendigos mostravam aquelas crianças esqueléticas, de olhos lacrimosos, e pediam esmolas.

Eu ficava boquiaberto, porque nosso povoado nas montanhas não tinha nada que se comparasse àquelas cenas. Na Índia, porém, elas formavam parte da paisagem urbana, e a filosofia do carma[1] ensinava as pessoas a aceitarem o sofrimento da mesma maneira que o tempo, como parte inevitável do destino.

Durante uma festa, os povoados locais frequentemente recebiam a visita de um dos impressionantes *faquires,* que parecia desafiar todas as leis da dor. Vi um homem traspassar a lâmina fina de um estilete pela face, língua e a outra face, depois retirar a lâmina sem qualquer sinal de sangue. Outro enfiou urna faca de lado no pescoço de seu filho e eu fiquei com urticária ao ver a ponta aparecer do outro lado. A criança se manteve imóvel e nem sequer piscou.

Andar sobre brasas era uma coisa simples para um bom faquir. Vi certa vez um deles pendurado como uma aranha, bem alto no ar, suspenso em um cabo por ganchos enfiados nas dobras da pele em suas costas. Enquanto a multidão fazia gestos e gritava, ele flutuava acima dela, sorridente e sereno. Outro faquir, usando o que parecia uma saia feita de pequenos balões, dançava entre a multidão em pernas de pau. Ao chegar mais perto, vi que seu peito estava coberto com dúzias de limões presos à pele por pequenos espetos. Quando ele pulava para cima e para baixo nas pernas de pau, os limões batiam ritmadamente contra o seu peito.

Os nativos acreditavam que os faquires recebiam poderes dos deuses hindus. Meu pai rejeitava isso:

— Não tem nada a ver com religião — disse-me ele em particular. — Com disciplina, esses homens aprenderam a controlar a dor, assim como o sangramento, as batidas do coração e a respiração.

Eu não entendia essas coisas, mas sabia que sempre que tentava enfiar alguma coisa em minha pele, até mesmo um alfinete reto, meu corpo recuava. Eu invejava o domínio dos faquires sobre a dor.

Com minha inclinação para subir em árvores e andar de búfalo, eu tinha algum conhecimento pessoal sobre a dor e, para mim, ela era completamente desagradável. Cólica foi a pior dor que senti. Sabia que eram produzidas por nematelmintos e pensava neles pelejando dentro de mim, enquanto meu intestino tentava expulsá-los. Para isso, tomei colheradas de um *medonho* remédio, *óleo* de castor.

Com a malária eu tive simplesmente de aprender a conviver. A cada poucos dias e sempre na mesma hora, minha febre entrava em atividade.

— Hora da cobra! — eu avisava meus amigos por volta das quatro horas da tarde e corria para casa.

A maioria deles também sofria de malária, por isso compreendiam. A temperatura do corpo sobe e desce, e quando chegam os tremores, os músculos das costas têm espasmos, fazendo o corpo torcer-se e virar-se como uma cobra. O calor oferece algum alívio, e mesmo nos dias mais quentes eu me enfiava debaixo de cobertores pesados para ajudar a acalmar os estremecimentos que faziam os ossos chacoalharem.

A dor, conforme aprendi, tinha o poder misterioso de dominar tudo o mais na vida. Ela prevalecia sobre coisas essenciais, como sono, alimentação e brincadeiras na parte da tarde. Eu não subia mais em certas árvores, por exemplo, em deferência aos pequeninos escorpiões que viviam em sua casca.

O trabalho de meus pais reforçava esta lição sobre a dor quase diariamente. Na Índia rural a queixa física mais comum era a dor de dentes aguda. Um homem ou uma mulher aparecia, tendo caminhado de um povoado a quilômetros de distância, com o rosto desfigurado pela dor e um trapo amarrado fortemente ao redor da mandíbula inchada. Meus pais, sem cadeira de dentista, broca ou anestésico local para oferecer, tinham um único remédio. Meu pai sentava o paciente numa pedra ou montículo abandonado pelos cupins, talvez dissesse uma breve oração em voz alta, depois aplicava seu boticão no dente. Na maioria dos casos tudo acabava sem problemas: uma virada do pulso, um gemido ou berro, um pouco de sangue e ponto final. Muitas vezes os companheiros do paciente, que nunca tinham visto uma dor de dentes acabar tão depressa, aplaudiam, dando vivas ao boticão que segurava o dente ofensor.

Este procedimento era bem mais difícil para minha mãe, uma mulher pequena. Ela costumava dizer: — Há duas regras para arrancar um dente. Uma é descer o boticão o mais fundo que puder, perto das raízes, para que a coroa não quebre. A segunda regra: nunca soltar!

Em alguns casos parecia que o paciente extraía seu próprio dente ao afastar-se enquanto mamãe se agarrava ao boticão com todas as forças. Todavia, os pacientes que gritavam mais alto e lutavam mais voltavam outra vez. A dor os obrigava.

CURADORES COMPASSIVOS

Em razão de praticar a medicina, meus pais eram estimados pelo povo de Kolli Malai. Meu pai estudara medicina tropical durante um ano no Livingstone College, uma escola preparatória de missionários; minha mãe se apoiava no que aprendera no Hospital Homeopático, em Londres. Apesar das limitações do treinamento deles, ambos conseguiram exemplificar o lema original de Hipócrates: a boa medicina trata o indivíduo, e não simplesmente a doença.

Meus pais eram missionários tradicionais que reagiam a qualquer necessidade humana que encontrassem. Juntos, fundaram nove escolas e uma cadeia de clínicas. Na agricultura, minha mãe teve pouco sucesso com suas hortas em Kollis, mas seu pomar de árvores cítricas prosperou. Meu pai preferia trabalhar na sua especialidade, construções. Ele ensinou carpintaria para os meninos do povoado e depois como fabricar telhas quando se tornou

necessário substituir os telhados de palha da colônia. Ao viajar a cavalo pelas trilhas cobertas de ervas daninhas, ele também instalou uma dúzia de fazendas para cultivo de amoreiras (alimento do bi-cho-da-seda), bananas, laranjas, cana-de-açúcar, café e mandioca. Quando os arrendatários foram maltratados pelos donos das terras nas planícies, meu pai liderou uma delegação de cem deles até a sede do distrito, falando a favor dos mesmos com os oficiais colonizadores britânicos.

Apesar de todo esse bom trabalho, Jesse e Evelyn Brand fracassaram completamente em sua meta de estabelecer uma igreja cristã entre o povo das montanhas. Um sacerdote local que se especializara na adoração de espíritos, sentindo que o seu sustento estava em risco, havia anunciado que quaisquer convertidos à nova religião iriam incorrer na ira dos deuses. Temíamos o perigo físico, e sempre que eu avistava o sacerdote me escondia. Algumas vacas envenenadas sublinharam a ameaça dele, e embora meus pais conduzissem cultos todos os domingos, poucos compareciam, e ninguém ousou tornar-se cristão.

Então, em 1918-1919 uma epidemia de gripe espanhola propagou-se no mundo inteiro, chegando até as Kollis, onde matou com tal fúria que destruiu qualquer sentimento de solidariedade. Em vez de tratar um membro doente até curá-lo, os vizinhos aterrorizados e suas famílias fugiam para a floresta. Meu pai decidiu que, embora abandonadas, muitas das vítimas da gripe estavam morrendo de desnutrição e desidratação, e não da doença em si.

Ele colocou uma batelada de mingau de arroz num enorme caldeirão preto do lado de fora de nossa casa e durante muitos dias manteve a panela de sopa reabastecida. Ele e rainha mãe iam a cavalo até os povoados, dando colheradas de sopa e água pura na boca dos residentes esquecidos.

O sacerdote hostil e sua mulher acabaram também doentes. Todos os abandonaram, exceto meus pais, que levavam regularmente alimento e remédios à casa deles. Cuidado pelos "inimigos", o sacerdote compreendeu que os havia julgado erroneamente. Ele pediu documentos de adoção.

— Meu filho deveria ser o sacerdote depois de mim — contou ele a meu pai —, mas ninguém em minha religião importou-se o suficiente para ajudar-me. Quero que meus filhos cresçam como cristãos.

Alguns dias mais tarde eu estava na varanda de nossa casa quando vi um garoto de dez anos, em lágrimas, atravessando os campos. Ele carregava no colo uma menina febril de onze meses, junto com um pacote de documentos enviados pelo sacerdote. Foi assim que Ruth e seu irmão Aaron se juntaram a nossa família e a igreja em Kolli Malai recebeu seus primeiros membros nativos depois de seis anos de forte resistência.

Aprendi com meus pais que a dor envia um sinal não só para o paciente, como também para a comunidade que o cerca. Da mesma forma que os sensores da dor individual anunciam a outras células do corpo — "Prestem atenção em mim! Preciso de ajuda!" —, assim também os seres humanos que sofrem clamam para a comunidade inteira. Meus pais tinham coragem de responder, mesmo quando isso envolvia riscos. Com pouco treinamento e recursos reduzidos, meu pai tratava as piores moléstias daquela época — peste bubônica, febre tifóide, malária, pólio, cólera, varíola — e tenho certeza do que aconteceria se uma mutação como o vírus da AIDS tivesse aparecido nas montanhas Kolli Malai. Ele arrumaria sua maleta escassa e iria para a fonte dos gritos de dor. Sua abordagem da medicina era produto de um sentimento profundo de *compaixão* humana, uma palavra cujas raízes latinas são *com* + *pati,* significando "sofrer com". Qualquer falha no treinamento de meus pais era superada por essa reação instintiva ao sofrimento humano.

Fiquei em Kolli até 1923, quando fiz nove anos. Minha irmã Connie e eu fomos então para a Inglaterra a fim de adquirir uma educação mais formal. Eu me sentia um estranho ali: as plantas perdiam as folhas durante a metade do ano; subir nas árvores fazia minhas roupas ficarem cobertas de fuligem de carvão. Tinha de usar sapatos o dia inteiro e agasalhos que pinicavam a pele; em vez de uma casa na árvore, era obrigado a sentar-me numa sala de aula para estudar minhas lições. Consegui ajustar-me depois de algum tempo, mas nunca me senti completamente em casa. Vivia para as longas e detalhadas cartas de meus pais, entregues em um pacote grande sempre que um navio da Índia entrava no porto.

Meu pai continuou a ensinar-me sobre a natureza por carta, enchendo-as de desenhos e notas sobre o que descobrira durante passeios pela floresta. Mamãe escrevia apenas sobre as famílias vizinhas, pacientes

particulares e membros da igreja. O trabalho missionário prosperou durante os anos que se seguiram. A pequena igreja chegou a ter cinquenta membros, e meus pais trataram uma média de doze mil pacientes por ano nas clínicas. O trabalho nas fazendas, carpintaria e indústrias de seda estavam vicejando, e uma loja foi aberta na colônia.

Em 1929, para minha enorme alegria, meus pais anunciaram que iriam voltar à Inglaterra no ano seguinte para um ano sabático.[2] A medida que essa data se aproximava, suas cartas — e as minhas — começaram a ficar mais urgentes e pessoais. Quase seis anos haviam transcorridos desde que eu deixara a Índia. Tinha agora quinze anos e enfrentava decisões sobre o meu futuro. Onde iria viver? Que profissão escolheria? Continuaria meus estudos? Enquanto lutava com essas escolhas, compreendi como dependia de meus pais para me aconselharem. Tínhamos tantas conversas a pôr em dia que mal podia esperar para vê-los.

Em junho de 1929, porém, recebi um telegrama anunciando a morte de meu pai. Os detalhes eram poucos, apenas informavam que ele falecera após dois dias lutando contra a febre da malária com hematúria, uma complicação virulenta dessa doença. As montanhas da morte haviam reivindicado mais uma vítima. Ele tinha apenas 42 anos.

— Dê a notícia gentilmente às crianças — dizia o telegrama —, o Senhor é soberano.

A princípio, não senti a dor do sofrimento, apenas a consolidação do que vinha percebendo no decorrer daqueles seis anos: via a figura de meu pai transformar-se de uma pessoa viva que eu podia abraçar e cheirar em uma visão de uma vida anterior muito distante. Para aumentar a sensação de irrealidade, continuei recebendo cartas dele durante várias semanas depois do telegrama anunciando a sua morte, até que a correspondência por mar terminou. Meu pai falava dos pacientes que havia tratado e descrevia como os carvalhos cor de prata tinham crescido no caminho atrás de nossa casa. Ele escreveu como esperava ansioso rever-nos em março, só dez meses depois. Chegou uma última carta e depois mais nenhuma. Eu sentia principalmente torpor. Repetia constantemente para mim mesmo: *Nada mais de cartas. Nada mais de passeios pela floresta. Nada mais de meu pai.* A seguir recebi uma longa carta de minha mãe dando os detalhes da morte dele. Sua resistência física estava baixa devido a uma queda de cavalo que sofrera no ano anterior, limitando seus exercícios físicos, explicou ela. Sua temperatura chegara aos 41°C. Minha mãe se culpava por não ter ido procurar ajuda médica na mesma hora: um médico local diagnosticara erroneamente a febre. Ela contou sobre o choro e o lamento alto dos aldeões e louvou a dedicação de 32 homens que passaram três dias transportando uma lápide de granito através dos campos e montanha acima até o jardim da igreja.

Depois disso, as cartas de minha mãe tenderam a ficar um tanto vagas. Ela parecia distraída, e a família enviou uma sobrinha à Índia para persuadi-la a voltar para casa. Ela finalmente voltou mais de um ano depois, e vi pela primeira vez a obra devastadora do sofrimento, a dor compartilhada. Minha mãe vivia em minha memória, a memória de um garoto de nove anos, como uma mulher alta e bela, transbordante de vitalidade e riso. Quem desceu pela prancha do navio, agarrada ao corrimão o caminho todo, foi uma criatura curvada, com o cabelo prematuramente grisalho e a postura de uma mulher de oitenta anos. Eu crescera, é verdade, mas ela havia também encolhido. Tive de esforçar-me para chamá-la de mamãe.

Na viagem de trem para Londres, ela repetiu várias vezes a história da morte de meu pai, censurando continuamente a si mesma. Precisava voltar, disse, e prosseguir com o trabalho. Mas como poderia viver sozinha nas Kollis, sem Jesse? A luz apagara-se de sua vida.

Apesar de tudo, minha mãe conseguiu resolver muito bem sua situação. Um ano depois, ignorando os pedidos da família para que permanecesse na Inglaterra, ela voltou ao bangalô no alto de Kolli Malai. Viajando pelas trilhas da montanha sobre Dobbin, com o cavalo que pertencera a meu pai, ela retomou o trabalho de medicina, educação, agricultura e divulgação do evangelho. Ela viveu mais do que Dobbin e domou uma sucessão de pôneis. Quando ficou mais velha e começou a cair do cavalo — "Esses cavalos estão ficando muito velhos para isto", ela escreveu — , ela andava pelas montanhas apoiada em varas altas de bambu, que segurava em cada mão. A missão a "aposentou" oficialmente aos 69 anos, mas não adiantou nada. Minha mãe continuou seu trabalho nas Kollis e incluiu mais quatro cadeias de montanhas próximas.

Era chamada de "Mãe dos Montes", e essas são as palavras gravadas em seu túmulo hoje, numa sepultura ao lado da de meu pai,abaixo na encosta do bangalô onde cresci. Minha mãe morreu em 1975, algumas semanas antes de completar 96 anos.

LEGADO FAMILIAR

Minha mãe tornou-se uma espécie de lenda nas montanhas do sul da Índia, e sempre que visito essa parte do país sou tratado como o filho há muito ausente de uma rainha muito amada. O pessoal da colônia coloca um colar de flores em meu pescoço, serve um banquete em folhas de bananeira e acrescenta um programa de músicas e danças tradicionais na capela. E inevitável que alguns fiquem de pé e contem reminiscências da Vovó Brand, como a chamam. Em minha última visita, a oradora principal era professora de uma escola de enfermagem. Disse ter sido uma das crianças abandonadas ao lado da estrada e "adotada" por minha mãe, que a tratou até ficar saudável, deu-lhe um lugar onde viver e arranjou para a sua educação até o curso colegial.

Não são tantas as pessoas que se lembram de meu pai, embora um médico indiano inspirado pela sua vida tenha se mudado recentemente para as Kollis e aberto a Clínica Memorial Jesse Brand. A casa onde nossa família viveu ainda está de pé, e nos fundos posso ver o lugar da minha casa na árvore bem no alto da jaqueira. Sempre visito as sepulturas com suas lápides gêmeas e toda vez choro ao lembrar-me de meus país, dois seres humanos amorosos que se entregaram plenamente a tantas pessoas. Tive poucos anos com eles, muito poucos. Mas, juntos, eles me deixaram um legado incalculável.

Eu admirava o temperamento equilibrado de meu pai, seus conhecimentos, sua autoconfiança calma, coisas que faltavam à minha mãe. Porém, mediante muita coragem e compaixão, ela também abriu seu próprio caminho no coração do povo das montanhas.

A história do parasita *filária*, ponto focal de muitas cenas terríveis de sofrimento de minha infância, pode servir para captar a diferença de estilo de meus pais.

A filaria infestava a maioria do povo das montanhas em uma ou outra ocasião. Ingerida na água potável, a larva penetrava na parede intestinal, entrava na corrente sanguínea e migrava para os tecidos moles, geralmente se estabelecendo em uma veia. Embora tivesse apenas a largura da grafite de um lápis, os vermes atingiam comprimentos enormes, podiam alcançar quase noventa centímetros. As vezes, era passível vê-los ondulando sob a pele. Quando uma ferida aparecia, por exemplo, no quadril de uma mulher que carregava uma vasilha de água, a cauda do parasita podia projetar-se para fora da ferida. Todavia, se a mulher matasse o verme parcialmente exposto, o resto do corpo do parasita se decomporia dentro dela, causando uma infecção.

Meu pai tratou centenas de infecções por filarias. Normalmente, eu gostava de vê-lo trabalhar, mas quando um desses pacientes aparecia, eu ia esconder-me correndo. Baldes de sangue e pus espirravam quando papai lancetava o braço ou coxa inchados. Ele ia golpeando ao longo da fila de abscessos com a faca ou escalpelo, procurando qualquer resíduo do verme decomposto. Não havendo anestésico disponível, o paciente só podia agarrar os braços e as mãos de parentes e sufocar o grito.

Com sua mente inquisitiva de cientista, meu pai também estudou o ciclo de vida do parasita. Ele aprendeu que a forma adulta era extremamente sensível à água fria, de cujo fato se aproveitou. Fazia o paciente ficar de pé num balde de água fria durante alguns minutos até que, *prick,* a cauda de uma filaria, aparecia através da pele e apressadamente começava a botar ovos na água por meio de seu oviduto. Meu pai habilmente agarrava a cauda do parasita e a enrolava em volta de um graveto ou palito de fósforo. Ele puxava o suficiente para conseguir que alguns centímetros da filaria se enrolassem no graveto, mas não tão forte a ponto de quebrá-la; depois prendia o graveto na perna do paciente com adesivo. O verme se ajustava gradualmente para baixo, a fim de aliviar a tensão em seu corpo e várias horas depois meu pai podia enrolar mais alguns centímetros no graveto. Após muitas horas (ou vários dias no caso de uma filaria muito comprida), ele puxava o parasita inteiro e o paciente ficava livre dele, sem perigo de infecção.

Meu pai aperfeiçoou a técnica e tinha muito orgulho de sua habilidade para extrair os ofensores. Minha mãe nunca se igualou a ele na técnica e desprezava o método sujo de tratamento. Depois da morte dele, ela se concentrou na prevenção, aplicando o que meu pai aprendera sobre o ciclo de vida do parasita.

O problema da filaria se concentrava no suprimento de água. Um aldeão infestado que ficasse de pé no poço raso para encher um balde estava dando ao verme uma oportunidade ideal para sair e botar seus ovos; estes produziam larvas que outros aldeões iriam recolher num balde e bebêr, ativando o ciclo novamente. Minha mãe liderou uma cruzada para reformar as práticas do povoado com relação à água. Ela ensinava as pessoas, fazendo-as prometer que jamais ficariam de pé nos poços e tanques e que não bebêriam água sem primeiro filtrá-la. Conseguiu fazer com que o governo colocasse peixes nos tanques maiores para comer as larvas. Ensinou os aldeãos a construir muros de pedra ao redor dos seus poços, a fim de manter os animais e as crianças longe da água potável. Minha mãe tinha uma energia ilimitada e uma convicção inabalável. Foram necessários quinze anos, mas no final ela erradicou as infecções por filarias em toda a cadeia de montanhas.

Anos mais tarde, quando os funcionários da Unidade de Erradicação da Malária chegaram às Kollis com planos de pulverizar DDT e matar o mosquito *Anopheles,* encontraram aldeãos suspeitosos que impediram sua passagem, jogaram pedras e os perseguiram com cães. Os funcionários acabaram tendo de falar com uma mulher velha e enrugada de nome Vovó Brand. Se ela aprovasse, disseram os habitantes, eles aceitariam. Ela tinha a confiança dos aldeãos, a recompensa mais preciosa que qualquer trabalhador da área de saúde pode obter. Ela deu a sua aprovação e a guerra contra o *Anopheles* continuou até que a malária fosse eficientemente abolida de Kolli Malai. (Infelizmente, o *Anopheles* tornou-se resistente à maioria dos inseticidas, e a malária resistente às drogas está voltando à Índia.)

Minha mãe tentou passar para mim o legado do trabalho científico de meu pai. Durante o seu ano de descanso e recuperação na Inglaterra, após a morte dele, ela falou frequentemente do seu sonho de que eu voltasse às Kollis como médico. As montanhas da Índia pareciam muito mais atraentes do que a fria e úmida Inglaterra, mas cortei toda e qualquer conversa dela sobre medicina.

Com o passar do tempo, as recordações de infância no que se referia a essa profissão haviam se insinuado em algumas cenas de sofrimento, e eu agora abominava tais cenas. Entre elas, a ocasião revoltante em que meus pais trataram uma mulher atormentada por filarias; nessa ocasião a cauda de um desses vermes se projetou no canto dos olhos dela. A lembrança do paciente mais desafiador de meu pai: um homem que sobreviveu ao ataque de um urso, seu couro cabeludo rasgado de orelha a orelha. Havia ainda outra cena, talvez a mais medonha de todas.

Meu pai nem sequer deixou que assistíssemos ao seu trabalho nos três estranhos que chegaram à clínica certa tarde. Ele nos prendeu em casa, mas eu me esgueirei e fiquei espiando entre os arbustos. Aqueles homens tinham mãos rígidas cobertas de fendas. Faltavam-lhes os dedos. Seus pés estavam cobertos por bandagens, e quando meu pai as removeu, vi que os pés deles também não tinham dedos.

Admirado, fiquei observando meu pai. Será que estava com medo? Não brincou com os pacientes. Fez também algo que nunca o vira fazer: colocou um par de luvas antes de enfaixar os ferimentos. Os homens haviam levado uma cesta de frutas de presente, mas depois de saírem minha mãe queimou a cesta junto com as luvas de meu pai, um ato sem precedentes de desperdício. Tivemos ordens de não brincar naquele local. Os homens eram *leprosos,* fomos avisados.

Não tive novos contatos com a lepra em minha infância, mas com o passar dos anos vim a considerar a medicina com a mesma mescla de medo e repulsa que senti quando criança ao ver meu pai tratar os leprosos. A medicina *não* era para mim. Queria evitar a todo custo a dor e o sofrimento.

Notas

[1] Lei da causalidade moral aceita nas seitas esotéricas e religiões espíritas ocidentais.
[2] Ano sabático: doze meses de férias para reciclagem dos missionários. (N. do T.)

O cirurgião não nasce lambuzado com compaixão,
como se fosse uma secreção resultante do seu nascimento.
Ela só chega bem mais tarde.
Não se trata de uma virtude recebida da graça, mas do
murmurar cumulativo das incontáveis feridas que tratou, das
incisões que fez, das chagas, úlceras e cavidades que tocou a fim
de curar. No início ela é quase inaudível, um sussurro, como se
saído de muitas bocas. Aos poucos se concentra, vindo da carne
até que, finalmente, passa a ser um chamado real.
RICHARD SELZER, *MORTAL LESSONS*

3 Despertamentos

Se alguém dissesse durante meu período escolar na Inglaterra que o trabalho da minha vida iria concentrar-se na pesquisa clínica sobre a dor, eu teria rido muito. A dor era algo a ser evitado, e não pesquisado. Não obstante, acabei na área de medicina e devo explicar como cheguei lá.

Fui um péssimo aluno. Algumas vezes, quando o professor estava de costas, eu me esgueirava por uma janela, subia no telhado e escorregava pelo cano para fugir da escola. Enquanto meus colegas enchiam a cabeça de conhecimentos abstratos, eu ansiava pelo mundo natural que conhecera nas montanhas Kolli. Tornei a Londres urbana mais tolerável criando pássaros canoros e ratos no porão de nossa propriedade rural e construindo um observatório telescópico rústico em nosso telhado. A visão noturna oferecia-me um elo tênue com as Kolli, onde muitas vezes eu havia me maravilhado com um céu azul-profundo, não desfigurado pela névoa ou pelas luzes da cidade, e ouvia meu pai explicar os mistérios do universo. A nostalgia geralmente se transformava em saudades de casa — na Inglaterra até as estrelas pareciam deslocadas.

Ao diplomar-me na escola pública inglesa, aos dezesseis anos, rejeitei a ideia de passar mais quatro ou seis anos numa sala de aula sufocante da universidade. Decidi entrar no ramo da construção, a fim de cumprir o desejo original de meu pai de construir casas nas montanhas Kolli. Nos cinco anos que se seguiram, aprendi carpintaria, arquitetura, cobertura de telhados, assentamento de tijolos, encanamento, eletricidade e o ofício de pedreiro.

O trabalho com pedras era o meu favorito. Senti uma felicidade que não conhecera desde a Índia, onde quando criança me sentava perto de uma pedreira e observava os cortadores de pedras realizarem mágicas com ferramentas que já eram utilizadas havia três milênios. Comecei com o arenito, progredi para o granito e terminei meu aprendizado trabalhando com mármore. O mármore dá pouca margem para erros: um golpe errado do martelo cria um *"stun",* um gânglio de pequenas rachaduras que penetram no bloco e destroem sua linda transparência. Durante as férias eu visitava as grandes catedrais inglesas e corria as mãos sobre a textura ondulada dos pilares e arcos de pedra, cheio de respeito pela compreensão de que cada pequenina aresta marcava o levantar e abaixar da marreta de madeira de um pedreiro medieval.

Em minha última tarefa depois de cinco anos, ajudei a inspecionar a construção de um prédio de escritórios da Ford Motor Company, que naquela época se aventurava na Inglaterra. Eu me distanciara claramente do que poderia fazer de útil nas montanhas Kolli. Estava na hora de pôr em prática os planos para o exterior. Pela simples razão de seguir os passos de meu pai, suprimi meus sentimentos contra a medicina e me matriculei no curso de um ano que ele fizera na escola de medicina do Livingstone College.

ABRINDO OS OLHOS PARA A VIDA

O curso do Livingstone College reuniu 35 estudantes internacionais, todos comprometidos com carreiras no exterior.

— Vocês vão aprender a reconhecer sintomas, receitar medicamentos, tratar de feridas e até realizar pequenas

cirurgias — os líderes nos disseram durante a orientação. — Terão experiências práticas, porque os hospitais de caridade locais concordaram em permitir que os alunos ajudem com os pacientes que chegam.

Empalideci ao lembrar daquelas terríveis cenas da infância com sangue, lepra e vermes.

Em pouco tempo, porém, descobri que a ciência da medicina podia insinuar-se no sentimento de admiração que eu já sentia em relação à natureza. Ainda me lembro do meu primeiro vislumbre de uma célula viva sob um microscópio. Estávamos estudando parasitas, meus velhos adversários da Índia, onde dezenas de vezes eu sofrera de disenteria. Certa manhã decidi examinar uma ameba viva.

Atravessei a grama ainda coberta de orvalho até o tanque do jardim, peguei um pouco de água numa xícara de chá e entrei no laboratório, enquanto os outros alunos ainda tomavam o desjejum. Pedaços de folhas em decomposição flutuavam na água e ela cheirava a deterioração e morte. Todavia, quando coloquei uma gota daquela água na lâmina do microscópio, um universo saltou para a vida: um grande número de organismos delicados, ativados pelo calor da lâmpada do meu microscópio, movimentavam-se de um lado para outro. Pareciam medusas em miniatura. Colocando a lâmina de lado, vi uma bolha límpida avançando. Ah, ali estava — uma ameba. Na Índia, os parentes distantes desta criatura haviam me roubado muitas horas de brincadeiras. Ela parecia inocente, rudimentar. Por que causara tantos problemas em meus intestinos? Como poderia ser desarmada? Comecei a voltar ao laboratório fora das horas de aula para novas explorações.

Descobri ainda mais surpreso que eu também gostava do trabalho clínico. Designado para uma clínica dentária, aprendi que o processo de arrancar dentes com ferramentas apropriadas e anestésicos tinha pouca semelhança com aquelas cenas medonhas nas Kollis. A extração de dentes se baseava nas habilidades manuais que eu desenvolvera como carpinteiro e pedreiro, com a excelente vantagem de acabar com a dor de dentes da pessoa. Perguntei-me vagamente se cometera um erro ao não decidir cursar a faculdade de medicina. Desperdiçara os últimos cinco anos no serviço de construções? Todavia, não ousava pôr de lado todo aquele treinamento e começar uma nova carreira. Deixei de lado minhas dúvidas e terminei o curso na Livingstone, matriculando-me a seguir num curso preparatório na Colônia de Treinamento Missionário, meu último passo antes de voltar à Índia como construtor-missionário.

Uma instituição britânica fundamental, a Colónia combinava os rigores de Esparta, os ideais da rainha Vitória e o alegre trabalho em equipe dos escoteiros. O fundador, que vivera na Etiópia rural, decidira que seus protegidos sairiam da Colónia preparados para sobreviver em qualquer canto do império. Dormíamos em grandes cabanas de madeira, com paredes finas que não resistiam às intempéries inglesas. Todas as manhãs, antes de o dia nascer, com chuva, granizo ou neve, íamos enfileirados a um parque, fazíamos exercícios e depois voltávamos para tomar banho frio (a Colónia desdenhava luxos como água quente). Consertávamos os nossos sapatos, cortávamos os cabelos uns dos outros, preparávamos nossas próprias refeições. No verão, fazíamos caminhadas de novecentos quilômetros pela zona rural do País de Gales e da Escócia, puxando os suprimentos num carrinho.

O curso de dois anos da Colônia também incluía um estágio num hospital de caridade, e foi ali que o meu interesse pela medicina me levou finalmente a agir. Certa noite eu estava trabalhando no setor de emergência quando os encarregados da ambulância trouxeram uma mulher bela e jovem inconsciente. A equipe do hospital passou a aplicar sua reação de pânico controlado a um paciente de trauma: uma enfermeira correu para buscar um frasco de sangue, enquanto um médico se atrapalhava com o luzes brilhantes. Por fim olhou diretamente para mim e, para minha surpresa, falou:

— Agua, água, por favor — disse numa voz macia, um tanto rouca. — Estou com sede.

Corri para buscar água.

Aquela jovem mulher entrou em minha vida por apenas uma hora ou mais, mas a experiência me transformou. Ninguém me *dissera que a medicina podia fazer aquilo!* Eu vira *a ressurreição* de um corpo. No final do meu primeiro ano na Colônia de Treinamento Missionário, estava incuravelmente apaixonado pela medicina. Engoli o orgulho, demiti-me da Colônia e, em 1937, matriculei-me na escola de medicina do University College Hospital, em Londres.

DESCERRANDO O VÉU

Jamais esquecerei minha primeira aula de anatomia com H. H. Woolard, apelidado de "homem-macaco" por causa das suas teorias ligando os seres humanos aos macacos. Um homem baixo, com uma cabeça grande demais e uma calva brilhante entrou na classe e toda a conversa parou. *Com* uma atitude bastante altiva, ele ficou a nossa frente e inspecionou devagar a sala, permitindo que seus olhos pousassem sobre cada aluno. Durante cerca de sessenta segundos inteiros houve silêncio. Depois ele deu um grande suspiro:

— Exatamente como eu esperava — disse desgostoso. — Deram-me a turma habitual de espécimes pálidos, esquálidos, de peito cavado.

Fez uma pausa para que as palavras surtissem pleno efeito antes de continuar:

— Um dia fui como vocês. Estudava o dia inteiro e fumava a -noite inteira para ficar acordado. Atribuo agora minha pequena estatura aos maus hábitos em meus dias de estudante. Espero morrer de ataque cardíaco em breve. Meu conselho para vocês é simples: vão para o ar livre e corram!

Passou então a fazer uma preleção forte sobre os efeitos deletérios do fumo: ele destrói seu coração, impede o crescimento e arruina seus pulmões.[1] Depois disso, como se para selar suas advertências com uma lição objetiva adequada, Woolard nos dividiu em grupos de oito e nos levou para o laboratório de dissecação, a fim de conhecermos nossos cadáveres.

Minha equipe de dissecação recebeu um cadáver com um nome, e um nome bastante respeitável.

— Vocês terão a grande honra de dissecar *sir* Reginald Hemp, um juiz da Suprema Corte — disse-nos gravemente o professor Woolard.

Os alunos geralmente praticavam em indigentes anônimos, e Woolard certificou-se de que iríamos apreciar o privilégio que nos fora concedido.

— *Sir* Reginald era um ser humano magnífico — continuou ele, enquanto olhávamos para o cadáver azulado, cheio de rugas.

— Ele concedeu a vocês a honra de examinar seu corpo generosamente doado para a pesquisa médica. Vão aprender dele o prodígio e a dignidade do ser humano. Espero ter neste laboratório a mesma atmosfera de respeito que encontraria no funeral de um nobre.

Durante semanas escavamos em uma neblina de formol, enquanto os ventiladores zumbiam no alto, no esforço de expulsar o odor que impregnava tudo. Dia após dia, meus colegas e eu cortávamos as camadas de tecido e ossos que haviam pertencido a *sir* Reginald Hemp. Aprendemos alguns de seus hábitos alimentares e criamos teorias elaboradas para explicar as cicatrizes e anormalidades encontradas internamente. De fato, nos pulmões de Hemp encontramos o tipo de dano celular sobre o qual Woolard nos havia advertido em nossa primeira aula; o juiz morrera evidentemente de câncer no pulmão.

Algumas vezes o professor Woolard visitava pessoalmente a sala, usando um escalpelo para demonstrar os pontos mais importantes da dissecação. Certa vez aconteceu de ele entrar quando dois estudantes do sexo masculino estavam brincando de atirar um para o outro o rim do seu cadáver. A cabeça cupuliforme de Woolard ficou vermelha como uma aorta, e temi por um momento que seu coração pudesse parar de bater. Ele se recompôs o suficiente para repreender os ofensores e depois fez a todos nós um discurso ferino sobre a honra sagrada de cada um e de todos os seres humanos. Esse discurso, pronunciado com paixão e eloquência por aquele homem renomado, causou uma forte impressão sobre nós estudantes, que nos acovardamos como escolares apanhados numa travessura. Eu não havia ainda decidido me especializar em cirurgia quando conheci H. H. Woolard, mas o espírito transmitido por ele ficaria comigo para sempre. Uma coisa era *sir* Reginald Hemp permitir que alunos de

medicina examinassem minuciosamente seu corpo após a morte; outra muito diferente consistia de seres humanos pedirem a um cirurgião que abrisse o véu de pele, entrasse e depois explorasse partes de seu corpo que eles mesmos nunca tinham visto. Sou lembrado desse privilégio, aprendido de um cadáver, cada vez que uso o bisturi ao longo da pele de um paciente vivo. Minha decisão de tornar-me cirurgião, tomada alguns anos mais tarde, foi influenciada por outro instrutor, um homem que ocupava o renomado cargo de cirurgião da família real inglesa e cujo nome ilustre era adequado ao seu papel: *sir* Launcelot Barrington-Ward. *Sir* Launcelot treinava os alunos como um sargento instrutor de recrutas, tentando incutir em nós os reflexos necessários nas emergências médicas. — Qual o instrumento mais útil no caso de sangramento excessivo? — perguntava ele a cada recém-chegado que o ajudava na cirurgia.

O hemostato (fórceps arterial) era no geral a resposta do assistente, orgulhoso por ter respondido rapidamente.

— Não, não, ele é para os vasos pequenos — *sir* Launcelot rosnava através da máscara. — Numa emergência, o hemostato aplicado muito bruscamente pode causar mais dano do que benefício. Pode esmagar nervos, rasgar vasos, destruir o tecido errado e complicar o processo de cura. Você tem o instrumento perfeito na almofada larga e macia da ponta do seu polegar. Use o polegar!

Alguns dias depois ele fazia a mesma pergunta ao mesmo assistente, só para testar o tempo de reação.

Ainda posso ver *sir* Launcelot do outro lado da mesa operatória, completamente tranquilo, com o polegar apoiado numa abertura na veia cava do paciente. Ele pisca para mim e diz:

— O que acha, senhor Brand, devemos grampeá-la ou suturá-la?

Por meio do exemplo, ele estava ensinando uma das lições mais importantes para um jovem cirurgião: não entre em pânico.

— Você comete erros quando entra em pânico — dizia ele —, e o sangramento rápido gera pânico, portanto, não se apresse em usar instrumentos. Utilize o polegar até ter certeza *do* que fazer, depois aja com cuidado e deliberação. A não ser que possa vencer o instinto do pânico, nunca virá a ser um cirurgião.

Prestei atenção ao aviso de *sir* Launcelot, mas só quando uma emergência se apresentasse é que eu saberia se tinha o temperamento adequado para ser um cirurgião. Esse momento chegou mais cedo do que eu esperava. Estava trabalhando num grande setor público de atendimento a pacientes, tratando de problemas diários: curativos que precisavam ser trocados, uma criança que empurrara uma ervilha fundo demais no canal auricular. Ao lado ficava uma salinha de operações, reservada para pequenas cirurgias. De repente, uma enfermeira com o uniforme manchado de sangue saiu correndo daquela sala. Tinha um olhar amedrontado, aflito.

— Venha depressa — chamou-me. Correndo para a porta, vi um interno da seção de cirurgia segurando um chumaço de curativos sobre o pescoço de uma jovem.

O sangue vermelho-escuro havia formado uma poça debaixo dos curativos e estava escorrendo do pescoço da mulher para o chão. O interno, branco como um cadáver, deu-me uma explicação apressada:

— Era apenas uma glândula linfática no pescoço. Meu chefe queria que a tirasse para fazer biópsia. Mas agora não consigo ver nada por causa do sangue.

A paciente por sua vez tinha um olhar de terror. Havia comparecido para um procedimento simples com anestesia local e agora encontrava-se aparentemente sangrando até morrer. Ela estava agitada e fazia ruídos gorgolejantes.

Eu havia colocado luvas enquanto o interno falava. Quando levantei os curativos vi uma pequena incisão, menor que cinco centímetros, com uma verdadeira floresta de fórceps projetando-se do corte. A maioria deles fora aplicada às cegas em meio ao sangue escuro que brotava mais abaixo.

— Use o polegar — eu podia ouvir o conselho que *sir* Launcelot gravara em mim.

Removi rapidamente todos os fórceps e simplesmente fiz pressão com meu polegar enluvado, permitindo que a sua superfície enchesse a brecha. O sangramento estancou. Meu pulso estava acelerado, mas não fiz nada senão manter o polegar ali durante vários minutos até que o pânico na sala, em mim e na paciente tivesse diminuído.

A seguir, falando em tom baixo, eu disse:

— Agora vamos fazer uma pequena limpeza. Enfermeira, por favor, chame um anestesista. Por que não vai ver quem está de plantão?

Pude sentir a paciente relaxar gradualmente sob o meu polegar. Expliquei que terminaríamos o trabalho e fecharíamos o ferimento para ela e que ficaria muito mais confortável se durante o processo estivesse dormindo.

Quando finalmente adormeceu, ainda com meu dedo pressionando o ponto de sangramento, fiz o interno ampliar um pouco a incisão na pele e sondei até descobrir a fonte de tanto sangue. Vi imediatamente o que acontecera. O interno tinha seguido um procedimento rotineiro para uma biópsia: injetar novocaína na região do pescoço, fazer uma pequena incisão, prender o nódulo com o fórceps, puxar, dissecar ao redor dele e cortar o nódulo na base. Ele não previra, porém, um problema: as raízes do nódulo haviam se estendido para baixo e se enrolado ao redor da superfície da veia jugular. O corte seccionara inadvertidamente um segmento da parede dessa grande veia. A mulher correra realmente o risco de sangrar até a morte. Mas tínhamos agora bastante tempo para reparar o defeito e fechar o corte.

Um encontro com uma transfusão de sangue me convencera de que eu devia estudar medicina, e este encontro com o oposto, uma severa perda de sangue, serviu para convencer-me a me especializar em cirurgia. Eu sempre apreciara o processo mecânico da cirurgia, desde os dias da dissecação. Antes deste teste, no entanto, eu não sabia qual seria a minha reação instintiva a uma emergência médica. Agora acreditava poder enfrentar as pressões de uma sala cirúrgica.

À BEIRA DA REVOLUÇÃO

Escolhi a cirurgia por parecer a maneira mais concreta de oferecer ajuda. A guerra com a Alemanha havia começado e os hospitais estavam se enchendo de vítimas de bombardeios que precisavam de reparos cirúrgicos. Além disso, naquela época, grande parte da medicina *era* cirurgia; por outro lado, a tarefa de um médico era quase sempre fazer diagnósticos.

Os médicos se distinguiam principalmente por sua habilidade em predizer o curso da moléstia. Quanto tempo a febre vai durar? Haverá efeitos subsequentes prolongados? O paciente vai morrer? Os pacientes se recuperavam das enfermidades, mas o crédito era principalmente devido aos seus próprios sistemas de imunização, reforçados por uma pequena ajuda externa. O conceito de cura radical por meio de medicação específica estava além dos limites da medicina. Uma vez identificada e classificada a bactéria ou o vírus que provocava a enfermidade, éramos tão indefesos quanto os médicos de um século antes. A palavra *antibiótico* ainda não entrara em uso.

..... A epidemia de gripe de 1918-1919, a mesma que estabelecera a reputação de meu pai nas Kolli Malai, demonstrou claramente essa impotência. As mortes provocadas pela epidemia alcançaram um total de vinte milhões de pessoas em todo o mundo, superando até mesmo a carnificina da Primeira Guerra Mundial. Os maiores especialistas em medicina da época não podiam fazer mais do que meu pai fizera: ficar ao lado dos pacientes que estavam morrendo, banhá-los e oferecer sopa ou outro alimento. A aura de medo e mistério que cerca a AIDS, nesse momento, um mal que podemos isolas, identifica e sobre o qual temos condições, de acumular conhecimento, mas não uma pista sobre a sua cura — se aplicava a uma vasta gama de moléstias meio século atrás.

Qualquer infecção, por mais leve que fosse, representava um perigo mortal, pois não tínhamos simplesmente meios de detê-la. Os estreptococos originários de uma picada de agulha podiam subir pelo braço de uma enfermeira — era possível observar o progresso de uma linha vermelha fina sob a sua pele — e matá-la. Uma ferida infectada na base do nariz tinha consequências terríveis, pois a infecção podia viajar ao longo de uma veia

até uma cavidade (sinus) e depois entrar no cérebro. Nunca, jamais, esprema um machucado no nariz, advertíamos os pacientes. Ao tratar problemas nos olhos, ao menor sinal de infecção o olho era geralmente removido, em lugar de correr o risco de uma reação solidária no outro olho.

A guerra acrescentou novos riscos, pois as feridas da batalha se tornavam campo fértil para as bactérias que causavam gangrena. Para complicar as coisas, o ambiente do hospital introduzia seus próprios perigos. Se, ao trabalhar num ferimento de granada de um soldado, acidentalmente facilitássemos a entrada de estafilococos numa área óssea, precipitávamos toda uma sequência de doenças crônicas. Podíamos operar novamente e extirpar o local da infecção, mas a septicemia iria certamente aparecer em outro ponto, numa junta do tornozelo ou do quadril.[2]

Nessa atmosfera sufocante de impotência, sopraram as primeiras brisas da mudança e da esperança. Primeiro ouvimos os relatórios promissores sobre a sífilis. Todos numa cidade cosmopolita como Londres conheciam o andar espasmódico, com os pés batendo na calçada, que marcavam o ataque da sífilis sobre o sistema nervoso central, um prelúdio provável da cegueira, demência e, finalmente, a morte. Os médicos recorriam às vezes a um tratamento drástico para os casos mais graves: infectavam deliberadamente os pacientes com malária, esperando que as febres cozinhassem e expulsassem a sífilis, e depois tratavam a malária com quinino. Na década de 1930, veio a notícia do tratamento bem-sucedido da sífilis com derivados de arsênico. E claro que havia perigos, especialmente para o fígado. Mas lembro-me ainda de quão moderno, quase milagroso, era o poder de impedir o avanço de uma enfermidade.

Em 1935, cientistas alemães fizeram a sensacional descoberta de que certos produtos químicos sintéticos matavam as bactérias sem prejudicar o tecido, especialmente um elemento químico vermelho chamado Prontosil (que tinha o surpreendente efeito colateral de deixar os pacientes com uma coloração rosa-claro). Cientistas britânicos que contrabandearam certa quantidade de Prontosil no início da guerra analisaram o corante e identificaram o ingrediente ativo, a sulfanilamida, que se tornou o primeiro de toda uma nova geração de sulfas. Quando circulou pela Inglaterra a história de que uma sulfa havia salvo Winston Churchill de uma infecção bacteriana mortal na Africa do Norte, o termo "droga milagrosa" passou a fazer parte do vocabulário. Nós, estudantes, internos e residentes no início da década de 1940, tínhamos a vaga sensação de viver numa época de grandes avanços na história da medicina. Os professores mais velhos diziam às vezes melancolicamente:

— Oh, como seria bom estar começando agora!

Logo, tornou-se evidente que eu decidira entrar na escola de medicina *no* limiar de uma revolução.

Senti a mudança na medicina de maneira mais dramática em dois diferentes projetos de pesquisa durante minha estada no University College. O primeiro projeto, conduzido pouco antes dos avanços químicos, foi comandado por um graduando chamado Ilingworth Law, um engenheiro que entrara na escola aos 45 anos, a fim de começar uma segunda carreira. Law ficou intrigado com as infecções que tendiam a irradiar-se pela mão, a partir de um machucado no dedo. Ao dissecar as mãos de cadáveres, ele estudou a hidráulica dos fluidos nos dedos. Ele injetava uma suspensão de água e *negro de fumo* (partículas de poeira negra do tamanho de glóbulos de pus) nos dedos e depois os curvava e endireitava repetidamente, acompanhando o trajeto da solução.

Lembro-me do entusiasmo de Ilingworth quando descobriu que o simples movimento de flexão era o principal agente para distribuir a infecção em toda a mão.

— Podemos impedir que a infecção se alastre! — disse ele triunfalmente. — Basta imobilizar o dedo para que não se curve. Podemos manter a infecção numa área local e depois drená-la.

Suas técnicas logo foram postas em prática em nosso hospital, e em pouco tempo seu professor estava publicando trabalhos a respeito delas, dando pouco ou nenhum crédito ao próprio Law.

A capacidade de conter a disseminação da infecção permaneceu na fronteira da medicina em 1939. Todavia, quatro anos mais tarde, os residentes estavam experimentando um novo medicamento que prometia o que

nenhuma droga ousara prometer antes:

a penicilina, possivelmente o maior avanço na história da medicina, entrara em uso.

Os detalhes da descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928 ganharam contornos lendários. Ele trabalhou em um laboratório desorganizado, um tanto caótico, e suas pesquisas com frequência mostravam um toque de extravagância. (Ele gostava de esfregar germes selecionados em um recipiente de cultura, utilizando um padrão, a fim de que as bactérias cromógenas que emergissem 24 horas mais tarde formassem uma figura ou uma palavra. As bactérias de fato assinavam seus próprios nomes: "ovo" ou "lágrimas", por exemplo, numa superfície de agar-agar[3] coberta com *clara* de *ovo ou lágrimas humanas.)*

Os primeiros esporos de penicilina entraram no laboratório de Fleming inteiramente por acaso, provavelmente trazidos pelo vento através de uma janela aberta. Vi num museu da Inglaterra o recipiente da cultura original em que Fleming notou pela primeira vez as propriedades invulgares da penicilina. Ele estava tentando obter bactérias de estafilococos, e *não mofo,* e nas beiradas *do* prato, colônias de estafilococos cresciam brilhantes, como galáxias nas extremidades do universo. Mais perto do centro, porém, elas empalideciam, quase como imagens fantasmagóricas. Ao redor do pedaço de mofo, o prato de agar estava preto; nenhuma bactéria visível. O buraco negro da *Penicillium notatum* as engolira todas.

Durante doze anos, com intervalos, Fleming trabalhou com a penicilina. Apesar da sua notável habilidade para matar bactérias prejudiciais, a penicilina mostrou pouco potencial como droga: era tóxica, instável e se quebrava rapidamente no interior do corpo humano. Mesmo assim, Fleming manteve uma quantidade suficiente do fungo (de um tipo raro, como confirmado mais tarde) crescendo, a fim de suprir a si mesmo e a outros.

Em 1939, mais de uma década depois da descoberta de Fleming, Howard Walter Florey, um jovem patologista australiano que trabalhava em Oxford, interessou-se pela penicilina. Ele não poderia ter escolhido uma época pior para inaugurar um projeto de pesquisa dispendioso: seu pedido para uma subvenção do governo chegou três dias depois que a Grã-Bretanha declarara guerra à Alemanha. No mesmo dia em que os tanques alemães empurraram o exército inglês na direção de Dunquerque, Florey realizou seus primeiros testes clínicos com ratos, injetando neles primeiro estreptococos e depois penicilina. O experimento mostrou-se tão promissor que Florey, ao saber da derrota em Dunquerque, esfregou esporos de penicilina no forro de seu paletó, para que no caso de uma conquista alemã ele pudesse levar o fungo para fora do país. Mais tarde, naquele ano, conduziu testes clínicos em pacientes humanos, com estrondoso sucesso.[4]

O laboratório de Florey tornou-se uma fábrica de penicilina. Ele criava o fungo em batedeiras de leite, vasos, latas de gasolina, de biscoitos, em qualquer recipiente que pudesse encontrar. Os governos aliados, rápidos em reconhecer o potencial da droga para uso *contra* infecções *nos* soldados feridos — e também contra a gonorréia, que em alguns lugares estava causando mais baixas do que o inimigo —, ofereceram apoio total. Uma velha fábrica de queijos foi requisitada para cultivar penicilina. A Distillers Company concordou em converter algumas de suas enormes cubas de preparação de álcool para o cultivo de *mofo.* Esse esforço enorme produziu um total geral de treze quilos de penicilina purificada em 1943. Os americanos amealharam as suas quantidades antecipando o Dia D. As autoridades britânicas restringiram a droga para uso de membros das forças armadas e distribuíam cuidadosamente determinadas quantidades aos hospitais aprovados.

Eu estava fazendo rodízio nos hospitais suburbanos de Londres quando tive meu primeiro contato direto com a penicilina. Em Leavesdon, um hospital de evacuação, tratei algumas das vítimas das retiradas britânicas em Bolonha e Dunquerque. Notícias da droga milagrosa haviam se espalhado como fogo na pradaria entre as tropas. "Não importa quão grave seja o seu ferimento, este medicamento o manterá vivo", era o que os boatos diziam. Nessa época nenhuma droga, nem mesmo a morfina, era mais preciosa ou mais desejada. Os soldados escolhidos para o tratamento acreditavam que se tornariam invencíveis contra qualquer mal, que ganhariam vida nova.

Todavia, existiam alguns problemas em relação à droga milagrosa. A Distillers não aperfeiçoara o processo de purificação, e a solução espessa, amarelada era altamente irritável para o tecido vivo. Quando injetada numa veia, esta formava coágulos ou se fechava em autodefesa. Injetada na derme, a pele necrosava. Só podíamos fazer

injeções intramusculares, preferivelmente na região glútea, onde a agulha podia penetrar fundo. Queimava como ácido, e as nádegas dos soldados ficavam tão doloridas que eles tinham de dormir de bruços. O pior de tudo é que a droga devia ser administrada a cada três horas.

No hospital Leavesdon, naqueles primeiros dias do programa de penicilina, foi que aprendi uma lição inesquecível sobre o papel poderoso, quase incrível, que a mente desempenha na percepção da dor. "Sentimos um corte do escalpelo muito mais do que dez golpes de espada no calor da batalha", disse Montaigne. Um de meus pacientes, um homem chamado Jake, confirmou a verdade literal dessa declaração.

O HERÓI MEDROSO

Jake fora retirado das praias de Bolonha. Seus amigos gostavam de recapitular a história do seu heroísmo. Durante uma tentativa de avançar e destruir uma posição inimiga, Jake ficou preso na terra de ninguém entre as trincheiras. A explosão de uma granada de artilharia dilacerou suas pernas. Ele conseguiu arrastar-se até a segurança de um buraco, onde olhou para baixo e viu que as pernas estavam em péssimas condições. Alguns minutos depois, um dos companheiros de Jake caiu perto dali. Do lugar em que estava, Jake o viu caído no campo, inconsciente e exposto ao fogo inimigo. Jake, não se sabe como, saiu da trincheira, rastejou até o amigo e com as pernas esmagadas arrastando-se atrás dele, conseguiu voltar com o companheiro até o abrigo.

Jake fora escolhido para a nova terapia com penicilina, a fim de combater graves infecções secundárias nas pernas. Segundo os amigos, ninguém merecia mais que ele. O próprio Jake, contudo, não apreciou a honra. Ele conseguia aceitar as injeções diurnas, quando seus *colegas* estavam acordados e ele tinha muitas outras coisas em que se concentrar, mas os chamados às duas e às cinco da manhã iam além das suas forças. A enfermeira da noite queixou-se comigo de que Jake chorava como uma criança quando ela se aproximava de seu leito à noite.

— Por favor, vá embora! — ele gritava.

Lutava com ela e agarrava o seu pulso quando ela aproximava dele a agulha.

— Não tem jeito, doutor Brand! — disse a enfermeira. —Acho que não posso dar-lhe o tratamento. Além disso, ele está perturbando a enfermaria.

Coube a mim, como cirurgião da casa, conversar com Jake. Decidi utilizar uma abordagem franca, de homem para homem.

—Jake, todo mundo me diz que você é um herói. Nem mesmo a dor de duas pernas quebradas pôde impedir você de salvar seu amigo na terra de ninguém. Diga-me agora, por que está nos dando tanto trabalho por causa de uma picada de agulha no seu traseiro? O rosto dele pareceu o de uma criança petulante.

— Não é só a picada, doutor. A penicilina pode ser um bom remédio, mas ela queima e arde! Não há um lugar em minhas nádegas que não esteja dolorido.

— Eu sei que arde, Jake, mas você é um herói. Você provou que sabe como lidar com a dor.

— Oh, no campo de batalha, sim. Há muitas outras coisas acontecendo ali, o barulho, os clarões, meus colegas ao meu redor. Mas aqui na enfermaria, só tenho uma coisa para pensar a noite inteira na cama: aquela agulha. Ela é enorme, e quando a enfermeira atravessa o corredor com a bandeja cheia de seringas, a agulha cresce cada vez mais. Não consigo, doutor Brand!

Algumas vezes uma única cena ajuda a cristalizar idéias e intuições que estiveram flutuando em suspenso durante anos, e minha conversa ao pé da cama com Jake fez isso para mim. Tendo ouvido sua história por meio de outros soldados, eu tivera um quadro mental vívido do herói do campo de batalha, desafiando todos os instintos protetores, inclusive a dor, por causa do amigo. Mas a enfermeira da noite deu-me um quadro igualmente vívido

de Jake, o covarde, com o rosto contorcido de medo, esperando a agulhada noturna. Essas duas imagens, quando reunidas pela nossa conversa, sublinharam um fato importante sobre a dor: ela está na mente, e em nenhum outro lugar.

Como eu em breve aprenderia, o cérebro humano em essência avisa o sistema da dor aquilo que ele quer saber. Por ter trocado as bandagens de Jake e estudado suas radiografias, eu tinha alguma ideia dos milhões de sinais de dor emanados pelas suas pernas despedaçadas. Muitas outras coisas estavam, porém, ocupando o cérebro de Jake na ocasião do ferimento, e essas mensagens gritantes de dor simplesmente não se registraram. Mais tarde, na total ausência de qualquer atividade ou pensamento competitivo, uma agulha enorme de penicilina tornou-se um foco muito mais impressionante e urgente de atenção.

Enquanto lidava com Jake, compreendi também a sabedoria por trás da abordagem à medicina que aprendemos naqueles dias. Praticávamos um tratamento mais geral, da pessoa como um todo, porque tínhamos pouca ajuda específica a oferecer. Jake, no entanto, mostrou por que toda a boa medicina deve levar em conta a pessoa "como um todo". De alguma forma tive de convencer Jake de que a batalha que ele travava agora numa enfermaria de recuperação era tão significativa quanto a que ele enfrentara tão galhardiamente numa praia em Bolonha.

Notas

[1] Os temores de Woolard provaram ser proféticos; antes que eu deixasse a escola de medicina, ele morreu de ataque cardíaco enquanto andava por um dos nossos longos corredores. Isso aconteceu décadas antes de qualquer relatório médico sobre o fumo, quando os perigos do tabaco ainda não tinham sido firmemente provados. No University College eu participei de uma experiência para testar um provável elo entre a hipersensibilidade ao fumo e a moléstia de Buerger, uma condição de trombose das veias. Primeiro eu tinha de conseguir colocar a fumaça de tabaco em uma forma viável. Convenci nosso residente sênior, que rumava cachimbo, a colaborar prendendo a cabeça e a haste do cachimbo a um tubo grande, em forma de U: a fumaça que subia do cachimbo passava por um solvente em ebulição que extraía os gases do tabaco. Obtivemos um líquido espesso, parecendo uma ostra castanha gotejante, que usamos sobre a pele de várias pessoas, algumas fumantes e outras não. Não encontramos evidência sólida de hipersensibilidade ao tabaco na pele, mas as experiências tiveram o efeito colateral de curar nosso residente do hábito de fumar. Quando vimos a substância repulsiva, mucosa, coletada em nossos tubos de vidro — impurezas que seriam normalmente inaladas —, todos nós juramos deixar de fumar para sempre.

[2] Foram necessários os esforços heróicos de Ignaz Semmelweis e Joseph Lister para convencer a instituição médica de que os hospitais eram incubadoras de germes letais. As mortes no parto decresceram 90 por cento em um ano quando Semmelweis persuadiu os médicos dos hospitais vienenses a começar a lavar as mãos e usar água clorada. Ainda em 1870, um entre quatro pacientes de cirurgia morria devido a infecções introduzidas pela própria cirurgia (geralmente chamada de "gangrena de hospital" ou "gangrena do ferimento"). O inglês Joseph Lister passou a usar então um *spray* desinfetante, enchendo seu anfiteatro de operação com uma fina névoa de ácido carbólico, e ensinou a todos os cirurgiões a tarefa laboriosa de esfregar mãos e braços. Até mesmo em meus dias de estudante, a cirurgia em um hospital às vezes resultava em infecção. As operações eram ocasionalmente realizadas em casa para evitar as bactérias hospitalares.

[3] Substância gelatinosa usada para a cultura artificial de bactérias. (N. do T.)

[4] Florey descobriu a razão do fracasso das experiências clínicas de Fleming: a penicilina obtida mesmo depois de procedimentos elaborados de purificação era 99,9 por cento impura. Uma vez que Florey aprendeu a purificar a droga e aumentar a sua potência, uma pequena porção de penicilina era suficiente para matar as bactérias. As porções insignificantes que prescrevíamos então surpreenderiam um médico moderno. Em 1945, conduzi testes para o Conselho de Pesquisas Médicas a fim de determinar a dosagem exata para curar bebês de infecções estafilocócicas na corrente sanguínea. Descobrimos que uma dose diária de mil unidades de penicilina por quilograma de peso corporal seria suficiente para matar todos os traços da infecção. Hoje em dia, por causa de cepas resistentes, o médico precisaria receitar uma quantidade cem vezes maior.

O bom senso, embora útil para os propósitos diários, facilmente se confunde, até com perguntas simples, tais como "Onde está o arco-íris? Quando ouve uma voz num gravador, você está ouvindo o homem que fala ou uma reprodução? Quando sente dor numa perna amputada, onde está a dor?". Se disser que está em sua cabeça, estaria na cabeça se a perna não tivesse sido amputada? Caso concorde, então que razão tem para pensar que possui uma perna?
BERTRAND RUSSELL

4 O esconderijo da dor

Meu interesse na dor, na realidade, havia sido ativado alguns anos antes de ter decidido me especializar em cirurgia, durante um desvio em meu treinamento médico. Eu iniciara meu segundo ano de estudos em setembro de 1939, justamente quando os nazistas invadiram a Polônia e a Inglaterra respondeu com uma declaração de guerra. As autoridades decidiram que Londres, um alvo importante dos bombardeiros alemães, não era lugar para os juniores estudarem medicina. Eles enviaram a maior parte da minha classe para Cardiff, no País de Gales, e foi naquela sonolenta cidade costeira que mergulhei pela primeira vez nos mistérios da dor e das sensações. Nunca soube o nome do meu conhecido mais memorável em Cardiff, um galês de meia-idade com um tufo de cabelo preto e sobrancelhas cerradas. Nunca vi o resto de seu corpo, pois havia sido separado da cabeça. Eu tinha sugerido um projeto ambicioso para a dissecação exigida: expor os doze nervos cranianos e segui-los até seu ponto de origem no cérebro.

Em geral os cadáveres chegavam com crânios vazios; os cérebros eram removidos em benefício dos estudantes de neurocirurgia.

— Não se preocupe — disse meu amável e idoso orientador, professor West. — Acho que posso arranjar um crânio completo para você.

Pouco tempo depois, a cabeça do galês apareceu, com o cérebro intacto.

O programa do laboratório incluía dissecações três manhãs por semana, mas eu me achei voltando à sala a cada hora livre, muitas vezes tarde da noite. O cheiro de formaldeído nunca me deixava, permanecia em minha pele e afetava o sabor dos alimentos, da pasta dental e até da água. Olhando para trás, a cena parece um tanto macabra. A Escola de Medicina de Cardiff ocupava um prédio de pedra da época de Eduardo VII, completo com torreão, parapeitos e corredores em ângulo — um cenário perfeito para uma história gótica de horror. Num grande salão vedado por cortinas até a mais completa escuridão, eu me sentava junto a uma lâmpada de laboratório coberta, curvado sobre uma cabeça de cadáver. Leonardo Da Vinci escreveu sobre o seu "medo de passar as horas da noite na companhia desses defuntos [dissecados], esquartejados e esfolados, horríveis de se contemplar". Todavia, até mesmo Da Vinci, sob ordens de Roma, desviou os olhos do cérebro humano.

JORNADA INTERIOR

Para o cirurgião nada se compara à sensação de cortar a carne ainda viva. Trace uma linha fina com o seu bisturi e a pele se abre para revelar camadas úmidas e coloridas abaixo dela. O tecido fala com você por meio da faca, informando os delicados sensores de pressão na ponta de seus dedos sobre o local exato em que se encontra. Em contraste, a pele conservada em salmoura é muda. Faça um corte e nada se abre. Cada camada tem a mesma consistência do queijo, não informando até onde a faca mergulhou. Por isso os estudantes de medicina tendem a cometer erros nas dissecações e ficam imaginando se a sua falta de jeito vai desqualificá-los para a cirurgia. Os cadáveres, felizmente, não protestam pelo tratamento inadequado, e os estudantes acabara aprendendo que um corpo vivo, embora não seja tão tolerante aos erros na dissecação, é menos propenso a causá-los.

Eu nunca havia operado corpos vivos quando fiz a dissecação em Cardiff, mas graças a minha experiência em carpintaria, senti-me à vontade trabalhando com ferramentas e uma variedade de materiais. (Assusta-me pensar que alguns cirurgiões seguram uma serra pela primeira vez quando cortam um osso humano e giram pela primeira vez uma chave de parafuso ao aparafusar uma chapa de aço nesse osso!) Começando num ponto entre as sobrancelhas, fiz um corte medial ao longo da ponte do nariz, através dos lábios, e por sobre o queixo até o pescoço. A seguir, cortei na outra direção, bisseccionando o couro cabeludo. Afastei a pele de um lado da face e removi a gordura, o tecido conjuntivo e até os reluzentes músculos faciais, pois estava à procura de nervos finos e brancos.

Dentre os muitos nervos do corpo humano, só os doze cranianos se desviam da espinha dorsal, indo diretamente para o cérebro. Bata de leve com o dedo em meu olho e eu pisco. Mastigue chiclete enquanto fala e sua língua se move perigosamente entre os molares de mastigação para controlar o chiclete e sorver seus sucos, todo o tempo serpenteando dos dentes para o céu da boca, para os lábios e depois novamente para os dentes, formando sílabas sonoras. Esses movimentos velozes, guiados por informação sensorial, são possíveis graças ao caminho curto e direto dos nervos cranianos para o cérebro.

O primeiro nervo craniano, o olfativo, foi fácil de encontrar. Ao raspar o osso da cavidade nasal superior, perto das sobrancelhas, expus a placa cribiforme,[1] um diminuto pedaço de osso e tecido esponjoso contendo milhões de pequeninos pêlos. Guarda avançada do olfato, esses cílios ondulam na brisa como hastes de arroz, encerrando moléculas odoríferas numa camada de muco para serem analisadas pelos bulbos olfativos. Pareciam muito frágeis, e eu sabia que um forte golpe na cabeça poderia cortar rentes esses receptores, deixando a vítima com perda permanente do olfato. Uma vez que anatomicamente os dois bulbos olfativos fazem parte do cérebro em si, estendidos para fora, não precisei acompanhar o nervo até muito longe. O teto do nariz é o chão do cérebro.

Depois de abrir o nervo olfativo, mudei alguns centímetros o meu foco para os quatro nervos cranianos ligados à visão. Três deles controlam os movimentos do globo ocular (o maior, o nervo óptico, transporta imagens formadas na retina para o cérebro). Ao coordenar seis músculos minúsculos, eles fornecem um sistema de busca avançado que nos permite, digamos, enfocar um pintassilgo e seguir seu vôo errático atravessando o horizonte, mergulhando nele. Os mesmos nervos governam as contrações e o deslizar de minúsculos nervos requeridos pelo ato da leitura.

Saccade é o nome que os anatomistas dão aos menores movimentos do globo ocular, tomando de empréstimo o termo francês para o movimento que um cavaleiro faz quando puxa abruptamente as rédeas. A metáfora é adequada: se os seis músculos oculares opostos não permanecessem estirados, como as rédeas de um cavalo esperto, nossos olhos deslizariam para cima e para baixo, ou para os lados, ou na direção do nariz. Limpei os caminhos do nervo até esses seis músculos com uma sensação de assombro. Eles funcionam mais vezes do que qualquer outro músculo, movendo-se cerca de cem mil vezes a cada dia (o equivalente aos músculos da perna andando oitenta quilômetros). Participam até de nossos sonhos; o cérebro fecha outros nervos ou músculos motores, mas por alguma razão admite movimentos rápidos do olho (REM — *Rapid Eye Movements)* durante o sono.

Não vou me demorar nos detalhes de outros nervos cranianos que tornaram possível ao galês sentir sabor, ouvir, engolir, falar, mover a cabeça e o pescoço e sentir também as sensações dos lábios, couro cabeludo e dentes. Ao aproximar-se o prazo final da dissecação, fiquei cada vez mais obcecado com o meu projeto, faltava às aulas para passar mais tempo com a cabeça do meu cadáver. Os bombardeios (aviões alemães logo começaram a alvejar Cardiff) e a guerra lá fora pareciam remotos enquanto eu entrava cada vez mais no cérebro propriamente dito, perseguindo a minha presa até uma região de absoluto mistério.

Ao trabalhar na superfície óssea do crânio, eu batia com um martelo e cinzel, como em meus dias de marmorista. Outras vezes, quando removia camadas finas de gordura e músculo fibroso, respirava superficialmente e tomava cuidado para manter o gume cego do escalpelo na direção do nervo. Lembro-me de um pequeno descuido com a faca quando tentava seguir o nervo que transporta as sensações de paladar ao longo de seu atalho através do canal auditivo. *Nossa!*'Foi o tipo de erro que provoca pesadelos no cirurgião: se estivesse operando um paciente, eu teria arruinado de uma só vez seus prazeres de comer e bebêr. Uni habilmente o nervo com cola, murmurando uma

oração de agradecimento por estar trabalhando num cadáver, e não num ser vivo.

Depois de um mês de dissecação tediosa, acrescentei alguns detalhes cosméticos à cabeça do meu cadáver. Pintei os nervos cranianos com um pigmento amarelo, da cor de manteiga fresca, para que se destacassem contra o osso e a matéria branca. O tom avermelhado das veias serviu de complemento adequado e acrescentei um pouco de cor às artérias esmaecidas. Senti orgulho do resultado final: doze linhas amarelas distintas serpenteavam através do osso e do músculo na direção do cérebro enrugado, no qual elas se abriam magnificamente em forma de leque.

O professor West aprovou sorridente e colocou o espécime em exibição pública. Por alguns dias alimentei fantasias de uma carreira na neurocirurgia. No fim das contas não me tornei um neurocirurgião, mas as semanas que passei com aquela cabeça de cadáver me ajudaram a compreender a estranha aliança que existe entre o cérebro e o resto do corpo humano.

A CAIXA DE MARFIM

Acima de tudo, o projeto de dissecação me ensinou a apreciar o esplêndido isolamento do cérebro humano. Para remover o *manto* espesso do crânio, eu havia perfurado uma linha uniforme de orifícios, enfiado uma serra Gigli entre eles, trabalhando com a serra para a frente e para trás, e levantando os quadrados como se fossem pontos de entrada. Uma nuvem fina de pó de osso pairou na sala naquele dia, e eu, exausto, saí dali impressionado com os meios utilizados pelo corpo para proteger o seu membro mais valioso.

Ironicamente, o órgão no qual o corpo confia para interpretar o mundo vive num estado de confinamento solitário, distanciado desse mundo. O órgão que nos confere consciência se encontra além da nossa percepção consciente: ao contrário do estômago, ele não faz ruídos; ao contrário do coração, ele não se faz sentir quando trabalha; ao contrário da pele, não pode ser beliscado. O crânio, tão espesso que para cortá-lo eu tive de me inclinar em ângulo e colocar todo o meu peso sobre a serra, afasta o cérebro de qualquer contato direto com a realidade. Escondido num crânio opaco, o cérebro nunca "vê" nada. Sua temperatura só varia alguns graus, e qualquer febre que exceda essa pequena variação o mataria. Ele não ouve nada. Não sente dor: um neurocirurgião, uma vez dentro do crânio, pode explorar à vontade sem a necessidade de mais anestésico. Todas as visões, sons, odores e outras sensações que definem a vida chegam ao cérebro indiretamente: detectadas nas extremidades, escoltadas ao longo das vias nervosas e anunciadas na linguagem comum da transmissão nervosa. Para um cérebro isolado, não importa onde a informação tem origem. Borboletas e varejeiras, equipadas com órgãos do paladar nos pés, podem experimentar um refrigerante derramado entrando em contato com ele. Os gatos exploram o mundo com seus bigodes.

No ano em que me encontrava em Cardiff, laboratórios de Plymouth, na Inglaterra, e de Woods Hole, em Massachusetts, fizeram as primeiras gravações de sinais elétricos *do* sistema nervoso. Ao inserir eletrodos nos axônios desproporcionais de uma lula, os cientistas puderam espreitar as células nervosas individuais. Eles ouviram uma série de cliques e pausas, muito semelhantes ao padrão do código Morse. Todo o reino animal usa o mesmo simples padrão "liga/desliga" para informar o cérebro. Um neurônio no ouvido humano, por exemplo, detecta uma vibração a uma certa frequência e envia um sinal, pausa um milésimo de segundo e se o estímulo persistir envia outro sinal. O cérebro propriamente dito não sente a vibração; recebe apenas um relatório, numa forma um tanto parecida com o código digital usado nos CDS.

A transmissão nervosa se apóia numa elegante combinação de química e eletricidade. Ao longo do "fio", ou axônio, de um nervo estimulado, íons de sódio e potássio dançam para dentro e para fora de uma membrana permeável, mudando a carga elétrica de positiva para negativa enquanto ela sobe pelo axônio acima num padrão de ondas. Todas as sensações percebidas — o cheiro de alho, uma visão do Grand Canyon, a dor de um ataque cardíaco, o som de uma orquestra — se reduzem a este processo das células nervosas atirando íons carregados umas para as outras.[2] O cérebro tem a tarefa de interpretar todos esses códigos elétricos e apresentá-los ao consciente como uma imagem visual ou um som, um cheiro ou um golpe de dor, dependendo de sua natureza e origem.

Em nível celular a rede de dor está incessantemente carregada de informação, mas a maior parte nunca chega à posição de dor consciente porque nossos corpos lidam adequadamente com os sinais. Os sensores em minha

bexiga continuamente informam sobre distensão, e os sensores na superfície de meu olho informam sobre lubrificação. Quando respondo indo ao banheiro e piscando regularmente, essas coisas não se transformam em dor; mas se ignoro deliberadamente seus lembretes suaves durante algumas horas, vou sentir dor excruciante. A saúde do corpo depende em grande parte de sua atenção à rede de dor.

Os neurônios são as maiores células do corpo humano — na perna podem chegar a noventa centímetros de comprimento — e são as únicas células insubstituíveis com o passar dos anos. Quando dissequei o cérebro do galês em Cardiff, comecei a visualizar o desenho das células nervosas como uma espécie de grande árvore desarraigada numa tempestade de inverno: uma rede de raízes emaranhadas nas extremidades, unida a uma rede emaranhada de ramos no cérebro por meio de um tronco longo e reto (o axônio). Numa extremidade, como um dedo da mão ou do pé, o neurônio depende de dendritos capilares para discutir com os neurônios circunjacentes que tipo de sinal enviar ao cérebro. Um neurônio avantajado pode compartilhar informação com outros neurônios ao longo do caminho, chegando a atravessar até dez mil sinapses. Mas uma sensação como a dor, seja ela originária na ponta dos dedos da mão ou do pé, não é registrada até completar o circuito e alcançar o cérebro.

Santiago Ramón y Cajal, o pai da moderna ciência cerebral, descreveu os neurónios cerebrais como "as misteriosas borboletas da alma, cujo bater de asas pode algum dia — quem sabe? — esclarecer o segredo da vida mental". A exploração do sistema nervoso tende a produzir comentários desse tipo. Em nenhum outro lugar os dedos do Criador estão mais visíveis do que no cérebro, onde mente e corpo se unem

Olhando para o cérebro do galês através de lentes de aumento, pude enxergar a extremidade superior da "árvore" do nervo, com seus galhos se entrecruzando num emaranhado de fios brancos macios. Cada neurônio possui cerca de mil junções com outros neurônios, e algumas células *no córtex* cerebral possuem até sessenta mil. Um grama de tecido cerebral pode conter até quatrocentos bilhões de junções sinápticas, e a quantidade *total* de conexões em um cérebro rivaliza com o número de estrelas no universo. Cada partícula de informação levada através das linhas nervosas provoca uma tempestade elétrica entre outras células, e no completo isolamento de sua caixa de marfim, o cérebro precisa confiar nessas conexões para entender o caos ruidoso do mundo que o rodeia. Sir Charles Sherrington, ganhador do Prêmio Nobel e neuroflsio-logista muito conhecido em minha escola em Londres, comparou a atividade cerebral a um "tear encantado" composto de arranjos de luzes pequeninas acendendo e apagando. A partir de toda esta intensa atividade — cinco trilhões de processos químicos por segundo —, formamos padrões importantes sobre o mundo.

Muitas vezes, enquanto trabalhava até tarde numa sala, iluminada apenas pelo feixe de uma lâmpada de laboratório, especulei sobre o galês e as tempestades elétricas em seu cérebro. Que mensagens seu nervo auditivo transmitira: Mozart ou o som de um conjunto musical? Teria ele trabalhado numa fábrica barulhenta que aos poucos o fez perder a audição? Tinha uma família? Caso positivo, as primeiras palavras de seus filhos e os sussurros de amor de sua esposa haviam seguido a direção do nervo que eu estava dissecando naquele momento.

O ramo mandibular do grande quinto nervo craniano apresentara um desafio à dissecação, pois ele atravessava o osso do maxilar, emergindo em vários lugares de modo a suprir sensações para lábios e dentes. Quando trabalhei com o cinzel através do osso e do esmalte para expor os axônios delgados dos dentes, encontrei cavidades dentárias não-tratadas. Reportei-me às memórias da infância: o sofrimento lancinante causado pela dor de dentes; o nervo do galês deveria ter transportado mensagens similares de tormento. Todavia, esse mesmo nervo levou também sensações sutis dos lábios — o prazer de cada beijo havia trilhado o mesmo caminho para o cérebro.

Qualquer que seja a sua origem na cabeça — dentes estragados, córnea arranhada, tímpano perfurado, ferida gangrenada —, a dor viaja por ura dos doze nervos cranianos e se apresenta ao cérebro num código idêntico ao usado para transmitir sons, odores, visão, sabor e toque. Como o cérebro poderia separar mensagens assim tão misturadas? Terminei meu projeto de dissecação maravilhado com a economia e elegância do sistema que transcreve os vastos fenômenos do mundo material.

A dissecação do cérebro em Cardiff me fez pensar nas sensações e me ensinou uma verdade fundamental sobre a natureza da dor, cuja verdade eu veria mais tarde exposta em pacientes como o soldado Jake. Ao olhar para a cabeça dissecada do galês, compreendi que a sensação de dor, como todas as outras, entra no cérebro na

linguagem neutra de ponto-traço da transmissão nervosa. Qualquer coisa além disso — uma reação emocional ou mesmo a percepção "Isso dói!" — é uma interpretação suprida pelo cérebro.

MESTRE MÁGICO

Enquanto meus colegas e eu estudávamos medicina em Cardiff, Winston Churchill estava estabelecendo uma central de comando de guerra no subsolo do Whitehall Palace, em Londres. Muitas vezes, Churchill passava a noite ali, dormindo num catre em um quarto improvisado e protegido das bombas alemãs por uma laje espessa de concreto reforçado. Uma vez que raramente ia até as frentes de batalha, Churchill tinha de tomar decisões militares cruciais tendo como base os relatórios que chegavam do mundo inteiro pelo telégrafo e pelas linhas telefónicas. Marcadores coloridos em enormes mapas na parede mostravam o progresso diário das forças aliadas. Se Montgomery precisava de reforços no norte da Africa, ele pedia ajuda por telegrama. Se os capitães dos navios dos comboios do Atlântico desejavam mais apoio naval, enviavam um pedido.

Esse centro de comando subterrâneo serviu como o cérebro para a máquina de guerra britânica, o único lugar onde as necessidades e os requisitos de todo o exército podiam ser avaliados. De certo modo, porém, seu próprio isolamento tornou Churchill vulnerável a erros: e se uma mensagem importante nunca chegasse, ou um agente alemão conseguisse furtivamente introduzir desinformação? Dentre as milhares de comunicações que chegavam, cada uma sujeita ao erro humano, o pessoal do quartel-general tinha de inventar uma política da "melhor suposição" para servir ao bem do todo.

O cérebro humano deve, também, confiar em informações incompletas e algumas vezes erradas. Depois de filtrar milhões de dados, o cérebro oferece uma interpretação baseada em sua "melhor suposição", na qual a memória desempenha um papel importante. A partir do nascimento, o cérebro constrói ativamente um modelo interno de mundo exterior, um quadro de como o mundo funciona.

Todos os dias, depois de dissecar e assistir às aulas na escola de medicina, eu ia para casa, abria a porta e cumprimentava cordialmente minha senhoria de Cardiff, Vovó Morgan. Pelo menos essa era a versão de realidade apresentada pelo meu cérebro depois de ter avaliado uma série de mensagens codificadas. Corpúsculos de toque em meus dedos enviavam relatórios de uma pressão de 124 gramas por centímetro quadrado enquanto sensores de temperatura próximos registravam uma entrada de duas calorias por segundo. Meu cérebro, ao receber esses sinais de milhares de fibras nervosas em minha mão direita, reunia uma impressão composta de um objeto morno sacudindo para cima e para baixo aquela mão e, comparando essas sensações com seu banco de dados de experiências passadas, ele diagnosticava então um aperto de mãos.

Enquanto isso, milhões de bastonetes[3] e cones em meu olho identificaram zonas de sombras e cor que o cérebro filtrou e reconheceu como um modelo combinando com o rosto da Vovó Morgan. (Só os engenheiros que tentaram programar computadores para reconhecimento facial podem apreciar plenamente a complexidade desse ato.) Pêlos minúsculos em meu ouvido interno enviaram relatórios de vibrações moleculares em frequências sonoras específicas; o cérebro relacionou esses milhares de dados de código ao registro anterior da voz de minha senhoria.

Quando reduzo a atividade mental às suas partes constituintes, fico maravilhado de poder saber o que acontece no mundo exterior. Todavia, o processo ocorre instantaneamente, abaixo do nível da consciência, no momento em que ouço a voz e vejo o rosto de um amigo. Com o passar do tempo, aprendi a confiar na imagem da realidade que meu cérebro me apresenta.

(Como é natural, o *cérebro* às vezes supõe errado.[4] Feche os olhos e pressione a pele nos cantos do nariz. Você verá manchas de luz falsas porque a pressão súbita faz com que o nervo ótico envie sinais que o cérebro, usando a sua "melhor suposição", interpreta e traduz como luz. Do mesmo modo, um golpe na cabeça pode levar uma pessoa a "ver estrelas". Distúrbios neurológicos podem confundir ainda mais o cérebro. Em meus dias de estudante, conheci um homem que sofria da síndrome de Ménière. Os mecanismos de equilíbrio em seu ouvido interno, tendo sido prejudicados, enviavam repentinamente mensagens falsas de que ele estava se inclinando para a direita. Ao receber esses sinais desorientados, o cérebro ordenava urna série de movimentos cor-retivos, e ele se

atirava violentamente para a esquerda. Aprendemos a colocar uma proteção do seu lado esquerdo a fim de que ele não se machucasse.)

Essa percepção básica de como o cérebro funciona — isolado, ele constrói um quadro do tipo "melhor suposição" para interpretar o mundo exterior — esclareceu minhas idéias sobre a dor. Quando criança eu havia instintivamente considerado a dor como um inimigo "lá fora", me atacando no ponto do dano: quando um escorpião picou meu dedo, apertei o local da picada e corri chorando para casa a fim de mostrá-lo à minha mãe. Aprendi com o cérebro do galês que a dor não está lá fora, mas, pelo contrário, está "aqui", dentro da caixa de marfim do crânio. Paradoxalmente, a dor parece algo feito contra nós, embora na realidade nós a tenhamos feito contra nós mesmos, fabricando a sensação. O que quer que concebamos como "dor" ocorre na mente.

Os sons do trânsito lá fora, o perfume de lilases recém-corta-dos colocados sobre a mesa, o prurido causado pelas minhas calças de lã — tudo isso, como a dor, chega no mesmo código Morse neutro da transmissão nervosa, para aguardar a interpretação da mente. Um tímpano que vibra não constitui audição (meus tímpanos vibram quando estou dormindo), e uma batida no dedo do pé não constitui dor. A dor é sempre um evento mental ou psicológico, um truque mágico que a mente aplica intencionalmente em si mesma. Ela executa esse feito mágico, suspendendo tão poderosamente a incredulidade que eu paro o que quer que esteja fazendo e cuido do dedo do pé. Não posso evitar a impressão de que a dor em si está no meu dedo, e não no meu cérebro.

Pessoas que sofrem de enxaqueca, torcicolo ou dor nas costas ouvem às vezes o comentário maldoso: "Sua dor está na sua cabeça". De modo absolutamente literal, toda dor está na cabeça; ela se origina ali e permanece ali. A dor não existe até que você a sinta e você a sente em sua mente. Bertrand Russell acertou quando foi ao dentista por causa de uma dor de dente.

— Onde dói? — perguntou o dentista.

Russell replicou:

— Em meu cérebro, é claro.

BATISMO DE FOGO

Aprendi sobre a dor em abstrato no meu laboratório de Cardiff. Logo depois de voltar para Londres em setembro de 1940, a Força Aérea Alemã *começou* a atacar essa cidade com toda fúria, e me encontrei imerso no sofrimento humano.

Graham Greene, que sobreviveu ao bombardeio, lembra delas da seguinte maneira: "Fazendo um retrospecto, o que resta é a esqualidez da noite, a multidão de homens e mulheres de pijamas sujos e rasgados, com pequenos respingos de sangue, parados nas portas, a representação exata de um verdadeiro purgatório. Essas coisas eram inquietantes por suprirem imagens daquilo que um dia poderia provavelmente acontecer a si mesmo". Eu me recordo principalmente de um estado de exaustão sem fim. Nós, estudantes, fazíamos rodízio, passando tardes e noites em vigília no teto do hospital. Era fantasmagórico contemplar uma cidade em completo blecaute. Primeiro ouvíamos o rosnar dos motores do bombardeiro. Em pouco tempo, chamas flutuavam lentamente, como grandes flores amarelas surgindo da noite, em forma de sifão. A seguir vinha o assobio das bombas e as explosões vivas da cor de laranja. Os prédios de tijolos em nossa vizinhança desabavam facilmente, levantando enormes nuvens de fumaça e poeira, e as chamas atravessavam as janelas das superestruturas-fantasmas que restavam.

Em certa ocasião, 1500 aviões atacaram Londres em 57 noites consecutivas, e os canhões antiaéreos ribombaram a noite toda sem qualquer pausa. Lembro-me especialmente de duas noites sombrias. A primeira foi captada numa famosa foto de guerra: bombas incendiárias tinham provocado uma tempestade de fogo ao redor da Catedral de São Paulo, e a foto mostra o grande domo desenhado por *sir* Christopher Wren iluminado atrás por um céu em chamas. Quando saí do meu plantão, disse a meus colegas de quarto que a catedral certamente iria ruir. A perda era imensa, um símbolo da nossa civilização sendo destruído. Na manhã seguinte, porém, quando a fumaça se dissipou e o céu cinzento iluminou-se, vi que de alguma forma, milagrosamente, a igreja havia sobrevivido e

estava de pé sozinha, desafiadora, em meio a vários quarteirões de escombros.

Uma outra noite, bombas foram jogadas no University College. Fragmentos dessas bombas danificaram seriamente os alojamentos dos médicos residentes, o que poucos lamentaram: as janelas fechadas por tijolos tornavam os quartos intoleravelmente abafados, por isso ficamos felizes em mudar. O que nos entristeceu foi o fato de a biblioteca da universidade, a terceira melhor em toda a Inglaterra, ter se queimado completamente.

Além do dever de vigília, os estudantes de medicina eram chamados para tratar as vítimas dos bombardeios. Durante os ataques aéreos mais pesados, os residentes ficavam de plantão todas as noites. Os verdadeiros cirurgiões tratavam das fraturas complexas e das queimaduras de terceiro grau, enquanto os juniores trabalhavam extraindo pedaços de vidro das pessoas que se achavam perto de uma janela quando uma bomba caía. Lembro-me do zelador de uma igreja que recebeu fragmentos de um vitral no rosto, peito e abdome. Ele brincou conosco:

— Você consegue dizer se é Jesus ou a Virgem Maria pelo desenho do vidro que está removendo?

Depois de atender às vítimas, conseguíamos dormir algumas horas antes do desjejum — certas vezes num colchão "sanduíche" para abafar o ruído das bombas — e então, depois de incontáveis xícaras de café, começava o regime diurno de estudos e trabalho clínico nas enfermarias. Eu segui essa rotina durante vários meses até que cheguei ao ponto de ter um colapso físico.

Certa manhã, enquanto lia a ficha de um paciente, perguntei à enfermeira:

— Quem receitou este sedativo?

Ela respondeu:

— Foi o senhor.

Apavorado, ouvi o relato que me fez da noite anterior: ela me acordara, descrevera os sintomas do paciente e depois tomara nota da minha receita resmungada. Eu não me lembrava de modo algum do incidente. Devia estar funcionando em algum nível subconsciente e falando enquanto dormia. Felizmente, eu tomara uma decisão razoável e a dose era plausível, mas eu sabia que não podia prejudicar meus pacientes. Pedi e recebi uma licença de duas semanas.

Peguei um trem para Cardiff e fui até a casa familiar que pertencia à minha antiga senhoria, Vovó Morgan. Ela era uma verdadeira excêntrica — muito charmosa, muito galesa, muito surda e muito batista. Vovó Morgan carregava consigo uma trombeta auditiva de metal que media cerca de 45 centímetros de comprimento e se prolongava de sua cabeça como um chifre de carneiro. Com medo de ser apanhada de camisola durante uma incursão aérea, ela dormia com todas as suas roupas. Em vez de mudar de saias, o que poderia ser imodesto (uma bomba poderia atingir a casa enquanto se vestia), ela as usava em camadas, saias de baixo e saias pretas de cima, todas colocadas umas sobre as outras. Apesar da sua excentricidade, ou talvez por causa dela, Vovó Morgan se tornara uma amiga querida, servindo como uma espécie de mãe substituta para os alunos durante nosso interlúdio em Cardiff.

A Vovó Morgan certamente sabia como lidar com um estudante de medicina exausto. Ela me alimentou, mimou e me deixou dormir sem ser perturbado de 16 a 20 horas por dia. Fez mais uma coisa durante aquela visita: convenceu-me de que eu precisava de uma esposa.

— Você não pode achar ninguém melhor do que Margaret Berry — disse Vovó. — Ela vai cuidar de você.

Margaret era uma encantadora colega que me servira de tutora durante o primeiro e difícil ano de mudança do trabalho de construção para a escola de medicina. Ela fora evacuada para Cardiff um ano depois de mim, e eu a pusera em contato com Vovó Morgan. Vovó perguntou minha opinião sobre casar-me com Margaret e virou a trombeta auditiva em minha direção. Gritei que teria de pensar no assunto. Na verdade, porém, várias vezes eu me imaginara casando com Margaret Berry e quanto mais pensava sobre isso, tanto mais gostava da ideia. Depois de duas semanas de repouso, voltei a Londres e me preparei para procurá-la. Apaixonamo-nos e um ano depois nos

casamos.

Passamos uma lua-de-mel de oito dias no Vale Wye e depois nos estabelecemos em dois horários caóticos e separados. Margaret aceitou um emprego do outro lado da cidade e eu me tornei médico-cirurgião do Hospital Infantil da rua Great Ormond. Uma vez que muitos dos melhores médicos ingleses haviam embarcado para o front, tive oportunidades quase ilimitadas de praticar técnicas cirúrgicas. Durante o dia praticava procedimentos pediátricos e à noite supervisionava a seção de acidentes, onde vítimas mutiladas pelos bombardeios eram recebidas. Para um cirurgião incipiente, a experiência era inestimável; para um marido recém-casado, porém, era muito exasperante. Margaret e eu só podíamos passar juntos fins de semana alternados, e o lugar desses encontros era geralmente um abrigo antibombas no porão com o resto da família dela.

Mais ou menos nessa época, uma nova e terrível arma apareceu nos céus de Londres: o foguete v-1, ou bomba zumbidora, como o chamávamos. Ele voava em linha direta, com uma cauda em chamas estendida atrás, e tiquetaqueava como uma metralhadora até consumir todo o combustível. Seguiam-se vinte segundos de silêncio mortal, depois disso o foguete oscilava um pouco e caía por terra com um barulho ensurdecedor. Lembro-me de uma noite de vigília quando calculei o choque frontal de um foguete V-1 com o hospital da rua Great Ormond. Fiz soar o alarme. A bomba zumbidora passou rente ao teto onde eu estava agachado, errando por seis metros, mas atingindo com toda a força o hospital Royal Free, algumas ruas adiante. Desci correndo do telhado e presenciei uma cena do inferno de Dante. As paredes da enfermaria obstétrica haviam desabado e voluntários já estavam cavando nos escombros fumegantes para encontrar recém-nascidos, a maioria deles corn menos de uma semana de vida. Das ruínas, os voluntários retiravam bebês salpicados de caliça, sangue, fuligem e vidro. O choro fino e comovente dessas criancinhas não foi ouvido em meio ao clamor geral. De um lado, as mães, em roupões cinzentos por causa da poeira dos entulhos, observavam *com* expressões de medo e desespero alternando em seus rostos. Voluntários, formando uma fila como uma brigada de incêndio, passavam *os* bebês para ambulâncias que começaram a parar numa rua que brilhava devido ao vidro quebrado. Voltei às pressas para a rua Ormond, a fim de preparar o hospital para receber esses novos casos.

Alguns meses mais tarde, tive um vislumbre do que aquelas mães deviam estar sentindo. Dei um plantão de vigília no telhado do hospital da rua Great Ormond na noite em que Margaret entrou em trabalho de parto de nosso primeiro filho. Eu a deixei num hospital das proximidades e corri para minha vigília a três quilômetros de distância. O bombardeio nunca parecera tão pesado quanto naquela noite. Observei a linha do horizonte ao norte, com um sentimento de desespero e tristeza, certo de que as bombas altamente explosivas que caíam ali estavam atingindo o Royal Northern Hospital, onde Margaret se achava. Tudo correu bem com ela, graças a Deus, e depois da última vítima de bombardeios ter sido tratada no Ormond, corri para o lado de minha mulher para conhecer meu filho, Christopher.

COMPENSAÇÕES

Embora assistisse aos terríveis efeitos da guerra todos os dias na seção de acidentados, vi também o melhor do espírito humano.Segundo pesquisas modernas, a maioria dos londrinos que passaram pelos bombardeios lembra-se hoje daqueles dias com apreciação e nostalgia. Eu teria de concordar.

A Grã-Bretanha ficou bastante isolada depois da queda da França e das nações européias ocidentais. Os soldados que se retiraram contavam histórias de horror das brigadas rápidas de tanques, e esperávamos uma invasão alemã a qualquer momento. A cada noite, mais bombas caíam sobre Londres. Todavia, de alguma forma, naquela atmosfera de medo e ameaça, um novo sentimento de comunidade cresceu.

Certa noite desci as escadas do metrô de Londres, ou "túnel", onde descobri uma cidade inteira de pessoas morando nas plataformas e passagens subterrâneas. Algumas estavam pondo as crianças na cama, outras jantavam, outras se reuniam em grupos contando piadas e até cantando. Tive de passar por cima de dezenas de corpos adormecidos, estendidos em colchões e cobertores, a fim de pegar o trem. Fiquei sabendo que aquelas pessoas chegavam todas as noites para escapar das bombas e das sirenes estrepitosas. As autoridades tentaram a princípio expulsá-las, mas logo mudaram de ideia e abasteceram a plataforma com beliches de arame entrelaçado.

Sempre que visitava a cidade subterrânea, eu saía entusiasmado com a sensação de camaradagem que encontrava ali. A cena destruía qualquer estereótipo dos ingleses como um povo reservado. Londrinos ricos e pobres reuniam-se todas as noites, compartilhando as refeições e o afeto. Eles trocavam histórias sobre fugas apertadas das bombas e faziam brincadeiras sobre a invasão iminente. Até o sofrimento do luto era facilitado: uma pessoa falava de membros da família que haviam sido mortos e estranhos completos se reuniam ao redor dela e choravam juntos. A família real fez algumas visitas, supostamente para levantar os animou mas secretamente, penso eu, para apossar-se de parte daquele espírito contagiante. Muitas daquelas pessoas haviam perdido casas, bens e entes queridos na superfície; contudo, na cidade subterrânea relaxavam entre amigos.

A profissão médica também se beneficiou com o novo espírito comunitário, pois membros da elite de Londres se ofereceram como voluntários nos hospitais. Agatha Christie juntou-se à equipe do University College. Farmacêutica, antes de passar a escrever histórias policiais (bom estímulo para suas tramas de envenenamento), ela ofereceu-se para trabalhar na farmácia como contribuição ao esforço de guerra. Minha esposa jamais esquecerá um encontro fortuito com outra famosa voluntária. Certa manhã, enquanto fazia um curativo pós-operatório, Margaret notou uma linda morena de pé junto ao cubículo de um paciente. Ela usava o uniforme das voluntárias e Margaret a incumbiu de levar os curativos usados e malcheirosos para o depósito de lixo hospitalar. Mais tarde, ela soube a identidade da mulher: Princesa Marina da Grécia, Duquesa de York.

Como médico em treinamento, fui beneficiado principalmente pelos médicos maravilhosos que deixaram suas aposentadorias para preencher as vagas criadas pela guerra. Em meio ao caos das batalhas, esses professores desprendidos me ensinaram algo mais importante do que fatos sobre fisiologia e farmacêutica. O University College nos desafiara a tratar de pacientes, não simplesmente de moléstias, mas agora ao observar médicos sábios e experientes em ação vimos o lado humano da medicina tomar forma. Só mais tarde reconheci quão profundamente essa abordagem do tratamento pode afetar a percepção da dor. Um cirurgião chamado Gwynne Williams, voluntário de guerra, tipificou essa abordagem "antiquada" da medicina. Ele me ensinou que na medicina não há substituto para o toque humano. — Não fiquem só ao lado do leito — disse-nos Williams —, assim vocês sentirão apenas com a ponta dos dedos. Ajoelhem-se ao lado do paciente. Desse modo, sua mão inteira se apóia no abdome. Não se apressem. Deixem a mão repousar ali por algum tempo. Enquanto a tensão muscular do seu paciente diminui, vocês sentirão os pequenos movimentos.

Antes de visitar um paciente em nosso hospital pouco aquecido, Gwynne Williams punha a mão sobre um aquecedor ou a mergulhava em água quente. Algumas vezes ele andava pelas enfermarias com o braço direito dentro de um casaco folgado, à moda napoleônica, escondendo a garrafa de água quente que fazia de sua mão um bom ouvinte. Uma mão fria iria causar um reflexo, contraindo os músculos abdominais do paciente, mas uma mão quente, reconfortante, os persuadia a relaxar. Williams confiava mais em seus dedos do que num estetoscópio ou nas descrições do paciente.

— Como os pacientes sabem o que está acontecendo em seus intestinos? — perguntava ele com uma carranca. — Ouçam diretamente os intestinos deles. E, quanto ao estetoscópio, como vocês podem aprender algo empurrando uma peça fria de metal contra a carne do paciente amedrontado?

Williams tinha razão: a mão treinada no abdome pode detectar contração, inflamação e a forma de tumores que procedimentos mais complexos apenas confirmam. Durante cinquenta anos o toque tem servido como minha ferramenta de diagnóstico mais preciosa. Enquanto me informa sobre os sintomas de meu paciente, o toque simultaneamente transmite a meus pacientes uma sensação de cuidado pessoal que pode servir para acalmar o medo e a ansiedade deles — auxiliando assim a reduzir a sua dor.

Gwynne Williams procurava constantemente meios de eliminar as barreiras que tendem a criar distância entre médicos e pacientes.

— A humildade é uma qualidade que o cirurgião precisa cultivar — dizia ele. — Desça do seu pedestal. Certa vez apresentei ao dr. Williams minha recomendação contra a cirurgia de uma mulher de oitenta anos que caíra e quebrara a bacia.

— Ela me parece frágil — falei —, e também tem sintomas de diabetes. Podíamos operá-la e reforçar os ossos com uma chapa de metal, mas esse procedimento envolveria trauma e a obrigaria a passar um longo período engessada. Talvez fosse demais para ela. Sugiro deixá-la deitada em tração para que o osso se cure sozinho, embora ele fique mais curto. Ela nunca vai recuperar a mobilidade, é claro, mas se alguém cuidar dela, ficará bem. A cirurgia é arriscada.

Williams explodiu:

— Como você ousa falar sobre não aceitar riscos para uma pessoa idosa? A velhice é exatamente a época de enfrentar os riscos! Sou um velho e se quebrar a perna, você faria bem em usar todos os seus recursos para restaurá-la. Ser velho já é bastante ruim, mas permitir que essa senhora fique dependente e exija cuidados de terceiros é irresponsável.

Ele discutiu depois as opções com a paciente, determinou a conveniência e marcou a cirurgia.

Williams estava certo mais uma vez. A mulher sobreviveu e andou novamente. Diante de encontros desse tipo, aprendi que a medicina não consiste apenas em cuidar das partes do corpo. Tratar uma doença e tratar uma pessoa são preocupações muito diferentes, porque a recuperação depende em grande parte da mente e do espírito do paciente. O sofrimento, um estado de espírito, envolve a pessoa em sua totalidade.

Notas

[1] Cribiforme: em forma de crivo. (N. do T.)

[2] A transmissão nervosa era um tema importante em meus anos da escola de medicina. Os cientistas sabiam há muitos anos que a contração muscular envolvia um sinal elétrico, mas não compreendiam o mecanismo envolvido. Em 1936, o farmacologista alemão Otto Loewi recebeu o Prémio Nobel de Medicina pelas suas descobertas nesse campo. Loewi havia sido impedido em sua tentativa de compreender o processo exato da transmissão nervosa até que certa noite a resposta veio num sonho. Ele acordou, escreveu algumas palavras num pedaço de papel e voltou a dormir satisfeito. Mas, na manhã seguinte, sua letra mostrou-se ilegível, e os detalhes do sonho lhe escaparam o dia todo. De forma surpreendente, naquela noite o sonho se repetiu. Dessa vez, Loewi pulou da cama e correu para o seu laboratório. Na madrugada, ele descobriu a natureza básica da transmissão nervosa nos músculos da rã: uma carga elétrica transmitida por meio de uma cadeia de reações químicas.

[3] Bastonete: receptor fotossensíveí da retina. (N. do T.)

[4] Os manuais de psicologia dão exemplos de simples *ilusões* — de um termo latino significando "zombar ou ridicularizar" — que demonstram quão facilmente nossos cérebros podem ser enganados. Ao levantar duas latas de peso igual, achamos que a lata menor" é mais leve, embora tenha vinte por cento mais peso nela, simplesmente porque esperamos que seja mais leve. (Com os olhos vendados, poderíamos julgar ambas iguais.) Somos enganados para pensar que duas linhas paralelas são desiguais quando uma terceira as corta em um ângulo. Julgaremos uma linha maior do que a outra se terminar em vetores na forma de flecha, apontando para dentro, e não para fora. Hollywood construiu toda uma indústria sobre a ilusão. O cérebro não pode fazer uma pausa, cm um intervalo de um segundo, sobre cada uma das 24 fotos individuais que fazem parte de um filme; portanto, ele permite que essas imagens fixas criem a ilusão de movimento.

Um quadro interno da realidade, como é claro, depende inteiramente das mensagens que chegam ao cérebro isolado. Gatinhos criados em caixas pintadas com listas horizontais nem sequer notam listas verticais a princípio: suas células cerebrais não desenvolveram ainda uma categoria de "verticalidade". Para as pessoas que nascem sem distinguir cores, o mundo não parece menos "real" do que para mim, mas nossas figuras internas são bem diferentes. As pessoas cegas têm sonhos auditivos: seus cérebros parecem formar uma sensação de realidade em separado das imagens visuais. É bastante provável que os artistas Van Gogh, El Greco e Edgar Degas tenham "visto" seu ambiente de maneira tão incomum por causa das desordens visuais que afetaram sua percepção. Depois de uma cirurgia de catarata, Monet surpreendeu-se ao descobrir tantas tonalidades azuis no mundo; ele retocou sua obra mais recente para que se conformasse à sua nova visão.

Eis aqui a enfermeira com o cataplasma em brasa. Aplica com um tapa e nem dá atenção.
T. S. ELIOT

5 A dor dos mentores

Depois que a guerra tornou o tratamento da dor uma prioridade nacional, alguns dos maiores intelectos do University College passaram a cuidar do assunto. Um conferencista pitoresco foi uma espécie de mago chamado J. H. Kellgrin, um homem franzino, nada imponente, com pele, cabelos e sobrancelhas claros. Com ares de apresentador de variedades, ele conduziu demonstrações dramáticas de dor e anestesia num salão de palestras construído em declive para que todos os estudantes pudessem enxergar sem obstruções.

Durante uma aula, Kellgrin fez entrar numa cadeira de rodas um soldado ferido na batalha. — Este soldado está sentindo dor insuportável na área do pescoço e do ombro — disse Kellgrin.

O soldado, incapaz de mover o pescoço, mantinha a cabeça torta para um lado e olhava para nós de esguelha, parecendo muito apreensivo. Kellgrin anunciou que tentaria localizar a origem da dor daquele homem.

— Por favor, diga-nos quando sentir a mesma dor que reconheça como a que sente no pescoço — ele instruiu o soldado.

Kellgrin inseriu uma agulha comprida na nuca do homem. Este imediatamente gritou:

— Não! Isso dói!

— E a mesma dor que tem perturbado você? — perguntou Kellgrin, impassível.

— Não, é uma nova dor, em meu braço — disse o soldado, recuando diante dele.

Outra sondagem da agulha.

— *Ohhh!* — outro grito de agonia.

— Foi essa a dor?

— Não! Essa dor vem do lugar em que a agulha está e é medonha!

Kellgrin sorriu e moveu a agulha em outras direções, pesquisando aqui e ali.

Eu mal podia conter minha indignação. Aquilo era medicina absolutamente insensível, explorando um pobre soldado só para dar uma aula sobre a dor. Levantei a mão, pronto para protestar, mas naquele exato momento a agulha de Kellgrin atingiu o ponto certo.

— E aí que está a dor — gritou o soldado. — O senhor conseguiu o que queria.

Kellgrin perguntou com seu modo tranquilo:

— Tem plena certeza de que esta dor é a mesma que você vem sentindo quando tenta mover o pescoço?

— Sim, toda a certeza. Pode agora parar com tudo isso? — exigiu o soldado.

Kellgrin finalmente esvaziou uma seringa de novocaína, lenta e deliberadamente, e, quando fez isso, uma expressão de alívio inexprimível se espalhou pelo rosto d*o* soldado. *Kellgrin* esperou alguns minutos e depois,

cuidadosamente, moveu um pouco a cabeça do homem. Não sentindo qualquer reação de dor, ele retirou lentamente a agulha e moveu a cabeça do homem num círculo amplo. A fisionomia do soldado a princípio registrou medo, depois surpresa, e em seguida espanto. Tocando seu ombro, o soldado descobriu que agora podia girar o braço sem desconforto. Finalmente, ele fez um sinal de positivo para Kellgrin e estendeu a mão para agradecer-lhe.

— Permita que aperte a sua mão enquanto tudo ainda está bem — disse o soldado.

Kellgrin triunfalmente encerrou a palestra:

— A dor faz parte de um sistema complexo. Fizemos grande progresso ao identificar o ponto nevrálgico da dor deste homem. E possível que esta única injeção possa dar alívio permanente, acalmando terminais nervosos hipersensíveis e dando aos músculos uma oportunidade de relaxar. Caso isso não aconteça, continuaremos o tratamento.

Os anestesistas naquela época estavam apenas começando a reconhecer o potencial da anestesia epidural, um meio de controlar a dor ao nível das raízes nervosas, pouco antes de entrarem na coluna dorsal. Para mim, como aluno, a expressão de alívio na face do soldado tornou-se um símbolo vívido de um novo discernimento com relação à dor. Até então eu a havia concebido como um processo de dois estágios: primeiro, um sinal de alarme da periferia (um corte no dedo, uma dor de dentes), a seguir o reconhecimento pelo cérebro. Eu tinha agora uma prova surpreendente de um caminho intermediário. Um tronco nervoso recebe mensagens de dor a caminho da coluna dorsal que o cérebro pode interpretar como se tivessem origem nas extremidades nervosas, mais abaixo no membro. O soldado havia "sentido" dor aguda no braço e no ombro, embora a agulha de Kellgrin estivesse enfiada em seu pescoço, sondando ramos nervosos perto da espinha dorsal.

Alguns dias mais tarde, vi este princípio reforçado quando Kellgrin tratou outro soldado ferido. Embora seu ferimento parecesse pequeno comparado com outros na enfermaria, eu nunca vira um paciente tão patético. Uma bala entrara em sua coxa, passando perto e provavelmente tocando de leve o nervo ciático, o que provocara uma condição de extrema sensibilidade conhecida como causalgia.[1] Aquele forte e soberbamente apto jovem soldado estava agora hipersensível a qualquer sensação. Não podia tolerar nem sequer uma folha pousada em sua perna. Queixava-se do brilho da luz que incidia em seus olhos. Passava o dia enrolado em posição fetal, chorando pela mãe. Mensagens de dor o inundavam, vindas de toda a perna e de outros pontos, e os medicamentos comuns para tratamento da dor faziam pouco efeito.

Enquanto nós, estudantes, segurávamos o soldado, Kellgrin inseriu uma agulha em sua espinha lombar e injetou um anestésico nos gânglios nervosos que controlavam o sistema simpático. Quando saímos da sala, o soldado retorcia-se de dor. No dia seguinte o encontramos sentado na cama, rindo e brincando. Kellgrin havia novamente exterminado uma dor, dessa vez eliminando um segmento inteiro do sistema nervoso simpático a fim de silenciar seus sinais frenéticos.

Kellgrin era um protegido de Sir Thomas Lewis, conhecido por nós como Tommy Lewis, o principal fisiologista do University College, um homem cujo espírito pairava sobre a escola de medicina. Algumas vezes chamado de "rei da cardiologia", Lewis ganhara fama pelo seu trabalho pioneiro identificando os efeitos do estresse psicológico sobre o coração. Ele era um homem pequeno, esbelto, na casa dos sessenta, que se distinguia por sua barba aparada e uma postura permanentemente curvada por causa do trabalho no laboratório.

Tommy Lewis tinha maneiras bastante rudes que ele usava para obter o máximo efeito na intimidação dos estudantes de medicina mais novos. Possuía noções estritas sobre quais pacientes devíamos ver.

— O University College é um hospital-escola — insistia ele. — Não deveríamos aceitar pacientes com diagnósticos fáceis.

Eu o acompanhei certa vez em que encontrou um desses casos óbvios, e ele foi embora com um ar ofendido, resmungando:

— Lixo, lixo. Qualquer um poderia tratar esse paciente. Queremos alguém mais desafiador, alguém com problemas que façam você pensar.

Numa época em que o mundo estava desmoronando, nós estudantes às vezes questionávamos a relevância de obscuras pesquisas acadêmicas, mas Tommy Lewis não alterou o programa de pesquisa da faculdade um centímetro sequer. Para ele, a guerra tinha pouco significado, exceto por seu benefício colateral de abrir novas e fascinantes áreas para a pesquisa médica. Ele havia estudado o coração durante a Primeira Guerra Mundial; agora estava investigando a dor. O livro que resultou desses estudos, *Dor,* publicado pela primeira vez em 1942, ainda hoje é lido nas escolas de medicina.

Lewis me inspirou gosto pela pesquisa. A medida que estudávamos a dor, fui arrastado para uma órbita da qual nunca mais escaparia, embora muito do que aprendi não seria praticado ainda por um longo tempo. Médicos e pacientes tendem a considerar a dor como sintoma de um problema, e sua atenção se desvia rapidamente para a causa básica, o diagnóstico. A imparcialidade científica de Lewis lhe permitia considerar a dor como uma sensação em si mesma. Estudando sob a orientação dele, pela primeira vez comecei a vislumbrar a possibilidade de uma resposta para certas perguntas subjacentes. Anteriormente, eu considerara a dor como uma mancha na criação, o grande erro de Deus. Tommy Lewis me ensinou o contrário. Do ponto de vista dele, a dor se destaca como uma extraordinária obra de engenharia de valor inigualável.

Durante meus tempos de estudante, Lewis estava tentando categorizar variedades de dor física. Ele esperava quantificar a experiência da dor de modo que os pacientes pudessem descrever seu caso como "número oito" ou "número nove", em vez de confiar em palavras vagas como "agonizante" ou "excruciante". Ele estava trabalhando em três agrupamentos principais — dor isquêmica, dor cutânea e dor visceral — e me apresentei como "cobaia" para a dor isquêmica.

MASOQUISMO NO LABORATÓRIO

A dor isquêmica ocorre quando o suprimento de sangue é cortado ou restringido. Num músculo, por exemplo, a dor isquêmica resulta quando há pouco sangue para suprir oxigênio e a circulação não remove as impurezas tóxicas com a rapidez necessária. A dor se apresenta lentamente num músculo passivo, mas no ativo a isquemia causa espasmo muscular. Como qualquer pessoa que tenha sido acordada de súbito por uma cãibra muscular sabe, a dor isquêmica pode ser repentina e severa. Uma braçadeira comum para medir a pressão sanguínea irá produzir facilmente isso: aperte a braçadeira até que ela corte toda a circulação em seu braço e depois feche a mão algumas vezes. Em breve você sentirá uma dor tão forte que precisará parar e afrouxar a braçadeira.

A braçadeira comum de medir pressão não satisfazia, porém, a sede de precisão de Tommy Lewis. Afinal são necessários alguns segundos para inflar a braçadeira, período em que a pressão arterial mais elevada introduz furtivamente mais sangue, mesmo depois de cortado o retorno venoso, levando o braço a inchar levemente. A fim de corrigir esse problema, Lewis inventou um inflador de braçadeira instantâneo: um enorme recipiente de vidro, enrolado *com* barbante, que parecia um marcador marinho. Ele bombeava ar no casco de vidro até que alcançasse uma determinada pressão e depois o conectava à braçadeira de pressão em meu braço. Quando girava uma torneira a braçadeira inflava instantaneamente, detendo o fluxo sanguíneo em ambas as direções ao mesmo tempo.

Com o suprimento sanguíneo cortado, eu apertava uma bola de borracha uma, duas e três vezes, seguindo as batidas de um metrônomo e continuando até que começasse a doer. Ao primeiro sinal de dor eu fazia um gesto e Lewis anotava quantos segundos haviam transcorrido. Eu continuava apertando até que a dor se tornasse insuportável e me obrigasse a parar. Lewis anotava outra vez o intervalo de tempo. Meus colegas e eu nos submetíamos a esse procedimento semana após semana, enquanto Lewis ficava ao nosso lado com infinita paciência. Ele procurava dois resultados: o nível do limiar quando sentíamos dor pela primeira vez e o nível de tolerância de quanto podíamos suportar.

Lewis testou cobaias de várias etnias, descobrindo grandes diferenças na maneira como os europeus do norte e do sul percebem a dor. Outros voluntários participaram de experiências para testar o poder da distração: por exemplo, os que ouviam livros interessantes lidos em voz alta mostravam uma tolerância muito maior à dor. Os

pesquisadores que se seguiram a Lewis iriam refinar ainda mais seus testes nessa área, usando novas técnicas, tais como ondas sonoras de alta frequência, luzes ultravioleta, arames de cobre super-resfriados e geradores repetitivos de faíscas, mas todos confirmaram essencialmente as descobertas feitas por Lewis durante aquele período de guerra. Devo admitir, no entanto, que parecia levemente estranho ficar sentado num laboratório infligindo dor em nós mesmos enquanto outros cidadãos a recebiam de maneira absolutamente involuntária por meio dos bombardeiros alemães.

Só para variar, nós, voluntários isquêmicos, também experimentamos dor cutânea e dor visceral. Para testar a dor cutânea, Lewis usou a rede de pele entre o polegar e o dedo indicador, uma vez que a anatomia ali, constituída de pele dobrada sobre pele, garantiria dor cutânea de puríssima qualidade. Ele prendeu a rede de pele do polegar em um torno-miniatura calibrado, e a cada volta da rosca respondíamos com um número de um a dez, quantificando a dor. Essa dor induzida por pressão causava uma sensação distinta de "queimação", enquanto os testes com alfinetes e cerdas de javali produziam uma dor de "ferroada". Lewis descobriu que as cobaias vendadas não podiam distinguir entre os tipos de dor causados por pontas agudas, puxões de cabelo, calor, correntes elétricas ou venenos irritantes: todas as dores de ferroada pareciam iguais.

Das três categorias de dor de Lewis, achei a dor visceral a mais fascinante. Esse tipo de dor mais lento, menos localizado, adverte de problemas nas profundezas do corpo. Aprendi que órgãos internos, tais como o estômago e os intestinos, têm um suprimento escasso de sensores de dor. (Essa escassez é que torna as úlceras gástricas perigosas: o ácido pode destruir o revestimento do estômago antes que o paciente note quaisquer efeitos secundários.) O cirurgião usa anestésicos principalmente para ultrapassar a barreira de pele. Corte o intestino com uma faca, queime-o com um bisturi elétrico ou aperte-o com o fórceps e o paciente nada sentirá. Tempos depois tratei de um homem na Índia que havia sido chifrado por um touro: ele ficou sentado calmamente na sala de espera, segurando os intestinos num pedaço de pano, como um embrulho de uma loja, sem qualquer indício de dor visceral.

Porém, o estômago e o intestino possuem extraordinária sensibilidade a um tipo específico de dor, a dor da distensão. Os voluntários de Tommy Lewis engoliam corajosamente um tubo armado com um balão na extremidade. Uma vez que o tubo passasse do estômago para o intestino, Lewis começava a soprar o balão. Dentro de alguns segundos os voluntários resmungavam e faziam gestos aflitos para que ele parasse. Estavam experimentando uma das dores mais agudas que o corpo humano conhece: a dor da cólica, que resulta quando alguma coisa tenta passar através de uma abertura pequena demais, esteja ela nos rins, na bexiga ou no intestino. Os órgãos internos possuem células nervosas que reagem aos principais perigos que provavelmente irão confrontar; o corpo econômico considera redundante fazer com que eles avisem, por exemplo, sobre um corte quando os sensores da pele lidam muito bem com essa tarefa.

Enquanto aprendia sobre a dor em primeira mão nas experiências de Tommy Lewis, eu também comecei a pesquisar formalmente o assunto nas bibliotecas. A fascinante complexidade da rede de dor me surpreendeu. Comecei a estudar a dor por simples curiosidade, não tendo ideia de que estava preparando um fundamento para o trabalho de minha vida. Terminei essa primeira pesquisa com um senso permanente de reverência e agradecimento a essa sensação que a maioria das pessoas vê com ressentimento.

O corpo tem milhões de sensores nervosos, que não são distribuídos ao acaso, mas exatamente de acordo com a necessidade de cada parte. Uma batida leve no pé passa despercebida, na virilha provoca dor, e no olho causa angústia. As estatísticas do cientista alemão Max von Frey sobre a dor cutânea mostram claramente a diferença: são necessários 0,2 grama de pressão por milímetro quadrado para que a córnea do olho sinta dor, em comparação com vinte gramas no antebraço, duzentos na sola do pé e trezentos na ponta dos dedos.

O olho é mil vezes mais sensível à dor do que a sola do pé porque enfrenta riscos peculiares. A visão requer que o olho seja transparente, limitando assim o número de vasos sanguíneos (opacos) imediatamente disponíveis. Qualquer intruso, até mesmo uma partícula de sujeira ou fio de fibra de vidro, representa uma ameaça, porque com seu suprimento limitado de sangue, o olho não pode curar facilmente a si mesmo. Para proteger-se, o olho tem uma reação tão rápida que virtualmente qualquer coisa que toque nele provoca dor e atrapalha o reflexo do pestanejar.

Por outro lado, o pé é destinado a suportar o peso do corpo: ele tem estruturas de suporte mais resistentes, suprimento abundante de sangue e mil vezes menos sensibilidade à dor. As pontas dos dedos também podem suportar bastante coação: haveria bem poucos carpinteiros se os dedos que seguram pregos e pedaços de madeira enviassem sinais de dor ao cérebro a cada batida do martelo. Em cada caso, a função de uma parte do corpo determina sua estrutura circundante, e a rede de dor se adapta fielmente.

Aumentando a complexidade do sistema, os sensores de dor informam em velocidades diferentes. Os sinais da superfície da pele viajam a uma razão de 90 metros por segundo, induzindo uma reação imediata. Toque um fogão quente e seu dedo recua antes mesmo de a dor ser registrada em seu cérebro consciente.[2] Em contraste, a dor da derme ou dos órgãos internos se arrasta a 60 centímetros por segundo, de modo que vários segundos podem passar antes de ela ser registrada. A dor ou o latejar da dor lenta é mais profundo e tende a persistir. *Tommy* Lewis, sempre observador, ficou imaginando por que os técnicos de radiologia (um campo novo na época) nunca comiam ovos *poché.* Ao examiná-los, ele descobriu que os feixes de raios-X (as primeiras máquinas eram malprotegidas) haviam destruído os sensores nervosos em suas camadas externas de pele, silenciando assim o primeiro sistema de advertência da dor rápida. Os técnicos haviam aprendido a evitar as cascas de ovo quentes porque a dor lenta e retardada era muito pior e não desaparecia facilmente.

DOUTOR ESCOVA

Tommy Lewis costumava ficar intrigado com o que motiva um sensor do cérebro a enviar seu sinal. Quando as pessoas que assistem a um concerto batem palmas, elas não sentem dor a princípio. Cada vez que as mãos se juntam, as células se comprimem, dando um aviso de sensação de pressão. Se os membros da audiência continuarem batendo palmas por dez minutos na esperança de ganhar um bis, suas mãos começarão a ficar sensíveis, e se as palmas continuarem por muito tempo, os espectadores sentirão bastante desconforto. Por quê? As últimas palmas não foram mais fortes do que as primeiras; a pressão, portanto, não aumentou. De alguma forma as palmas das mãos se tornam vermelhas e inchadas, indicando danos ao tecido, as células nervosas pressentem o perigo e enviam sinais de dor em aditamento à pressão.

Do mesmo modo, se um pouco de óleo quente cai nas costas da minha mão, eu a coloco debaixo da torneira até que melhore. A queimadura deixa uma pequena marca vermelha, que logo esqueço — até tomar banho à noite. De repente, a água que parece ótima para uma das mãos fica quente e desconfortável para a outra. Sensores de temperatura nas duas mãos estão registrando o mesmo fluxo de calor, mas a pele levemente danificada tornou-se hipersensível, e seus detectores de dor ajustam seus limiares nessa conformidade.

Antes de pesquisar o assunto em maior profundidade, eu imaginara a rede de dor como uma série de "fios" que corriam diretamente das extremidades para o cérebro, como alarmes de incêndio individuais ligados a um posto de bombeiros central. Em pouco tempo aprendi como esse conceito era ingênuo. A dor é uma interpretação sofisticada extraída de muitas fontes.

Graham Weddell, outro protegido de Tommy Lewis e conferencista júnior do University College, abordava os mistérios científicos com o entusiasmo de um mártir. Ajudado por um assistente indiano, ele cortava pequenas janelas na carne de seu próprio braço e isolava as fibras nervosas individuais, que ligava a um osciloscópio. Weddell aplicava então vários estímulos — calor, frio, alfinetadas, ácido — à mão e observava os resultados exibidos na tela do osciloscópio. Ele acabou ficando com um antebraço parecido com um campo de teste para um mau tatuador, mas também ganhou uma nova compreensão da dor: ela funciona mais como uma percepção do que uma sensação.[3] A fim de se tornarem sinais de dor, a descarga dos neurônios individuais devem acumular-se no tempo, mediante sinais repetidos, ou no espaço, envolvendo neurônios próximos. Os procedimentos de automutilação convenceram Weddell de que os sinais de dor emitidos por neurônios isolados têm pouco significado; o que importa são as suas interações com as células adjacentes e a interpretação suprida pelo cérebro.

Weddell logo *notou que o* ambiente *do* laboratório tinha um efeito poderoso na experiência da dor. A dor nunca era "objetiva". De maneira constante, os voluntários novatos nos experimentos se queixavam de sentir dor muito antes do que os voluntários regulares. Mesmo depois de informados de que poderiam desligar os estímulos dolorosos apertando um interruptor, eles não confiavam plenamente no processo de prova, e essa ansiedade

alterava sua percepção da dor. Eles simplesmente sentiam dor com mais facilidade e mais depressa. Do mesmo modo, na experiência com o torno para medir a dor da pele, a maioria dos estudantes reportava níveis menores de dor sob a mesma pressão quando lhes permitiam girar a rosca eles mesmos. O medo que sentiam quando outra pessoa girava a rosca tornava a percepção da dor muito maior. (Este fato indica uma das principais limitações das experiências de laboratório. O que permito que um colega confiável aplique em mim num ambiente controlado é uma experiência completamente diferente da dor que poderia sentir no mundo exterior, onde fico sujeito a medo, ira, ansiedade e sentimento de impotência. Por outro lado, a dor que reporto como significativa num laboratório, tal como uma alfinetada, posso nem notar quando estiver envolvido num projeto de carpintaria — ou num campo de batalha.)

Graham Weddell era um grande favorito entre *os* estudantes, talvez por parecer ele mesmo um estudante crescido demais: ele nunca escovava o cabelo, preferia o ponto de vista não-convencional em quase todo assunto e ria muito com piadas impróprias. Como um contraponto ao seu trabalho sobre a dor, Weddell começou a investigar o prazer. Estudou primeiro a anatomia das zo-nas erógenas, dissecando a genitália de fêmeas de macaco. A seguir, um tanto caracteristicamente, recrutou voluntárias entre as estudantes que permitiram que ele estimulasse eletricamente os nervos do clitóris. Para sua surpresa, não descobriu um terminal nervoso que pudesse ser designado como o nervo do prazer . De fato, o principal aspecto da zona erógena era uma abundância de terminais de "nervo livre" normalmente associados à dor.

Wedden concluiu que o prazer sexual é também mais percepção do que sensação. Os sensores de toque, temperatura e dor registram obedientemente os aspectos mecânicos de um corpo entrando em contato com outro. Mas o prazer envolve uma interpretação desses relatórios, um processo bastante dependente de fatores subjetivos, tais como expectativa, medo, memória, culpa e amor. No plano fisiológico, o intercurso sexual entre dois amantes e a desdita do estupro envolvem as mesmas extremidades nervosas — mas um é registrado como belo, e o outro, como horror. O prazer, mais ainda do que a dor, emerge como um subproduto da cooperação entre muitas células, mediado e interpretado pela parte superior do cérebro.

Qualquer criança sensível a cócegas conhece a linha fina que separa o prazer da dor. Eu costumava gostar de cócegas, e na Índia, minha irmã Connie às vezes me fazia. Uma pena tocando de leve meu antebraço produzia uma sensação deliciosa. Todavia, a caminhada de um escorpião arrastando-se pelo meu antebraço, exercendo a mesma força nos mesmos terminais nervosos, produzia exatamente o oposto: ele cruzava a fronteira entre prazer e dor, uma divisa controlada pelo cérebro perceptivo.

Quanto mais eu investigava a dor, tanto mais mudavam os meus pensamentos sobre ela. Minha primeira concepção do tipo "alarme de incêndio" sobre a dor havia seguido de perto a teoria descrita por René Descartes no século XVII. Descartes desenvolveu a primeira teoria de causa e efeito das sensações depois de visitai um interessante jardim francês ornado com esculturas, operado por hidráulica. Quando ele pisava num ladrilho, espirrava água de uma estátua em seu olho. As sensações têm um relacionamento similar de causa e efeito, raciocinou ele: estimule um terminal nervoso e ele enviará uma mensagem diretamente para o cérebro. Ele comparou os sinais de dor a um sacristão tocando um sino de igreja: uma picada num dedo, como um puxão na corda, faz com que um alarme soe no cérebro. Essa teoria sensata, explicada em seu *Tratado do Homem,* serviu bem à ciência por quase três séculos, mas à medida que a medicina avançava, certas exceções surgiam.

Na rede de dor, por exemplo, às vezes um alarme soa mesmo quando nenhuma corda é puxada. Quando comecei a visitar pacientes, encontrei o fenômeno da dor reflexa. Já mencionei que o corpo econômico nomeia sensores de dor apenas como proteção contra os perigos mais comuns (o intestino adverte sobre a distensão, mas não sobre cortes ou queimaduras). Se uma parte do corpo enfrenta um perigo *incomum,* o corpo rodeia essa emergência "tomando de empréstimo" sensações de dor de outras regiões. Um baço doente pode buscar a ajuda de receptores de dor distantes, localizados na ponta do ombro esquerdo, e uma pedra nos rins pode ser "sentida" em qualquer lugar ao longo de uma faixa que vai da virilha até a parte inferior das costas.

A dor reflexa faz o diagnóstico apropriado de um ataque cardíaco, um problema traiçoeiro para o médico jovem.

— É uma sensação de queimação aqui no pescoço — informa um paciente.

— Não, parece que meu braço está sendo espremido — diz outro.

Vários pacientes podem descrever uma queimação ou constrição no pescoço, peito, maxilar ou braço esquerdo. Num certo sentido, a medula espinhal está pregando uma peça no cérebro. Um sistema de alarme localizado na medula espinhal ou parte inferior do cérebro detecta um problema cardíaco, mas, sabendo que o cérebro consciente não possui uma imagem definida do coração por causa dos poucos sensores de dor desse órgão, ele instrui a pele e as células musculares a agirem como se estivessem em grave perigo, prestando um favor ao seu vizinho mudo. De maneira notável, a área "tomada de empréstimo", o braço esquerdo, pode permanecer sensível ao toque mesmo entre crises de dor. O tecido do braço esquerdo, é claro, mostra-se tão saudável quanto o do braço direito; os relatórios de dano são construções mentais (não ousamos dizer *meras* construções mentais), O braço esquerdo tem uma *performance* digna de um Oscar, tendo como propósito chamar a atenção de uma vítima que de outra forma não cuidaria de seu coração em perigo.

Algumas vezes o corpo inventa uma dor e em outras ocasiões ele envia sinais legítimos de dor. Por exemplo, quando uma atleta espalha pomada no músculo dolorido da perna, a dor profunda do músculo desaparece magicamente. Na realidade, os sensores do músculo da panturrilha ainda estão emitindo sinais de. aflição, mas novas transmissões dominam esses sinais de modo que eles nunca chegam ao cérebro. Componentes irritantes da pomada atraem um maior suprimento de sangue, criando sensações de calor que combinam com o movimento de esfregar, da mão dela, para eliminar os sinais de dor do músculo da perna. Sensações de toque, calor ou frio podem superar a mensagem de dor: esfregamos uma picada de mosquito que está coçando, sopramos uma queimadura, aplicamos gelo a uma cabeça dolorida, apertamos um dedo do pé machucado, deitamos sobre uma bolsa de água quente. O ato é tão instintivo como o do cão lambendo uma ferida.

No momento em que compreendi alguns dos princípios básicos por trás da percepção da dor, comecei a adaptá-los clinicamente. Certa vez, uma úlcera dolorida resultou de uma erupção perto de meu tornozelo. Eu sabia que não devia coçá-la, mas a tentação era quase irresistível. Descobri que podia obter alívio tanto da dor como da coceira se coçasse num ponto próximo da beirada da erupção. A seguir, tentei escovar minha perna acima e abaixo com uma escova de cabelos feita com cerdas de javali. A perna formigava e eu sentia alívio mesmo quando escovava a coxa, longe da fonte da dor. Inundada pelas novas sensações causadas pelas cerdas rígidas, a coluna espinhal retinha os sinais de dor e não os transmitia ao cérebro.

Experimentei o tratamento em meus pacientes e funcionou como um feitiço, especialmente à noite (lembrei-me de que o soldado Jake tinha mais problemas depois que escurecia, quando havia menos coisas a ocupar sua mente). As sensações crônicas de dor tendem a ser mais fortes à medida que as outras sensações diminuem, descobri que a escova de cabelos podia contrabalançar essa dor estimulando milhares de terminais nervosos na superfície da pele do mesmo membro. Meus pacientes logo me chamaram de "doutor escova".

Hoje em dia, o médico já pode prescrever o Estimulador Elétrico Transcutâneo de Nervos (TENS — *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator),* máquina de alta tecnologia que obtém os mesmos resultados que a minha escova de cabelo, a um preço consideravelmente maior. Essa máquina, controlada pelo paciente, estimula os nervos a emitir uma barragem de mensagens sensoriais conflitantes. (Para que não idealizemos indevidamente a medicina moderna, quero salientar que em 46 a.D um médico romano praticava a eletroanalgesia segurando um peixe elétrico contra a cabeça do paciente.)

TEORIA DO CONTROLE DA PORTA

O University College continuou como um centro de pesquisa da dor por muito tempo após meus dias de estudante. Três décadas mais tarde, nos anos 1970, o professor Patrick Wall colaboraria com Ronald Melzack numa teoria para explicar muitos dos mistérios da dor que tanto nos haviam intrigado durante os anos de guerra. Sua "teoria do controle espinhal da porta" oferece um meio simples e coesivo de considerar a dor.

Conforme a teoria, numa versão bastante simplificada, milhares de fibras nervosas, algumas descendo do cérebro mais elevado e outras subindo das extremidades do corpo, se reúnem em uma estação de comutação, "a porta" (na realidade uma série de portas), localizada onde a medula espinhal se junta ao cérebro. Desse modo, muitas células

nervosas convergindo em um único lugar criam uma espécie de gargalo, como um posto de pedágio numa via expressa, afetando profundamente a percepção da dor. Algumas mensagens precisam esperar para atravessar, enquanto outras talvez não atravessem de forma alguma.

A teoria do controle espinhal da porta foi aceita pelos médicos porque parecia justificar vários enigmas do antigo modelo cartesiano da dor. Ela certamente oferece uma explicação para a minha técnica da escova: as muitas sensações novas de toque e pressão neutralizam os sinais da dor crónica. A teoria do controle espinhal da porta também ajuda a explicar como o sobrevivente de um desastre de avião pode andar sobre metal quente sem sentir dor: impulsos urgentes descendo do cérebro elevado bloqueiam todos os sinais de dor das fibras ascendentes. Melzack e Wall usaram a teoria do controle espinhal da porta para esclarecer fenômenos tais como a acupuntura e os feitos dos faquires indianos (no primeiro caso, os estímulos das agulhas anulam outros sinais; no segundo, os mestres do autocontrole utilizam seus poderes cerebrais para dominar os sinais de dor que vêm de baixo).

Apesar de muitos avanços na compreensão da rede de dor, até hoje os cientistas mal conseguem penetrar a complexidade do sistema que primeiro me surpreendeu em meus dias de estudante. A simples sentença "meu dedo dói" abrange uma tempestade de atividades neuroniais em três níveis separados. Em nível celular, os relatórios de arranhões e irritações de pele no meu dedo exigem atenção, a maioria deles não chegando à intensidade de transmitir um *sinal* de dor. Se forem transmitidos, os sinais de dor do meu dedo devem competir na medula espinhal com aqueles de outras fibras nervosas — antes de serem enviados ao cérebro como uma *mensagem* de dor. Ao passar pela porta espinhal, a mensagem de dor pode ser silenciada por ordem do cérebro mais elevado. A não ser que a mensagem de dor continue até provocar uma *reação* no cérebro, eu não serei informado a respeito dela — meu dedo não vai doer .

Notas

[1] Causalgia: dor que se apresenta frequentemente sob forma de queimação, muitas vezes acompanhada de alterações tróficas cutâneas, e consequente a lesão de nervo periférico. (Fonte: Dicionário Aurélio — Séc. XXI, virtual.)

[2] A reação reflexa oferece uma boa ilustração da estrutura sofisticada da rede de dor. Quando um perigo — tocar um fogão quente, pisar *num* espinho, piscar numa tempestade de poeira — exige uma resposta rápida, o corpo delega a tarefa a uma alça reflexa que funciona abaixo do nível da consciência. Não há
vantagem em pensar sobre o fogão, por que então perturbar o cérebro mais
elevado com uma ação que pode ser tratada em nível reflexo? Todavia — e me espanto com a sabedoria embutida no corpo — a parte mais elevada do cérebro se reserva o direito de ignorar a alça reflexa em circunstâncias extraordinárias. Um alpinista perito, agarrado a um precipício, não vai endireitar a perna quando uma pedra que caí atinge o tendão patelar; uma dama da sociedade não deixará cair uma xícara de chá quente demais servida em porcelana Wedgwood; o sobrevivente de um desastre de avião irá reprimir reflexos e andar descalço sobre fragmentos de vidro e metal quente.

[3] Weddell progrediu até tornar-se um pesquisador respeitado no campo da dor. Ele viajou pelo mundo, testando suas teorias em pessoas na Africa e na Ásia. Certa vez, estava tendo dificuldade para explicar a alguns membros de uma tribo nigeriana por que desejava que se submetessem a alguns testes. Seu tradutor então disse: — Ele é como uma galinha ciscando na areia à sua volta até encontrar algo. — Weddell gostava de contar essa história. Afirmou que essa era a melhor definição de pesquisa científica que já ouvira

A paciência da pobreza
Nos arrozais, as costas sempre curvadas.
De modo surpreendente, o homem afasta
os bois e ainda sorri.
O mistério da Índia, dizem os indianistas.
GONTER GRASS

6 Medicina ao estilo indiano

Terminei minha residência cirúrgica em 1946, um ano após o término da Segunda Guerra Mundial, e esperava firmemente ser embarcado para o exterior com as tropas britânicas de ocupação por alguns anos, depois do que poderia voltar para uma carreira tranquila num laboratório de pesquisas. Mas o Centro Médico do Comitê de Gerra, supervisor de tais designações, não pôde competir com um escocês irreprimível chamado dr. Robert Cochrane. Supervisor do trabalho de um leprosário do sudeste da Índia, Cochrane viera a Londres com a finalidade de recrutar um cirurgião para uma nova faculdade de medicina na cidade de Vellore. Minha mãe, ansiosa para que eu voltasse à Índia, o informara de que eu poderia estar disponível.

Embora a ideia de retornar à Índia tivesse um certo apelo mágico para mim, várias barreiras fechavam o caminho. Cochrane desprezou a primeira objeção.

— Não se preocupe, eu trato com o Comitê de Guerra! — disse ele e de alguma forma convenceu os dirigentes do comitê a aceitar o serviço na Índia em lugar de meu trabalho obrigatório no exército.

Cochrane era exímio em apresentar o destino do hospital de Vellore como um divisor de águas para a Índia e o Império Britânico.

A família mostrou ser um problema mais imediato para mim. Eu havia perdido o nascimento de meu primeiro filho, devido ao trabalho com os feridos durante os bombardeios. Christopher estava agora com dois anos e Margaret se aproximava da hora de dar à luz o nosso segundo filho. Eu não podia suportar a ideia de partir naquela ocasião. A própria Margaret anulou esse impedimento:

— O exército provavelmente iria enviar você para o Extremo Oriente mesmo. E eu vou ter o bebê de qualquer forma onde quer que você esteja — na Europa, no Extremo Oriente ou na Índia.

Ela prometeu juntar-se a mim dentro de alguns meses, depois do parto e de um tempo para a recuperação.

Nossa filha, Jean, chegou quando eu estava fazendo as malas. Duas semanas mais tarde abracei minha esposa, meu filho, que já andava, e minha filha recém-nascida e embarquei num navio para a Índia. Seguindo para o leste através do Canal de Suez, revivi a dor que sentira na viagem de volta, quando aos nove anos viajara para a Inglaterra da casa de minha infância nas Kollis. Minha família de volta a Londres, meu futuro incerto, minhas lembranças da infância ressuscitadas — senti-me muito só naquela viagem.

Até que o navio ancorasse em Bombaim, eu não tinha ideia do poder que a terra de minha infância exercia sobre mim. "Os cheiros são mais infalíveis do que os sons ou as vistas para fazer as cordas do seu coração balançarem", disse Kipling. Ele devia saber, pois também inalara a Índia, uma terra de fragrância ilimitada. Todas as lembranças voltaram no momento em que respirei a atmosfera inconfundível, um perfume rico de sândalo, jasmim, carvão quente, frutas maduras, esterco de vaca, suor humano, incenso e flores tropicais. Minha dor desapareceu, substituída pela nostalgia.

Seis mil anos de tradição andavam ao redor de Bombaim sob vários aspectos: ascetas hindus quase despidos; jainistas respirando através de lenços para não matar os insetos; sikhs usando barbas que eram sua marca registrada, bigodes em forma de guidão e turbantes; monges budistas carecas em mantos amarelo-laranja. Riquixás [carrinhos] puxados por homens que usavam todos os meios para conseguir posicionar-se nas ruas com ônibus, camelos e até um elefante ocasional. Um fazendeiro usava sua bicicleta para transportar porcos — com as pernas atadas juntas, pendurados de cabeça para baixo no guidão, guinchando como máquinas não-lubrificadas.

Bebi aquelas visões como alguém que acabara de remover as vendas dos olhos. Havia beleza por toda parte: as bancas de flores e tintas em pó brilhantes, as mulheres em flutuantes saris de seda, com as cores dos pássaros tropicais, até os chifres dos bois eram decorados de prata e turquesa. Fiquei olhando espantado novamente, assim como fazia o menino de nove anos que apertava com força a mão do pai nas ruas das cidades indianas.

INSTALANDO-ME

Outras lembranças surgiram durante a longa viagem de trem de Bombaim a Madras. Do lado de fora, a locomotiva a vapor resfolegava, soltando nuvens espessas de fumaça escura. Do lado de dentro compartilhei o espaço com sacos de estopa cheios de cocos, cestas de bananas, embrulhos de trapos e gaiolas lotadas de galinhas cacarejantes. Um bode num compartimento próximo berrava sem parar. Famílias indianas se esticavam no chão de madeira — brilhante com a substância viscosa do suco de betei — e subiam nos porta-bagagens para deitar em cima de suas mercadorias.

O trem subiu pelas colinas arborizadas a leste de Bombaim, desceu até planícies secas e empoeiradas e seguiu em direção à terra fértil do leste. De tempos em tempos uma pequena cabana de sapé aparecia na distância, marcando um dos milhares de povoados da Índia. Ao nos aproximarmos da região fértil, fossos de irrigação salpicavam a paisagem em quadrados de verde luxuriante. Da janela do trem observei cenas imutáveis há séculos: famílias de camponeses malhavam e limpavam as plantações nos campos. Dois homens praticavam o método antigo de irrigação. Um ficava de pé, descalço, numa geringonça alta de madeira, parecendo uma gangorra de parquinho. Balançando como um artista de trapézio, ele andava até uma extremidade da madeira, e, ao fazer isso, seu peso fazia com que um balde de couro mergulhasse no fosso de irrigação. A seguir, ele ia até o centro para nivelar a viga, esperava que seu companheiro a girasse em semicírculo até outro fosso e andava na direção do balde de água, que agora despejava seu conteúdo no novo fosso. Os dois repetiam esse processo mil vezes, o dia inteiro, todos os dias. O mistério da Índia.

De Madras fui de carro para Vellore, uma cidade com cerca de cem mil habitantes, e me instalei nos alojamentos reservados para os empregados do hospital. Dentro de poucos dias estava me sentindo indiano outra vez. Guardei os sapatos num armário e comecei a andar descalço ou com sandálias. Usava roupas soltas de algodão. Tomava banho ao estilo indiano, mergulhando uma concha num balde de água aquecido sobre uma fogueira ao ar livre e depois despejando-a sobre a cabeça. Dormia debaixo de um ventilador lento, confortado pelo som claro e metálico dos pássaros, e acordava com o som rouco dos corvos.

Cheguei a Vellore na estação fria, e quando o verão se aproximou encontrei calor como nunca conhecera quando criança nas montanhas. Às tardes, a temperatura algumas vezes subia a mais de 40 °C. Tratávamos indianos descalços que haviam ferido a planta dos pés só por ter andado nas ruas quentes de asfalto. O simples ato de respirar já produzia suor. Alguns escritórios colocavam cortinas de bambu na porta e empregavam meninos para jogar água nelas o dia inteiro, mas nos dias realmente quentes as cortinas secavam na mesma hora. Ventiladores de folhas de palmeira apenas mudavam o ar quente de um lugar para outro. As roupas eram compressas aquecidas. A noite, o fino mosquiteiro em que eu entrava rastejando me sufocava como um cobertor de lã.

Não havia ar-condicionado em Vellore, nem mesmo na sala de cirurgia. Tornei-me muito impopular entre as enfermeiras e assistentes cirúrgicos por recusar-me a usar os ventiladores de teto, temendo (com alguma razão) que pudessem agitar a poeira carregada de germes que por sua vez poderiam cair no ferimento. Algumas vezes operávamos durante doze horas seguidas, parando entre cada longa operação para mudar nossas roupas encharcadas.

Nesse clima um adulto precisa de três litros de líquido por dia, mas descobri que quando bebia muito ficava com um caso grave de fogagem ou sudâmina, uma terrível erupção de pele produzida pelo suor constante. Eu sentia uma necessidade quase irresistível de coçar, mas não podia fazer isso enquanto usava meu uniforme cirúrgico esterilizado e luvas; além disso, eu sabia que coçar produziria úlceras e infecções. Outro médico me advertiu, porém, a não economizar nos líquidos.

— Conheço a tentação — disse ele. — Quando cheguei à Índia reduzi os líquidos para diminuir o suor e eliminar o calor pruriginoso. Funcionou. Mas, quando diminuí a quantidade de líquido que ingeria, não estava tomando água suficiente para manter a uréia dissolvida, e ela cristalizou na forma de pedras. Francamente, Paul, você tem uma escolha. Sudâmina ou pedras nos rins. Por ter tido ambas, recomendo a sudâmina.

Aceitei o conselho dele e continuei bebêndo a minha cota diária.

Ajustar-me à Índia cobrou o seu preço sobre o meu corpo. Qualquer resistência às doenças locais que eu desenvolvera na infância havia desaparecido fazia muito tempo, e tive de enfrentar surtos sucessivos de disenteria, hepatite, gripe e dengue. A dengue, a pior das enfermidades, era geralmente chamada de "febre quebra-ossos", porque durante cerca de uma semana parece que todos *os ossos* em suas costas e pernas estão quebrados.

Depois de seis meses ajustando-me em Vellore, Margaret e nossos dois filhos pequenos embarcaram na Inglaterra e em junho de 1947 nossa família finalmente reuniu-se. Eu estivera trabalhando sem parar, e a chegada de Margaret me obrigou a uma rotina mais normal. Mudamos para o último andar de um bangalô de pedras, perto da faculdade de medicina, e na maior parte dos dias Margaret trabalhava comigo no hospital, onde aceitara uma posição na área de pediatria.

O hospital Vellore fora fundado em 1900 por uma missionária americana, dra. Ida Scudder. Ele começara como uma faculdade de medicina para jovens mulheres, estabelecida inicialmente em um pequeno dispensário que não media mais que três metros por três metros e sessenta centímetros. A escola progrediu e eventualmente abria suas portas para estudantes do sexo masculino. Na época em que chegamos, o hospital aumentara, abrangendo então um espaçoso complexo de prédios com quatrocentos leitos. De algum modo, apesar do tamanho do hospital, a equipe retivera o forte sentimento de comunidade cristã que a dra. Scudder havia inspirado a princípio. Sentíamos que estávamos em família.

Margaret e eu tivemos de nos adaptar ao estilo indiano de medicina. Eu aprendi, por exemplo, que muitos pacientes indianos consideravam o médico quase como um sacerdote. Em certa manhã atribulada, uma mulher seguiu-me ao longo de todas as minhas visitas, à espreita, nas sombras, enquanto eu ia de quarto em quarto.

— O que foi? — perguntei-lhe. — Não acabei de tratar seu marido?

Ela acenou que sim. —

— E você recebeu os medicamentos da farmácia? Novamente um aceno.

— Deu *o* remédio a ele? —

Desta vez um "não".

— Doutor, o senhor pode vir e dar-lhe o remédio com as suas boas mãos? — perguntou ela.

No começo fiquei um tanto irritado com a insistência dos indianos no toque e na interação familiar em todas as decisões. Em breve percebi a sua sabedoria, uma sabedoria que agora desejo que fosse mais reconhecida no ocidente.

De acordo com a visão de Ida Scudder, o hospital Vellore procurou fundir a medicina moderna num contexto indiano, e não simplesmente copiar os métodos ocidentais. Foi o primeiro hospital asiático a oferecer cirurgia torácica, diálise renal, cirurgia do coração a céu aberto, microscopia eletrônica e neurocirurgia. A sua reputação

era tal que príncipes árabes voavam algumas vezes para a Índia, até a distante cidade de Vellore, para tratar um problema de saúde. Todavia, o hospital mantinha uma atmosfera tipicamente indiana. Os corredores às vezes pareciam um mercado turbulento. Os pacientes ficavam em enfermarias abertas de quarenta ou cinquenta leitos e, na maioria dos casos, as famílias, e não a cozinha hospitalar, forneciam o alimento. (Os funcionários do hospital ficavam atentos para impedir que as mulheres acendessem fogo de carvão nas enfermarias, criando o risco de incêndio.) Quando um paciente morria, a família sempre presente começava a gritar, bater no peito e lamentar-se na própria enfermaria ou no corredor. Isto era a Índia, onde a doença e a morte eram aceitas como partes do ciclo da vida e ninguém via necessidade de proteger os outros pacientes das más notícias. Por não possuir ar-condicionado, o hospital mantinha as janelas abertas na maior parte do tempo, e os ruídos da rua — o estrépito dos carros de bois, o barulho das motocicletas, os gritos dos vendedores de comida — se infiltravam nele. Durante algum tempo o hospital teve de enfrentar corvos que conspiravam para roubar a comida dos pacientes. Um dos astutos pássaros liderava o assalto, voando pela porta aberta para puxar com o bico a toalha da bandeja de comida. Quando toda a comida caía no chão, os outros conspiradores desciam rapidamente para a festa. Certa vez, um corvo atrevido entrou no laboratório de autópsias e agarrou um olho humano que nosso patologista estava preparando para a dissecação. Em pouco tempo o hospital protegeu seus corredores com redes metálicas finas contra os corvos, e está ainda trabalhando em métodos para manter os macacos afastados.

IMPROVISAÇÃO

Acima de tudo, a prática da medicina na Índia exigia criatividade. Uma vez que os recursos limitados nos impediam de comprar os dispositivos mais novos para poupar trabalho, éramos forçados a improvisar. Além disso, sempre acontecia algo que nenhum manual nos preparara para enfrentar: um blecaute por falta de eletricidade em meio a uma cirurgia, um relatório de hidrofobia no hospital, falta d'água, um pirogênio desconhecido no banco de sangue. Tínhamos de coçar a cabeça e inventar uma nova abordagem.

Se uma nova tecnologia, tal como um intensificador de imagens de raios X, oferecia um benefício imediato para o diagnóstico, tentávamos obter o melhor equipamento disponível. Um de nossos radiologistas indianos especializou-se em cinerradiografia e fez filmes excelentes sobre o funcionamento interno do corpo humano. (Ele ganhou também certa notoriedade graças a um filme bizarro. Esse radiologista persuadiu um engolidor de cobras indiano a permitir que alimentasse com bário suas cobras mais ativas. A seguir, na frente da câmera de raios-X, o prestativo artista de rua engoliu cada uma das cobras, deixando que elas brincassem um pouco em seu estômago, depois as regurgitou. O filme resultante — os espectadores vêem as cobras, destacadas pelo bário, torcer-se e enovelar-se no estômago do homem, depois subir acima de um diafragma que se movimentava com dificuldade — fez muito sucesso nas conferências internacionais de radiologia.)

Nosso departamento de anestesia, em contraste, era mal suprido. A princípio usávamos uma simples máscara de arame com doze camadas de gaze presas nela. O anestesista encharcava a gaze com éter, posicionava-a sobre a boca do paciente pelo tempo apropriado, verificando periodicamente sob a pálpebra para medir o efeito do éter. Não havia monitores para leitura dos gases sanguíneos, pressão sanguínea ou batimentos cardíacos, mas na Índia a mão-de-obra é abundante e quase sempre podia substituir a tecnologia: um assistente ficava a postos apenas para verificar a pressão sanguínea e ouvir pelo estetoscópio quaisquer irregularidades. Em retrospecto, posso ver que operávamos em condições bastante precárias; consolo-me, porém, com a lembrança de que poucas pessoas morriam nas mesas de cirurgia de Vellore.

Foram necessários anos para dominarmos as sutilezas da transfusão de sangue, uma ciência relativamente nova. Quando comecei a trabalhar em Vellore, o hospital não tinha banco de sangue. Nas cirurgias ortopédicas, confiávamos em um dispositivo que aspirava o sangue do próprio paciente e o recirculava. Numa emergência usávamos o método braço-com-braço de transfusão, que era bastante dramático. Depois do teste de compatibilidade, o doador, quase sempre um parente, ficava deitado numa mesa alta acima do paciente em risco. O médico inseria uma agulha na veia do indivíduo saudável e depois fazia descer um tubo e inseria a outra extremidade na veia do paciente. A vida fluía diretamente de uma pessoa para a outra.

Com o tempo conseguimos um banco de sangue. A maioria dos indianos relutava em doar sangue, mas o sistema de livre mercado venceu a resistência deles. Os motoristas dos riquixás descobriram que poderiam ganhar mais

dinheiro doando meio litro de sangue do que puxando seu carro por um dia. Logo tivemos de inventar um sistema de tatuagem na pele para monitorar a frequência das doações, porque, usando nomes falsos e indo para outros hospitais, alguns deles estavam doando até um litro de sangue por semana!

Algumas vezes realizávamos cirurgias em aldeias e não no hospital. A princípio temi terríveis complicações com esses procedimentos ao ar livre, mas aprendemos que o ambiente do povoado não apresentava perigo real caso seguíssemos um método asséptico. Num prato de ágate colocado debaixo de uma árvore ao ar livre, poderiam crescer mais bactérias do que num prato posto no corredor do hospital, mas certamente essas bactérias seriam menos prejudiciais e menos imunes aos antibióticos. Num hospital indiano comum, os germes das piores doenças contagiosas, alguns deles em cepas resistentes, flutuam livremente pelos corredores. Isso não acontece no ambiente rural, onde os germes mais comuns são aqueles aos quais o habitante comum já desenvolveu resistência natural. Já realizei numerosas operações durante acampamentos de cirurgia — inclusive um em que tive de pedir emprestado um jogo de talhadeiras a um carpinteiro local e fervê-las — e não consigo me lembrar de que uma septicemia grave tenha ocorrido.

Anton Chekhov algumas vezes realizava suas cirurgias — e autópsias — ao ar livre, debaixo de uma árvore. Suas descrições dos temores e superstições dos camponeses russos me fazem lembrar do que encontrei ocasionalmente na Índia rural, onde tínhamos de competir com remédios tradicionais. Por exemplo, uma vez que as famílias supersticiosas achavam importante que seu filho nascesse sob um bom signo do horóscopo, as parteiras empregavam várias técnicas para alterar a hora do parto. Com a mãe sentada, a parteira fazia um homem forte sentar-se nos ombros dela, a fim de fazer pressão sobre o canal do nascimento e adiar o trabalho de parto. Por outro lado, para apressar o parto, a parteira podia bater no abdome da pobre mulher.

O maior obstáculo que enfrentávamos no trabalho de saúde era a água impura. Sem dúvida, um grande número de crianças do Terceiro Mundo morrem de desidratação devida à diarréia do que a qualquer outra causa. Podíamos controlar a qualidade da água do hospital, mas nas aldeias o suprimento de água era a fonte da doença. Na cura se encontrava o mal: quanto mais a criança bebia para combater a desidratação, tanto mais infectada ela se tornava. De maneira interessante, a abundância de coqueiros no sul da Índia ofereceu uma saída para este dilema.

Eu havia trabalhado em Londres com Dick Dawson, um cirurgião que fora capturado pelos japoneses durante a guerra e enviado para trabalhar com os grupos de construção da infame estrada de ferro Birmânia-Sião. As condições eram medonhas. As turmas trabalhavam em pântanos, e uma vez que seus captadores não forneciam latrinas, em pouco tempo toda a água estava contaminada pelo esgoto. A disenteria estabeleceu-se, e os desnutridos prisioneiros britânicos morriam às dezenas. Como oficial-médico do regimento, Dawson ficou cada vez mais aflito, incapaz de evitar a morte dos soldados.

De repente, certo dia, enquanto estava sentado numa tenda em meio àquele cenário infernal, Dick Dawson teve uma revelação. Olhando para o pântano pútrido, coberto de vapores, ele notou árvores altas e graciosas crescendo no meio de um brejo. No cimo das árvores dependuravam-se cocos verdes e brilhantes. AH estava — um suprimento farto de fluido estéril cheio de nutrientes! Dawson ordenou aos soldados mais saudáveis que subissem nas árvores e derrubassem os cocos mais verdes (só os verdes serviam, antes que seu suco engrossasse, passando a leite de coco branco). A partir de então, Dawson conseguiu reidratar a maioria dos casos de disenteria mediante transfusões de água de coco. Ele afinou varinhas ocas de bambu para usar como agulhas e as prendeu a tubos de borracha. Uma agulha entrava no coco, a outra nas veias dos soldados.

A técnica de Dick Dawson foi útil em partes da Índia onde fluidos estéreis não podiam ser obtidos. Nós geralmente dávamos água de coco aos pacientes pela boca, mas os hospitais das aldeias algumas vezes usavam os cocos como uma fonte temporária de fluidos intravenosos (IV). Para os visitantes da Inglaterra ou dos Estados Unidos, era inconcebível ver um aparelho de metal IV preso a um tubo de borracha, saindo do braço do paciente para um coco. Todavia, a mistura de frutose no coco fechado era tão esterilizado quanto qualquer produto de um laboratório fornecedor de suprimentos médicos. Grande número de vítimas de cólera e disenteria tem sido salvo por meio desse tratamento utilizado nas aldeias.

O calor, as condições algumas vezes primitivas, as estranhezas da medicina indiana, os surtos regulares de

disenteria e febres tropicais — tudo isso exigia uma certa adaptação, mas as dificuldades eram mais que compensadas pela pura emoção de exercer a medicina. Os indianos não iam ao médico queixar-se de um nariz escorrendo ou garganta inflamada, eles só iam ao hospital quando necessitavam de atenção médica urgente. Eu me sentia como um detetive forense. Na Inglaterra, se um paciente se apresentasse com uma úlcera, tratávamos a úlcera. Na Índia cuidávamos da úlcera e também fazíamos exames para ancilostomose, malária, desnutrição e vários outros males. Fiquei surpreso com a coragem dos pacientes indianos e sua atitude calma com relação ao sofrimento. Mesmo depois de sentados por horas numa sala de espera cheia, eles não se queixavam. Para aquelas pessoas, a dor fazia parte do cenário da vida e não podia ser evitada de modo algum. A filosofia budista amortecia qualquer sentimento de injustiça sobre a dor; ela tinha simplesmente de ser suportada.

Às vezes eu pensava com saudade no clima controlado, nas salas de cirurgia e laboratórios de última geração do Hospital do University College, em Londres. Mas o meu envolvimento com os pacientes individuais e a liberdade que sentia para praticar meu chamado facilmente compensavam qualquer sentimento de perda. Eu nunca me sentira tão desafiado e realizado. Algumas pessoas consideram os médicos expatriados nos países do Terceiro Mundo como heróis auto-sacrificados. Mas eu sei que não é assim. A maioria está aproveitando a vida ao máximo. Conheço muitos médicos no ocidente que passam metade de seu tempo enchendo fichas de seguro, lutando com programas de saúde governamentais, escolhendo sistemas de computação para gravar registros, fazendo seguro contra tratamento inadequado de pacientes, ouvindo representantes de laboratórios. Prefiro a Índia a tudo isso.

UM CAMINHO MAIS LENTO E MAIS SÁBIO

"No meu primeiro ano em Vellore, servi como cimigião-geral, tratando quem quer que aparecesse na porta. Eu era jovem, ansioso e eufórico com a aventura da verdadeira medicina. No início do meu segundo ano, comecei a especializar-me em ortopedia, ainda sem uma noção exata de qual viria a ser o trabalho de minha vida. A princípio, como qualquer cirurgião novo, simplesmente pratiquei o que havia aprendido no treinamento. Com o tempo, entretanto, descobri que a Índia estava me ensinando novas abordagens de tratamento. Minha lembrança favorita daqueles dias está relacionada ao tratamento de pés tortos, ou *talipes equinovarus.* A condição, uma deformidade genética, faz o pé girar, virando-se para dentro. No Hospital Great Ormond Street, em Londres, eu vira muitos casos de pés tortos porque meu chefe, Denis Browne, era um especialista internacionalmente conhecido nesse campo. (Uma tala para pé torto ainda conserva o nome de Denis Browne.) Lembro-me de observar com olhos interessados de estudante enquanto ele, um homenzarrão, massageava o pé diminuto de uma criança com mãos tão grandes que seu polegar cobria a planta do pé de um recém-nascido. Com grande habilidade ele manipulava cirúrgicamente aqueles pés, forçando-os à posição adequada e prendendo-os com fita adesiva em uma tala rígida. Ele insistia na correção completa na primeira manipulação e conseguia. As vezes eu ouvia o som de ligamentos quebrados enquanto ele forçava o pé à sua nova posição.

Fui designado para a clínica de acompanhamento onde as talas eram trocadas, e naquela clínica comecei a ver pacientes que voltavam anos depois com problemas que exigiam sapatos especiais e cirurgia corretiva. Nunca deixei de admirar Denis Browne, um autêntico gênio da medicina, mas, não obstante, temo que ele não tenha apreciado plenamente o dano feito a um membro pelas cicatrizes resultantes de uma pressão coerciva. Os pés corrigidos por ele tinham uma bela forma, mas sem flexibilidade e com muita rigidez devido aos vários tecidos dilacerados.

Logo depois de chegar à Índia, abri uma clínica de pés no hospital Vellore e quase fui pisoteado. As notícias do nosso projeto se espalharam e antes que tivéssemos o pessoal adequado, nos vimos recebendo mais pacientes do que podíamos cuidar. Olhando para o pátio, vi pessoas de todas as idades apoiadas em muletas e se arrastando penosamente. Ao observar aquela multidão, senti-me confuso e incapaz.

Procurei sintomas familiares e logo os descobri na forma de pés tortos. Uma porção de mães aflitas tinha levado seus filhos pequenos afligidos pela doença. Estabelecemos uma clínica especial só para aquelas criancinhas e treinei o pessoal do Vellore na rotina familiar de cirurgia e suporte forçado com tala que aprendera com Denis Browne. Compramos um grande fragmento de um avião acidentado na Segunda Guerra Mundial e um ferreiro local cortou o metal e preparou pequenos suportes para nosso uso. Enquanto isso comecei também a tratar os

pacientes mais idosos. Entre eles notei alguns que andavam aos arrancos, de um modo cambaio que eu nunca vira antes. Eles estavam na verdade andando na superfície externa dos pés, com os tornozelos quase tocando o chão. As plantas dos pés deles viravam para dentro e para cima, olhando uma para a outra. Era desanimador ver alguém andando em minha direção com as solas rosadas dos dois pés plenamente visíveis a cada passo. Compreendi surpreso que estava vendo pela primeira vez vítimas de pés tortos na vida adulta que nunca haviam sido tratadas na infância. Calos grossos cobriam, a "parte de cima" de seus pés, muitos haviam infeccionado e criado úlceras porque a pele na parte de cima dos pés não fora feita para andar sobre ela. Escolhi um paciente de dezenove anos para tratamento, esperando um longo processo de utilização de talas seguido de uma operação do tipo mais radical, a fim de virar o pé para cima e fixá-lo com a sola para baixo. Enquanto o examinava, mal pude acreditar em minhas mãos. Ao massagear e girar seus pés, descobri que eram flexíveis e respondiam à leve manipulação, em grande contraste com a rigidez que encontrara nos pacientes mais velhos na Inglaterra. Nenhum tecido cicatrizado se formara porque nenhum médico forçara seus pés a tomarem uma nova forma ou os corrigira cirurgicamente. Ocorreu-me que eu não deveria introduzir uma cicatriz naquele tecido virgem por meio de força coerciva. Pressionei então simplesmente os pés dele na direção da posição correta até que sentisse uma pontada de dor e depois os engessei no lugar. Depois de uma semana, ao mudar a tala, vi que os tecidos haviam afrouxado. Semana após semana pressionei-os um pouco mais, com talas progressivas, até que quase metade da deformidade foi corrigida sem cirurgia.

Quando finalmente vi aquele adolescente andai, pela primeira vez em sua vida usando a sola dos pés, tive a certeza de que devíamos aplicar o princípio da correção lenta aos pés tortos dos bebês. Anunciei na clínica infantil que iríamos tentar um novo tratamento. Nada mais de manipulação forçada. Nada mais de cirurgias produzindo cicatrizes. A partir daquele momento iríamos estimular os tecidos a fim de que se corrigissem sozinhos. Havia, porém, um problema: tínhamos de calcular de algum modo uma quantidade de força suficiente a fim de estimular o lado mais curto do pé para que crescesse, mas não tanta força que causasse danos e cicatrizes aos tecidos.

Não vou mencionar todos os métodos que tentamos para chegar a esse cálculo, apenas o nosso método final e que obteve mais êxito. A clínica de pés tratava bebês e na Índia as mães amamentam seus filhos no peito pelo menos durante um ano. Encontramos uma chave nisto. Instruímos as mães a levarem as crianças em jejum para a clínica; ninguém deveria alimentar-se antes do tratamento matinal.

A clínica já tinha uma bem merecida reputação como a mais barulhenta do hospital; após a instituição do novo tratamento, a sala de espera tornou-se uma cacofonia de bebês berrando. No momento em que o nome da criança era chamado, a mãe entrava e ficava sentada na minha frente. Ela colocava o bebê no colo e abria o sari, expondo um seio cheio de leite. Enquanto o filho sugava avidamente o seio, eu tirava a tala antiga e lavava o pé, depois começava a girá-lo para testar a extensão do movimento. Algumas vezes a criança olhava para mim e franzia a testa, mas o leite era a maior prioridade. Depois de avaliar o problema, eu pegava um rolo de gesso fino calcinado, umedecia-o e começava a trabalhar no pé do bebê.

Chegara agora o momento crítico. Eu fitava atentamente os olhos da criança. Nesse ponto, ela ainda tinha um único interesse: alimento. Eu movia o pé gentilmente em direção à posição mais correta. Ao primeiro desconforto ela começava a olhar para o pé e para mim, a fonte do problema. Esse era o sinal! Enrolávamos rapidamente a tala de gesso úmido ao redor do pé e da perna, dobrando o pé para a posição mais distante que podíamos e que iria manter o bebê só olhando e franzindo a testa.

Se ele largasse o mamilo da mãe para chorar, teríamos perdido o jogo. Havíamos avançado demais, forçando o pé a uma posição que colocaria o tecido sob estresse excessivo. Ao primeiro grito de protesto, tínhamos de relaxar, tirar a tala de gesso e começar com uma nova bandagem enquanto o bebê voltava ao seio. Aprendemos que se cruzássemos essa barreira de dor, embora não pudéssemos ver qualquer dano óbvio num primeiro *momento,* inchaço e rigidez surgiriam mais tarde.

Ao fazer uso desta técnica, obtivemos resultados dramáticos de correção total sem recorrer à cirurgia. Uma criança podia requerer cerca de vinte tratamentos, com cada engessamento sucessivo permanecendo por cerca de cinco dias, tempo suficiente para permitir que a pele, os ligamentos e finalmente as células ósseas se adaptassem aos leves esforços impostos sobre eles. Depois do último tratamento, mantínhamos os pés nas talas Denis Browne

até que a criança estivesse andando. A influência da correção tinha de ser tanto leve quanto persistente; se deixássemos o pé sem gesso por algumas semanas, a deformidade voltaria. Se o tratamento tivesse êxito, a criança acabava com membros flexíveis e pés na posição correta para andar, sem qualquer sinal de inchaço ou cicatriz. Os poucos casos que exigiam cirurgia em um estágio posterior davam prazer em operar por causa da ausência de tecido cicatrizado.

Mediante minha experiência com tálipes[1], aprendi um princípio fundamental de fisiologia celular: a persuasão leve funciona muito melhor do que a correção violenta. Penduramos um lema na porta da clínica de pés tortos: "A Inevitabilidade da Progressão Gradual". Embora eu tivesse feito estágio como cirurgião especializado em correção radical, passei a dar preferência à emoção maior de ajudar o corpo no processo milagroso de se adaptar ao estresse e curar-se sozinho. Por mais habilmente que eu possa operar, haverá sempre um ferimento, sangue espirrado e tecidos dilacerados — exatamente os fatores que levam a cicatrizes como as que eu encontrara nos pacientes de Denis Browne. Se eu puder persuadir o corpo a corrigir a si mesmo sem cirurgia, então cada célula local pode dedicar-se a trabalhar na solução do problema original e não era quaisquer novos problemas que eu tenha introduzido. As mudanças mais lentas e sábias do corpo não deixarão cicatriz.

No curso dos anos, aprendi também outra lição, uma lição sobre dor que se tornaria um princípio-guia em minha carreira. Na clínica de pés comecei a escutar, quase por instinto, os sinais de dor do corpo.

Nosso ritual com as mães que amamentavam funcionou por uma razão: ele nos ajudou a sintonizar com a tolerância do bebê à dor. Eu sabia que se o meu movimento com o pé daquela menininha só causasse irritação, o corpo poderia aceitar esse esforço sem qualquer dano. Muitas coisas podem irritar uma criança: um rosto estranho, fraldas molhadas, um ruído alto. O estado avançado da fome, porém, eliminava todas as interrupções, exceto a dor. Se eu girasse o pé dela com tanta força que sentisse realmente dor — o suficiente para largar o mamilo —, eu teria então cruzado a barreira que a dor estava destinada a proteger. A dor protege dos danos sem discriminação, sejam eles causados pelos próprios pacientes ou pelos seus médicos.

Muito em breve eu iria usar os mesmos princípios para corrigir mãos rígidas em casos de lepra. Esses pacientes, no entanto, apresentavam um conjunto completamente novo de problemas que iriam me confundir durante uma década. Eu não podia ouvir a dor deles — não sentiam nada.

Nota

[1] Tálipe: deformidade congênita do pé, em que o membro perde a forma ou a posição normal, voltando-se para fora ou para dentro (pé valgo ou varo, respectivamente). (N. do T.)

PARTE 2 – UMA CARREIRA NO SOFRIMENTO

Eu em reconhecidamente humano; tinha pelo menos o complemento usual de pernas e braços; mas poderia ter sido um fragmento vergonhoso de lixo. Havia algo indecente na maneira como eu estava sendo furtivamente afastado da vida.
PETER GREAVES, paciente com lepra

7 Desvio em Chingleput

Eu estava me acomodando alegremente à rotina diária de ensinar cirurgia até que o dr. Robert Cochrane, o indômito escocês que me levara para a Índia, derrubou essa rotina convidando-me para o seu leprosário.

Eu sabia pouco sobre a doença com a qual Cochrane alcançara renome mundial. Lembrava-me bem da cena tenebrosa em minha infância, quando meu pai confinou minha irmã e eu em casa enquanto tratava os leprosos. Em Vellore eu tinha visto muitas vezes mendigos miseráveis com deformidades características da lepra.

— Por que vocês não vão à minha clínica? — eu perguntava aos mendigos. — Peio menos poderia examiná-los e tratar de suas feridas.

— Não, *daktar,* não podemos ir — respondiam. — Nenhum hospital nos deixaria entrar. Somos leprosos.

Verifiquei com os hospitais, e os mendigos tinham razão. Vellore, como todos os outros hospitais gerais na Índia, tinha uma política rígida contra a admissão de pacientes com lepra, acreditando que os "leprosos" iriam espantar os outros pacientes. Não pensei mais no assunto até que Bob Cochrane insistiu para que visitasse seu sanatório de leprosos em Chingleput.

Bob tinha uma clássica aparência escocesa: pele corada, bastos cabelos grisalhos e sobrancelhas grossas que usava para efeito máximo. Eu nunca conhecera alguém tão dinâmico, confiante e trabalhador. Além de supervisionar as operações diárias no sanatório de leprosos em Chingleput (com cerca de mil pacientes), Cochrane também servia como diretor temporário da faculdade de medicina de Vellore e chefiava os programas governamentais de lepra para todo o estado. Levantando-se às cinco da manhã todos os dias, ele trabalhava sem parar — mesmo nos dias mais quentes de verão — até as dez da noite, quando se retirava para uma hora ou duas de estudo bíblico.

A guerra de Cochrane contra a lepra era em sua essência uma cruzada religiosa.

— Não estou interessado no cristianismo. Estou interessado em Cristo, o que é um assunto completamente diferente — dizia ele.

Citando o exemplo de Jesus, que quebrou tabus culturais ao interagir com as vítimas da lepra, Cochrane dirigiu uma campanha contra o estigma social predominante. Ele chocou toda a comunidade médica ao empregar pacientes leprosos (casos que considerava não-infecciosos) para trabalhar em sua casa, um como seu cozinheiro pessoal e o outro como jardineiro.

De modo muito significativo, Cochrane iniciou o uso na Índia de uma nova droga, a sulfona produzida na América, que impedia o progresso da lepra. Pela primeira vez, ele pôde oferecer aos pacientes de lepra a esperança de deter a doença e possivelmente de curá-los.

UM GOLPE SÚBITO

Todos consideravam o sanatório dirigido pela Igreja da Escócia uma instalação modelo. Os pacientes de lepra tendiam a viver separados da sociedade, formando suas próprias comunidades ao lado de um depósito de lixo ou em algum lugar remoto. Até mesmo os leprosários alojavam seus pacientes em prédios imundos, afastados dos centros populosos. Em contraste, Chingleput era um campus agradável e extenso de prédios amarelos limpos com telhados vermelhos. Anos antes, missionários haviam plantado fileiras de mangueiras e tamarindeiras e, como resultado, Chingleput se destacava agora como um oásis na região rochosa de terra vermelha ao sul de Madras.

Minha visita a Bob Cochrane em Chingleput deu-se finalmente num dia ensolarado e agradável em 1947. Enquanto andávamos por um caminho sombreado, ele encheu meus ouvidos com mais fatos sobre a lepra do que eu queria saber.

— Não é assim tão contagiosa — disse ele. — Só um em vinte adultos chega a ser suscetível. O restante não iria contraí-la mesmo que tentasse. A lepra costumava ser terrível, mas agora, graças às sulfonas, podemos deter a doença num estágio inicial. Se apenas pudéssemos fazer com que a sociedade tomasse conhecimento dos avanços na medicina, este lugar poderia ser fechado. Nossos pacientes voltariam para as suas comunidades e retomariam suas vidas.

Em meio a essas minipalestras, Cochrane mostrou-me orgulhosamente as indústrias caseiras que estabelecera: tecelagem, encadernação e sapatarias; hortas; galpões de carpintaria. Ele parecia ignorar a aparência terrível dos pacientes com lepra avançada, mas eu tive de lutar contra a tentação de desviar os olhos das faces mais desfiguradas. Alguns tinham as características leoninas da lepra: nariz achatado, ausência de sobrancelhas e grande espessamento das áreas da testa e maçãs do rosto. Outros tinham tão pouco controle dos músculos faciais que achei difícil diferenciar um sorriso de uma careta. Notei uma película leitosa, manchada de vermelho, em muitos olhos, e Cochrane me informou que a lepra em vários casos cega a vítima.

Depois de alguns minutos, porém, deixei de olhar as faces, porque as mãos dos pacientes haviam capturado minha atenção. Enquanto passávamos, os pacientes nos cumprimentavam à maneira tradicional indiana, mãos levantadas e palmas juntas diante da cabeça levemente curvada. Nunca em minha vida eu vira tantos cotos e mãos em garra. Dedos encurtados se projetavam em ângulos anormais, as juntas imobilizadas em posição. Vi outros dedos curvados para baixo contra a palma numa posição fixa de garra, com as unhas entrando na carne da palma. Algumas mãos não tinham polegares nem dedos.

Na sala de tecelagem notei um jovem trabalhando vigorosamente num tear, movendo rapidamente a lançadeira pelo tecido com a mão direita e depois estendendo a esquerda para forçar uma barra de madeira contra os fios, juntando-os. Ele aumentou a velocidade, provavelmente para fazer bonito diante do diretor e seu convidado, e pedacinhos de algodão flutuaram pelo ar como poeira. Cochrane gritou por cima do ruído do tear:

— Veja você, Paul, esses trabalhadores teriam de recorrer à mendicância fora do leprosário. Apesar de suas habilidades, ninguém os empregaria.

Fiz um gesto para interromper Bob e apontei para uma trilha de manchas escuras no tecido de algodão. Sangue? — Posso ver sua mão? — gritei para o tecelão.

Ele soltou *os* pedais e parou a lançadeira e instantaneamente o nível de ruído no local desceu vários decibéis. Estendeu então uma *mão* deformada, *com* vários dedos encurtados. O indicador perdera talvez cerca de oito milímetros de comprimento, e quando olhei mais de perto, vi o *osso exposto* projetando-se de um ferimento feio, infeccionado. Aquele rapaz estava trabalhando com um dedo cortado até o osso!

— Como você se cortou? — perguntei.

Ele deu uma resposta despreocupada:

— Oh, não é nada. Tinha uma ferida no dedo e antes sangrava um pouco. Acho que abriu outra vez.

Tirei algumas fotos de sua mão para acrescentar ao meu arquivo ortopédico e depois o enviamos à clínica a fim de receber um curativo.

— Esse é um grande problema aqui — explicou Bob quando o jovem saiu. — Esses pacientes ficam como que anestesiados. Eles perdem todas as sensações de toque e de dor. Temos então de observá-los cuidadosamente. Eles se ferem sem saber.

Como poderia alguém não notar um corte como aquele?, pensei. Com base na pesquisa de Tommy Lewis, eu sabia que até 21 mil sensores de calor, pressão e dor se aglomeram numa polegada quadrada da ponta do dedo. Como ele não sentiria a dor de um ferimento como aquele? Todavia, o rapaz não mostrara de fato qualquer sinal de desconforto.

Continuamos a visita e Cochrane, um dermatologista, começou a descrever variações sutis na cor e textura de porções de pele seca sintomáticas da lepra.

— Note as diferentes reações entre uma mancha e uma borbulha, um nódulo e uma placa — disse ele, apontando para pacientescuja pele havia sido infiltrada pela moléstia.

Eu ainda estava pensando no jovem tecelão com o dedo sangrando e a preleção sem fim começava a aborrecer-me.

— Bob, já aprendi o suficiente sobre pele — interrompi finalmente. — Fale-me sobre ossos. Olhe as mãos daquela mulher. Ela não tem mais dedos, apenas tocos. O que aconteceu aos dedos dela? Eles caíram?

— Sinto muito, Paul, não sei — replicou ele bruscamente e voltou à preleção sobre pele.

Interrompi de novo:

— Não sabe? Mas, Bob, esses pacientes vão necessitar de suas mãos para poder sobreviver. Algo está destruindo o tecido. Você não pode deixar que essas mãos apenas definhem.

As sobrancelhas de Cochrane levantaram de um modo que reconheci como uma última advertência antes da explosão de uma tempestade. Ele fincou um dedo em meu estômago.

— E quem é o ortopedista aqui, Paul? — indagou. — Eu sou dermatologista e estudei esta enfermidade durante *25* anos. Sei praticamente tudo o que há para saber sobre como a lepra afeta a pele. Mas volte à biblioteca médica em Vellore e verifique a pesquisa sobre lepra e ossos. Vou dizer o que vai encontrar — nada! Nenhum ortopedista jamais deu atenção a este mal, embora ele tenha aleijado mais pessoas do que a pólio ou qualquer outra doença.

Seria verdade que nenhum dos milhares de cirurgiões ortopedistas do mundo se interessara por uma doença que produzia deformidades tão terríveis? Um olhar de incredulidade deve ter passado por meu rosto porque Cochrane respondeu como se tivesse lido a minha mente.

— Você está pensando na lepra como qualquer outra doença, Paul. Mas os médicos, como a maioria das pessoas, a colocam numa categoria completamente separada. Eles consideram a lepra como uma maldição dos deuses. Ainda conservam a aura de juízo sobrenatural sobre a mesma. Você vai encontrar sacerdotes, missionários e alguns malucos trabalhando em leprosários, mas raramente um bom médico e nunca um especialista em ortopedia.

Fiquei silencioso, refletindo sobre as palavras de Cochrane. Estávamos caminhando sob a principal colunata arqueada de árvores na direção da sala de refeições. Cochrane acenava e falava com os pacientes enquanto passávamos. Ele parecia conhecer todos pelo nome.

Um homem fez um gesto para que parássemos e pediu que olhássemos uma ferida em seu pé. Ele abaixou-se e

tentou abrir a sandália, mas não conseguiu por causa da mão em posição de garra. Cada vez que tentava puxar a tira da sandália entre seu polegar e a palma da mão, a fim de libertá-la do fecho, a tira escorregava.

— Paralisia por causa de dano nervoso — comentou Cochrane.— É isso o que a doença faz. Paralisia, além de completa anestesia.Este homem não consegue sentir a tira da sandália mais do que o jovem no tear podia sentir o dedo cortado.

Perguntei ao homem se podia ver sua mão. Ele levantou-se do chão, com a sandália ainda presa ao pé, e apresentou a mão direita. Os dedos tinham o tamanho certo e estavam intactos, mas praticamente inúteis. O polegar e quatro dedos se curvavam para dentro e se apertavam uns contra os outros na posição que reconheci como "mão de garra da lepra". Enquanto examinava a mão do homem, entretanto, para minha surpresa os dedos pareciam macios e flexíveis, muito diferentes dos dedos rígidos por causa da artrite e outras doenças incapacitantes. Abri os dedos e coloquei minha mão entre o polegar e os dedos curvos.

— Aperte — disse eu. — O mais forte que puder.

Prevendo um aperto fraco dos músculos quase paralisados, fiquei espantado ao sentir um choque de dor em minha mão. O homem tinha a força de um atleta! As unhas de seus dedos curvos se cravaram em minha carne como garras.

— Pare!—-gritei.

Levantei os olhos para ver uma expressão admirada no rosto

dele. "Que visitante estranho!", deve ter pensado. "Pede-me que aperte forte e depois grita quando faço isso."

Senti mais do que dor naquele momento. Senti um súbito despertamento, um pequeno estímulo elétrico assinalando o início de uma longa e vasta pesquisa. Tive a sensação intuitiva de estar tropeçando num caminho que levaria minha vida em uma nova direção. Eu acabara de passar uma manhã deprimente, vendo centenas de mãos que clamavam por tratamento. Como cirurgião interessado em mãos, eu balançara tristemente a cabeça ao ver o desperdício, pois até aquele momento eu as julgara permanentemente arruinadas. Agora, no aperto dado por aquele homem, tive uma prova de que uma "mão" inútil ocultava músculos vivos e poderosos. Paralisia? Minha mão ainda doía daquele aperto.

O olhar indagador do homem só acentuava o mistério. Até que eu gritasse, ele não tinha ideia de que me machucara. Perdera o contato sensorial com sua própria mão.

MORTE SORRATEIRA

Aceitei o desafio de Bob Cochrane e, quando voltei a Vellore, verifiquei a literatura sobre os aspectos ortopédicos da lepra. Aprendi que de dez a quinze milhões de pessoas em todo o mundo sofriam do mal. Uma vez que um terço delas apresentava danos significativos nas mãos e nos pés, a lepra representava provavelmente a maior causa do aleijão ortopédico. Uma fonte sugeriu que a lepra causava mais paralisia do que todas as outras enfermidades juntas. Pude, entretanto, encontrar apenas um artigo descrevendo qualquer procedimento cirúrgico além da amputação; o autor desse artigo era Robert Cochrane.

A tarde em Chingleput provocara um interesse que eu não podia ignorar. Senti-me então compelido a estudar mais profundamente este mal cruel. O padrão da paralisia me desconcertava por contrariar ostensivamente minha experiência anterior sobre ela. O homem da sandália conseguia flexionar os dedos para dentro, mas não estendê-los; podia apertar a minha mão como um torno, mas não separar suficientemente os dedos para segurar um lápis. Por que apenas uma parte da sua mão ficara paralisada? Como ponto de partida, eu precisava determinar qual dos três nervos principais da mão era o responsável pela paralisia parcial.

Comecei a fazer uma visita semanal a Chingleput. Todas as quintas-feiras, depois das rondas de rotina no hospital, eu pegava o trem da tarde que partia de Vellore e alugava depois uma carroça puxada a cavalo para

transportar-me pelos últimos quilômetros até o sanatório. Os Cochrane mantinham um quarto de hóspedes disponível para mim, e após uma boa noite de sono eu me levantava para um dia inteiro de exames nos pacientes. Após o jantar de sexta-feira com os Cochrane, eu me retirava cedo, marcando meu despertador para as quatro e meia da manhã. Bob dava uma aula matinal na faculdade de medicina de Vellore aos sábados, e eu podia então pegar carona no carro dele.

Organizei uma turma de técnicos como uma linha de montagem, e examinávamos um a um os mil pacientes em Chingleput. Testando com uma pena e um alfinete reto, mapeávamos a sensibilidade ao toque e à dor nas várias regiões da mão. A seguir, medíamos a extensão do movimento do polegar, dedos e pulso, e repetíamos o processo para os dedos dos pés e o pé. Registrávamos o tamanho exato dos dedos da mão e do pé, notando quais os dedos que haviam encurtado e quais músculos pareciam paralisados. Se houvesse paralisia facial, notávamos isso também. Os casos mais interessantes eram radiografados.

Como eu só passava um dia da semana em Chingleput, a pesquisa se arrastou por meses. Antes, porém, eu notara um padrão claro entre os pacientes (80 por cento, conforme estabelecido) que haviam experimentado algum grau de paralisia da mão. Quase todos eles tinham perdido o movimento dos músculos controlados pelo nervo ulnar. Quarenta por cento mostravam também evidência de paralisia em áreas supridas pela parte inferior do nervo mediano. De maneira estranha, não encontrei paralisia nos músculos do antebraço supridos pela parte superior do nervo mediano. Poucos músculos controladas pelo nervo radial haviam sido afetados. Também não encontrarmos paralisia acima do cotovelo. Esta fora a anomalia que eu notara no homem das sandálias: ele podia dobrar os dedos, mas não estendê-los.

Eu nunca vira um padrão tão peculiar. Em algumas doenças, a paralisia avança inexoravelmente na direção do tronco, afetando todos os nervos em seu caminho. Em outras, como a poliomielite, a paralisia é completamente acidental. A lepra parecia atacar nervos específicos muito seletivamente, com uma estranha consistência. O que justificaria essa progressão singular?

A essa altura meus instintos científicos estavam plenamente despertos. Até mesmo pacientes de lepra gravemente afetados retinham alguns nervos e músculos em bom estado, como o homem com a mão em garra havia demonstrado tão poderosamente em mim, um fato que abriu a fascinante possibilidade da correção cirúrgica. Um paciente com mãos em garra ainda podia dobrar os dedos para dentro; se eu pudesse descobrir como libertá-los, a fim de se endireitarem para fora, ele recuperaria as funções da mão.

Antes de prosseguir, porém, eu tinha de aprender muito mais. Li tudo o que existia sobre lepra e logo percebi a razão pela qual Bob Cochrane se empenhara nessa cruzada. Nenhuma moléstia na história tem sido tão marcada pelo estigma, grande parte dele resultante da ignorância e de falsos estereótipos.

A histeria a respeito da lepra surgiu, em parte, de um grande medo do contágio. No Antigo Testamento, o indivíduo que sofria de lepra ou de doenças infecciosas da pele tinha de usar "vestes rasgadas, e os seus cabelos serão desgrenhados; cobrirá o bigode e clamará: Imundo! Imundo!" (Lv 13:45). As pessoas com lepra viviam isoladas, fora dos muros da cidade. Na maioria das sociedades na história, um temor de contágio similar levou às leis governamentais da quarentena.

Esse medo, porém, como Bob Cochrane me assegurara, era em grande parte infundado. A lepra só pode contagiar pessoas suscetíveis, uma pequena minoria. Em 1873, o cientista norueguês Armauer Hansen identificou o agente responsável pela lepra — *Mycobacterium leprae,* um bacilo bem semelhante ao da tuberculose — e desde então a lepra provou ser a menos transmissível de todas as enfermidades. O compatriota de Hansen, Daniel Cornelius Danielssen, o "pai da leprologia", tentou durante anos contrair a moléstia para fins experimentais, injetando com uma agulha hipodérmica o bacilo em si mesmo e em quatro funcionários de seu laboratório. Esses esforços demonstraram uma incrível coragem, mas pouco mais que isso: todos os cinco eram imunes.[1]

O enigma da transmissão permanece insolúvel até hoje. O grupo mais vulnerável parece ser o das crianças que têm contato prolongado com pessoas infectadas e, por essa razão, em muitos países, as crianças são separadas dos pais infectados. A maioria dos clínicos favorece a teoria de que a lepra é disseminada pelas vias aéreas superiores,

via fluidos nasais expelidos por meio de tosse ou espirros. Altos padrões de higiene tendem a reduzir a possibilidade de contágio: os empregados dos leprosários têm um índice muito baixo de infecção apesar de seu contato regular com os pacientes. Alguns teorizam que os bacilos da lepra são cultivados em colônias no solo, o que pode explicar por que ele persevera obstinadamente em países de baixa renda, onde as pessoas andam descalças e vivem em casas com chão de terra. A doença perdeu sua força na Europa Ocidental, antes um importante criatório, à medida que o padrão de vida aumentou, e a mesma tendência é verdadeira nos países em desenvolvimento hoje.

Qualquer que seja a forma de contágio, a lepra raramente afeta mais do que um por cento da população de uma determinada região. Aprendi que há poucas exceções a essa regra, e a área ao redor de Vellore, na Índia, teve a infelicidade de ser uma delas. Na década de 1940 em mais de três por cento da população circunjacente a essa localidade os testes para lepra foram positivos.

A maioria dos pacientes contaminados tem uma boa possibilidade de curar a doença por si mesmo. Esses casos "tuberculóides" podem apresentar pontos de pele morta, perda de sensação e um certo dano ao nervo, mas nenhuma desfiguração extensa. Muitos dos sintomas resultam da própria furiosa reação auto-imune do corpo aos bacilos estranhos.

Um em cada cinco pacientes, todavia, *tem falta* de imunidades naturais. Esses pacientes desprotegidos, classificados de "lepromatosos", são geralmente os que acabam em instalações como as de Chingleput. Seus corpos parecem acolher com boas-vindas os invasores estranhos e trilhões de bacilos fazem o cerco em uma infiltração maciça que, se fosse por qualquer outra cepa de bactérias, significaria morte certa. A lepra, porém, raramente se mostra fatal. Ela destrói o corpo de maneira lenta, debilitante. Meus pacientes usavam às vezes um termo local para a lepra, que significa literalmente "morte sorrateira".

Feridas aparecem no rosto, mãos e pés, e, se não forem tratadas, a infecção pode se instalar. Os dedos das mãos e dos pés encurtam misteriosamente. Os mendigos nas ruas da Índia geralmente tinham feridas abertas, purulentas, e mãos e pés deformados. Por não terem sensações de dor, esses mendigos não se preocupavam com os perigos da infecção; pelo contrário, exploravam seus ferimentos para ganhar alguma coisa com eles. Os mendigos mais agressivos chegavam a ameaçar os passantes de tocá-los, a não ser que lhes dessem esmolas.

A cegueira, uma outra manifestação da moléstia, complica muito a vida do leproso: por ter perdido as sensações de toque e dor, ele não pode usar os dedos para "reconhecer" o mundo e evitar os perigos.

Ao estudar a história da lepra, passei a ter o maior respeito pelos poucos santos que, desafiando o estigma da sociedade, olhavam para além dos sintomas desagradáveis da lepra e ministravam solidariedade às suas vítimas. Durante séculos tais pessoas nada tinham a oferecer senão a simples compaixão humana. Quando a doença devastou a Europa durante a Idade Média, as ordens religiosas dedicadas a Lázaro, o santo patrono da lepra, estabeleceram instituições para os pacientes. As mulheres corajosas que trabalhavam nesses lugares podiam fazer pouco além de colocar curativos nas fendas e substituí-los quando necessário, mas as casas em si, chamadas *lazarentos,* podem ter ajudado a interromper o surto da doença na Europa, isolando os pacientes leprosos e melhorando suas condições de vida. Nos séculos XIX e XX, missionários cristãos que se espalharam pelo globo estabeleceram muitas colônias para leprosos, tais como a de Chingleput; e, como resultado, muitos avanços científicos importantes quanto ao entendimento e tratamento da lepra surgiram cora os missionários — sendo Bob Cochrane o último em uma longa linhagem.

Em Chingleput, a introdução das sulfonas representou um avanço tão instigante quanto aquele que eu havia experimentado na escola de medicina com a penicilina. O tratamento anterior, injetando óleo destilado da árvore de chalmugra[2] diretamente nas manchas da pele do paciente, tinha efeitos colaterais quase tão negativos quanto a própria doença. Alguns médicos preferiam prescrever uma série de injeções pequenas, cerca de 320 por semana, deixando a pele dolorida e inflamada. Desesperados, os pacientes iam em busca desses tratamentos apesar de tudo, e alguns apresentavam melhoras. A nova droga, sulfona, tinha a distinta vantagem de ser uma medicação oral. Na época em que visitei Chingleput, depois de cinco anos de experiências com a sulfona, os pacientes estavam na verdade apresentando relatórios negativos de bactérias ativas. A lepra virtualmente desaparecera de

seus corpos.

Obreiros antigos nos leprosários, como Cochrane, se mostraram extasiados. Não mais contagiosos, com a doença agora inativa, os pacientes podiam teoricamente ser devolvidos às suas cidades. As esperanças diminuíram, porém, quando se tornou claro que os povoados não tinham interesse em receber ninguém com um histórico de lepra. Em quase todos os casos, os pacientes tiveram de permanecer em Chingleput mesmo depois de curados.

Eu não tinha certeza sobre qual a contribuição que poderia oferecer aos pacientes de lepra, mas quanto mais tempo passava entre eles, mais meu chamado se confirmava. Enquanto conduzia os testes de pesquisa, tive oportunidade de ouvir centenas de histórias de rejeição e desespero. Banidos de casa e do povoado, os pacientes iam a Chingleput por não terem literalmente para onde ir. Haviam se tornado párias sociais simplesmente por seu infortúnio em contrair uma doença temida e malcompreendida. Pela primeira vez percebi a tragédia humana da lepra. Com o encorajamento de Cochrane, entretanto, recebi também um sopro de esperança do progresso que poderia ser feito para reverter essa tragédia.

REVELAÇÃO NA MADRUGADA

Depois de investigar Chingleput e outros leprosários perto de Vellore, examinei os dados coletados de dois mil pacientes. Cada pasta sobre uma mão danificada incluía diagramas da insensibilidade e extensão do movimento, assim como fotos de ossos e estragos na pele. O padrão que eu primeiro notara em Chingleput, que desafiava toda a sequência convencional da paralisia, manteve-se verdadeiro: paralisia frequente em áreas controladas pelo nervo ulnar, paralisia moderada no nervo mediano e pouca no nervo radial. Eu não conseguia pensar numa razão lógica para o nervo ulnar no cotovelo causar paralisia, enquanto o nervo mediano, 2,5 centímetros distante, se mantinha saudável; ou por que o nervo mediano não funcionasse no pulso, embora nenhum dos músculos do nervo radial estivesse paralisado.

Para aumentar minha confusão, eu enviara amostras de tecidos de dedos encurtados ao professor de patologia de Vellore,Ted Gault.

— O que há de errado com esses tecidos, Ted? — perguntei.

Repetidas vezes ele informou:

—- Nada, Paul. São perfeitamente normais, exceto pela perda das extremidades nervosas.

Normais? Eu fizera algumas das biópsias em dedos que haviam encurtado vários centímetros de comprimento, meros tocos de dedos. Como poderiam ser normais? Eu mal podia acreditar nos relatórios até que Ted me fez olhar pelo microscópio e ver por mim mesmo. O tecido mostrava cicatrizes de uma infecção anterior, é claro, mas os ossos, tendões e músculos pareciam sadios, assim como a pele e a gordura. O que estava causando dano às mãos? Os fatos não se encaixavam.

Eu desejava tentar algum tipo de cirurgia corretiva nos pacientes com paralisia motora, a maioria dos quais não sofrera muitos estragos em suas mãos por estas serem frágeis demais para causarem problemas. Esse grupo representava a melhor esperança para restaurar quaisquer pacientes leprosos a uma vida produtiva. Todavia, eu não ousava agir antes de saber por que certos músculos permaneciam saudáveis enquanto outros ficavam paralisados. Eu precisava ter certeza de que certos músculos iriam permanecer "bons", não afetados pela doença, e para isso teria de examinar todo o braço com os nervos afetados. Como é natural, eticamente, eu não podia operar um paciente vivo com o único propósito de recuperar nervos. As autópsias eram a única solução.

No entanto, na Índia, as autópsias eram mais um problema do que uma solução. Os *mullahs* muçulmanos proibiam a mutilação do corpo após a morte, mesmo com a finalidade de doar órgãos à ciência. A fé hindu exigia que o corpo inteiro fosse queimado num fogo purificador até virar cinzas; portanto, os hindus muito ortodoxos resistiam à amputação por qualquer motivo. Mesmo que a gangrena ameaçasse a vida do indivíduo, eles acreditavam que era melhor morrer agora do que serem privados de um membro em todas as encarnações futuras. A fim de satisfazer suas necessidades de transplantes de órgãos e trabalho de laboratório, o hospital Vellore

esforçava-se para persuadir as famílias a permitirem autópsias. Eles usavam também corpos de prisioneiros mortos e indigentes que não tinham família. (Minha mulher, que anunciara no rádio sua necessidade de olhos para usar em transplantes de córnea, lembra-se vivamente de uma batida na porta, bem tarde certa noite. Ela abriu para descobrir uma figura espectral envolvida num manto. Ele mostrou-lhe uma nota do juiz local escrita à mão, que ela leu à luz do lampião: "Enforcamento judicial de madrugada. Apresente-se para remover os olhos".)

Em vista de a lepra não ser uma doença terminal, seus pacientes tendiam a viver por um longo tempo. Para obter nossa autópsia, teríamos de esperar a morte por causas naturais de um paciente lepromatoso no hospital, cujos parentes não tivessem objeções religiosas. Enviei uma mensagem urgente a todas as clínicas de leprosos nas circunvizinhanças, até centenas de quilômetros de distância, pedindo notificação imediata se qualquer candidato surgisse.

— Telefonem ou telegrafem a qualquer hora do dia ou da noite — pedi.

Minha assistente, dra. Gusta Buultgens, uma portuguesa do Ceilão, preparou caixas de instrumentos cirúrgicos, frascos de formalina e tudo o mais que pudéssemos precisar para uma autópsia. E esperamos.

Esperamos por mais de um mês, até que uma noite o telefone tocou no final de um dia de cirurgia movimentado. Um paciente morrera em Chingleput, a apenas 120 quilômetros de distância. O hospital de Chingleput não tinha refrigeração e havia programado a cremação para o dia seguinte, mas eles nos permitiriam acesso ao corpo durante a noite. Três de nós, a dra. Buultgens, um técnico indiano em patologia e eu, engolimos o jantar, carregamos a caixa de suprimentos em um jipe e fomos para a estrada.

Eu me sentia especialmente tenso e ansioso enquanto nos dirigíamos pelo campo em plena escuridão até Chingleput. Dirigir é sempre uma aventura na Índia, onde caminhões e carros compartilham o macadame com pedestres, carros de bois, bicicletas e vacas sagradas (há duzentos milhões delas e todas têm direito inviolável de passagem). O cair da noite aumenta a aventura porque muitos carros de bois não têm luzes. Além disso, alguns motoristas indianos praticam uma cortesia singular quando vêem um veículo vindo em sua direção: eles apagam os faróis por algum tempo para não ofuscar o outro motorista e em seguida, subitamente, ligam os faróis altos e depois os movimentam furiosamente antes de apagá-los outra vez. Primeiro você vê completa escuridão, depois um breve e hipnótico clarão de luz seguido de trevas novamente. Sons de buzina ecoam ameaçadores na noite porque os motoristas compensam a ausência de luz com o uso liberal desse instrumento. .

Na metade do caminho para Chingleput, tive uma forte sensação de calor intenso. Abaixando os olhos, vi chamas surgindo das aberturas dos pedais e lambendo minhas sandálias! Tirei rapidamente os pés do chão e levei o jipe para fora da estrada, parando numa moita de arbustos. Saímos todos do veículo, quase caindo num poço aberto. Ninguém estava ferido e alguns punhados de areia apagaram imediatamente o fogo. Mas, quando levantei o capo, minha lanterna mostrou uma porção de fios derretidos e metal enegrecido. Um ladrão havia evidentemente afrouxado uma porca para roubar gasolina; e, mais tarde, as vibrações fizeram saltar a porca, levando a bomba de combustível a espalhar gasolina sobre o motor quente.

Nós três caminhamos pela estrada à luz do luar, balançando as caixas de autópsia sobre os ombros. Já passava da meia-noite e não encontráramos um único veículo durante cerca de três quilômetros. Finalmente chegamos a uma escola missionária, onde consegui acordar um professor e arranjar um motorista relutante para nos transportar pelo resto do caminho até Chingleput. Chegamos por volta das duas e meia da madrugada e encontramos o prédio do leprosário completamente às escuras. Mais tempo passou enquanto tentávamos persuadir o guarda-noturno a permitir que déssemos início à nossa tarefa ingrata. Com alguma apreensão ele nos guiou ao longo de uma trilha estreita e rochosa na direção do contraforte das montanhas atrás do sanatório. Ali, depois de uma longa caminhada, encontramos uma pequena cabana de alvenaria, o necrotério. O guarda nos emprestou um lampião — a cabana não tinha eletricidade — e afastou-se depreda. Esticado numa mesa de madeira diante de nós estava o morto.

O corpo, um homem idoso, mostrava evidências de severas deformidades: mãos em garra, dedos das mãos e dos pés encurtados, deformidades faciais. Era um "caso perdido" clássico: os bacilos da lepra haviam feito todos os

danos possíveis e depois morreram. Para nossos propósitos, o corpo dele era ideal.

Sabíamos que tínhamos de nos apressar. Havíamos prometido ao superintendente de Chingleput terminar nossa tarefa de madrugada, agora só faltavam quatro horas, para que os ritos religiosos normais pudessem prosseguir. Penduramos a lanterna na trave do teto e colocamos aventais e luvas de borracha. Em poucos segundos estávamos cobertos de suor. O corpo ficara naquele local sem ventilação o dia inteiro sob um sol escaldante e, utilizando um eufemismo, alcançava rapidamente um estado de excessivo amadurecimento. O cenário — uma noite silenciosa e enluarada, o calor, o isolamento, um cadáver cheio de germes — parecia um filme de horror.

Dividimos o trabalho. A dra. Buultgens trabalhava de um lado, retirando espécimes dos nervos a cada 2,5 centímetros para estudo posterior no microscópio. O técnico escrevia etiquetas detalhadas e colocava cada pedaço de nervo em um frasco de formalina. Eu trabalhava do lado oposto e não retirava espécimes. Queria ver os nervos inteiros e detalhadamente em relação aos ossos e músculos. Os procedimentos rápidos e grosseiros da autópsia contrariavam todos os meus instintos cirúrgicos, mas eu sabia que aquele corpo só continha uma coisa de valor para nós: os nervos. Depois de fazer longos cortes laterais no braça e na perna, removi a pele, gordura e músculos, prendendo o tecido no lado à medida que prosseguia.

Durante pelo menos três horas, dissecamos a toda pressa, cortando profundamente até chegar aos nervos, retirando amostras, segurando com grampos o tecido. Esperávamos expor cada nervo periférico das mãos e dos pés, passando pelo cotovelo e ombro, pela coxa e quadril, até as raízes nervosas que emergiam da coluna espinhal. Só depois de ter retirado algumas amostras de todos os nervos afetados pela lepra podíamos começar a relaxar.

Nós três mal falávamos. Os únicos sons emitidos eram o tinido dos instrumentos e o lamento alto das cigarras lá fora. Ao terminar os braços do homem, fomos para as pernas e finalmente para o rosto. Minha mente se reportou ao meu projeto em Cardiff, País de Gales, mas dessa vez expus apenas o quinto e o sétimo nervos faciais, em busca de alguma pista para explicar por que as pálpebras ficavam logo paralisadas.

Completamos finalmente nosso objetivo. Endireitei-me e senti como se acabasse de ser esfaqueado. A tensão da viagem, combinada com a minha postura curvada durante a autópsia, havia cobrado seus dividendos em minhas costas. Eu não dormia fazia *24* horas, e meus olhos ardiam com as constantes gotas de suor. Respirei fundo algumas vezes, meu nariz agora habituado ao cheiro rançoso do pequeno aposento.

A luz da lanterna de querosene iluminava o corpo, e os nervos frescos, expostos, brilhavam em contraste com o tecido escuro do corpo. Os primeiros raios de luz acinzentada da madrugada estavam surgindo por sobre as montanhas, filtrando-se através da porta aberta. Enxuguei a testa com um lenço e estiquei os músculos contraídos em minhas costas e dedos. O sol nascente subiu repentinamente sobre os montes e jorrou pela porta, iluminando tudo o que até então tínhamos visto apenas nos círculos débeis da lanterna. Meus olhos subiram e desceram, examinando cada braço e perna, revendo nosso trabalho artesanal. Eu não estava procurando nada em particular, simplesmente aproveitava uma folga a fim de reunir forças para a fase final da autópsia.

De repente vi.

— Olhe os inchaços do nervo — disse à dra. Buultgens. — Está vendo o padrão?

Uma anormalidade impressionante era facilmente visível. Ela curvou-se sobre o lado do corpo em que eu havia trabalhado, examinando com atenção o comprimento lustroso dos nervos e depois acenou entusiasmada. Em certos pontos — por trás do tornozelo, logo acima do joelho e também no pulso — os nervos haviam inchado muitas vezes mais do que o tamanho normal. Inchaços também se projetavam nos ramos nervosos faciais do queixo e osso malar, sendo mais marcados logo acima do cotovelo no nervo ulnar.

Nós dois sabíamos que os nervos inchavam, reagindo a uma infestação de germes da lepra, mas agora víamos claramente que os inchaços dos nervos tendiam a ocorrer apenas em alguns lugares. De fato, os inchaços só existiam onde o nervo ficava próximo da superfície da pele, e não nos tecidos profundos. O nervo ulnar, que sofrera paralisia, inchara muito no cotovelo. O nervo mediano, a poucos centímetros de distância, parecia em ordem — talvez por estar localizado *2,5* centímetros mais fundo, por baixo do tecido muscular. Pela primeira vez

senti alguma razão por trás do mistério da paralisia induzida pela lepra. Havia afinal de contas um padrão: um nervo branco fino distendendo-se ao aproximar-se do cotovelo, depois voltando ao tamanho normal enquanto mergulhava fundo entre os músculos do antebraço, inchando outra vez em seu curso ao redor do pulso e afinando levemente no túnel carpal que levava à mão. O mesmo padrão se aplicava na perna: cada vez que um nervo se aproximava da superfície, ele inchava e sempre que ficava sobre as fibras musculares, voltava ao normal.

A dra. Buultgens e eu especulamos em voz alta sobre o que poderia causar o inchaço. — E possível que os nervos próximos da superfície sejam mais sujeitos a danos por causa de impacto — sugeriu ela.

Em todo caso, o vislumbre daquele padrão geral esclareceu um mistério permanente: os músculos controlados por nervos localizados bem fundo no tecido do corpo não pareciam correr riscos. Até mesmo em um velho corroído pela lepra, aqueles músculos permaneciam com um vermelho rico e saudável. Em contraste, os músculos controlados por feixes de nervos que passavam perto da superfície da pele eram rosa-pálido e contraídos pela atrofia. A presença de músculos sadios em um homem em tão avançado estado de infecção confirmou minha ideia de que a doença sempre deixava certos músculos não-afetados. Eu podia, agora, identificar músculos do antebraço para uso na cirurgia reconstrutora — possivelmente transferi-los para substituir os músculos paralisados — sem medo de que viessem a paralisar mais tarde. Tínhamos uma diretriz simples para selecionar músculos "bons": escolher músculos cujos nervos motores não estivessem próximos da superfície de um membro.

Senti uma nova infusão de energia e entusiasmo. Tirei fotografias dos nervos longos expostos e removemos mais segmentos para estudo posterior. Essas amostras iriam conter nossa melhor pista para entender como a doença destruía os nervos. Eu tinha a vaga sensação de que acabávamos de tropeçar num segredo médico de grande importância. Mas qual seria?

Depois da autópsia, os patologistas de Vellore iniciaram a árdua tarefa de examinar grupos representativos de nossas amostras, observando o que Hansen chamara de "filhotes de rã" *[frog spawn],* massas de nódulos de lepra, para achar os pequeninos bacilos em forma de bastonetes, manchados de vermelho pelos nossos reagentes químicos. Anos se passariam antes que desvendassemos todo o mistério, mas iríamos eventualmente aprender que a predileção da lepra pelos joelhos, pulsos, maçãs do rosto e queixos não tinha nada a ver com danos por impacto ou qualquer outra conjectura que havíamos feito naquela noite na cabana da morte. A solução, quando surgiu, era simples: a fim de multiplicar-se, os bacilos da lepra preferem as temperaturas mais frescas, que prevalecem perto da superfície (isto explica também por que eles buscam refugio nos testículos, lobos da orelha, olhos e passagens nasais).

A medida que os bacilos da lepra migram para os nervos nas regiões mais frias, tais como ao redor das juntas, o sistema de imunização do corpo envia pelotões de macrófagos e linfócitos que enxameiam, inchando dentro da bainha de isolamento do nervo e sufocando a nutrição vital. Os inchaços que contemplamos à luz da lanterna naquela noite eram de fato evidência da reação defensiva do corpo a uma invasão.

Não conseguimos apreciar inteiramente o que havíamos descoberto naquele sufocante necrotério improvisado em Chingleput. Se tivéssemos feito isso, talvez o fizéssemos com algum ato dramático. (Pitágoras, ao provar um teorema, sacrificou cem bois aos deuses que lhe enviaram a ideia!) Em vez disso, costuramos o cadáver, nos arrastamos para a casa de Bob Cochraue para o café e tomamos emprestado um carro para voltar a Vellore, passando pelos restos do nosso jipe incendiado no caminho.

Notas

[1] Hansen fracassou de maneira similar nas suas tentativas de transmitir o bacilo. Quando não teve êxito com coelhos, experimentou num ser humano, injetando germes de lepra na córnea do olho de uma paciente. A mulher não contraiu a doença, mas sentiu dor com a injeção e o denunciou às autoridades. Por esta quebra de ética, Hansen foi impedido de atender nos hospitais noruegueses pelo resto da vida.

[2] Chalmugra: designação comum a várias plantas, especialmente do gênero *Hydrocarpus,* de cujas sementes se extrai óleo, outrora usado no tratamento da lepra e de dermatoses (chalmogra, caulmoogra). (N. doT.)

A mão é a parte visível do cérebro.
IMMANUEL KANT

8 Afrouxando as garras

Passada a autópsia de Chingleput, eu mal podia esperar para dar início à cirurgia reconstrutora das mãos em forma de garra. Havia uma possibilidade, apenas uma possibilidade, de que ao transferir a força dos músculos "bons" intocados pela lepra, poderíamos libertar os dedos cerrados e restaurar os movimentos das mãos prejudicadas.

Porém, quando pedi permissão ao hospital Vellore para realizar tal cirurgia, os empecilhos começaram. Até a equipe que apoiava nossos esforços questionou a admissão de pacientes leprosos.

— Já temos leitos de menos, Paul — disse um administrador —, e você sabe muito bem que os pacientes de lepra não podem pagar pelo serviço.

(Isso era verdade sob um certo aspecto: eles não podiam pagar porque as mãos paralisadas tornavam impossível que ganhassem um sustento decente — exatamente a condição que eu queria resolver.) O hospital mantinha alguns leitos gratuitos para os casos de caridade; mas, como o administrador comentou, estes eram reservados para os casos urgentes que tinham perspectiva de cura. Os pacientes ortopédicos leprosos não se qualificavam.

Num apelo à simpatia deles, falei a outros funcionários do hospital sobre alguns dos pacientes de lepra que eu conhecera. Numa nação com uma tradição milenar de castas, as vítimas da lepra ocupavam o degrau mais baixo da escala social. Suas próprias famílias geralmente os mandavam embora de casa, com um bom motivo: se não fizessem isso, o povoado expulsaria toda a família da cidade. Examinei um jovem com nódulos em todo o corpo, que havia sido encarcerado num quarto por sete anos. Outro adolescente, antes de ir para o sanatório de Chingleput, mantivera a mão esquerda no bolso para esconder as manchas delatoras na pele: abaixo da linha bronzeada, sua mão era macia e pálida como a de um bebê e muito fraca por falta de uso. A lepra ataca duas vezes mais homens do que mulheres — ninguém sabe a razão —, mas na Índia ouvi as histórias mais pungentes de jovenzinhas que contraíram a moléstia. Não podendo arranjar marido nem emprego, muitas acabavam pedindo esmolas nas ruas, designadas para um determinado território por um chefe de gangue que explorava seus ganhos. Algumas trabalhavam em bordéis até que a doença fosse notada pelos fregueses.

— Paul, essas são histórias comoventes, mas não podemos ajudá-las clinicamente — respondeu um respeitado médico do hospital. — A carne delas não é boa. Essa é a natureza da enfermidade; até mesmo ferimentos acidentais não se curam. Se você continuar com seus planos de operar a carne leprosa, os ferimentos cirúrgicos não vão sarar adequadamente. Se encontrar um músculo bom e corrigi-lo hoje, no ano seguinte ele provavelmente vai ficar paralisado. A doença só fará progredir. Não perca o seu tempo.

Uma objeção para admitir pacientes leprosos provavelmente se encontra no cerne da resistência da equipe.

— Se soubessem que estamos tratando leprosos aqui — um administrador falou francamente —, outros pacientes fugiriam do hospital com medo. Não podemos arriscar isso. Por que não tratar da lepra nos leprosários a que pertencem?

Não obstante, depois de muito empenho, o hospital deu permissão para abrirmos uma "Unidade de Pesquisa de Mão" — não ousávamos usar o termo lepra — num depósito com paredes de barro junto ao muro externo do complexo do hospital. Os pacientes leprosos imediatamente começaram a visitar nossa clínica e pareciam gratos por qualquer ajuda. Sua falta de revolta ou ressentimento contra o seu problema me surpreendeu. Muçulmanos ou hindus aceitavam a sua condição com um espírito de fatalismo melancólico. Não tinham expectativas nem esperança de uma vida melhor. Fiquei imaginando se, pelo fato de terem sido tratados como não-humanos por

tanto tempo, eles agora se viam como tais.

A BARREIRA DD MEDO

Quando comecei a tratar pacientes de lepra, tive de confrontar meu próprio preconceito e medo profundos. Os pacientes apresentavam as mais horríveis e purulentas feridas para tratamento, e muitas vezes o odor pungente do pus e da gangrena enchia o depósito. Embora eu tivesse ouvido as afirmações de Bob Cochrane garantindo o baixo índice de contágio, como a maioria das pessoas que trabalhava com a lepra naquela época, eu me preocupava constantemente com a infecção. Comecei a fazer um mapa de minhas mãos. Sempre que me picava acidentalmente numa cirurgia, com uma agulha ou com a extremidade aguda de um osso, marcava o local da ferida no mapa, anotando a hora e o nome do paciente que estivera tratando para que se viesse a contrair lepra, pudesse encontrar a fonte. Abandonei essa política depois que o total de picadas, cortes e arranhões chegou a treze.

Minha esposa, Margaret, ajudou-me a vencer o medo do contato mais próximo. Certo fim de semana em que eu estava ausente, um riquixá parou em nossa casa no campus da faculdade de medicina. Dele saiu um homem magro, de vinte e poucos anos. Margaret foi recebê-lo. Ela notou que seus sapatos eram abertos na frente e que seus pés estavam completamente enfaixados. Cicatrizes brancas cobriam grande parte da superfície de um olho e ele procurava manter a vista baixa para evitar o clarão do sol.

— Perdoe-me, senhora — disse o homem respeitosamente —, poderia dizer-me onde posso encontrar o doutor Paul Brand?

Margaret respondeu que o dr. Brand, seu marido, *não* voltaria antes de terça-feira, dali a três dias. Evidentemente desapontado, o homem agradeceu e voltou-se para ir embora. Seu riquixá já tinha partido e ele começou então a voltar para a cidade com passos desajeitados, manquejando.

Minha esposa, que tem um coração de ouro, não pôde suportar virar as costas para alguém necessitado. Ela o chamou de volta.

— Você tem para onde ir, não é? — perguntou.

Foi necessário um pouco de persuasão, mas após alguns minutos Margaret conseguiu extrair a história de Sadan, uma história bem típica de rejeição e abuso. Ele notara as manchas na pele aos oito anos de idade. Expulso da escola, se tornara um pária. Seus antigos amigos atravessavam a rua para evitá-lo. Os restaurantes e lojas se recusavam a servi-lo. Depois de seis anos perdidos, ele encontrou finalmente uma escola missionária que o aceitou, mas mesmo com um diploma ninguém quis dar-lhe emprego. Tinha conseguido juntar dinheiro para a passagem de trem até Veliore. Uma vez ali, porém, o motorista do ônibus público impediu que subisse no veículo. Sadan gastara então todo o dinheiro que lhe restava para alugar o riquixá que o transportara até a faculdade de medicina. Não, ele não tinha para onde ir. Mesmo que um hotel o recebesse, não podia pagar pelo quarto.

Num ímpeto, Margaret convidou-o a dormir em nossa varanda. Ela arranjou um leito confortável para ele, e o rapaz passou três noites ali até a minha volta. Admito com certa vergonha que não reagi bem quando as crianças vieram correndo contar-me sobre o nosso novo hóspede, um simpático rapaz leproso. Nossos filhos tinham sido expostos à doença? Margaret só ofereceu esta pequena explicação:

— Mas, Paul, ele não tinha para onde ir.

Um pouco mais tarde, ela contou-me que naquela manhã havia lido a passagem do Novo Testamento em que Jesus disse: "Porque tive fome, e me destes de comer; tive sede, e me destes de bebêr; era forasteiro, e me hospedastes; estava nu, e me vestistes; enfermo, e me visitastes" (Mt 25:35-36). Nesse estado de espírito, ela convidara Sadan para entrar em nossa casa, uma decisão pela qual agora sou eternamente grato. Além de ensinar-nos sobre nossos temores exagerados, Sadan tornou-se um de nossos amigos mais queridos.

Uma missionária fisioterapeuta, Ruth Thomas, nos ajudou a superar a barreira do medo. Ela fugira recentemente

da China por causa da revolução maoísta, havia reservado uma passagem de Hong Kong para sua terra natal, a Inglaterra. Pouco antes de partir, ouviu que um ortopedista na Índia estava fazendo um trabalho experimental com pacientes de lepra. Na mesma hora, mudou seus planos e foi para Vellore. Ruth instalou uma unidade de fisioterapia em nossa clínica, equipando-a com aparelhos para tratamento com parafina aquecida e estímulo elétrico dos músculos. Ela foi uma pioneira, uma das primeiras fisioterapeutas do mundo a trabalhar com leprosos.

Ruth acreditava que a massagem vigorosa de mão contra mão ajudaria a impedir a rigidez das mesmas. Todos os dias ela ficava sentada num canto acariciando, acariciando, acariciando as mãos dos pacientes de lepra.

— Ruth, isso é contato íntimo de pele com pele! — eu a advertia.— Você deveria usar luvas.

Ela sorria, dizia que sim com a cabeça, e continuava afagando. Ruth Thomas alcançou considerável sucesso com sua simples terapia, cujo sucesso atribuo tanto ao seu dom do toque humano quanto a quaisquer técnicas de massagem.

Alguns meses depois de abrirmos a unidade, eu estava examinando as mãos de um jovem inteligente, tentando explicar-lhe em meu tâmil desajeitado que podíamos impedir o progresso da doença e talvez restaurar alguns movimentos da sua mão, mas não seria possível fazer muito pelas suas deformidades faciais. Brinquei um pouco, colocando a mão em seu ombro:

— Seu rosto não é tão feio assim —- disse eu, piscando para ele —, e não vai piorar se tomar o remédio. Afinal de contas, nós homens não temos de nos preocupar tanto com o rosto. São as mulheres que se afligem com qualquer mancha ou ruga.

Eu esperava que ele sorrisse em resposta, mas em vez disso começou a soluçar baixinho.

— Eu disse alguma coisa errada? — perguntei à minha assistente em inglês. — Ele me compreendeu mal?

Ela o interrogou em tâmil e contou-me:

— Não, doutor, ele disse que está chorando porque o senhor pôs a mão no ombro dele. Ninguém o tocava há anos.

O PRIMEIRO CORTE

Decidimos que nosso primeiro grupo-alvo para cirurgia de mão seria de meninos adolescentes. Eles pareciam ter mais probabilidades de beneficiar-se de nossas cirurgias e havia muito mais pacientes do sexo masculino para selecionar. Uma vez que nenhum ortopedista havia trabalhado com leprosos, eu não tinha manuais específicos ou estudos de caso a seguir. Senti-me muito solitário, como se tivesse acabado de entrar num país estrangeiro sem um guia.

A princípio me debrucei sobre o recém-publicado manual de cirurgia de mão escrito por Sterling Bunnell, um livro destinado a tornar-se um clássico. Consolou-me o fato de Bunnell ter também começado sem treinamento especial nesse campo. Ele se especializara em ginecologia antes da Segunda Guerra Mundial, quando foi designado para o Corpo Médico. No campo de batalha, encontrou casos de paralisia da mão causados por ferimentos de balas. Bunnell não tinha ideia de quais procedimentos eram apropriados e inventou então suas próprias técnicas, que lhe deram a reputação de "pai da cirurgia de mão". Para tratar a paralisia resultante de danos no nervo ulnar, por exemplo, Bunnell usou músculos e tendões supridos pelo nervo mediano, cortando-os e levando-os para os novos locais como um substituto para os músculos paralisados. A operação passou a ser conhecida como "Transferência de Tendão Bunnell", e uma ilustração colorida desse método aparecia no frontispício de seu primeiro livro sobre cirurgia de mão.

Embora meu treinamento como cirurgião-geral me conferisse pouco conhecimento direto dos mecanismos da mão, pelo menos meu passado em obras de construção me fornecia um fundamento sólido em engenharia. Na

escola de medicina eu ouvira surpreso enquanto Ilingworth Law, especialista em hidráulica, explicava a complexa engenharia por trás dos movimentos da mão. Agora, buscando meios de reparar mãos danificadas, estudei esses processos com uma crescente sensação de respeito. "Na ausência de qualquer outra prova, o polegar por si só me convenceria da existência de Deus", disse Isaac Newton. Um único movimento de mão pode envolver cerca de cinquenta músculos trabalhando juntos em sintonia. Ainda mais impressionante, os poderosos e delicados movimentos dos dedos são puramente resultado de força transferida. Não há músculos nos dedos (caso contrário, eles iriam alargar-se, chegando a um tamanho volumoso e de difícil controle); os tendões transferem força dos músculos do antebraço.

A abordagem de um mecanismo tão singular como a mão humana nos manuais de cirurgia era espantosamente vaga. "Fixe o tendão para que ele exerça força moderada", diziam eles. Força *moderada!* Eu não podia imaginar tais imprecisões num conjunto de técnicas para construir uma ponte ou sequer uma garagem. A diferença de uns poucos gramas de tensão e alguns milímetros de força mecânica poderia determinar se um dedo iria ou não se mover.

A fim de ganhar experiência cirúrgica, pratiquei na sala de autópsias com pacientes mortos. Tive só algumas horas para entrar, abrir a mão, testar alguns movimentos do tendão e depois costurar antes de o corpo ser preparado para o sepultamento. Felizmente, consegui obter a mão de um cadáver para praticar com mais calma. Depois de negociar com minha esposa a fim de obter espaço precioso, guardei a mão embrulhada em papel laminado em nosso pequeno freezer. (Dei ao cozinheiro ordens estritas para não mexer no pacote, mas duas vezes ele o retirou do freezer e suspeitosamente inquiriu Margaret: — Senhora, é bacon?) Tentei várias técnicas na mão do cadáver, transplantando tendões para novos lugares e prendendo-os em ossos diferentes. A dissecação proporcionou-me experiência valiosa, mas no final a mão do cadáver provou ter uso limitado por faltar-lhe as forças de equilíbrio de uma mão viva. Eu podia testar um tendão ou um músculo de cada vez, mas não a interação simultânea dos vários músculos. Tornou-se claro que só a cirurgia real num paciente vivo poderia ensinar-me o que eu precisava aprender.

Na viagem seguinte a Chingleput, reuni um grupo de pacientes de lepra, pré-selecionados devido ao seu estado avançado de paralisia. Queria voluntários cujas mãos eu não pudesse piorar.

— Estamos planejando fazer no hospital de Vellore algumas experiências que *poderiam possivelmente* ajudar uma mão paralisada — disse a eles. — Precisamos de alguns voluntários. Os procedimentos nunca foram testados e não há qualquer garantia de que vão ter resultado. Vocês deverão ficar no hospital durante um longo período de tempo, que envolverá diversas cirurgias e um difícil processo de reabilitação. No final podemos descobrir que não houve nenhuma melhora.

Fiz o processo parecer tão pouco atraente quanto possível, a fim de diminuir as expectativas. Quando pedi voluntários, para minha surpresa todos os pacientes ficaram de pé. Eu podia escolher à vontade.

Depois de consultar Bob Cochrane, examinei e entrevistei um adolescente hindu chamado Krishnamurthy. Sua saúde geral parecia boa, mas a lepra devastara suas mãos e pés. Havia grandes feridas na sola dos dois pés, expondo o osso. Mesmo que não resultasse em mais nada, pensei, um período no hospital iria certamente melhorar essa condição. Os dedos dele, quase do comprimento original, se dobravam para dentro formando uma garra rígida. O rapaz tinha um movimento forte de preensão, mas não podia abrir os dedos o suficiente para segurar o que desejava prender com a mão.

Cochrane me contou que Krishnamurthy sabia ler seis idiomas e era um de seus pacientes mais brilhantes. Eu jamais teria adivinhado. Suas roupas não passavam de farrapos, a cabeça pendia sobre o peito e seus olhos eram inexpressivos e semi-opacos. Krishnamurthy falava num choramingo experiente de mendigo e respondia quase todas as minhas perguntas em monossílabos. O garoto parecia principalmente interessado numa viagem grátis para fora do sanatório. Insisti com ele que sua mão exigiria provavelmente várias operações diferentes e que não podíamos garantir nada. Encolheu os ombros e fez um gesto casual, colocando o lado de uma das mãos sobre o pulso da outra, como se dissesse: "Pode cortar se quiser. Não valem nada para mim". Levamos Krishnamurthy a Vellore e o introduzimos clandestinamente em um quarto particular, longe dos outros pacientes.

Cada músculo da mão de Krishnamurthy estava paralisado, além de alguns músculos do antebraço. Seu polegar dobrava muito bem, uma vez que esse músculo era suprido pelo nervo mediano no antebraço. Mas o movimento oposto era controlado pela parte danificada do nervo mediano localizada abaixo do pulso. Krishnamurthy não conseguia levantar o polegar e colocá-lo em oposição aos outros dedos, uma parte essencial do ato de preensão.

Decidimos substituir a parte danificada por um músculo do antebraço que normalmente dobra o anular. Um longo tendão corre desse músculo, descendo através da palma da mão até o dedo anular. Fiz uma incisão na base do anular, libertando o tendão. A seguir, fiz outra incisão no pulso e puxei para fora o tendão. Ele ficou sobre a mesa como um pedaço comprido de fio resistente. A seguir, fiz um túnel para este tendão sob a base da palma, ajustei seu comprimento e prendi-o a um novo local na parte de trás do polegar.

A cirurgia durou três horas, grande parte dela consumida pelas minhas tentativas de medir quanta tensão aplicar sobre o tendão. Usei minhas melhores estimativas, baseado no que aprendera com a *mão do* cadáver, suturei a incisão e envolvi a *mão* numa tala de gesso.

Esperamos durante três semanas. Krishnamurthy adaptou-se bem ao seu novo ambiente. Ele gostava da comida do hospital e do ar de segredo na enfermaria com o leito clandestino de um paciente leproso. Toda a atenção o fez sentir-se muito importante. Enquanto isso, o repouso e os tratamentos regulares estavam fazendo milagres para as úlceras em seus pés. Eu o visitava diariamente e descobri que Cochrane julgara corretamente o seu potencial. Aquele "mendigo" de Chingleput estava voltando à vida.

Não havia dúvida de que eu me achava mais nervoso do que Krishnamurthy no dia em que as suas faixas foram removidas. Ele era o primeiro paciente leproso na história a submeter-se a esse procedimento. Outros médicos haviam dito que eu estava perdendo meu tempo tentando reverter a paralisia, progressiva, e eu queria mostrar que eles estavam errados. Cortei o gesso, desenrolei a gaze e verifiquei as suturas. As incisões haviam cicatrizado perfeitamente. *Aha, isto vai silenciar os céticos que afirmam que a carne leprosa é "má",* pensei comigo mesmo. Insensível à dor, Krishnamurthy não mostrava sinais de sensibilidade pós-operatória e permitiu que movesse seus dedos para frente e para trás, para cima e para baixo. O tendão transplantado parecia estar em ordem.

— Experimente você agora — disse eu no teste final.

Ele olhou fixo para o polegar, como se obrigasse o dedo a obedecer. Seu cérebro levou alguns segundos para calcular um novo padrão para o movimento do polegar, mas então este se moveu! Rígido, muito pouco, mas inequivocamente. O menino sorriu e a enfermeira ao meu lado aplaudiu alto. Krishnamurthy sacudiu o dedo novamente, aquecendo-se à luz dos holofotes.

Eu só podia imaginar o que estava acontecendo dentro daquela mão. Durante anos ele se esforçara para controlar o polegar. Tentara fazer com que ficasse reto, usando a outra mão, mas o dedo sempre voltava à posição de garra antes de poder usá-lo. Era um refugo, um vestígio de apêndice que nem se movia, nem sentia nada. Agora, uma parte do seu corpo há muito considerada morta estava voltando ávida.

RAMIFICAÇÕES

Algumas semanas mais tarde operei de novo, transplantando outros tendões para ajudar a soltar o indicador e o dedo médio de Krishnamurthy. (Um sexto dos músculos do corpo humano é dedicado aos movimentos da mão, tínhamos então facilidade para escolher.) O progresso veio devagar, visto que horas de fisioterapia deviam seguir-se a cada cirurgia. RuthThomas mergulhou as mãos dele em parafina aquecida para afrouxar as juntas e, milímetro a milímetro, persuadiu cada dedo a uma nova série de movimentos. Até que Krishnamurthy tivesse dominado a movimentação independente dos dedos, sua mão em garra funcionava imperfeitamente, como um gancho preensor usado por alguém que tivera de amputar a mão. Ele aprendeu a segurar uma bola de borracha, que passava muitas horas apertando, em seguida uma colher e até um lápis. Depois de muita prática, podia abrir e fechar os dedos à vontade, quase fechando um punho. Certo dia chamou-me todo orgulhoso para demonstrar uma nova habilidade: tirou arroz e curry de seu prato, fez uma bola com a ajuda do polegar e colocou-a na boca sem derrubar um só grão.

A cada passo novos aspectos da personalidade de Krishnamur-thy emergiam. Ele ria novamente, gostava de pregar peças nas enfermeiras e vasculhou a biblioteca do hospital para encontrar livros que ainda não lera. A luz voltou aos seus olhos. Tornou-se cristão e adotou o nome John. Em pouco tempo aprendeu a datilografar e ofereceu-se para traduzir parte de nossos materiais de saúde nos dialetos locais. Ao passar pelo seu quarto certa manhã e vê-lo batendo alegremente no teclado da máquina de escrever, pensei naquele jovem mendigo esfarrapado que se encolhia como um animal ferido, com as mãos inúteis penduradas ao lado do corpo.

Eu sabia que estava na hora de John Krishnamurthy seguir adiante quando olhei pela sua janela e o vi coçando suas feridas com um graveto. Era então por isso que as feridas em seus pés nunca saravam! O malandro, sabendo que havíamos esgotado todas as nossas idéias sobre como melhorar cirurgicamente suas mãos, encontrara um meio de prolongar sua estada. Os leitos eram preciosos demais para permitir cuidados a longo prazo, e outros pacientes de lepra estavam clamando por ajuda; portanto, algumas semanas depois, demos alta a John, que agora estava com os pés curados, as mãos com certa funcionalidade e uma identidade completamente nova para combinar com o seu nome.

Depois de nosso sucesso inicial, o hospital liberou mais dois quartos isolados para uso dos pacientes de lepra indigentes e em pouco tempo eles começaram a aparecer. Um jovem e excelente cirurgião chamado Ernest Fritschi juntou-se a mim e juntos exploramos toda e qualquer técnica que contivesse alguma promessa de restauro para mãos danificadas.

Ernest imaginou se poderíamos fabricar um polegar artificial para as mãos que não mais o possuíssem. 'Tentamos enxertar o osso de um dedo do pé e cercá-lo com um tubo de pele abdominal para formar um polegar e encompridar cotos de dedos, mas esses apêndices raramente funcionavam. Os pacientes não se mostraram melhores em proteger os novos dedos do que haviam protegido os originais. De maneira bastante misteriosa, o corpo parecia absorver o osso transplantado, e o polegar ou dedo encurtava outra vez. Eu não tinha explicação para esses desaparecimentos enigmáticos.

As transferências de tendão mostraram muito mais potencial e mediante tentativa e erro conseguimos as tensões mecânicas correias. Quando muito apertado, o músculo fazia o polegar ficar de pé como um poste de iluminação; o paciente não podia recolhê-lo mesmo que quisesse. Ou, se eu estrangulasse demais um tendão por sobre uma junta do dedo, o paciente poderia fechar a mão como para dar um soco, mas teria dificuldade em soltar o dedo.

Descobrimos um jeito melhor de corrigir a mão em garra, utilizando para isso um forte tendão muscular do antebraço, bem acima da região normal da paralisia, um músculo que servira anteriormente para mover o pulso. Mediante uma pequena incisão perto do pulso, puxávamos o tendão para fora, afixávamos um enxerto retirado da perna e enfiávamos o tendão, como num túnel, até o pulso e a palma da mão. Fazendo outra incisão, puxávamos novamente o tendão para fora, dividíamos em quatro ramos separados e enviávamos cada ramo para um dedo diferente. O paciente podia então dobrar os quatro dedos simultaneamente e endireitá-los onde estiveram curvados, utilizando a força transferida pelo poderoso músculo do antebraço.

Os pacientes às vezes requeriam tratamento feito sob medida, que tentávamos atender na medida do possível. Um homem desejava que ajustássemos o ângulo de seu polegar dobrado para que pudesse dar corda ao relógio. Outro, um proprietário de uma plantação de borracha, pediu-nos que reparássemos suas juntas rígidas colocando-as numa posição quase reta; embora talvez nunca pudesse fechar os dedos, preferia que a mão parecesse normal em vez de funcional. Melhoramos a aparência de sua mão usando enxertos de gordura para arredondar os vazios deixados pelos músculos que tinham atrofiado permanentemente, um aperfeiçoamento cosmético que logo começamos a oferecer a outros pacientes. Um clarinetista pediu que abríssemos os seus dedos para combinar com os furos do clarinete e depois fundíssemos as juntas no lugar.

— Mas você não poderá comer arroz... vai escorregar entre os seus dedos — protestei.

Ele foi inflexível:

— Posso usar uma colher, se for preciso. Se não puder tocar o clarinete, não terei dinheiro para comprar o arroz.

Enquanto isso, Ernest Fritschí voltou sua atenção para o pé. Numa pesquisa em Chingleput, ele descobriu que um grande número de pacientes sofria de "pé caído" por causa da paralisia dos músculos responsáveis por levantar o pé e seus dedos. Cada vez que um desses pacientes levantava uma perna, o pé caía e o calcanhar não descia. Com o tempo o tendão de Aquiles encurtava, de modo que cada passo colocava enorme pressão nos dedos que apontavam para baixo. Com o peso total do corpo sobre os dedos em vez de no calcanhar, destinado a suportar esse peso, a pele rasgava e feridas se desenvolviam. Ao adaptar o que havíamos aprendido sobre transferência do tendão na mão, pudemos corrigir também este problema do pé e em pouco tempo Chingleput começou a ver uma significante diminuição de feridas nos pés.

Aqueles foram dias empolgantes na humilde Unidade de Pesquisa de Mãos. Tivemos fracassos, é claro, como quando um paciente chamado Lakshamanan atirou-se num poço e morreu depois de saber que não podíamos salvar de modo algum dois de seus dedos. Mas, uma vez que havíamos selecionado uma base de pacientes com grandes deformidades e defeitos, a maioria dos procedimentos que tentamos resultou em melhorias significativas. Os próprios pacientes pareciam sentir-se honrados pelo fato de uma equipe médica cuidar tão bem deles. Mesmo que melhorássemos apenas um pouco suas mãos e pés, eles quase sempre deixavam Vellore com novo entusiasmo e esperança.

REPROGRAMAÇÃO

"No final da mente, o corpo. Mas, no final do corpo, a mente", disse Paul Valéry. Vi essas palavras interpretadas como se fossem uma parábola, à medida que meus pacientes de lepra lutavam em meio ao processo de reabilitação. Ao transferir cirurgicamente tendões de um lugar para outro, estávamos forçando a mente a ajustar-se a um conjunto absolutamente novo de realidades.

Os neurónios do cérebro são organizados em cinquenta a cem áreas especializadas: uma região controla as sensações dos lábios, outra os movimentos deles. Áreas específicas governam as sensações e os movimentos do polegar, e o cérebro e o polegar passam gradualmente a "conhecer um ao outro" quando a pessoa amadurece, formando uma rica associação de caminhos nervosos. Por causa do seu uso constante, o polegar acaba com uma grande área representativa no córtex, quase tão grande quanto a região dedicada ao quadril e à perna. Logo aprendi que quando reparo cirurgicamente um polegar danificado, devo levar igualmente em conta sua área especializada no cérebro.

Logo no início, fiz uma transferência de tendão num paciente que, como John Krishnamurthy, tinha um polegar paralisado e uma paralisia do tipo mão em garra. Realizei a mesma operação que fizera para Krishnamurthy, movendo um tendão do dedo anular para o seu polegar. Evidentemente eu não explicara os resultados para ele tão cuidadosamente como fizera com John. Quando removemos as bandagens várias semanas depois da cirurgia, eu disse a ele:

— Agora você pode estender o polegar.

Percebi que se esforçava, com um certo ar de consternação no rosto, pois eu lhe prometera um polegar móvel e nada estava acontecendo. Ele não conseguia fazer qualquer movimento com aquele polegar.

— Bem, tente o seu dedo anular — disse eu.

Seu polegar saltou para a frente e ele pulou para trás. Nós dois rimos e expliquei-lhe que teria de reprogramar o cérebro para pensar *polegar* em vez de *anular.* Havíamos confundido o cérebro ao redirecionar os nervos motores. Durante dias, ao passar pelo quarto dele, eu o via sentado num tapete, estudando o polegar, sacudindo-o, remapeando os caminhos neurais em seu cérebro.

Em um aspecto os pacientes de lepra eram afortunados. Eles podiam concentrar-se exclusivamente no movimento de remapear, uma vez que o dano aos nervos havia bloqueado mensagens sensoriais de dor e toque que confundiriam ainda mais o cérebro. Caso contrário, poderiam achar impossível ajustar-se. Muitas cirurgias de mão fracassam devido à resistência da mente, e não por causa do ponto danificado.

Realizei certa vez a "transferência de um flape" num homem de sessenta anos cujo nervo mediano fora danificado num acidente com uma arma. Ele não tinha sensação em seus dedos polegar e indicador, mas o dedo mínimo e o anular, alimentados por um nervo diferente, funcionavam bem. A cirurgia recomendada era transferir para o polegar e o indicador dois flapes de pele sensível juntamente com seu suprimento nervoso, ambos extraídos de dedos menos importantes. Fiz o procedimento e duas semanas mais tarde avaliei a operação como um sucesso. Agora ele tinha sensações e a possibilidade de vários movimentos com o polegar e o indicador.

Todavia, após vários meses, aquele paciente atormentado começou a questionar se deveria ter feito a cirurgia. O problema estava em sua mente. Durante sessenta anos seu cérebro armazenara todas as mensagens daqueles dois flapes sob as categorias "dedo anular" e "dedo mínimo". As ações que seu cérebro ordenava agora não combinavam com as que recebera antes, e o cérebro não conseguia reorientar-se. Se o homem pegasse um atiçador quente e o cérebro desse uma ordem de emergência para que o soltasse, ele relaxava o dedo mínimo, e não o polegar. Por mais que tentasse, na sua idade não conseguia reprogramar o cérebro para pensar "polegar" em vez de "dedo mínimo".

O isolamento do cérebro em sua caixa de marfim, o crânio, que eu vira tão graficamente durante a dissecação em Cardiff, é o que torna a reprogramação tão difícil. O cérebro aprende a contar com sinais elétricos *deste* nervo para representar o polegar, e *daquele* para representar o dedo mínimo. O toque é geralmente a mais confiável das sensações. A visão pode mostrar-se ilusória e a audição pode mentir, mas o toque envolve o meu ser — ele inclui minha pele. Da perspectiva do cérebro, parece que estou enganando a mim mesmo se de repente novas sensações começam a emanar do lugar "errado". Se alguém por brincadeira fizesse uma nova fiação elétrica em minha casa, de modo que a chave que sempre controlara a cafeteira agora controlasse o rádio, eu aprenderia a adaptar-me depois de algumas tentativas. Mas os caminhos neurais estão dentro de mim, são uma parte de mim, e contribuem fundamentalmente para a minha noção da realidade.

A mente não pode confiar facilmente em sinais que contradizem toda a sua história, e um paciente jamais se adaptará a não ser que aprenda a superar a sensação de engano, reeducando o cérebro.[1] Aprendi que numa pessoa jovem é possível transferir um músculo para fazer uma ação contrária ao que originalmente fazia. Por exemplo, no caso de John Krishnamurthy, escolhemos um dos dois músculos usados para dobrar o dedo e o religamos para que endireitasse o dedo. Seu cérebro teve de aprender que uma das ordens anteriores para "Dobre!" ainda produzia um dedo dobrado, enquanto a outra produzia o resultado oposto. Quando as pessoas envelhecem, tais mudanças de reprogramação no cérebro se tornam cada vez mais difíceis. Finalmente nós tivemos de deixar de fazer transferências radicais de tendão para qualquer um de nossos pacientes leprosos com mais de sessenta anos. Se tentássemos converter músculos para desempenhar uma tarefa completamente nova, os cérebros dos mais idosos não conseguiriam fazer os ajustes de reprogramação.

Tentei encorajar meus pacientes de lepra em seus esforços de reprogramação.

— Você tem um tipo de vantagem — afirmei. — Pode concentrar-se no movimento. Pense como seria confuso se tivesse de lidar também com falsas sensações.

Todavia, tive a distinta impressão de que a maioria deles teria preferido mensagens falsas a nenhuma mensagem. Por mais que os advertisse previamente, pareciam desapontados ao descobrir que as nossas cirurgias não restauravam a sensação. Podiam agora rodear com os dedos uma tigela pastosa de arroz, mas o arroz parecia neutro, o mesmo que madeira ou grama ou veludo. Eles ganhavam a habilidade de apertar as mãos das pessoas, mas não podiam sentir o calor, a textura e a firmeza da mão que seguravam. Tive de ensiná-los a não apertar com muita força a mão de outrem; como o homem da sandália em Chingleput, eles não sabiam quando estavam machucando o interlocutor. Para eles, o toque e a dor haviam perdido todo o significado. Logo depois que comecei a tentar fazer transferências de tendão, recebi uma visita inesperada do dr. William White, um professor de cirurgia plástica em Pittsburgh, Pensilvânia. Numa viagem, depois de visitar Lahore, no Paquistão, ele parou em Vellore por alguns dias para investigar o trabalho com leprosos. White concordou bondosamente em mostrar-me uma nova técnica de transferência de tendão. Preparamos o paciente, nos lavamos e começamos a trabalhar. Senti-me aliviado ao ficar como observador de um experiente cirurgião de mãos. O procedimento levou quase três horas, com White dando detalhes e explicações a cada passo.

O paciente, insensível à dor, quase não precisou de anestesia e permaneceu alerta, observando o processo. Nós o costuramos, White disse algumas palavras encorajadoras e depois levantou sua própria mão para demonstrar.

— Em breve você vai poder mover os dedos assim — disse ele, endireitando os dedos.

Ficamos olhando atônitos quando o paciente, ainda reclinado na mesa de operação, imitou o médico endireitando seus próprios dedos. Sua mão encolheu-se depois imediatamente na posição de garra. White riu mortificado ao perceber o que acontecera: o homem, não sentindo dor, havia acabado de arrancar todos os tendões recém-costurados de suas conexões. Abrimos os cortes e voltamos a rejuntar os tendões.

Essa experiência e outras como ela nos forçaram a inventar rigorosas proteções para a recuperação pós-operatória. Geralmente a dor estabelece os limites: uma pessoa que acabou de sair de uma cirurgia de mão não irá flexionar os dedos, assim como o paciente de apendicectomia não irá sentar-se a toda hora no leito. Nossos pacientes leprosos, entretanto, sem reflexos de dor, não tinham proteção pessoal para reparos e cura. Éramos obrigados a impô-la externamente.

Grande parte dos fisioterapeutas de pessoas que passaram por cirurgia de mão insiste com seus pacientes para que movam os dedos um pouco mais a cada dia. A não ser que o paciente entre pelo menos um pouco na zona de dor, os tendões e ligamentos irão tornar-se aderentes, prejudicando os movimentos permanentemente. Ao trabalhar com pacientes de lepra, lutamos com o problema oposto: impedir que movam muito os dedos cedo demais. O dia inteiro eu ouvia as palavras "Devagar agora" e "Só um pouco", ditas por Ruth Thomas e outros fisioterapeutas. O mesmo terapeuta de mãos, tratando dois pacientes que haviam passado por transferência de tendão idênticas, uma devida à pólio e a outra à lepra, insistia com um para que fizesse mais esforço e se empenhava para segurar o outro. Muitas vezes tive de reparar tendões que haviam sido arrancados por um paciente de lepra ansioso demais.

Nossos terapeutas preferiam trabalhar com os pacientes leprosos porque eles nunca se queixavam de dor e suas mãos raramente ficavam duras por falta de movimento. Na recuperação da cirurgia, uma estranha característica de insensibilidade à dor parecia a princípio uma bênção. Mas, em pouco tempo, numa terrível ironia, descobri que a falta de dor era o aspecto mais destrutivo dessa moléstia temível.

Nota

[1] Nos primeiros dias da cirurgia guiada pelo microscópio, os cirurgiões de mãos ficaram empolgados. Possuíam agora a habilidade de religar pequeninas artérias individuais e fibras nervosas, podiam juntar novamente mãos e dedos cortados. O entusiasmo moderou-se, porém, embora os procedimentos cirúrgicos tivessem sido aperfeiçoados. Alguns de meus colegas empregam uma política de não transferir sensações e raramente rejuntar mãos ou dedos amputados em pessoas idosas. A reprogramação da mente é muito difícil.

Como um grosso cabo telefónico, um único nervo carrega milhares de axônios que levam mensagens separadas de calor, toque e dor. Se o cabo for cortado, mesmo com a ajuda de um microscópio é impossível alinhar cada axônio em sua posição original. Um indivíduo jovem pode aprender novos caminhos, de modo que o cérebro venha a reinterpretar automaticamente as sensações, sem problemas. Os pacientes idosos, porém, raramente fazem o ajuste. Eles se queixam amargamente de estranhas sensações de formigamento e de uma sensação de "estática" nos nervos. Seus nervos estão mentindo. Algumas vezes esses pacientes podem até mesmo pedir que o dedo ou a mão sejam amputados novamente.

Sc eu tivesse de escolher entre a dor e o nada, escolheria a dor.
WIILÍAM FAULKNER

9 Caçada policial

Padre Damião, o sacerdote belga no Havaí, soube que tinha lepra ao barbear-se certa manha e não sentir dor quando derramou uma caneca de água fervente no pé. Isso aconteceu em 1885. Há muito tempo, as pessoas que trabalhavam com a lepra já haviam reconhecido que a doença silenciava os sinais de dor, deixando o paciente vulnerável a acidentes. Todavia, tanto pacientes como profissionais da saúde também acreditavam que a lepra causava diretamente males ainda piores. Alguma coisa nela fazia com que a carne necrosasse e morresse.

Quanto mais eu trabalhava com leprosos, porém, mais questionava a opinião comum de como a lepra realizava seu medonho trabalho. Aprendi logo que as cenas ilustradas em romances e filmes populares *{Papillon, Ben-Hur)* não passavam de mito: os membros e apêndices dos leprosos não caem simplesmente. Os pacientes me contaram que perderam os dedos dos pés e das mãos no decorrer de um longo período de tempo, e meus estudos confirmaram essa perda gradual. Até mesmo um coto de dedo com 25 milímetros geralmente retinha a base da unha, o que significava que a junta externa, mais afastada, não fora separada do resto do dedo.

Radiografias revelaram ossos que haviam encurtado misteriosamente, aparentemente devido à septicemia, com a pele e outros tecidos moles encolhendo de acordo com o comprimento do osso. Algo fazia com que o corpo consumisse seu próprio dedo por dentro.

Interroguei Bob Cochrane sobre esse assunto em Chingleput.

—Já examinei centenas de dedos encurtados — falei. — Diga-me, como posso saber se um dedo foi machucado num acidente ou se a lepra é a causadora do dano?

Cochrane respondeu que se ele visse uma mão com todos os dedos encurtados do mesmo tamanho, suporia que o dano era devido à infecção da lepra. Se um ou dois dedos fossem muito curtos e os outros normais, julgaria que algum acidente ou infecção secundária houvesse causado o dano.

Essa explicação me satisfez, embora parecesse estranho que algo tão extraordinário como a perda de um dedo, raridade em qualquer doença, tivesse duas causas diferentes na lepra. Comecei então a comparar as medidas dos dedos durante um período de meses e anos. Descobri que algumas das mais severas perdas de dedos estavam ocorrendo em pessoas que agora possuíam resultados negativos nos exames de lepra. Em outras palavras, o tecido continuava sendo consumido muito tempo depois de a doença ter sido curada. Com a lepra dormente, por que o tecido normal estava se destruindo espontaneamente?

A CARNE NÃO É MÁ

Eu não tinha uma solução para essa charada quando comecei as cirurgias de transferência de tendões na Unidade de Pesquisa de Mão, e o mistério contínuo diminuiu nosso entusiasmo pelos primeiros sucessos. Continuávamos assombrados pelas predições dos outros médicos de que nossos esforços iriam falhar no final. Embora os pacientes pudessem auferir alguns benefícios da cirurgia a curto prazo, diziam eles, eventualmente os dedos que havíamos corrigido com tanto esforço iriam apodrecer. Caso esses céticos estivessem certos, eu estava desperdiçando tempo valioso da equipe e aumentando cruelmente a esperança dos pacientes.

A medida que ganhava confiança com a velocidade de cura dos ferimentos cirúrgicos dos pacientes, outros sinais me preocupavam. Eu ouvia um eco da frase maldita "carne má" quase toda vez que ia à clínica que instalamos para tratar as feridas dos pés. Um típico paciente leproso, insensível à dor, iria negligenciar uma visita à clínica até que o odor se tornasse ofensivo, em cujo ponto a ferida já tivesse penetrado profundamente no pé.

Limpávamos todo sinal de septicemia, cortávamos o tecido necrosado e banhávamos a ferida com o agente antisséptico violeta genciana. Uma semana mais tarde, quando o paciente voltava para trocar o curativo, não víamos qualquer melhora. Mais uma vez, limpávamos meticulosamente e protegíamos as feridas, em seguida liberávamos o paciente — apenas para vê-lo voltar uma semana depois com a ferida em pior condição.

Sadan, o jovem amável que dormira em nossa varanda, exemplificou esse padrão. Tivemos sucesso com suas mãos, e, alguns meses depois da cirurgia e recuperação, ele conseguiu um emprego como auxiliar de escritório. Mas nada que tentamos pareceu ajudar seus pés. Ele fora a Vellore como um último recurso, depois que vários médicos aconselharam a amputação das duas pernas abaixo dos joelhos. Seus pés haviam encurtado até quase a metade, e uma ferida vermelha de horrível aspecto persistia na *almofada* [a região macia na parte dianteira da sola do pé] de seus pés sem dedos. Experimentamos unguentos, sulfato de magnésio, creme de penicilina e qualquer outro tratamento que pudesse ajudar na cura das fendas. Elas só pareciam piorar.

O ciclo frustrante continuou durante meses. Várias vezes Sadan me pediu que não perdesse tempo com os seus pés. — Vá em frente e ampute, como os outros médicos recomendaram— dizia ele.

Eu não podia fazê-lo. Também não conseguia encontrar a solução para as feridas nos pés dele. Fiquei admirado ao ver que os ferimentos cirúrgicos em suas mãos sararam conforme o esperado, enquanto isso não acontecia *com* as feridas em seus pés. "Carne má" seria a explicação?

Sadan não sentia dor nas feridas dos pés e nunca se queixava. Certo dia, troquei os curativos pelo menos dez vezes. Eu mal podia suportar encontrá-lo e remover as meias. Passara a amar Sadan e sabia que ele me amava e se apegava a mim como sua última esperança. Partiu-me o coração naquele dia dizer-lhe que provavelmente os outros médicos estavam certos. Poderíamos ter de amputar porque simplesmente não conseguíamos impedir que a infecção se espalhasse. Sadan recebeu a notícia com triste resignação. Pus o braço em seus ombros e o levei pelo corredor do hospital até a porta, tentando pensar em alguma palavra para encorajá-lo. Não rinha nenhuma a oferecer. Compartilhava plenamente seu sentimento de desespero.

Em vez de voltar à minha sala de exames, fiquei ali parado vendo Sadan descer os degraus, cruzar uma calçada e seguir pela rua. Sua cabeça e seus ombros estavam arqueados em uma postura de derrota. Então pela primeira vez notei uma coisa. Ele não coxeava! Eu acabara de passar meia hora limpando uma ferida grave na *almofada* do pé e ele estava pondo todo o seu peso *no* ponto exato que havíamos tratado tão cuidadosamente. Não é de admirar que a ferida nunca sarasse!

Como pude não ter visto aquilo até o momento? Violeta genciana, penicilina e qualquer outro medicamento não teriam meios de ajudar Sadan enquanto ele, não deliberadamente e *como* resultado da sua ausência de dor, mantivesse o tecido num estado contínuo de trauma. Finalmente eu encontrara o culpado pela ferida que não sarava: o próprio paciente!

Tentamos ensinar pacientes com feridas nos pés a coxear, mas eles raramente pareciam lembrar-se disso. Meu assistente, Ernest Fritschi, ofereceu a melhor solução.

— Usamos talas de gesso na mão de nossos pacientes e seus ferimentos cirúrgicos saram adequadamente — disse ele. — Por que *não* aplicar o *mesmo tratamento* às feridas dos pés? Essa simples ideia provou ser mais valiosa do que todos os outros tratamentos juntos. (Mais tarde, lemos um relatório escrito pelo dr. DeSilva, de Colombo, no Ceilão, que havia usado a mesma técnica de ataduras rígidas para curar as fendas dos pés leprosos.) Cobertas tempo suficiente pelo gesso, as feridas dos pés sararam por completo. Uma vez que não podíamos dispor de muito gesso calcinado, tivemos de engolir nossas dúvidas e deixar cada pé engessado por um mês. Aprendemos para nossa surpresa que o ferimento protegido em uma atadura rígida sarava muito mais depressa do que o simplesmente enfaixado, mesmo que o curativo fosse substituído diariamente. No geral, a atadura rígida tinha um cheiro terrível quando a removíamos, mas depois de limpar o material morto e o pus, encontrávamos tecido saudável, vermelho e brilhante por baixo.

Três a quatro meses de repouso dentro da atadura rígida eram suficientes para curar as úlceras mais obstinadas. Como a armadura de um cavaleiro medieval, a ferida rígida que cobria o membro inteiro fornecia uma concha

dura de proteção para o tecido delicado, provendo um substituto externo para o sistema interno de advertência da dor. Os pacientes sensíveis à dor não precisavam de tal proteção, pois a vanguarda de dor não permitia que colocassem o peso do corpo sobre um pé machucado, como fizera Sadan. Estudos comparativos logo revelaram que nossos pacientes leprosos que usavam as ataduras rígidas estavam sarando tão rapidamente quanto os não-leprosos. O índice de amputação entre os pacientes leprosos começou a cair drasticamente. Outros médicos do hospital, céticos em relação ao nosso trabalho com leprosos, ficaram atônitos com esses resultados. Onde estava a "carne má"?

Muitas vezes me culpei por não ter identificado o problema mais cedo. O treinamento médico me fizera simpatizar com as queixas dos doentes sobre a dor, mas nada me preparara para a singular situação das pessoas que não sentem dor. Eu não tinha ideia de como o corpo se torna vulnerável com a ausência de um sistema de alarme. Logo notei que nós, médicos e enfermeiras que trabalhávamos com pacientes insensíveis, perdíamos nossa abordagem geralmente cuidadosa e atenta, quase como se a falta de dor dos pacientes se transferisse para nós. Tive de aprender a não utilizar uma sonda metálica com muita força ao examinar uma ferida no pé do paciente. A própria sonda poderia causar danos, pois os pacientes a quem faltava o instinto de proteção da dor não podiam avisar-me quando eu penetrava fundo demais e prejudicava o tecido bom. (Certa vez vi uma enfermeira empurrar uma sonda na sola do pé de um paciente com tanta força que ela atravessou a pele na parte de cima do pé. O paciente nem piscou.)

O trabalho com pacientes como Sadan deu início à revolução em meu conceito da dor. Eu havia reconhecido há muito o seu valor para informar sobre o dano após o fato, mas não apreciara realmente as diversas maneiras leais em que a dor protege *antecipadamente.* Curar feridas provou ser uma tarefa simples comparada a preveni-las naqueles a quem faltava este sistema de alarme antecipado.

Embora relutantes, tínhamos de insistir para que nossos pacientes usassem sapatos. Embora eu gostasse de andar descalço, tornou-se claro que os pacientes insensíveis necessitavam de uma barreira de proteção extra contra espinhos, pregos, vidro e areia quente. Mesmo depois de termos fornecido sandálias ou sapatos para todos os pacientes, os problemas não desapareceram. Um homem andou o dia inteiro com um pequeno parafuso de metal enterrado no calcanhar; ele não notou o parafuso até tirar o sapato à noite e encontrá-lo encravado no pé. Cheio de otimismo, eu havia suposto que o número de ferimentos declinaria uma vez que os pacientes aprendessem a verificar os sapatos com relação a esses perigos. Estava enganado.

Nossa equipe levou anos para pesquisar, sem resultados — e nossos pacientes sofreram durante anos —, antes de compreendermos plenamente um fato básico da fisiologia humana: pressão leve aplicada repetidamente sobre o mesmo local pode destruir o tecido vivo. Um aperto de mão não causa danos, mil apertos consecutivos causam dor e dano real. Ao andar, a força mecânica do passo número mil não é maior do que a do primeiro passo; mas, por desígnio, o tecido do pé é vulnerável ao impacto cumulativo da força.[1] Os principais inimigos do pé não eram afinal os espinhos e pregos, mas os estresses normais e diários do andar.

Todo indivíduo sadio conhece pelo menos em parte este fenômeno. Compro um par de sapatos novos, coloco-os e começo a andar ao redor da casa e do quintal. Nas primeiras horas eles parecem ótimos, mas depois de algum tempo o couro rígido começa a machucar meu dedinho e uma beirada áspera raspa o meu calcanhar. Começo instintivamente a mancar, encurtando os passos e redistribuindo o esforço em outras partes do meu pé. Se ignorar os sinais de alarme, uma bolha vai formar-se e sentirei uma dor aguda. Nesse ponto, ou eu começo a mancar mais ainda ou faço o mais provável: tiro os sapatos novos e coloco chinelos macios para aliviar-me. Quase sempre levo uma semana para adaptar-me aos sapatos novos, um processo que envolve adaptações tanto no couro do sapato como no couro do meu pé. O sapato fica mais macio e complacente com a forma do meu pé, enquanto ganho camadas extras de calos como proteção nos pontos de estresse.

Todo esse processo é estranho ao paciente de lepra. Como não sente dor no dedinho e no calcanhar, seu passo nunca se ajusta.

Depois que surge uma bolha, ele continua andando, ignorando-a. A bolha arrebenta e uma úlcera começa a formar-se. Mesmo assim, ele coloca outra vez os sapatos no dia seguinte, e no próximo, prejudicando cada vez

mais tecido. Uma infecção pode estabelecer-se. Se não for tratada, essa infecção pode alastrar-se até o osso, onde não irá sarar se não for feito repouso completo. Ao estudar uma sucessão de radiografias, aprendemos como uma infecção profunda pode ser perniciosa: fragmentos de ossos se destacam e são expulsos com as secreções dos ferimentos até que a infecção leve eventualmente à perda de dedos ou até do pé inteiro. Todo esse tempo, o paciente de lepra talvez continue andando sobre o ferimento, sem manquejar de modo algum.

Havíamos resolvido o mistério da falta de dedos — eles são destruídos, pouco a pouco, por causa da infecção —, mas como quebrar o ciclo? Para combater o problema do estresse repetitivo sobre os pés insensíveis, tínhamos de nos tornar *experts* em sapatos. Partindo do zero, testei centenas de modelos, experimentando-os numa rota regular, andando do hospital até a estação ferroviária. Precisávamos de um material macio que se adaptasse à forma do pé do paciente e distribuísse o esforço por uma área ampla, combinado com uma sola firme que impedisse que o pé do paciente dobrasse. Experimentamos ataduras de gesso, solas de madeira fina e sapatos plásticos fabricados com moldes de cera. Viajei a Calcutá para aprender como misturar cloreto de polivinil e para a Inglaterra para testar plásticos pulverizados. Finalmente encontramos a combinação certa: uma plataforma de borracha microcelular, uma firme barra "oscilante" [com movimento de balanço], que serviria para dirigir o andar, e uma entressola de couro sob medida. Sadan foi um dos primeiros pacientes a ganhar sapatos novos feitos sob medida para seus pés curtos e grossos.

O apoio a esse projeto veio de várias fontes, inclusive a Madras Rubber Company e a Bata Shoes. Com o tempo construímos nossa própria fábrica de borracha microcelular e empregamos meia dúzia de aprendizes de sapateiro numa oficina perto de Vellore. Perseveramos porque sabíamos que podíamos beneficiar muito mais leprosos treinando alguns bons sapateiros para ajudar a prevenir deformidades do que ensinando um grande número de cirurgiões ortopédicos a corrigi-las.

SINAIS DAS MÃOS

Quando ainda solucionávamos o problema das feridas dos pés, um problema potencialmente devastador apareceu entre nossos primeiros pacientes de cirurgia de mãos. Alguns voltaram à clínica com a notícia desanimadora de que seus dedos novos móveis estavam encurtando. Embaraçados, porque sabiam quanto tempo e esforço tínhamos dedicado à Unidade de Pesquisa de Mãos, eles admitiram que seus dedos estavam desenvolvendo feridas e úlceras a um ritmo muito mais rápido do que antes da cirurgia.

Meu coração partiu-se quando examinei aquelas mãos recém-machucadas.

— Não perca tempo com a lepra, Paul — meus colegas haviam me avisado.

Talvez estivessem certos. Havíamos feito muito progresso nas técnicas cirúrgicas; mas, de que valia uma mão reparada se o paciente acabava por destruí-la? Fizemos curativos nas feridas e as enrolamos em gesso calcinado. Meses mais tarde os mesmos pacientes voltaram com novos sinais de danos no tecido.

O padrão me intrigou durante meses e ameaçou arruinar todo o nosso programa de tratamento da lepra. Antes de continuar, era necessário descobrir a causa dos problemas da mão, assim como fizéramos com os pés. Decidi passar muito mais tempo com os pacientes cirúrgicos reabilitados, a fim de observar sua rotina normal. Muitos dos adolescentes que haviam passado pela cirurgia moravam agora numa aldeia improvisada de cabanas de barro com teto de palha, perto de Vellore. Pedimos aos meninos, cerca de 25, que nos ajudassem a descobrir o mistério dos ferimentos espontâneos.

Em primeiro lugar fiz uma pesquisa básica, desenhando o traçado das mãos dos meninos num pedaço de papel e marcando cada cicatriz ou sinal de dano nos dedos. Durante semanas e até meses, eu os visitei quase todos os dias, examinando e medindo as mãos, observando-os trabalhar, estudando cada pequena anormalidade. Não levou muito tempo para entender como os meninos que conseguiam ficar livres de danos antes da cirurgia tinham mais problemas depois dela. Com a nova mobilidade e força em suas mãos, estavam mais aptos a trabalhar arduamente e deste modo enfrentar mais riscos.

Localizei imediatamente alguns culpados. Um dos jovens estava trabalhando como carpinteiro. Ele deixara a clínica muito satisfeito alguns meses antes, orgulhoso de que seus dedos antes paralisados pudessem novamente segurar um martelo, empolgado em voltar a uma profissão que julgara perdida para sempre. Eu também me alegrara por ele ter encontrado um recurso para sustentar-se. Todavia, nem ele nem eu havíamos previsto os riscos da carpintaria sem dor.

Quando uma enorme bolha apareceu em sua mão, logo a atribuí a uma farpa do cabo do martelo: ele havia martelado o dia inteiro com uma lasca enfiada na palma da mão. Fiz um cabo mais grosso, acolchoado, para o seu martelo, resolvendo a questão das lascas. A seguir, notei as pontas dos dedos dele mostrando sinais de abuso; ensinei-o então a segurar os pregos com um alicate. Tive de voltar aos meus dias no ramo da construção para desenhar coberturas que protegessem as mãos dele da plaina, serra e outras ferramentas potencialmente perigosas. Desde que entrara na escola de medicina, eu me perguntava se desperdiçara aqueles cinco anos no campo da construção. Agora estava grato por encontrar um propósito redentor para minha tortuosa carreira profissional.

Cada ocupação tinha seus próprios riscos. Um jovem agricultor usou uma enxada o dia inteiro sem notar um prego que saía do cabo da mesma e entrava em sua palma. Outro rapaz machucou a mão numa pá com o cabo rachado, que tinha sido envolvido em arame de enfardadeira. Um barbeiro perdeu o dedo anular e quase o do meio por causa da pressão exercida pela tesoura em movimentos repetitivos. Algumas mudanças simples também tornaram essas ferramentas mais seguras.

Um de nossos pacientes mais cuidadosos, um jovem chamado Namo, teve o seu primeiro grande retrocesso quando se ofereceu para segurar um holofote para um visitante americano que viera filmar nosso trabalho. Insensível à dor, Namo não notou quando o cabo começou a esquentar (o isolamento ao redor estava estragado). No momento em que largou o holofote, entretanto, ele viu que bolhas rosadas e brilhantes já se formavam em suas mãos. Saiu correndo e eu o segui. Sem pensar, perguntei:

— Namo, está doendo?

Jamais esquecerei a resposta triste de Namo:

— O senhor sabe que não dói! — gritou. — Estou sofrendo em minha mente porque sei que não posso sofrer no corpo.

Durante todo o tempo em que analisava os ferimentos, uma suspeita crescia em mim. Certo dia, compartilhei minha ideia com os pacientes.

— Vimos que as pessoas que falam da "carne má" da lepra estão erradas. A sua carne é tão boa quanto a minha. O problema é que vocês não sentem dor, então é mais fácil se machucarem. Vocês já ajudaram bastante na identificação da causa de muitos ferimentos da mão. Tenho uma teoria e preciso da sua ajuda para fazer uma experiência. E se supusermos que *todos* os ferimentos ocorrem por causa de acidentes, e não devido à lepra em si?

Pedi aos pacientes que se juntassem a mim numa caçada policial: iríamos juntos procurar a causa de cada ferimento. Nós nos reuniríamos em grupo semanalmente e cada jovem teria de aceitar a responsabilidade pelos seus ferimentos. Ninguém teria direito de dizer: "A ferida apareceu sozinha", ou: "É isso que a lepra faz". Se eu detectasse um novo machucado em um nó dos dedos ou uma mancha de inflamação num polegar, queria explicações, não importava quão forçadas parecessem.

Alguns dos jovens esconderam seus ferimentos a princípio. Anos de rejeição os haviam condicionado a ocultar os machucados, e eles achavam vergonhoso reconhecê-los tão abertamente. Em contraste, alguns (os "desobedientes", como os chamávamos) pareciam ter uma satisfação mórbida com sua insensibilidade. Esses malandros gostavam de chocar as pessoas. Um garoto enfiou um espinho na palma da mão até que ele saísse do outro lado, como uma agulha de costura. Algumas vezes eu me sentia como um mestre-escola, com a sensação estranha de que estava apresentando os rapazes aos seus próprios membros, suplicando às suas mentes que aceitassem de bom grado as partes insensíveis de seus corpos.

Era fácil pensar neles como descuidados ou irresponsáveis até que comecei a compreender o seu *ponto* de vista. A dor, juntamente com seu primo, o toque, é distribuída universalmente pelo corpo, formando uma espécie de fronteira do *eu.* A perda de sensibilidade destrói essa fronteira, e agora meus pacientes de lepra não mais sentiam as mãos e os pés como parte do *eu.* Mesmo depois da cirurgia, eles tendiam a ver as mãos e os pés corrigidos como ferramentas ou apêndices artificiais. Faltava a eles o instinto básico da autoproteção que a dor normalmente oferece. Um dos meninos me disse:

— Minhas mãos e meus pés não se sentem parte de mim. São como ferramentas que posso usar. Mas não são realmente *eu.* Posso vê-los, mas em minha mente estão mortos.

Ouvi comentários desse tipo várias vezes, sublinhando o papel crucial que a dor desempenha na unificação do corpo humano.

Com o passar das semanas, a mensagem acabou sendo compreendida, e o grupo juntou-se para a caçada policial. Sempre que encontrávamos um ferimento, nós o examinávamos cuidadosamente em busca de uma causa, depois colocávamos uma tala para manter o dedo ou a mão fora de ação até que sarasse. Descobrimos tanto causas rotineiras como exóticas de ferimentos espontâneos, sentindo-nos especialmente orgulhosos quando conseguíamos resolver um caso difícil. Por exemplo, alguns dos jovens apareceram com feridas feias entre os dedos. Descobrimos que a espuma de sabão tende a ficar presa nas fendas entre os dedos paralisados das mãos e dos pés; a pele amolece, macera e acaba se abrindo.

Uma vez descoberta a origem de um ferimento, geralmente podíamos impedir sua recorrência. Foram necessárias semanas para decifrar machucados que apareciam nos nós dos dedos dos pacientes durante a noite. Um rapaz parecia especialmente suscetível. A noite o examinávamos e víamos mãos sadias, sem marcas; na manhã seguinte, uma fileira pequena de feridas havia aparecido misteriosamente. Como poderiam ocorrer durante o sono? Seriam feridas causadas por pressão? Nós o interrogamos para saber em que posições dormia e esquadrinhamos seu quarto para descobrir interruptores ou objetos aguçados.

Seus espertos colegas de quarto finalmente identificaram o problema. Á noite, o menino com as feridinhas nos dedos gostava de ler na cama. Pouco antes de deitar, ele apagava a lâmpada girando um interruptor de metal para recolher o pavio. Ao fazer isso, as costas de sua mão, insensíveis ao calor e à dor, roçavam o globo de vidro, machucando a carne num padrão regular ao longo de três dedos. Colocamos puxadores longos em todas as lâmpadas, e os garotos que gostavam de ler à noite não precisaram mais se preocupar com ferimentos.

Os pacientes aprenderam a justificar 90 por cento dos ferimentos espontâneos. Os danos mais intrigantes eram, sem dúvida, os que envolviam o desaparecimento súbito de todo um segmento de um dedo da mão ou do pé. De quando em quando um paciente aparecia em nossas reuniões diárias e mostrava timidamente uma ferida sangrando, com a carne faltando ao redor de uma secção de *2,5* centímetros de um dedo da *mão* ou do pé e o osso exposto. Este fato estranho desafiava tudo o que havíamos aprendido e, até que resolvêssemos o mistério, prejudicava toda a nossa teoria. Eu não ousava falar com os outros membros do hospital sobre o problema, pois ele parecia confirmar os piores mitos a respeito de dedos dos pés e das mãos simplesmente "caírem".

A pessoa aflita quase sempre notava o dedo perdido pela manhã, Algo abominável estava acontecendo durante a noite. Um paciente resolveu o mistério, ficando sentado a noite inteira num posto de observação, do qual observou uma cena saída diretamente de um filme de horror. No meio da noite um rato subiu na cama de um paciente, cheirou em redor, tocou um dedo e não encontrando resistência começou a roê-lo. O vigia berrou, acordando todo mundo e afugentando o rato. Tivemos finalmente a resposta: os dedos dos meninos não tinham caído — estavam sendo comidos.

Esta causa tremendamente repugnante dos ferimentos espontâneos foi facilmente remediada. Preparamos armadilhas para os roedores e construímos barreiras ao redor dos leitos de nossos pacientes. Quando o problema continuou, descobrimos uma solução mais efetiva: entramos no negócio de criação de gatos, usando a linhagem de um legítimo gato siamês que era um excelente caçador de ratos. A partir de então, nenhum paciente de lepra podia sair do centro de reabilitação sem um companheiro felino. O problema de perda de pedaços de dedos

desapareceu quase da noite para o dia.

NUNCA LIBERTOS

Comecei a trabalhar com a lepra tendo o desejo único de reparar mãos danificadas. Ao longo do caminho encontrei um desafio ainda maior: queria simplesmente impedir que meus pacientes destruíssem a si mesmos. Novos perigos surgiram, como uma hidra,[2] para substituir os já eliminados. Fizemos listas de regras para os pacientes. Nunca ande descalço. Examine suas mãos e seus pés todos os dias. Não fume (tínhamos frequentemente de curar a "ferida do beijo", nome dado às marcas de queimadura que o cigarro deixa quando fica preso tempo demais entre dedos insensíveis). Embrulhe objetos quentes com um pano. Quando em dúvida, utilize luvas. Use óleo de coco para suavizar a pele e evitar rachaduras. Não coma na cama (para não atrair formigas e ratos). Num ônibus ou caminhão, não sente perto do motor quente nem pouse o pé num chão de metal. Use sempre uma caneca modificada com cabo de madeira.

Com o tempo revertemos a maré da batalha, e a incidência de feridas espontâneas caiu vertiginosamente. De fato, meus pacientes mais cuidadosos estavam agora mantendo as mãos e os pés livres de danos graves. Até os pacientes mais relutantes, aqueles que se juntaram ao grupo como um favor feito a mim, apreenderam a visão que eu esperava. Mais do que promover uma fria teoria científica, nosso pequeno grupo em Vellore estava lutando numa cruzada para exterminar o antigo preconceito contra a lepra. Agora, as sulfonas podiam deter a doença; talvez o cuidado apropriado pudesse evitar as deformações que a tornavam tão terrível!

Enquanto trabalhados com os pacientes a cada dia, ficamos muito satisfeitos ao ver que gradual e inexoravelmente o importante senso do "eu" começou a estender-se às partes de seus corpos que eles não podiam mais sentir. Os pacientes estavam aceitando uma espécie de responsabilidade moral pelos seus membros insensíveis, uma atitude que contrastava positivamente com sua apatia anterior. Com esse senso do *eu* veio a esperança, e com a esperança, algumas vezes veio o desespero. Isso me fez lembrar a história do orgulhoso Raman.

Adolescente magro de descendência anglo-indiana, Raman era um de nossos mais diligentes detetives. Como muitos anglo-indianos, ele tinha uma dose sadia de autoconfiança e sentia grande orgulho das suas mãos sem marcas. Nunca tivemos de incentivar a colaboração de Raman em nosso projeto — ele gostava de dar informações sobre outros pacientes que pudessem estar tentando esconder um ferimento.

Certo fim de semana, Raman pediu permissão para visitar Madras, a fim de passar um feriado com a família.

— Quero voltar para o lugar onde fui rejeitado — disse-me ele.

Quando seus dedos tomaram a forma de garras, as pessoas passaram a tratá-lo como um pária. Agora, com as mãos flexíveis, ele queria experimentar sua nova identidade na grande cidade de Madras. Recapitulamos todos os perigos que ele poderia encontrar, e Raman subiu alegremente no trem para Madras.

Ele voltou dois dias mais tarde, uma figura patética, desconsolada, um Raman diferente de todos que eu vira. Ataduras grossas de gaze cobriam as duas mãos. Seus ombros estavam caídos e ele mal podia falar comigo sem chorar.

—Oh, doutor Brand, veja minhas mãos, veja minhas mãos — gemeu.

Algum tempo se passou antes que pudesse contar-me toda a história.

Na sua primeira noite em casa, Raman havia celebrado numa reunião alegre com a família. Ele contou-lhes que agora tinha certidão negativa e depois de mais algumas cirurgias nas mãos poderia começar a procurar emprego. Sentiu-se finalmente aceito pela família. Mais feliz do que estivera em anos, ele voltou para seu velho quarto, vazio há muito tempo, e adormeceu no catre de madeira no chão.

Na manhã seguinte, Raman examinou as mãos logo que levantou, como lhe havíamos ensinado. Para seu horror encontrou uma ferida sangrenta nas costas do seu dedo indicador esquerdo. O dedo que eu reparara cirurgicamente agora não tinha pele na parte de cima. Os sinais já eram conhecidos de Raman: gotas de sangue e marcas no chão empoeirado confirmaram que um rato o visitara durante a noite. Ele não pensara em levar o seu gato para a visita.

Raman sofreu aquele dia inteiro. Devia voltar mais cedo para Vellore? Saiu para comprar uma ratoeira, mas as lojas estavam fechadas por causa do feriado. Decidiu passar mais uma noite em casa, desta vez com uma vara ao lado. Ele se forçaria a manter-se alerta, a fim de vingar-se do rato.

Na noite de domingo, Raman sentou-se na cama, de pernas cruzadas, com as costas contra a parede, lendo um livro. Conseguiu manter os olhos abertos até as quatro da madrugada, quando eles ficaram pesados e ele não pôde mais lutar contra o sono. Cochilou sentado. O livro caiu sobre os joelhos e sua mão escorregou para um lado contra a lanterna quente.

Isso explicou a outra mão enfaixada de Raman. Ao acordar na manhã seguinte, viu que uma grande porção de pele tinha queimado nas costas da mão direita. Fitou incrédulo e desesperado as duas mãos. Ele que advertira outros sobre os perigos da lepra tinha fracassado em proteger a si próprio.

Fiz o possível para consolar Raman. Aquela não era a hora certa para repreensões. Depois de meses de esperanças cada vez maiores em Vellore, uma viagem de fim de semana a Madras destroçara a sua confiança.

— Sinto como se tivesse perdido toda a minha liberdade — disse ele, quando finalmente pudemos conversar sobre o incidente.

Então, entre lágrimas, fez uma pergunta que não mais me deixou:

— Doutor Brand, como posso ser livre um dia se não sinto dor?

DIVULGANDO A PALAVRA

Para a maior parte das pessoas, prevenir acidentes que podem ser evitados não exige pensamento consciente. O reflexo da dor fará o indivíduo retirar rapidamente a mão de um objeto quente, mancar quando o sapato estiver apertado demais e acordar se um rato apenas roçar em sua mão quando estiver dormindo. Privados desse reflexo, os pacientes de lepra precisam prever conscientemente o que pode prejudicá-los. Todavia, a mente consciente tem condições de fazer maravilhas para compensar essa perda de reflexo. Nossa insistência constante sobre os perigos produziu finalmente resultados: no final de um ano, verificamos que nenhum dedo encurtara entre os jovens que participavam da nossa experiência.

Eu pedira aos pacientes que aceitassem, apenas para o bem de nossa "caçada policial", a teoria radical de que todos os danos às mãos e aos pés estavam relacionados com sua insensibilidade à dor. Eles ficaram tão hábeis em descobrir as causas dos ferimentos que agora eu estava pronto para publicar a teoria de que a falta de sensibilidade à dor era o único inimigo real. A lepra apenas silenciava a dor, e os danos posteriores surgiam como um efeito colateral da insensibilidade. Em outras palavras, todos os danos subsequentes eram evitáveis.

Eu sabia que tal noção contrariava centenas de anos de tradição, e a comunidade médica iria provavelmente receber uma nova teoria com ceticismo. Porém, meus pacientes — o carpinteiro, os meninos com fendas nos pés, Namo, Raman — me convenceram de que a ausência de dor é que era a vilã, e não a lepra. Podíamos agora identificar a causa subjacente de quase todos os ferimentos em Vellore, e todos eram efeitos secundários. Havíamos removido para sempre a desculpa que os pacientes costumavam dar:

— O ferimento surgiu sozinho. Faz parte da lepra.

Se estivéssemos certos, a abordagem clássica ao tratamento da lepra só abrangia metade do problema. Deter a doença mediante tratamento com sulfonas não bastava; *os* funcionários da saúde precisavam também alertar os pacientes de lepra sobre os riscos de uma vida sem dor. Compreendíamos agora por que até um caso "curado", sem bacilos ativos, continuava a sofrer desfigurações. Mesmo depois de a lepra ter sido "eliminada", sem treinamento apropriado os pacientes continuariam a perder dedos dos pés e das mãos e outros tecidos, porque a perda resultava da ausência de dor. Comecei a sentir que chegara o momento de levar essa mensagem a outros centros de lepra.

Fui de carro a um hospital missionário próximo, Vadathorasalur, com certa apreensão, pois aquela seria a minha primeira tentativa de persuadir outros a adotarem a nova abordagem à prevenção de ferimentos. A diretora, uma enfermeira dinamarquesa robusta, chamada srta. Lillelund, tinha orgulho dos padrões escandinavos de higiene e eficiência em seu hospital e dirigia os pacientes e os funcionários com poderes ditatoriais absolutos. Seu hospital era especializado em cuidar de crianças com lepra e, por trás da máscara severa da enfermeira Lillelund, eu sabia que existia amor profundo e enorme preocupação pelas suas crianças. Sabia também que se pudesse convencer a enfermeira Lillelund de uma nova abordagem, todo o leprosário iria acompanhá-la.

Nossa equipe cirúrgica visitava Vadathorasalur a cada seis semanas e todas as vezes seguíamos um regime prescrito. Primeiro a cerimônia de boas-vindas: a enfermeira Lillelund treinara seus pacientes a se reunirem no pátio em formação. A seguir íamos para os aposentos da diretora para o chá da manhã. Em tais ocasiões, ela indicava um dos pacientes em idade escolar para ser o *punkah wallah,* ou encarregado do ventilador. Este ventilador consistia de um grande tapete preso a um pedaço de madeira que pendia do teto por duas correntes. *O punkah wallah* tinha a honrosa e monótona tarefa de puxar as cordas e polias de modo a manter o tapete movendo-se para trás e para a frente num ritmo regular, agitando o ar no aposento. Enquanto conversávamos com a enfermeira Lillelund durante o chá, o tapete se movia cada vez mais devagar até que subitamente ela dizia:

— Punkah wallah!

Nós nos sobressaltávamos em nossas cadeiras, o ventilador ganhava velocidade e a conversa continuava.

Num desses chás matutinos, apresentei pela primeira vez nossas descobertas sobre a lepra à enfermeira Lillelund. Descrevi em detalhes os testes que havíamos feito em Vellore e dei nossa conclusão preliminar de que todo dano aos tecidos nos pacientes de lepra poderia ser evitado.

— O pior problema deles é não sentir dor — expliquei. — Nossa tarefa é ensiná-los a viver sem ela.

A enfermeira Lillelund ouviu com interesse, mas pude perceber sinais de advertência em sua testa franzida e na nuvem se formando em seus olhos.

— Por que não vamos aos chalés e às enfermarias visitar alguns pacientes? — sugeri.

Ela concordou, e enquanto andávamos pelos corredores imaculados, notei imediatamente marcas suspeitas nas mãos e nos pés dos pacientes. Apontei uma ferida na palma da mão de um menino.

— Esse é o tipo de ferimento de que falei. Como sabe, todos os caminhos aqui são ladeados por arbustos espinhosos. Imagino se essa ferida não começou a formar-se quando ele subiu num arbusto e agarrou um espinho sem saber.

— Não! — disse a enfermeira Lillelund.

A seguir explodiu:

— Não! Não! Meus meninos nunca fazem isso! Além do mais, quando têm qualquer ferimento, eles vão imediatamente à minha clínica. Isso que estamos vendo são *infecções da lepra,* e não ferimentos.

Percebi então o verdadeiro problema: a enfermeira Lillelund considerava uma afronta pessoal qualquer sugestão

de que seus pacientes fossem negligentes com a própria proteção pessoal.

Felizmente, a enfermeira Lillelund também tinha um compromisso nórdico com o método científico. Ela permitiu que eu examinasse os pacientes com ferimentos significativos nas mãos. Logo todos estavam reunidos em formação com as mãos estendidas. Subi e desci pelas fileiras, notando quaisquer problemas. Contei 127 pacientes que mostravam sinais de pele ferida ou inflamada. Sugeri as possíveis causas dos ferimentos enquanto os examinava: lascas de madeira, queimaduras produzidas por uma xícara metálica de café ou por uma panela.

A princípio, a enfermeira Lillelund, ao meu lado, tentou defender os pacientes.

— Isso não é nada — disse a respeito de uma pequena ferida no polegar de um menino.

Comentei que as pequenas feridas tendem a aumentar e contei a ela sobre alguns pacientes que perderam o polegar por causa de infecções naquele mesmo local. Na mesma hora, ela se voltou para o garoto:

— Por que não veio contar-me sobre isto, jovem? Durante o resto da visita, a enfermeira Lillelund aparentou

completo desânimo. Ela não mais tentou defender os seus métodos. A visão de tantas feridas nas mãos a convenceu da importância da prevenção, e afirmou estar mortificada, zangada e envergonhada.

— Pode acreditar, *vou* restaurar a ordem! — prometeu, e não duvidei dela um momento sequer.

Depois de termos terminado a inspeção, ela reuniu todos os pacientes e me pediu que fizesse uma preleção a respeito de como evitar ferimentos. Falei por meia hora, permitindo que a enfermeira Lillelund recuperasse a compostura e pensasse num plano.

Os pacientes de lepra mantiveram-se respeitosamente no pátio enquanto eu falava, evidentemente acostumados a uma preleção. A maioria deles tinha o rosto impassível, e fiquei imaginando quantos estavam compreendendo a minha mensagem. Não precisava ter-me preocupado. A enfermeira Lillelund fez o seu próprio discurso em seguida.

— A reputação de nossa instituição está em risco — afirmou. — Deveríamos nos envergonhar! Vocês, meninos, estão se machucando e não nos avisam. A partir de hoje vou fazer uma inspeção pessoal completa a cada três dias. Quem não tiver informado sobre um ferimento não receberá rações de alimento para levar para casa. Todas as refeições devem ser feitas na cantina.

Houve um gemido geral. A enfermeira Lillelund havia utilizado a intimidação mais eficaz. Todos odiavam a comida *sem graça.* da cantina e gostavam do privilégio de cozinhar em casa, ao estilo indiano, em fogões de carvão nos alojamentos.

Parti de Vadathorasalur com sentimentos mistos, inseguro quanto a termos ou não atingido nosso alvo de comunicar um espírito de esperança e encorajamento aos pacientes do hospital da enfermeira Lillelund. Mas, seis semanas mais tarde, presenciei resultados inegáveis. Fizemos outra inspeção de mãos e dessa vez não encontrei 127, mas seis ferimentos, todos protegidos adequadamente com ataduras ou gesso. A enfermeira Lillelund estava radiante e *com* toda razão. Fiquei espantado ao ver *os* resultados da campanha dela. Com mais algumas enfermeiras Lillelund, poderíamos mudar o curso da lepra.

Notas

[1] O estresse repetitivo só prejudica o tecido vivo. Se eu batesse minha mão contra a mão de um cadáver, mesmo que de um morto recente, a mão já morta não sofreria mudanças. Depois de meia hora batendo continuamente na mão de um cadáver, minha mão estaria vermelha e inchada; depois de várias horas minha mão apresentaria provavelmente uma úlcera aberta. Mas a mão do cadáver continuaria a mesma. Este fato complicou a ciência *da* fisiologia, porque os fisiologistas muitas vezes usam cadáveres para testar a força e durabilidade do tecido. Os tecidos dos cadáveres simplesmente não reagem ao estresse repetitivo leve, assim como não curam um ferimento. Nos tecidos vivos, o fenômeno da *inflamação* aumenta a resposta defensiva ao estresse repetitivo,

assim como ajuda a cura. A inflamação aumenta a sensibilidade à dor e, portanto, evita que a pessoa bata as mãos tempo demais ou ande muito longe com sapatos novos.

[2] Hidra: serpente fabulosa. (N. do T.)

... não somos nós mesmos Quando a natureza, ao sentir-se oprimida, ordena à mente
Que sofra com o corpo. SHAKESPEARE, *Rei Lear*

10 Mudança de faces

Em 1951 Vellore tornou-se o primeiro hospital geral a construir uma enfermaria inteira para tratamento dos pacientes de lepra. Quando foi divulgada a notícia de que um hospital em Vellore podia fazer com que a mão em garra funcionasse outra vez, o lugar se encheu de pacientes, muitos deles mendigos desesperadamente pobres que acampavam em nossos pátios e estabeleciam postos de mendicância nos portões do hospital. Nem mesmo a nova enfermaria tinha condições de acomodar todas aquelas pessoas, e mais uma vez nossa ênfase na lepra atraiu críticas de alguns membros da equipe.

Dessa vez fomos ajudados por um poderoso político indiano, um defensor do movimento de independência que trabalhara com Mahatma Gandhi. O dr. T. N. Jagadisan foi pela primeira vez a Vellore como paciente de lepra, na verdade o paciente mais ilustre que havíamos tratado até então. Ele voltou para casa gabando-se de suas "novas mãos Brand" e me nomeou para o comitê que gerenciava o fundo estabelecido depois da morte de Gandhi. Gandhi sempre mostrara grande compaixão pela casta dos Intocáveis — que ele rebatizou de*Harijan,* ou "filhos de Deus" — e pelas vítimas da lepra, muitas das quais pertenciam a essa casta. Quebrando tabus, ele cuidara pessoalmente de um paciente de lepra perto de seu *ashram.* Era um tributo adequado, então, que algumas das contribuições fossem para a Fundação Memorial Gandhi de Lepra, dirigida pelo filho de Mahatma, Devadas Gandhi.

Eu era o único estrangeiro no comitê. Nós nos reuníamos na cabana onde Gandhi passara seus últimos anos, sentados no chão ao estilo ioga, num círculo ao redor do leito simples do grande homem. Os demais, todos discípulos de Gandhi que se tornaram políticos importantes, vestiam *dhotis* de algodão rústico, e continuando a prática de Mahatma, usavam um tear de latão para torcer pequenas porções de algodão cru e transformá-las em fio enquanto conduzíamos os negócios.

Quando soube das nossas necessidades, a Fundação Gandhi ajudou a comprar uma casa espaçosa perto do hospital de Vellore para servir como hospedaria para os pacientes leprosos, aliviando o problema dos mendigos no terreno do hospital. A princípio, a vizinhança não gostou de morar perto de pacientes com lepra, atirava pedras pelas janelas e defecava na soleira. Com o tempo, porém, os vizinhos se ajustaram, e nossos pacientes em recuperação e os pacientes que aguardavam a cirurgia mudaram para o "N° 10".

NOVA VIDA

Depois que aprendemos a curar velhas fendas e a evitar a maioria das novas, esperei que nosso trabalho se estabelecesse numa rotina controlável de cirurgia de mãos e reabilitação. Surgiu, no entanto, uma nova e inesperada crise quando alguns dos nossos melhores pacientes começaram a voltar a Vellore, desanimados. John Krishnamurthy, o primeiro voluntário cirúrgico, foi um caso típico. Quando apareceu sem marcar consulta vários meses depois de sua cirurgia corretiva, cumprimentei-o cordialmente e recebi uma resposta bem lacônica.

—John, o que há de errado? — perguntei. —- Você certamente parece ótimo.

— Doutor Brand, estas mãos não são boas — anunciou, como se tivesse ensaiado as palavras. Esperei, mas ele não disse mais nada.

— O que quer dizer, John? — indaguei finalmente. — Elas parecem boas. Evidentemente você tem feito os exercícios de reabilitação e agora pode mover os dez dedos. Tomou cuidado para evitar novos danos. Nós dois trabalhamos muitos meses nessas mãos, John. Acho que estão lindas.

— Sim, sim, mas não são boas para *mendigar* — respondeu ele.

Explicou então que os indianos caridosos prontamente davam

esmolas aos mendigos com a "garra leprosa" característica. Ao soltar seus dedos da posição de garra, havíamos estragado sua principal fonte de renda.

— As pessoas não dão mais esmolas generosas. Ninguém quer me dar emprego nem quer alugar um quarto para mim.

Embora tivéssemos matado as bactérias ativas e reparado as mãos dele, as cicatrizes em seu rosto mostravam que tivera lepra.

Meu estômago deu um nó quando John contou-me sobre a rejeição que encontrara no mundo exterior. Quando tentava entrar num ônibus público, o motorista algumas vezes o atirava para fora. Ele, um homem educado, se achava agora sem emprego e sem casa, dormindo numa praça. O dinheiro que ganhava com as esmolas mal dava para comprar comida. O que eu fizera, consertara seu corpo o suficiente para arruinar sua capacidade de obter sustento?

Encontramos um emprego para John na administração do hospital, mas eu sabia que isso era apenas uma solução a curto prazo para um único paciente. E todos os outros pacientes que tiveram os tendões transferidos — havíamos igualmente arruinado suas vidas? Verifiquei e descobri que muitos tinham histórias como a de John. Nossos esforços para reparar as mãos e os pés deles claramente não os equipara para a vida fora dos muros do hospital.

Tornou-se óbvio que precisávamos de uma casa de reabilitação, uma espécie de câmara de descompressão, a fim de preparar os pacientes para a vida fora do hospital. Escolhemos um local nos terrenos sombreados do campus da faculdade de medicina, a seis quilômetros da cidade. Se quiséssemos que nossos pacientes voltassem aos seus povoados, não seria sensato construir habitações mais elaboradas do que as que encontrariam em casa e, portanto, usando uma doação de quinhentos dólares de um missionário que ia se aposentar, construímos cinco cabanas simples de tijolos e barro, cada uma com quatro quartos. Nós as pintamos de branco e cobrimos com tetos de palha e folhas de palmeira. Aquele cenário tranquilo, arborizado, aninhado entre os montes rochosos contrastava bastante com a agitação de Vellore.

Trinta pacientes se mudaram para o Centro Nova Vida em 1951. Todos do sexo masculino, uma vez que a lepra afetava muito mais homens do que mulheres, e naquela época misturar *os sexos* teria sido culturalmente inaceitável. Plantamos uma grande horta, criamos galinhas e abrimos uma tecelagem. Eu instalei uma oficina de carpintaria para a fabricação de brinquedos de madeira e ensinei os que haviam perdido dedos, a operar uma serra com o pedal. Em pouco tempo estávamos produzindo animais de brinquedo, trens, carros, molduras e quebra-cabeças para vender na comunidade. (Embora esses brinquedos fossem melhores do que quaisquer outros disponíveis na área, não venderam bem até que tomamos a desnecessária precaução de estocar os brinquedos em vapor de formaldeído para "esterilizá-los".)

No terreno do Centro Nova Vida já existia um prédio velho que requisitei para nosso uso operacional. Três metros quadrados com paredes de tijolos secos ao sol e telhado coberto com telhas, não se assemelhava em quase nada à sala branca e iluminada que usávamos no hospital de Vellore. Não havia água corrente, tínhamos de nos lavar antes de entrar no aposento. Acrescentamos telas contra mosquitos, moldamos uma folha de alumínio até formar uma parábola a fim de refletir luz sem sombras de uma lâmpada de cem watts e transformamos uma mesa de cozinha em mesa de cirurgia, dotando-a de apoios para os braços e descanso para a cabeça. Compramos uma panela de pressão e a instalamos sobre um fogão de querosene, a fim de usá-la como esterilizador (isso funcionou bem até que um dia a panela explodiu por excesso de pressão, abrindo um buraco do tamanho da tampa no telhado).

O tempo que eu gastava naquela sala pequenina era cada vez maior. Foi ali que Ernest Fritschi e eu decidimos quais os melhores procedimentos cirúrgicos para corrigir a mão em garra e as deformidades do pé caído e ali

também começamos a compreender plenamente o desafio que nos foi primeiro apresentado por John Krishnamurthy. Tínhamos de mudar radicalmente a nossa abordagem, com a finalidade de preparar os pacientes de lepra para a vida "do lado de fora". Precisávamos levantar nossos olhos do campo limitado da cirurgia nas mãos e pés e enfocar a pessoa inteira.

SOBRANCELHAS

Certo dia, um jovem chamado Kumar veio ao centro apresentando um certificado de que a sua lepra se encontrava inativa. Eu o examinei rapidamente. Havíamos trabalhado em suas mãos, que agora não mostravam sinais de garra ou dano acidental, e seus pés não tinham sinais de paralisia do nervo.

O corpo de Kumar sempre demonstrara certa resistência natural à doença. Os bacilos da lepra seguiram o padrão típico de primeiro infiltrar-se nas áreas mais frescas de sua face (testa, narinas e ouvidos), chegando até mesmo a ocultar-se nos folículos dos pêlos em suas sobrancelhas. Durante algum tempo isso tornou sua pele brilhante e inchada. Mas as defesas do corpo, auxiliadas pelo tratamento agressivo com sulfona, mataram todas as bactérias, e a essa altura a pele do rosto de Kumar quase voltara ao normal. Rugas sulcando as áreas dos antigos inchaços faziam com que ele parecesse levemente mais velho do que seus *25* anos.

Só pude perceber um único sinal remanescente da doença, espaços vazios onde as sobrancelhas antes cresciam, mas isso dificilmente poderia ser notado. Fiquei satisfeito ao ver alguém que lutara com tanto sucesso contra o mal e congratulei Kumar por cuidar de si mesmo.

— Por que você veio? — perguntei, depois de completar meu exame. — Como sabe, nos especializamos em cirurgia das mãos e dos pés, e os seus parecem ótimos.

Kumar apontou para as sobrancelhas, ou o lugar em que elas costumavam crescer em seu rosto, e me contou sua história.

Antes de contrair lepra, Kumar cuidava de uma banca no mercado de seu povoado. Ele vendia pacotes de betei e tabaco que embrulhava manualmente com um toque de limão-galego fresco. O povo do lugar gostava de mastigar essa mistura, chamada *pan,* e urna parada na banca de Kumar tornou-se rotina para muitos compradores. O jovem trocava piadas e notícias com eles, embrulhando mais pacotes de betei em folhas enquanto conversava.

Os aldeãos são geralmente mais espertos do que os médicos para detectar os primeiros sinais da lepra, e quando a pele de Kumar começou a mostrar um lustro pouco natural, os fregueses espalharam a notícia e as vendas diminuíram. Em pouco tempo ninguém comprava mais suas mercadorias e poucos paravam para conversar. Kumar, orgulhoso demais para tornar-se um mendigo, fechou a banca e dirigiu-se a um leprosário próximo.

Quando voltou ao povoado, anos mais tarde, com o certificado de saúde negativo nas mãos, supôs que podia voltar ao seu comércio. Todos os sinais da moléstia haviam desaparecido, exceto a falta de sobrancelhas. Para o pessoal supersticioso do lugar, porém, esta característica por si só justificava sua rejeição. Mostrar um certificado *não* importava. Ele tinha de parecer livre da enfermidade. Precisava de sobrancelhas.

— Ninguém compra de um homem sem sobrancelhas — afirmou Kumar tristemente. — Por favor, doutor, pode fazer umas sobrancelhas para mim? Não suporto ver os fregueses me olharem em busca de pêlos para ver se estou realmente curado.

Ouvi a história de Kumar tomado por emoções confusas. Embora sua história me comovesse, eu não tinha qualquer desejo de me envolver com cirurgia cosmética. Tínhamos uma lista de espera para cirurgia corretiva, muitos com mãos paralisadas que podiam ser corrigidas. Um pedido de novas sobrancelhas parecia quase trivial. Todavia, lembrei-me da lição que aprendera com John Krish-namurthy. A não ser que pudéssemos encontrar um meio de restaurar os pacientes a uma vida útil em suas aldeias, criaríamos uma classe permanente de dependentes. Se a aparência facial era uma barreira à aceitação, tínhamos de encontrar um meio de derrubá-la.

Kumar permaneceu no Centro Nova Vida alguns dias enquanto eu pesquisava técnicas cirúrgicas para uma

plástica que pudesse ajudá-lo. Os japoneses haviam desenvolvido procedimentos para transplantar fios de cabelos individuais, folículo por folículo, como plantas novas num arrozal. Outro procedimento, que requeria menos tempo, envolvia a transferência de pedaços do couro cabeludo na forma de sobrancelhas para um novo local. Se tivéssemos sucesso em preservar o suprimento de sangue, o transplante garantiria a Kumar sobrancelhas cerradas — tão grossas quanto o cabelo preto e espesso em sua cabeça. Expliquei o processo e ele concordou entusiasmado.

O problema era encontrar um pedaço de couro cabeludo ligado a vasos sanguíneos suficientemente longos para chegar até a altura das sobrancelhas. Antes da cirurgia cortei o cabelo de Kumar bem curto e mandei que corresse. Quinze minutos mais tarde, quando subiu as escadas do consultório, seu coração batia apressado e pude ver as artérias pulsando sob o couro cabeludo. Usando um marcador, tracei o contorno da artéria temporal, escolhi alguns ramos longos e desenhei duas formas largas e grossas de sobrancelhas, uma de cada lado de sua cabeça raspada.

No dia seguinte, Kumar estava deitado na mesa de operação. Cortei as formas de sobrancelha que havia marcado e as soltei do couro cabeludo. Ainda ligadas a uma artéria e veia, elas pendiam como dois ratos pendurados pela cauda. A seguir removi a pele onde se encontravam suas antigas sobrancelhas e fiz túneis sob a pele de cada uma delas na direção da abertura no couro cabeludo. Usando fórceps compridos entrei pelo túnel, agarrei as seções pendentes do couro cabeludo e cuidadosamente as puxei até suas novas posições, acima dos olhos de Kumar. Depois de transplantadas, as seções pareciam tão grandes que fiquei tentado a apará-las um pouco, mas temi cortar as artérias curvas que manteriam vivas as novas sobrancelhas.

Não precisava ter-me preocupado com o tamanho delas. Desde o instante em que seus curativos foram removidos, Kumar deliciou-se com as novas sobrancelhas. Quando os pêlos começaram a crescer e não pararam mais, sua alegria aumentou. Quando expliquei que teria de apará-las, caso contrário cresceriam *corno* um cabelo no couro cabeludo, Kumar insistiu que as queria compridas. Antes de deixar Vellore, sobrancelhas cerradas pendiam sobre os seus olhos.

E claro que Kumar acabou aparando as sobrancelhas, mas na sua aldeia natal a própria exuberância delas causou sensação. Antigos fregueses se alinharam para vê-las e desta vez quando lhes mostrou seu certificado de cura da lepra, eles acreditaram.

NARIZES

Nossa experiência com as sobrancelhas de Kumar abriu uma área inteiramente nova para a cirurgia corretiva: o rosto. A seguir nos confrontamos com narizes. Espaços vazios de sobrancelhas eram um problema menor se comparados *com os* narizes "em forma de sela" que desfiguravam muitos pacientes.

Como os bacilos da lepra preferem áreas frias, o nariz se torna um importante campo de batalha. A reação do corpo aos invasores provoca inflamação, a qual, se persistir, pode bloquear as vias aéreas. Com o tempo o revestimento mucoso fica ulcerado por infecções secundárias e o nariz pode encolher até quase seu desaparecimento total. A ponte elevada de cartilagem some, deixando um pedaço de pele destruído e duas narinas que se abrem diretamente para fora. E no mínimo desconcertante olhar para a fisionomia de uma pessoa com lepra e ver as cavidades nasais.

Todos na Índia reconheciam o nariz arruinado como um sinal de lepra — alguns acreditavam que o nariz "apodrecia" como os dedos dos pés e das mãos —, e qualquer indivíduo com esse problema enfrentava uma vida de estigma e ostracismo. Uma mulher com um nariz assim não tinha esperanças de se casar, mesmo com um certificado negativo de lepra e sem quaisquer outras marcas da doença.

A medida que mais pacientes com deformidades faciais chegavam à nossa clínica, senti-me grato por ter sido exposto à cirurgia plástica durante os dias de guerra em Londres. Um dos pioneiros nesse campo, *sir* Archibald Mclndoe, havia obtido fama nacional na Segunda Guerra Mundial por seus esforços heróicos na reconstrução das faces arruinadas de pilotos da Real Força Aérea. Fiz uma série de estudos de acompanhamento sobre alguns

desses aviadores.

Naqueles dias, anteriores à cirurgia microvascular, enxertos de pele do abdômen e peito tinham de ser transferidos em dois estágios, com o braço servindo de hospedeiro temporário. O cirurgião plástico cortava um pedaço de pele, por exemplo, da barriga, deixando uma extremidade presa ao antigo suprimento de sangue e ligando a outra extremidade ao braço, na altura do pulso. O braço ficava amarrado ao abdome durante três semanas, dando tempo para um novo suprimento de sangue surgir entre o enxerto e o braço; depois desse período, o cirurgião soltava o pedaço de pele do abdome e o movia até o novo local na testa, maçã do rosto ou nariz, amarrando outra vez o braço no lugar. Um suprimento de sangue se desenvolvia eventualmente no enxerto da face e a pele podia ser separada do braço. Para um jovem estudante de medicina, as cenas vistas nas enfermarias de Archie eram ao mesmo tempo exóticas e instigantes: braços parecendo crescer da cabeça, um tubo longo de pele se estendendo de uma cavidade nasal como a tromba de um elefante, pálpebras provisórias formadas por pedaços de pele espessos demais para se abrirem.

Nossa clínica seguiu os métodos de Archie por algum tempo, usando dois estágios de enxerto para construir narizes para os pacientes de lepra. A pele do abdome era de muitas formas inadequada para a rinoplastia: grossa e pouco flexível, ela oferecia pouca melhora visual em relação ao nariz em forma de sela. Todavia, embora aquelas primeiras tentativas grosseiras possam não ter produzido narizes bonitos, pelos menos os novos não pareciam deformidades leprosas, e os pacientes iam embora satisfeitos.

Aprendi em seguida uma nova técnica que tinha muito em comum com o meu transplante de sobrancelhas. Levantávamos toda a pele da testa como um único pedaço, mantendo intacto o suprimento de sangue, e a descíamos para formar um novo nariz, prendendo-a às bordas cortadas onde estivera o nariz antigo. (Usávamos enxertos de pele da coxa para preencher a área nua deixada na testa.)[1] Os pacientes pareciam ainda mais contentes com os novos narizes resultantes dessa técnica, mas nós, membros da equipe cirúrgica, não compartilhamos o entusiasmo deles. Deixávamos uma cicatriz permanente na testa e as beiradas volumosas do novo nariz não combinavam perfeitamente com a pele fina da bochecha. Parecia às vezes que alguém grudara um nariz de barro no rosto.

Outro cirurgião plástico inglês, *sir* Harold Gillies, nos ensinou um procedimento muito mais aperfeiçoado. Ele fora a Bombaim, próximo de sua aposentadoria, a convite do dr. H. H. Antia, um cirurgião plástico local que estudara na Inglaterra. Ao encontrar pacientes de lepra em Bombaim, Gillies recomendou uma técnica que tentara com leprosos muitos anos antes, numa viagem à Argentina. Gillies foi provavelmente o primeiro cirurgião a operar o nariz leproso e, por sugestão do dr. Antia, os dois viajaram a Vellore para ensinar-nos a técnica. Na Argentina, Gillies observara que a lepra se introduz no revestimento mucoso do nariz, danificando muito mais esse forro interior do que a própria pele. A inflamação resultante destrói a cartilagem, e, *sem* esta para apoiá-la, a extensão de pele desmorona como uma tenda sem estacas.

— Por que transplantar pele quando você dispõe de pele perfeitamente boa que não é usada? — perguntou Gillies. — O revestimento mucoso foi destruído, mas você sempre pode substituí-lo por enxertos uma vez que remodele o nariz a partir de sua pele original.

Preparamos um paciente para a cirurgia. Olhando para o seu nariz encolhido, achei difícil acreditar que qualquer coisa que valesse a pena pudesse ser recuperada daquele pedaço reduzido de pele. Gillies pegou um escalpelo e demonstrou. Puxando o lábio superior, ele cortou dentro da boca, entre os dentes, gengiva e lábio, até poder levantar suficientemente o lábio para expor a cavidade nasal. Soltou assim todo o lábio superior e depois o nariz de sua ligação com os ossos faciais.

— Observem agora — disse ele.

Pegou um rolo de gaze e empurrou-o centímetro a centímetro para dentro da cavidade do nariz encolhido. Como por um passe de mágica, apele se expandiu, esticou-se e arredondou-se, formando um nariz bastante respeitável. Eu quase não conseguia acreditar. A camada externa de pele nasal se expandira como uma bola soprada de um pequeno pedaço de goma de mascar. Gillies nos garantiu que o nariz reteria sua nova forma se fosse adequada-

mente apoiado.

No decorrer dos anos, experimentamos várias estruturas de suporte. Usamos talas plásticas em forma de nariz, depois acrílicas, depois enxertos de osso da borda pélvica. Para os pacientes com suprimento de sangue insuficiente para suportar um enxerto de osso no tecido nasal, tomávamos de empréstimo material dos dentistas. Aprendemos a fazer um molde macio de cera quente, dan-do-lhe virtualmente qualquer forma. O paciente, acordado, podia escolher seu nariz na hora:

— Um pouco mais longo e não tão largo, por favor.

A partir desse molde de cera, formávamos um apoio permanente, feito com a substância dura e rósea usada nas dentaduras. Arame dental preso aos dentes mantinha a estrutura no lugar.

Nos dias de hoje, muitos pacientes de lepra na Índia e em todo o mundo andam com um nariz que, em aparência, parece perfeitamente normal, mas na realidade é sustentado por um suporte artificial inserido sob o mesmo. O novo nariz serve muito bem para eles, desde que sigam um procedimento de manutenção bastante esquisito: devem tirar o suporte artificial periodicamente para limpeza, a fim de remover matéria estranha e evitar infecções. Em vista da maneira como revestimos os dois lados com membrana mucosa, a brecha entre o lábio superior e a mandíbula não se fecha novamente, sendo então simples para o paciente levantar o lábio superior e remover o nariz interno rosa-claro. O nariz externo se encolhe, voltando à sua forma achatada, enrugada, mas torna a expandir-se quando o nariz interno limpo é devolvido ao seu lugar.

Da mesma forma que as sobrancelhas transplantadas, nossos narizes artificiais tinham um efeito imediato na aceitação social dos pacientes. Lembro-me de uma jovem muito bonita que veio a Vellore sem marcas ou nódulos no rosto, mas um nariz completamente achatado. A família se esforçara para arranjar um noivo para ela, sem sucesso. Ela escolheu exatamente o nariz que desejava, um nariz bonito e delicado, o qual nos assegurou que era mais atraente do que o original. Alguns meses mais tarde, a moça me enviou uma foto na qual aparecia vestida de noiva. Sua doença fora curada, e agora o estigma também estava desaparecendo.

PÁLPEBRAS

Durante todo o tempo em que experimentamos várias maneiras de reconstruir mãos e pés e melhorar a aparência facial, estávamos negligenciando uma das piores aflições da lepra: a cegueira. Quando comecei a trabalhar com leprosos, os membros mais antigos da equipe me avisaram que a cegueira, como a paralisia e a destruição de tecidos, era uma consequência trágica mas inevitável da moléstia. Oitenta por cento dos pacientes leprosos experimentam algum tipo de problema ocular, e os especialistas em saúde calculam que a lepra é a quarta causa principal de cegueira no mundo.

Como já mencionei, a cegueira apresenta uma dificuldade incomum para os pacientes de lepra que perderam também as sensações de toque e de dor. Certa vez, observei um paciente cego que não possuía sensibilidade nas mãos. A fim de vestir-se, ele se curvava sobre as roupas e as tocava com seus lábios e sua língua, ainda sensíveis, para orientar-se, sentindo onde estavam as mangas, os botões e as casas dos botões. Levava cerca de uma hora para ficar pronto. Uma pessoa tanto cega quanto insensível também não pode ler Braille ou conhecer o rosto de um amigo tocando-o com as pontas dos dedos. Ela terá dificuldade para atravessar um aposento cheio de móveis. Uma tarefa comum e diária como cozinhar torna-se quase impossível para alguém que não pode ver nem sentir os perigos que o cercam.

A cegueira é, sem dúvida, uma das mais temidas complicações da lepra. Fiquei sabendo que em certas instituições o medo da cegueira leva muitos pacientes a tentar o suicídio. Um de nossos pacientes, que já perdera a visão em um dos olhos, disse francamente:

— Meus pés já se foram e também minhas mãos, mas isso não importava muito enquanto eu podia enxergar. A cegueira é outra coisa. Se ficar cego, a vida não significará nada para mim, e farei tudo o que puder para acabar

com ela.

Minha esposa fez um dos primeiros estudos sistemáticos sobre o início da cegueira nos pacientes de lepra. Margaret, que chegara a Vellore com experiência em clínica familiar, estudou oftalmologia quando a faculdade de medicina estava com extrema falta de pessoal e não havia ninguém para cobrir essa especialidade. Ela rapidamente tornou-se perita na cirurgia de catarata e logo organizou "acampamentos de olhos" nos povoados vizinhos. Trabalhando num prédio de escola emprestado, ou até ao ar livre debaixo de uma árvore, a equipe cirúrgica realizava de cem a 150 operações de catarata num único dia. Foi num desses acampamentos que ela veio a conhecer os problemas visuais dos leprosos.

— Eu acabara de realizar a cirurgia ativa e estava guardando o equipamento na van para voltar para casa — lembra ela —, quando notei um grupo de pessoas sentado no chão. Perguntei a um dos obreiros se eram pacientes que haviam chegado tarde e precisavam ser atendidos. "Oh, são apenas leprosos", disse ele. Oferecime então para examiná-los, para espanto de meu assistente e também dos enfermos. Eu encontrara toda sorte de problemas oculares na Índia, mas nunca em minha vida vira olhos como aqueles. A superfície do olho, geralmente úmida e transparente, estava anuviada por camadas espessas de tecido branco cicatrizado. Acendi uma luz junto ao olho de um dos pacientes e não houve reação. A maioria daquelas pessoas ficara total e irremediavelmente cega. Duas das mais jovens já tinham problemas, mas não haviam perdido completamente a visão, e eu as convenci a irem comigo a Vellore para serem hospitalizadas.

A partir daquele encontro, a missão de Margaret começou a tomar forma. Ela sabia que os bacilos da lepra gostam de reunir-se na córnea, uma das partes mais frias do corpo, e que drogas antilepra poderiam ajudar a diminuir o dano ao olho. Gotas de cortisona serviam para controlar a inflamação aguda e algumas vezes salvavam um olho. Ao colocar pequenas gotas de tinta indiana no tecido branco e cicatrizado da córnea, Margaret conseguia reduzir o reflexo brilhante que atormentava alguns pacientes de lepra. Todas essas medidas, porém, desvaneciam diante da observação mais importante feita por Margaret após examinar centenas de leprosos: muitos estavam ficando cegos porque não piscavam.

O piscar é uma das maravilhas do corpo humano. Sensor algum é mais sensível à dor do que aqueles que ficam na superfície do olho: um cílio fora do lugar, um cisco, um feixe de luz, uma baforada de cigarro ou até um ruído alto provocam uma reação muscular instantânea. A pálpebra se fecha, puxando uma coberta protetora de pele sobre o olho vulnerável e prendendo nos cílios quaisquer partículas estranhas.

Ainda mais impressionante, o reflexo intermitente do piscar opera em nível de manutenção o dia inteiro, abrindo e fechando a pálpebra a cada vinte segundos mais ou menos, a fim de assegurar que o olho se mantenha lubrificado. A esplêndida mistura de óleo, muco e fluido aquoso que conhecemos como lágrimas fornece à córnea um suprimento constante de nutrição e limpeza. Sem essa lubrificação, a superfície da córnea seca e se torna muito mais suscetível a danos e ulceração.

Margaret notou que alguns pacientes de lepra não se preocupavam em piscar. Tinham um olhar inquietante e suas lágrimas se juntavam numa poça na pálpebra inferior até derramarem. Na atmosfera poeirenta da Índia, um fio de lágrimas desperdiçadas corria pela face desses pacientes leprosos, cujas células corneanas eram privadas dos efeitos benéficos de uma pálpebra piscante.

Minha esposa descobriu que a lepra interferia com o reflexo de piscar de duas maneiras. Já sabíamos a primeira, pois eu havia estudado segmentos desses nervos inchados depois da autópsia de Chingleput. Em vista do dano aos nervos, alguns pacientes de lepra (cerca de 20%) sofriam de paralisia do músculo da pálpebra, perdendo a capacidade de piscar. Esses pacientes dormiam com os olhos completamente abertos e em pouco tempo a córnea secava e começava a deteriorar-se. Margaret mostrou-me o efeito da paralisia parcial em um menino: seu olho esquerdo piscava normalmente, enquanto o direito permanecia aberto.

Não compreendemos, porém, que muitos outros pacientes sofriam esse castigo por causa da ausência de dor. Tente não piscar e depois de um minuto ou dois sentirá uma leve irritação. A dor sussurra antes de gritar. Mantenha os olhos abertos, entretanto, e essa irritação se transformará gradualmente em dor intensa, forçando-o a

piscar. Os pacientes de lepra insensíveis não percebem esses sinais de dor. Assim como os bacilos prejudicam os nervos nas pontas dos dedos das mãos e dos pés, eles também danificam os sensores que provocam o reflexo de piscar. Dormentes, os sensores na superfície do olho nunca dão início a esse reflexo. Margaret logo assistiu a uma vívida cena do tipo de abuso que pode acontecer a um paciente cujos olhos são insensíveis à dor: um homem coçou vigorosamente seus olhos abertos com uma mão coberta de calos duros e enormes. Não era de surpreender que seus pacientes estivessem ficando cegos!

A pesquisa feita por Margaret confirmou que grande parte da cegueira dos leprosos não era uma consequência inevitável da infecção, mas um subproduto causado por um problema nos nervos. Ela preferiu trabalhar primeiro com *os* pacientes insensíveis que não haviam perdido os nervos motores. Para este grande grupo, a solução parecia simples: precisava apenas examiná-los regularmente e ensiná-los a piscar conscientemente, e não por reflexo. Se educasse os mais jovens em relação aos perigos, eles certamente poderiam piscar a cada minuto ou dois. A alternativa era a cegueira.

Com grande esperança, Margaret começou uma campanha educativa entre esses pacientes, treinando-os para piscar cada vez que ela levantasse um cartão. Eles obedeceram entusiasmados durante uma hora ou duas. Mais tarde, porém, quando andava entre eles, notou o mesmo olhar de olhos arregalados, fixos. Ela tentou despertadores, campainhas e outros dispositivos para marcar o tempo. Estes funcionaram temporariamente, mas os pacientes logo perderam o interesse ou se tornaram imunes ao sinal. Colocou então óculos neles para proteger seus olhos contra objetos estranhos; continuavam, entretanto, sem os benefícios essenciais do ato de piscar.

Em desespero, examinamos procedimentos cirúrgicos que pudessem ser úteis. *Sir* Harold Gillies havia desenvolvido uma técnica elegante para ajudar as pessoas com paralisia de Bell, que também sofrem de problemas no músculo responsável pelo reflexo de piscar. Seu procedimento inovador incluía uma promessa até para os que sofriam de paralisia completa da pálpebra. Envolvia soltar uma extremidade de parte do músculo temporal, que controla a contra-ção da mandíbula e a mastigação, e ligá-la a um filamento da apo-neurose que atravessa as pálpebras. Este ajuste tornava mais fácil para os pacientes piscarem conscientemente, pois agora o mesmo músculo controlava tanto o movimento de mastigar quanto o fechamento da pálpebra. Margaret só tinha de ensinar os pacientes a cerrarem periodicamente os dentes — ou, melhor ainda, pedir que mascassem chiclete —, e o olho obtinha a lubrificação necessária.

O procedimento funcionou bem e ainda é usado em grande escala na Índia. Quando um paciente de lepra masca chiclete vigorosamente cada vez que sai de casa num dia poeirento, seu olho recebe a proteção necessária. A cirurgia produz alguns efeitos colaterais singulares — a pessoa pisca rapidamente ao mastigar um pedaço de carne —, mas o paciente consciencioso pode manter a cegueira literalmente afastada simplesmente através do ato de mastigar.

Damos graças por termos sido lembrados de nunca subestimar a contribuição da dor. A solução de problemas motores para restaurar a habilidade de piscar de um paciente não resolveu porém os problemas sensoriais bem mais difíceis. Até mesmo nossos pacientes mais entusiastas, que conscientemente tentavam evitar a cegueira, também fracassavam. A não ser que retivessem alguma sensação de dor residual na superfície do olho que os alertasse para uma sensação de dor ou secura, eles esqueciam de piscar ou mastigar. Haviam simplesmente perdido a motivação; para que piscassem com perfeita regularidade, era preciso sentir dor. Precisavam dessa compulsão.

Quando um paciente perdia toda a sensação de dor, tínhamos de reverter a um procedimento muito menos satisfatório. Usando agulha e linha, costurávamos juntas a pálpebra superior e inferior bem apertadas nos cantos, deixando apenas uma abertura no centro suficiente para permitir a visão. Em vista de tão pequena parte do olho ficar exposta, lágrimas lubrificantes se acumulavam ao redor da córnea e a umedeciam, embora o paciente nunca piscasse. Os pacientes odiavam o efeito da sua aparência final, assim como detestavam tudo o que os fizesse parecer diferentes, mas pelo menos isso fazia com que sua vista fosse preservada. Até hoje, esse procedimento simples, embora seja um medíocre substituto para as células de dor silenciadas, serve como um notável conservador da visão para os pacientes de lepra.

Nota

[1] Aprendi este método com Jack Penn, um renomado cirurgião plástico da Africa do Sul, que adaptara um procedimento realizado pela primeira vez por Susruta, cirurgião hindu da antiguidade, onze séculos antes de Cristo. Os guerreiros hindus algumas vezes castigavam seus inimigos derrotados cortando-lhes o nariz com um sabre, Susruta inventou uma técnica notavelmente avançada de transplantar uma seção de pele da testa até a área do nariz.

Um acontecimento extraordinário em 1992 revelou como esta forma antiga de vingança era comum. A fim de corrigir um erro histórico, o Japão concordou em devolver vinte mil narizes que seu exército havia amputado de soldados e civis coreanos durante uma invasão militar em 1597. Os narizes, juntamente com algumas cabeças de generais coreanos, haviam sido preservados num memorial especial por quase quatrocentos anos.

Tratei um proprietário de terras indiano contra quem seus arrendatários se rebelaram e aplicaram esta antiga punição, cortando seu nariz e lábio superior com um sabre. Um cirurgião bastante inexperiente tentara usar o método de Susruta, movendo um pedaço da pele da testa para formar um novo nariz e lábio superior para o homem. A fim de obter um pedaço de pele comprido o bastante, ele incluiu um pedaço do couro cabeludo, onde crescia cabelo além da testa, dobrando duas vezes a pele para formar a parte inferior do lábio. (Por ter raspado o couro cabeludo, ele talvez não tenha percebido que havia incluído aquela parte do couro.) Um ano mais tarde, o paciente veio procurar-nos em desespero. Cabelo hirsuto do couro cabeludo estava crescendo dentro de sua boca, raspando a gengiva inchada cada vez que falava ou comia. Aquela pele cabeluda teve de ser substituída por enxertos de membrana mucosa da parte inferior da bochecha, um procedimento que deixou muito mais feliz o antigo proprietário de terras.

Você compra a dor com tudo que a alegria pode oferecer,
E não morre de nada senão do desejo de viver.
ALEXANDER POPE

11 Ao público

Meu trabalho com os pacientes de lepra logo sobrepujou outras áreas, tais como ensino e deveres ortopédicos no hospital. Eu costumava passar noites acordado pensando nos pacientes. Que inovações cirúrgicas poderiam reduzir o estigma que enfrentavam? Como eu poderia melhorar a qualidade de vida deles? O trabalho com a lepra tornou-se cada vez mais uma vocação, e não simplesmente uma profissão.

Em 1952 recebi uma generosa e bastante inesperada oferta da Fundação Rockefeller,

— Seu trabalho com a lepra mostra um bom potencial — disse-me o representante deles. — Por que não viaja ao redor do mundo e obtém os melhores conselhos possíveis? Procure quem você desejar (cirurgiões, patologistas, leprologistas) e tome o tempo necessário. Pagaremos a conta.

À oferta foi uma dádiva de Deus. Eu havia operado muitas mãos e pés, alguns narizes e sobrancelhas, mas sempre cora a sensação de que não fora adequadamente treinado para tais procedimentos. Tinha agora liberdade para estudar com especialistas de fama mundial. Além disso, podia visitar neuropatologistas que teriam condições de lançar luz sobre a maneira como a lepra danifica os nervos. Nossos estudos pessoais não levaram a nada. Depois de realizar a autópsia em Chingleput, eu ficara sabendo que os nervos inchavam em lugares estranhos, levando à paralisia e perda de sensações, mas não tinha noção do que estava realmente matando os nervos. Abri satisfeito os pequenos frascos de amostras que havíamos coletado na autópsia e escolhi alguns segmentos que, após serem tingidos e montados em lâminas de microscópio, poderiam ser levados comigo.

Sir Archibald Mclndoe, meu primeiro contato em Londres, pareceu intrigado com as transferências de tendão que fizéramos em Vellore. Ele planejou um encontro com o Clube de Mãos, um grupo de elite formado por treze cirurgiões de mãos, e me convidou para dar uma palestra no Colégio Real de Cirurgiões. Meu comparecimento nessas duas reuniões me abriu as portas de todos os cirurgiões de renome em Londres e, como um jovem interno deslumbrado, estive com alguns deles e observei o seu trabalho.

Tive bem menos sucesso, no entanto, com o segundo objetivo da viagem — decifrar a patologia dos nervos causada pela lepra. Em vários centros de pesquisa, mostrei minha coleção de slides da autópsia e descrevi o padrão misterioso dos inchaços que encontrara nos nervos do cotovelo, joelho e pulso.

— Não consigo entender o que possa estar matando esse nervo — disse um especialista, numa resposta típica. — Nunca vi nada como essa patologia.

Depois de completar minhas pesquisas na Inglaterra, guardei cuidadosamente meus slides e espécimes e embarquei no navio *Queen Mary* para a minha primeira viagem aos Estados Unidos. Eu conseguira entrevistas com os principais cirurgiões de mãos e neurologistas, e esperava até mesmo examinar meus espécimes de nervos sob o poderoso microscópio eletrônico na Universidade Washington, em St. Louis.

Para mim, como cirurgião, o ponto alto da viagem foi o mês que passei na Califórnia estudando com Sterling Bunnell, o próprio "pai da cirurgia de mãos". Dali fui ao único leprosário remanescente nos Estados Unidos, o Hospital de Serviços da Saúde Pública, em Carville, Louisiana, e conheci o dr. Daniel Riordan, o único cirurgião fora da Índia que havia operado mãos leprosas. Dan e eu passamos horas agradáveis trocando idéias, mas em Carville senti também a resistência que iríamos enfrentar em breve ao publicarmos nossas teorias sobre lepra e danos

aos nervos.

Carville era líder em todo o mundo no que dizia respeito à terapia experimental com medicamentos para lepra, mas a equipe pareceu desinteressada por nossas descobertas sobre a insensibilidade à dor. Descrevi numa palestra como tivemos sucesso em derrubar o mito da "carne má" e enfatizei que os danos aos pés, mãos e olhos podiam ser grandemente reduzidos caso os pacientes aprendessem algumas precauções básicas. Quando desci da plataforma, o diretor deu esta resposta enigmática:

— Muito obrigado, doutor Brand, por nos falar sobre o seu trabalho. Todos notamos que usa o termo lepra. Aqui em Carville nós a chamamos de mal de Hansen.

Ele sentou-se e eu tive minha primeira lição sobre a importância do uso da linguagem politicamente correta na América. A seguir, o diretor me chamou de lado e disse em tom condescendente:

— O seu pessoal na Índia parece estar fazendo um trabalho interessante. Concordo que acidentes e estresse possam causar danos às mãos dos pacientes. Mas estou nesta área há muito tempo e posso assegurar-lhe que o mal de Hansen, por si mesmo, é responsável pelo encurtamento desses dedos.[1]

Recebi uma última censura em Carville ao perguntar sobre algumas biópsias de nervos. Em minha visita ao oeste dos Estados Unidos, parei em St. Louis para usar o microscópio eletrônico. Descobri que não era possível analisar nervos conservados em formol. Eu precisava de nervos frescos. Pensei encontrar uma solução em Carville: se cirurgias fossem marcadas, eu poderia simplesmente pedir ao cirurgião que coletasse alguns pequenos pedaços de nervos que tivessem morrido e *não* pudessem mais ser usados. Nossos pacientes na Índia doavam alegremente seus nervos mortos para que os estudássemos. Mas aqueles eram os Estados Unidos, e não a Índia, e a equipe ficou chocada com meu pedido.

— Nossos pacientes têm plena consciência dos seus direitos e não concordariam em ser usados como cobaias! — disseram eles.

Eu tinha muito que aprender sobre o conceito americano de direitos pessoais.

OS GATOS DE DENNY-BROWN

A viagem patrocinada pela Fundação Rockefeller possibilitou praticamente tudo o que eu desejava, mesmo sem o microscópio eletrônico. Um encontro fortuito em Boston ajudou a resolver o desconcertante mistério da destruição dos nervos. Quase todos os especialistas em neurologia que consultei tiveram a mesma reação confusa ao analisar meus espécimes de nervos: "Nunca vi nada como essa patologia dos nervos." A única exceção foi o dr. Derek Denny-Brown, um brilhante neurologista neozelandês que trabalhava num hospital de caridade em Boston.

O consultório de Denny-Brown era sem dúvida o mais abarrotado que visitei na América, uma confusão de caixas, pastas de arquivo, recipientes de slides e radiografias. Os médicos que eu visitara antes costumavam lançar um típico olhar sorrateiro ao relógio a cada meia hora ou mais. Mas não Denny-Brown. Quando apresentei um problema, seus instintos se puseram imediatamente em alerta e ele esqueceu-se do tempo. Um verdadeiro cientista. Descrevi rapidamente nossa pesquisa sobre insensibilidade. — Traçamos quase todos os efeitos colaterais destrutivos da lepra até a causa original de dano nos nervos. Não consigo, porém, estabelecer qualquer teoria ou convencer outros a não ser que possa explicar *como* a lepra prejudica os nervos. Até agora, nenhum dos especialistas que visitei reconheceu esse padrão da patologia nervosa.

Denny-Brown aceitou o desafio: Deixe-me ver — disse.

Passou então muito tempo em silêncio, curvado sobre um microscópio, examinando os espécimes da autópsia de Chingleput.

— Sabe, Brand, esses espécimes me fazem lembrar meus gatos — declarou finalmente. Pôs-se em seguida a fazer uma busca cuidadosa em suas caixas de *slides* de microscópio nas prateleiras, enquanto contava-me suas

experiências com gatos — o tipo de experimentos realizados antes dos dias do movimento a favor dos direitos dos animais.

— Eu costumava anestesiar os gatos e então expor um nervo, geralmente o que controlava a perna dianteira direita. Colocava um pequeno clipe de aço na superfície do nervo, como um clipe de papel num arame. Descobri que se o clipe estivesse suficientemente apertado, a pressão destruía o nervo e a perna ficava paralisada. Dano permanente do nervo. A seguir tentei colocar um pequeno cilindro, uma bainha de aço, ao redor do nervo, mas nunca consegui apertar suficientemente o cilindro para causar qualquer problema. Depois tentei o trauma, golpeei o nervo exposto com um instrumento sem corte. O gato estava anestesiado, é claro, portanto não sentia nada, mas o trauma fez o nervo inchar até o dobro do normal. Apesar do inchaço, entretanto, notei que não ocorreu paralisia. O nervo continuou funcionando. Resolvi finalmente golpear primeiro o nervo e *depois* colocá-lo na pequena bainha de aço. O nervo começou a inchar, mas dessa vez não tinha para onde se expandir por causa do cilindro. Consegui realmente uma reação com isso. Rapidamente o gato perdeu toda a sensação e movimento nos músculos supridos por esse nervo. Aprendi muito sobre a destruição do nervo, mas não sabia o que fazer com essas descobertas, então deixei-as de lado. Isso foi há mais de dez anos. Mas, em algum lugar por aqui, tenho 'alguns espécimes.

Fiquei impressionado com a memória visual de Denny-Brown, capaz de lembrar de um padrão que vira tantos anos antes. Ele finalmente localizou uma caixa empoeirada de slides de microscópio, tirou-os e colocou-os lado a lado com os espécimes de nervos de Chingleput. Sob o microscópio, eles combinavam perfeitamente. Tínhamos agora duas demonstrações independentes do mesmo padrão misterioso.

— Ora, isso prova algo a você — comentou Denny-Brown com evidente orgulho. — Seus nervos leprosos estão sendo destruídos por isquemia. *Algo* os faz inchar e a bainha do nervo [um revestimento de gordura protéica comparável ao isolamento ao redor de um fio] restringe o inchaço. O que acontece é que a pressão dentro da bainha aumenta tanto que suspende o suprimento de sangue e provoca isquemia. Como qualquer outro tecido, o nervo morre se ficar muito tempo sem receber suprimento de sangue.

Aquela tarde com Denny-Brown provou ser a consulta mais valiosa de toda a minha viagem de quatro meses à América do Norte. Eu já conhecia a isquemia anteriormente, pois a experimentara como um dos voluntários de Sir Thomas Lewis na faculdade de medicina. Lembrei-me da agonia que sentira quando a braçadeira da pressão sanguínea cortara todo o sangue que vinha de fora e meus músculos ficaram espasmódicos. De maneira irônica, justamente o mecanismo que me causara tanta dor estava fazendo agora o oposto em meus pacientes de lepra: destruía a sua sensibilidade à dor. Se tivesse mantido a braçadeira por muito tempo, horas em vez de minutos, eu também teria destruído os nervos de meu braço, levando à paralisia e perda de sensação.

Pela primeira vez tive uma explicação sensata do ataque da lepra sobre o nervo. Quando os bacilos da lepra invadem um nervo, o corpo reage com uma resposta clássica de inflamação, fazendo o nervo inchar. Os bacilos se multiplicam, o corpo envia reforços e em pouco tempo o nervo em expansão comprimirá sua bainha. Assim como as bainhas de aço de Denny-Brown haviam restringido o inchaço dos nervos do gato, a bainha do nervo invadido pela lepra age como constritor e eventualmente o nervo inchado corta o próprio suprimento de sangue e morre. Um nervo morto não transporta os sinais elétricos de sensação e movimento.

Enquanto eu olhava pela lente do microscópio no consultório abarrotado de Denny-Brown, algumas das últimas peças do quebra-cabeça da lepra se encaixaram. Durante séculos, a medicina se concentrara no dano visível que a lepra provocava nos dedos dos pés, das mãos e na face — daí o mito da "carne má". Meu trabalho com os pacientes, assim como a autópsia de Chingleput, me convenceu de que o verdadeiro problema estava em outra parte, no trajeto do nervo, mas até aquele momento eu não compreendera como os nervos eram destruídos. A explicação de isquemia dada por Denny-Brown resolveu o quebra-cabeça.[2]

Afinal eu enxergava um quadro geral da lepra como, principalmente, uma moléstia dos nervos. Os bacilos proliferam de fato em lugares frescos, como a testa e o nariz, provocando uma reação defensiva, mas esses invasores causam mais dano cosmético que outra coisa. Os sintomas verdadeiramente devastadores surgem quando os bacilos invadem os nervos perto da superfície da pele. Cada nervo importante é um condutor das fibras

motoras e sensoriais, e uma falha no nervo afeta ambas. Os axônios motores não mais transportam as mensagens do cérebro, e o músculo da mão, do pé ou da pálpebra fica paralisado; os axônios sensoriais não levam mais mensagens de toque, temperatura e dor, deixando o paciente vulnerável a ferimentos. Quando ele se fere, uma infecção quase sempre se instala e a reação do corpo pode causar destruição ou absorção do osso, resultando no encurtamento de dedos dos pés e das mãos.

Fiz um retrospecto do meu primeiro contato com as vítimas de lepra, os mendigos nas ruas de Vellore. Seus sintomas — cegueira, faces marcadas, mãos paralisadas, cotos em lugar dos dedos das mãos e dos pés, úlceras na parte inferior dos pés — certamente apontavam para uma enfermidade da pele e suas extremidades. Fora necessário muito tempo para que eu pudesse ser mais exato ao atribuir a culpa. Tinha agora a confirmação de que a origem cruel da maioria das terríveis deformidades e sintomas da lepra era a mesma: nervos destruídos.

OÁSIS

Voltei da viagem patrocinada pela Fundação Rockefeller armado com novas habilidades cirúrgicas e carregado de munição para as nossas teorias sobre a ausência de dor, mas também trouxera *co~* migo a grave noção de que estávamos por conta própria na Índia. Nenhum dos principais neuropatologistas jamais havia estudado nervos destruídos pela lepra, e dentre os renomados cirurgiões que visitara, só um já trabalhara com as vítimas da doença. Por falta de interesses de outros países *no* estudo da lepra, Vellore tornou-se então o posto avançado na campanha para reabilitação da lepra.

Faltava ainda ao nosso programa um elemento importante: um hospital completo para leprosos e um centro de pesquisas ativo, um antigo sonho de Bob Cochrane. No ano de minha viagem patrocinada pela Fundação Rockefeller, o governo estadual ofereceu um terreno de 256 acres numa área rural chamada Karigiri, a 22 quilômetros da faculdade de medicina. Lembro-me muito bem do desânimo que senti ao inspecionar pela primeira vez aquele pedaço de terra pedregoso e seco. Ventos quentes varriam a paisagem ressequida e, quando desci do jipe, eles me golpearam o rosto como o exaustor de um alto-forno. Ninguém na terra desejaria morar num lugar tão desolado, pensei. Os pacientes de lepra, entretanto, raramente gozam do luxo de uma escolha pessoal: os vizinhos impediram que comprássemos vários terrenos excelentes mais próximos da cidade. Aceitamos agradecidos a terra e começamos a trabalhar. Os planos incluíam um hospital de oitenta leitos, um laboratório de pesquisas bem-equipado e facilidade de treinamento.

Karigiri logo nomeou o dr. Ernest Fritschi para o posto de cirurgião-chefe e mais tarde para superintendente médico, escolhas sábias por motivos que estavam além de suas habilidades médicas. O pai de Fritschi, um missionário suíço e também agricultor, havia ensinado ao filho os princípios básicos de botânica e ecologia, e Ernest agora adotara a terra devastada de Karigiri como seu "paciente" mais desafiador. Ele construiu valetas, diques para controlar a erosão e a infiltração e aumentar o nível de água subterrâneo. Procurou plantas resistentes à seca para estabilizar o solo fraco. Plantou cerca de mil árvores por ano, cultivando as mudas em sua própria casa, transplantando-as cuidadosamente e irrigando-as com um tanque de água puxado por bois.

Karigiri gradualmente transformou-se. Eu visitava o local toda semana e a princípio os prédios branco-acinzentados do centro de pesquisa apareciam severos e altos contra o horizonte tremulante do deserto. Com o tempo, uma floresta verde e exuberante cresceu para proteger os prédios, diminuindo a temperatura do solo e domando a força dos ventos. Comecei a esperar minhas visitas como um alívio bem-vindo do calor da cidade. Os pássaros voltaram para Karigiri, cerca de cem espécies diferentes, e passei a carregar um par de binóculos na maleta quando visitava o lugar.

O trabalho de pesquisa em Karigiri manteve o mesmo ritmo dos aperfeiçoamentos físicos do local. Uma vez identificados os perigos que alguém insensível poderia encontrar, pudemos reduzir drasticamente o número de ferimentos. Equipes móveis eram enviadas todos os dias para educar os pacientes leprosos nas aldeias.

Enquanto isso, comecei a publicar artigos e a viajar pelo mundo, tentando comunicar o que havíamos aprendido sobre o tratamento da lepra. Médicos experientes no trabalho com a doença pareciam algumas vezes indiferentes e ocasionalmente hostis às nossas descobertas. Lembro-me de uma conversa com um médico obstinado, mais

velho, na Africa do Sul. Enquanto explicava minhas teorias, apontei para os grandes ferimentos na palma da mão de um de seus pacientes de lepra.

— Não há dúvida de que essas feridas foram provocadas por queimaduras — afirmei. — Ele provavelmente pegou uma panela de metal quente e não recebeu mensagens de dor para avisá-lo de que. deveria largá-la.

O médico irritou-se.

— Jovem, você está trabalhando com essa doença há menos de uma década. Tenho tratado dela toda a minha vida e *sei* que a lepra produz feridas na palma da mão.

Ele escarneceu da minha refutação. Para aquele homem, o diagnóstico era claro: a lepra formava um padrão previsível de destruição do tecido que tratamento algum poderia reverter.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a lepra como uma das cinco doenças de combate prioritário e começou a colocar milhões de dólares na área de pesquisa e tratamento, mas até a OMS mostrou pouco interesse na reabilitação. Uma vez que as drogas tivessem matado os bacilos ativos num paciente, a OMS o pronunciava curado. Os danos subsequentes aos olhos, mãos e pés eram lamentáveis, mas não lhes diziam respeito.

Em Karigiri argumentávamos que os pacientes de lepra tinham padrões de cura diferentes dos da OMS, e o ponto de vista desses pacientes em geral determina se o tratamento é ou não eficaz.

— Estamos tratando uma pessoa, e não uma doença — eu disse —, portanto, nossos programas devem incluir treinamento e reabilitação. Se alguém que está sendo medicado continua encontrando úlceras no pé, na mão e no olho, pode simplesmente deixar de ingerir as pílulas.

Meus pacientes consideravam a lepra em termos do dano evidente aos seus corpos, e não da contagem das bactérias vivas. A pessoa livre da lepra ativa que é deixada com as mãos e os pés aleijados, dificilmente pensa em si mesma como curada, por mais que a OMS ou qualquer médico afirme isso.

Finalmente, em 1957 um produtor italiano de filmes ajudou a promover o avanço que eu esperava. Cario Marconi, que na época morava em Bombaim, concordou em produzir um documentário sobre nosso trabalho, patrocinado pela Missão da Lepra em Londres. O resultado, *Lifted Hands* (Mãos Levantadas), descreve a história de um jovem aldeão abatido que nos procurou com as mãos defeituosas, em forma de garra, e depois de extensa cirurgia teve as mãos restauradas e ganhou uma nova perspectiva de vida. Marconi, um perfeccionista, passou várias semanas conosco, transformando nossa rotina em um verdadeiro caos, mas agradando os aldeãos que contratara como extras e assistentes.

Lifted Hands provou quase imediatamente o seu valor. Terminado na hora certa, o filme causou profunda impressão em uma conferência realizada em Tóquio, assistida por especialistas em lepra de 43 países. Eles finalmente pareceram compreender a importância de evitar e corrigir deformidades. Só um dissidente, um cientista rígido que insistiu em dados rigorosos, impediu o comitê de adotar uma nova política.

— Não temos prova da exatidão das afirmações do doutor Brand sobre o papel da insensibilidade como principal causa das deformações em pacientes de lepra — declarou ele. — Não devemos aceitar quaisquer resoluções sem uma completa investigação. De maneira irônica, esse dissidente provou ser decisivo em nossa campanha. Uma equipe investigativa. de cirurgiões de mãos, cientistas médicos importantes e leprologístas apareceram em Vellore para o inquérito. Felizmente, nós havíamos mantido registros meticulosos de cada um de *nossos* pacientes cirúrgicos. Seguíamos um procedimento sistemático de ditar dezenove parágrafos descritivos para cada operação (o primeiro parágrafo trazia informações sobre o local externo antes do procedimento; o segundo sobre a preparação da pele; o terceiro sobre a anestesia; o quarto sobre a incisão, e assim por diante). Além disso, havíamos feito um registro fotográfico completo de cada mão para demonstrar a escala progressiva de movimento e flexibilidade: seis fotos eram tiradas antes da cirurgia, seis fotos após a cirurgia, seis fotos depois da fisioterapia pós-operatória, e outras fotos de acompanhamento eram tiradas após os intervalos de um e cinco anos. Abrimos

todos esses arquivos para os especialistas e permitimos também que examinassem nossos pacientes mais antigos.

Pela primeira vez tínhamos reunido os cirurgiões mais qualificados do mundo e especialistas em lepra numa mesma sala, concentrados nas mesmas questões médicas. A combinação mostrou-se explosiva. Os cirurgiões de mão ficaram entusiasmados com nosso índice de sucesso na cura e prevenção de ferimentos. O grupo inteiro apreendeu a ideia de reabilitação que nos motivara desde os primeiros dias na clínica de mãos com paredes de barro. Com grande entusiasmo, esse comitê expediu um relatório oficial endossando nossa abordagem à reabilitação. Logo depois a OMS contratou-me como consultor, e Karigiri tornou-se um ponto de visitas regulares para os especialistas internacionais em lepra e para todos os novos estagiários patrocinados pela OMS.

De fato, nos anos que se seguiram, cirurgiões e fisioterapeutas de mais de trinta países visitaram a pequenina cidade no deserto do Sul da Índia. Eles podiam estudar medicina e epidemiologia em outras partes, mas nenhum outro lugar oferecia experiência prática em cirurgia e reabilitação de pacientes de lepra como aquele. Em minhas visitas semanais a Karigiri, eu costumava jantar na sala de hóspedes, onde me juntava a funcionários da área de saúde de talvez uma dúzia de países. O sonho original de Bob Cochrane, um centro de treinamento internacional em Karigiri, estava finalmente sendo concretizado.

RESTAURAÇÃO

Para os que conheceram Karigiri nos primeiros dias, o que aconteceu no deserto parecia um milagre da natureza, um oásis de beleza e uma nova esperança brotando num cenário de morte. Vi nessa transformação uma metáfora do que esperávamos realizar em nossos pacientes. Estávamos tentando remodelar a vida de seres humanos, muitos dos quais nos procuraram despojados de qualquer esperança. O cuidado amoroso poderia fazer por eles o que estava fazendo para a terra? Em poucos anos a metáfora aproximou-se mais da realidade.

Minha mãe, Vovó Brand, continuava ativa nas montanhas e nos trouxe um de seus casos mais desafiadores. Duas ou três vezes por ano ela aparecia depois de uma viagem de 24 horas a cavalo, ônibus e trem com um espécime miserável de humanidade a reboque, geralmente um mendigo faminto com membros severamente paralisados, sem alguns dedos e com feridas abertas nas mãos e nos pés. Eu explicava a ela que não tínhamos leitos vazios e que era preciso escolher cuidadosamente nossos pacientes com base em quem mostrava ter o maior potencial de recuperação. Minha mãe sorria docemente e replicava:

— Eu sei, Paul. Mas faça isso só desta vez, para a sua velha mãe. Ore também sobre o que Jesus gostaria que você fizesse.

Como sempre ela ganhava a discussão.

O elaborado tratamento de Karigiri muitas vezes ia para "zés-ninguém" como esses. Nossa equipe —- grande parte da qual havíamos contratado nas aldeias locais — não recuava nem virava o rosto. Medo e superstição haviam desaparecido ao compreenderem a natureza do mal. Eles ouviam sem revolta e sem medo as histórias dos novos pacientes. Usavam a magia do toque humano. Um ou dois anos mais tarde eu via esses pacientes, como Lázaro, saírem do hospital e voltarem orgulhosamente para casa ou para o Centro Nova Vida, a fim de aprender um ofício. Uma doação da Cruz Vermelha sueca em pouco tempo tornou possível a instalação de uma fábrica de tamanho médio, especialmente destinada a empregar trabalhadores com lepra, pólio e outras doenças incapacitantes.

A medida que o conhecimento sobre a lepra se espalhou e as barreiras do estigma caíram, tivemos sucesso ocasional em restaurar os pacientes de lepra à posição social que ocupavam anteriormente . Vijay, um promotor de Calcutá, foi um de nossos pacientes menos típicos por pertencer a uma casta superior. Ele gozara de uma carreira bem-sucedida no tribunal até o dia em que descobriu sinais de lepra. Procurou conselho médico e licenciou-se durante vários meses para submeter-se a tratamento intensivo com sulfonas. Em pouco tempo a infecção estava sob controle e Vijay recebeu um certificado de negatividade. Embora não oferecesse mais

qualquer risco, os outros advogados do tribunal prepararam uma petição para impedi-lo definitivamente de exercer sua profissão. Mãos em garra seriam uma desgraça no tribunal, protestaram eles.

Vijay telegrafou-me desesperado e insisti para que viesse imediatamente ao hospital. Ele voou até Madras e tomou um trem para Karigiri.

— A audiência do tribunal que decidirá o meu futuro será daqui a cinco semanas — disse ele. — Preciso ter mãos novas até lá.

Eu nunca operara as duas mãos de um paciente ao mesmo tempo — sempre deixávamos uma das mãos livre para comer e realizar outras coisas essenciais ——, mas o caso de Vijay era diferente. Operamos todos os seus dedos e os polegares das duas mãos ao mesmo tempo, enfaixamos e colocamos em talas de gesso. Sem poder usar nenhuma das mãos, ele tinha de ser alimentado e vestido pelas enfermeiras e ajudantes. Três semanas mais tarde removemos as talas e fizemos com ele um curso acelerado de fisioterapia. No último dia do prazo final de cinco semanas, levamos Vijay até a estação de trem — praticando os exercícios com os dedos o tempo todo — para sua viagem até o aeroporto de Madras.

Vijay tinha talento para fazer drama no tribunal. Na audiência, *como* ele me contou depois, manteve as mãos escondidas até que todas as reclamações fossem feitas. Quando chegou sua vez, falou demoradamente sobre o preconceito daqueles que olhavam para um defeito físico como algo que pudesse diminuir a dignidade da corte. Esperou até o último parágrafo para mencionar seu caso.

— Quanto à minha situação, meus acusadores se queixaram de minhas mãos deformadas. Pergunto a esta corte, a que deformidades estão aludindo?

Retirou as mãos dos bolsos e as levantou, com os dedos esticados, não revelando qualquer sinal de garra. Os advogados acusadores se aproximaram surpresos. O caso foi encerrado.

Na década seguinte, enquanto eu trabalhava com pacientes como Vijay nas novas e ampliadas instalações em Karigiri, compreendi que nunca tivera um sentimento tão grande de satisfação pessoal. De modo inesperado, o trabalho com a lepra havia unido todos os vetores sem rumo de minha vida. Todas as cirurgias que desejasse fazer estavam ao meu alcance, tinha um excelente laboratório no qual poderia conduzir pesquisas e até contava com a oportunidade de voltar no tempo e ressuscitar habilidades dos meus dias de construtor. Lembro-me de ter sentido um intenso *déjà vu* enquanto estava sentado com uma dúzia de rapazes no Centro Nova Vida, supervisionando-os quanto à maneira de usar na carpintaria suas mãos reconstruídas. Senti-me subitamente transportado para minha banca de trabalho sob a orientação do supervisor. Tive uma sensação aguda, divina, da mão de Deus dirigindo meus passos, levando-me a caminhos que antes julgara serem becos sem saída.

O processo de acompanhamento dos pacientes durante o ciclo de reabilitação desafiou, em última análise, minha abordagem da medicina. Em algum ponto, talvez na escola de medicina, os medicos adquirem uma atitude muito parecida com arrogância: — Você veio bem na hora. Conte comigo, acredito que posso salvá-lo.

O trabalho em Karigiri removia essa arrogância. Não podíamos "salvar" os pacientes de lepra: apenas deter a doença e reparar parte dos danos. Mas todo paciente tratado precisava voltar e, lutando contra desvantagens esmagadoras, tentar construir uma nova vida. Comecei a ver minha principal contribuição como algo que não estudara na escola de medicina: juntar-me a meus pacientes na qualidade de parceiro na tarefa de restaurar a dignidade de um espírito alquebrado. Este é o verdadeiro significado da reabilitação.

Cada um de nossos pacientes estava interpretando um papel importante num drama pessoal de recuperação. O rearranjo mecânico de músculos, tendões e ossos realizado por meio de cirurgias era apenas um passo na reconstrução de uma vida danificada. O espinhoso caminho da recuperação tinha de ser percorrido pelos próprios pacientes.

Notas

[1] Anos depois, quando me mudei para os Estados Unidos, aprendi o peculiar costume norte-americano de referir-se a um problema utilizando um nome mais sutil. Em algumas ocasiões eu usarei o termo mal de Hansen para evitar cometer ofensas (embora eu tenha a impressão de que quando estou dando uma palestra e utilizo o termo, quase sempre recebo olhares confusos; então eu paro e explico que estou me referindo à lepra, a audiência compreende e o interesse aumenta). Mas eu acredito que o estigma que envolve a lepra não está tão relacionado à denominação, e sim à doença em si e às concepções erradas que a cercam. Alguns países, como o Brasil, por exemplo, descobriram que dissociar o nome da doença, da palavra estigmatizada, não diminui o preconceito social. Eu prefiro modificar o estigma ensinando as pessoas sobre a realidade da doença provocada pelo organismo *Mycobacterium leprae:* informando que a maioria dos indivíduos tem imunidade incorporada, que a doença pode ser facilmente tratada e que, com os cuidados apropriados, não ocorrem complicações mais sérias. Na Índia, os nomes em tamil e hindi para a lepra também carregam um estigma pesado, mas nos lugares onde programas de reabilitação têm surtido efeito, o estigma desapareceu sem haver a mudança de nome.

[2] Anos mais tarde, o dr. Tom Swift identificou outra causa menos comum da paralisia que às vezes ocorre quando a lepra invade diretamente os nervos e destrói o revestimento de mielina das fibras.

A dor possuí um elemento em branco;
Não pode lembrar
Quando começou, ou se houve
Um dia em que não estivesse presente.
Não tem outro futuro, senão ela mesma,
Suas infinitas esferas contêm
Seu passado, instruído para perceber
Novos períodos de dor.
EMILYDICKJNSON

12 Ao pântano

Em 1965, após quase vinte anos na Índia, tomamos a difícil decisão de nos mudar. Pessoal indiano habilitado havia assumido o controle da maioria das áreas do trabalho com a lepra, e, como eu passava vários meses por ano viajando pelo exterior, meus laços em Karigiri haviam começado a afrouxar. A família Brand incluía agora seis filhos, alguns perto de frequentar a faculdade, e parecia uma boa ocasião para uma mudança. Voltamos para a Inglaterra esperando fazer do país nossa casa permanente.

Esses planos mudaram quando uma turnê de palestras levou-me de volta a Carville, Louisiana, onde dessa vez tive uma recepção mais cordial. O dr. Edgar Johnwick, diretor do hospital de lepra, ouvia fascinado enquanto eu descrevia o programa de tratamento e recuperação realizado em Karigiri. Devo ter estimulado seus instintos competitivos de americano, pois me chamou de lado naquela tarde.

— E evidente que seus pacientes na Índia participam de um programa de reabilitação melhor do que os nossos pacientes nos Estados Unidos — disse ele com manifesta preocupação. — Como membro do Serviço de Saúde Pública Norte-Americano, não posso aceitar isso. Você não gostaria de vir para cá e estabelecer um programa similar?

Minha esposa e eu, súditos britânicos que havíamos servido na Índia, relutamos ante a ideia de introduzir uma terceira cultura na vida de nossos filhos. O dr. Johnwíck, porém, provou ser o mais persuasivo dos vendedores. Carville criaria uma posição em oftalmologia para Margaret, prometeu ele, e o SSPNA apoiaria totalmente o meu trabalho como consultor em outros países. — E o mínimo que podemos fazer — afirmou, depois de alguns telefonemas para Washington pedindo autorização.

Falei num gravador durante meia hora, descrevendo as oportunidades em Carville e minhas impressões da região pantanosa da Louisiana e enviei a fita para Londres. Quando receberam meu registro, Margaret e nossos seis filhos ficaram sentados ouvindo e repetindo a fita, assim como procurando Carville num mapa. (O hospital fica ao longo de um cotovelo do rio Mississipi, aproximadamente a um terço da distância de Baton Rouge a Nova Orleans.) Todos os filhos tiveram direito de voto, e os seis votaram que a família deveria mudar-se para a América, embora nossa filha mais velha, Jean, decidisse permanecer em Londres para terminar a escola de enfermagem.

Em janeiro de 1966 a família Brand entrou no mundo estranho da cozinha crioula, política ao estilo Huey Long e lendas sobre as embarcações fluviais, quando nos mudamos para uma casa de madeira nos terrenos do hospital ao lado do dique do rio Mississipi. A imersão numa nova cultura exigiu vários ajustes. Por algum tempo, Margaret e eu resistimos aos pedidos de uma televisão para a família, mas finalmente cedemos à enorme pressão *{Somos as únicas pessoas na América sem televisão!)* e compramos um aparelho em preto-e-branco. Nossos filhos, acostumados às escolas britânicas em que os alunos ficam de pé quando o professor entra na classe ou fala com eles, se chocaram com o comportamento casual dos estudantes americanos. Ao frequentarem uma escola no sul dos Estados Unidos em fins da década de 1960, eles também se viram envoltos num turbilhão de questões de

direito civil.

EXCLUÍDOS

Nossa família, no entanto, estava mais acostumada com um tipo diferente de preconceito. O hospital Carville tinha sido administrado inicialmente por uma ordem de freiras como um porto seguro para pacientes sitiados de Nova Orleans. Mais tarde, sob a administração estadual e depois federal, ele passou por um longo período de tratamento discriminativo dos pacientes de lepra, e nossos filhos ficaram surpresos ao descobrir que a política oficial era menos esclarecida do que aquela que haviam conhecido na Índia. Até a década de 1950, os pacientes chegavam acorrentados ao hospital. Toda a correspondência expedida pelos pacientes do hospital tinha de passar por um esterilizador, uma prática absurda e clinicamente inútil à qual a administração do hospital se opunha há muito, mas que a burocracia de Washington ainda não havia modificado.[1] O hospital possuía também regras que proibiam os pacientes de visitar a casa dos funcionários e que baniam crianças menores de dezesseis anos das áreas reservadas aos pacientes. Nossos filhos conseguiram quebrar essas duas normas.

Minha filha Mary se recusou a fazer sua recepção de casamento no velho salão de cultivo de Carville porque os pacientes não seriam admitidos no edifício. Outra filha, Estelle, acabou casando-se com um ex-paciente e mudando-se para o Havaí. Minha filha mais moça, Pauline, usou uma abordagem diferente, preferindo divertir-se com o medo exagerado que a maioria das pessoas tem da doença. Carville era bem conhecido na região da Louisiana, e os turistas algumas vezes passavam pela cerca do hospital, torcendo o pescoço para ver os "leprosos" lá dentro. Pauline ficava junto à cerca até ver um carro diminuir a marcha, então apertava os dedos, torcia o rosto e fazia o máximo para representar o estereótipo, na esperança de afugentar os curiosos.

Os veteranos de Carville nos regalavam com histórias do passado sombrio do hospital. O estigma da lepra imposto sobre o hospital era tão grande que muitos pacientes haviam adotado novos nomes a fim de proteger suas famílias do lado de fora. (Ouvi histórias sobre a falecida "Ann Page", que tomou emprestado o nome de uma mercearia local.) Durante um longo tempo foi negado aos pacientes de lepra, assim como aos criminosos, o direito de votar. Eram também solicitados a mergulhai o dinheiro do bolso em um desinfetante antes de gastá-lo.

— Este lugar costumava parecer uma prisão — contou-me um paciente. — Como muitas dessas pessoas, eu tinha mulher e filhos. Naquela época a lepra era um motivo legal para obter divórcio e encarceramento. Um dia o delegado apareceu e me enviou a Carville. Eu poderia ter escapado por baixo do arame, suponho. Mas aqueles que fugissem de Carville arriscavam-se a cumprir pena, e é difícil para um leproso esconder-se.

Graças à soberba administração do dr. Johnwick, porém, o moderno Carville estava emergindo do seu passado sombrio. As leis de quarentena para a lepra haviam sido abolidas. O arame farpado em volta do terreno do hospital fora removido e passeios eram oferecidos a visitantes três vezes por dia. Johnwick morreu de um ataque cardíaco repentino pouco antes de nossa chegada, mas suas reformas humanas estavam bem adiantadas, e as últimas barreiras discriminativas logo caíram.

Eu gostava do ambiente de Carville: longas fileiras de carvalhos envoltos em musgo espanhol, cavalos e gado pastando nos campos cobertos de grama e flores cor-de-ouro. Com a bandeira amarela da quarentena abaixada, Carville era agora um lugar atraente para os pacientes viverem. Eles tinham quartos individuais, um campo de *softball,* um lago cheio de peixes e um campo de golfe com nove buracos. Podiam percorrer a plantação de quatrocentos acres, passear pelo dique e até tomar uma balsa para atravessar o rio e visitar um café.

Um lugar agradável, cama e mesa gratuitas, excelentes cuidados de saúde, recreação e entretenimento patrocinados pelo governo, prédios com ar-condicionado — o nível de conforto de meus pacientes nessa plantação excedia de longe tudo que eu conhecera na Índia. A lepra, entretanto, encontra um meio de impor seu padrão peculiar de destruição sem levar em conta o cenário.

Quando cheguei a Carville em 1966, o paciente mais famoso do hospital era um homem chamado Stanley Stein. Nascido em 1899, era mais velho do que o século, embora as cicatrizes de lepra em seu rosto tornassem difícil calcular a sua idade. Stanley era um homem distinto, sofisticado, que cogitara fazer carreira no teatro antes de

tornar-se farmacêutico. Aos 31 anos foi diagnosticado como leproso e enviado às pressas para Carville, onde passou o resto da sua vida. Ele escreveu uma autobiografia pungente, *Alone No Longer [Não mais solitário]* e fundou o *The Star [A estrela],* um jornal dos pacientes que atraiu assinantes de todas as partes do mundo. Stanley foi quem me contou muitas das histórias do passado de Carville.

Quando o conheci, Stanley perdera todo o contato sensorial das mãos e dos pés e havia ficado cego recentemente. Cicatrizes e úlceras cobriam suas mãos, face e pés, oferecendo um testemunho mudo do abuso involuntário que seu corpo suportara pelo fato de não sentir dor.

Stanley contou-me que quando seus olhos começaram a ficar secos ele procurou alívio cobrindo-os com compressas molhadas. Ficava de pé junto à pia e deixava a água correr até que achasse ter chegado à temperatura apropriada. Infelizmente perdera as sensações e não podia avaliar a temperatura, algumas vezes escaldava as mãos e o rosto, resultando em cicatrizes e mais deformidades.

A cegueira complicou muito a vida de Stanley, e cada vez mais ele simplesmente não saía do quarto. Conseguiu manter suas responsabilidades com o *The Star* fazendo alguém ler os artigos para ele e usando um ditafone para escrever. Stanley era um homem inteligente, e eu gostava de visitá-lo. Sensível à minha mais leve inflexão de voz, percebia rapidamente o significado por trás do que eu dizia. Questionou-me sobre atitudes em relação à doença nos diferentes países e queria ser informado de quaisquer novos avanços no tratamento da lepra.

A medida que a doença progredia no corpo de Stanley, entretanto, os bacilos desenvolveram uma resistência às nossas melhores drogas, e seus médicos tiveram de recorrer à estreptomicina, um poderoso antibiótico que tem o efeito colateral de causar a destruição do nervo auditivo. Tragicamente, Stanley Stein começou a perder a audição, seu último elo com o mundo exterior. Ele não podia mais ouvir noticiários nem livros recitados. A conversa com os amigos tornou-se extremamente difícil.

Ao contrário de Helen Keller, Stanley não podia sequer usar a linguagem de sinais táteis, pois a lepra danificara seu sentido do toque. Lembro-me de ter entrado no quarto de Stanley, desejando tornar conhecida minha presença. Ele não podia ver-me e era tão insensível ao toque que eu tinha de agarrar sua *mão* e sacudi-la vigorosamente para que sentisse qualquer coisa. Seu rosto iluminava-se quando percebia que tinha um visitante e procurava inutilmente no criado-mudo o seu aparelho auditivo. Eu o encontrava para ele e depois gritava bem perto do aparelho, e por algum tempo ainda pudemos nos comunicar. Mas em pouco tempo a surdez prevaleceu.

Uma visita a Stanley durante os últimos meses de sua vida era quase insuportável. Incapaz de ver, ouvir e sentir, ele acordava desorientado. Estendia a mão e não sabia o que estava tocando, falava sem saber se alguém o ouvia ou respondia. Certa vez eu o encontrei sentado numa cadeira resmungando para si mesmo em tom monótono:

— Não sei onde estou. Alguém está aqui no quarto comigo? Não sei quem você é e meus pensamentos ficam girando. Não consigo ter novas idéias.

A absoluta solidão de Stanley Stein me perseguia. "A solidão aguda", escreveu Rollo May, "parece ser o pior tipo de ansiedade que o ser humano pode sofrer. Os pacientes nos dizem com frequência que a dor corrói fisicamente o seu peito, ou parece o corte de uma lâmina na região do coração". Por falta de dor, Stanley Stein sofreu uma dor ainda maior. Seu cérebro, com toda a sua vivacidade, inteligência e erudição, continuava intacto. Os caminhos para o cérebro, porém haviam secado, um a um os nervos principais morreram. Até mesmo o olfato desapareceu quando a lepra invadiu o revestimento do nariz de Stanley. Exceto pelo paladar, todas as entradas do mundo exterior estavam agora bloqueadas, e a caixa de marfim que fora a armadura da mente tornou-se a sua prisão.

Com todos os recursos do Serviço de Saúde Pública Norte-americano à nossa disposição, podíamos fazer pouca coisa além de tornar os últimos dias de Stanley Stein tão confortáveis quanto possível Ele morreu em 1967.

NOVAS FERRAMENTAS

Cheguei aos Estados Unidos numa época propícia para a pesquisa científica. O governo financiou generosamente programas médicos mesmo quando, em nosso caso, beneficiavam principalmente pessoas em outros lugares. (A

população leprosa registrada nos ' Estados Unidos era — e continua sendo — cerca de seis mil.) Car-ville tinha praticamente tantos funcionários quanto pacientes, e conseguimos obter equipamento para pesquisa que teria parecido excessivo na Índia. Por exemplo, eu logo ouvi falar de uma tecnologia fascinante, a termografia, que se mostrou promissora para aplicações médicas, e encomendei uma unidade de quarenta mil dólares para a nossa clínica. O termógrafo era uma máquina complexa para medir a temperatura.

Na Índia havíamos reconhecido a importância de monitorar a temperatura dos pés e das mãos dos pacientes. Insensíveis à dor, eles geralmente não sabem quando danificaram o tecido abaixo da superfície, mas o corpo reage enviando um suprimento maior de sangue para a área prejudicada. Um ponto de infecção no pé, por exemplo, requer de três a quatro vezes o suprimento normal de sangue a fim de curar a ferida e controlar a infecção. Eu treinara minha mão para detectar esses "pontos quentes", de modo que aprendi a perceber uma mudança de temperatura tão pequena quanto um grau e meio Celsius e algumas vezes um grau e um quarto. Caso sentisse um ponto quente no pé de um paciente, sabia que provavelmente indicava infecção e mantinha-me então vigilante. Se a temperatura alta persistisse, tirava uma radiografia para ver se o osso encoberto tinha rachado.

Agora, no termograma do monitor ou numa folha impressa, eu podia ver um pé inteiro de uma vez, mostrando variações de temperatura tão pequenas quanto um quarto de grau. As áreas frias da pele apareciam como verdes ou azuis, as mais quentes eram violeta, laranja ou vermelhas; as mais quentes de todas brilhavam com a cor amarela ou branca. O termógrafo era fascinante e divertido de operar porque produzia mapas coloridos da mão e do pé. Experimentamos a máquina durante meses antes de compreender seu verdadeiro potencial: a exatidão do termógrafo permitia detectarmos problemas num estágio tão inicial que ajudava a compensar a perda da dor.

De modo geral, no instante em que um pé entra em contato com uma tacha de metal e começa a fazer pressão sobre ela, os terminais de dor gritam, impedindo que a pessoa venha a machu-car-se seriamente. Meus pacientes de lepra, por faltar-lhes esse sistema de alarme, continuariam andando e enterrariam a tacha no pé, um problema que havíamos aprendido a contornar tratando agressivamente e rápido esses ferimentos visíveis. Muito mais difícil era o dano causado por feridas de pressão: estas se desenvolviam sob a superfície e só se abriam em úlcera num estágio posterior. O termógrafo nos oferecia, pela primeira vez, a capacidade de espreitar sob a pele e observar tal inflamação antes que ela fosse exposta na superfície da pele. Podíamos agora verdadeiramente *prevenir* as úlceras, detendo mais cedo a rachadura do tecido.

Se o termógrafo revelasse um ponto quente na mão ou no pé, podíamos imobilizar o membro por alguns dias, ou pelo menos reduzir o peso a ser suportado, a fim de proteger o paciente de maiores danos e curar o problema incipiente. Comparado a um sistema sadio de dor, é claro que o termógrafo *high-tech* era bastante rústico, pois detectava o problema após o fato, e não antes (a beleza da dor é que ela permite que você saiba a hora em que está se machucando). Não obstante, ele nos deu uma nova precisão para monitorar problemas em potencial. Comecei a pedir que *os* pacientes de Carville comparecessem regularmente para exames de mãos e de pés com o termógrafo.[2]

Os primeiros meses dessas clínicas foram frustrantes. Lembro-me de minha primeira sessão de termógrafo com José, um paciente *com* certificado negativo que viera da Califórnia para ser monitorado a cada seis meses. Os dedos dos pés de José haviam encolhido como resultado da absorção do osso, e feridas causadas por pressão impediam que a infecção fosse eliminada. Todavia, ele teimosamente recusava usar sapatos ortopédicos.

— São feios demais — declarou.

José tinha um rosto limpo, sem marcas, e ninguém suspeitava de que fosse leproso.

— Tenho um bom trabalho vendendo móveis. Se usar sapatos feios, alguém pode suspeitar de que tenho alguma doença e então perderei o emprego.

Eu tinha esperança de que o termógrafo pudesse persuadir José a engolir o orgulho. Ele nunca levara muito a sério nossas advertências porque seu pé parecia ótimo por fora. Agora, com o termógrafo, eu iria mostrar a José exatamente onde a inflamação estava em desenvolvimento.

— Olhe para o ponto branco quente no dedo menor. Está vendo onde o seu sapato estreito aperta demais?

Ele assentiu e senti-me encorajado. Examinamos juntos o pé. — Você não pode ver nada ainda e não sente dor. Mas essa cor branca é um grave sinal de problemas sob a superfície. Você vai ter uma ferida muito em breve, e pode perder esse dedo se não fizer alguma coisa.

José ouviu cortesmente, mas continuou recusando-se a usar os sapatos ortopédicos.

— Está bem então — eu disse —, vá comprar sapatos novos de que goste. Compre um número maior do que o atual e colocarei protetores macios nos lugares em que há pressão, isso distribuirá o estresse.

Ele concordou com esse plano, mas quando deixou Carville, não acreditei que fosse realmente usar os sapatos novos.

Estava certo; seis meses mais tarde José voltou com uma ferida aberta no dedo menor. O dedo encolhera visivelmente, e as radiografias revelaram absorção progressiva do osso devido à infecção crônica. José recebeu as notícias com ar despreocupado. Como seus pés não doíam, ele os ignorava. Nada do que eu disse o convenceu a se preocupar. Durante os anos que se seguiram, observei com um sentimento de total impotência enquanto José permitia que outros ossos de seus dedos do pé fossem absorvidos. Ele acabou com dois tocos grandemente encurtados, com pequenas protuberâncias no lugar dos dedos, unicamente por recusar-se a usar sapatos diferentes. O termógrafo podia fazer-nos uma advertência visual, mas à qual faltava a compulsão da dor.

Encontrei também resistência inicial por parte da Federação dos Pacientes, cujos líderes objetaram a qualquer investigação que pudesse ameaçar o emprego dos pacientes. Uma das primeiras investigações com o termógrafo revelou um ponto quente de infecção no polegar de um doente. Depois de questioná-lo, soube que seu trabalho incluía podar a grama com um cortador.

— Você precisa parar com isso durante algum tempo, até que esta inflamação desapareça— adverti-o.

O homem prontamente informou a Federação dos Pacientes sobre a nossa conversa. Nem ele nem a Federação conseguiam compreender a razão de me preocupar com um dedo que não parecia estar machucado e não doía.

Com o decorrer do tempo, entretanto, o termógrafo provou o seu valor. Nossa clínica trabalhou com a Federação de Pacientes para encontrar empregos substitutos para os pacientes em perigo e começamos a ver uma grande redução nas úlceras e infecções crônicas. Nosso investimento na máquina foi altamente compensado.[3]

GRITOS E SUSSURROS

Graças a doações generosas do governo, admitimos mais nove membros na equipe do departamento de reabilitação em Carville. Trabalhando em conjunto, engenheiros, cientistas, peritos em computação e biólogos investigaram profundamente todos os aspectos dos perigos resultantes da insensibilidade à dor. Na maioria dos casos, como acontecera com o termógrafo, não estávamos abrindo novas frentes, mas apenas acrescentando sofisticação e precisão aos princípios aprendidos na Índia.

Aos poucos, surgiu uma nova compreensão de como a dor protege os membros normais, e comecei a considerar a ausência de dor como uma das maiores maldições que pode recair sobre o ser humano. Na Índia havíamos confiado principalmente em pistas visuais — feridas causadas por uma lâmpada, mordidas de rato —, enquanto em Carville as ferramentas à nossa disposição nos permitiam resolver os mistérios mais obscuros do rompimento de tecidos. Passei a ter uma sensação sempre crescente de reverência e gratidão pelas maneiras extraordinárias com que a dor protege diariamente cada indivíduo sadio. Nossa pesquisa confirmou que há pelo menos três modos básicos em que o perigo se apresenta constantemente a uma pessoa insensível à dor: ferimento direto, estresse constante e estresse repetitivo.

Ferimento direto

Muitos ferimentos diretos já eram conhecidos quando chegamos a Carville, pois os havíamos detectado extensamente no Centro Nova Vida, em Vellore. Reconheci os dedos dos fumantes pela "ferida do beijo" e os dedos dos cozinheiros pelas marcas de queimaduras das panelas. Alguns ferimentos em Carville eram novos para mim. Por exemplo, minha esposa, Margaret, tratou de uma mulher chamada Alma que se machucara usando um lápis de sobrancelha. Ela perdera as sobrancelhas e cílios devido à invasão de bacilos de lepra. Todos os dias, Alma pintava as duas áreas com rímel, mas pelo fato de sua mão e olho serem insensíveis, ela muitas vezes ultrapassava a margem da pálpebra e feria o pigmento do olho. Margaret advertiu-a seriamente de que em breve iria prejudicar irreversivelmente os olhos. Alma ignorou todas as advertências e um dia explicou a razão.

— Você não compreende — disse. — E mais importante para mim como o mundo me vê do que como eu vejo o mundo.

Como cirurgião de mãos, fui chamado para tratar uma fila constante de ferimentos diretos. A. E. Needham, um biólogo britânico, calcula que uma pessoa normal sofre um pequeno ferimento por semana, ou cerca de quatro mil durante a sua vida. Os dedos e polegares são responsáveis por 95 por cento desses ferimentos: cortes com papel, queimaduras de cigarro, espinhos, estilhaços. Os pacientes de lepra, sem a proteção da dor, sofrem ferimentos com uma frequência muito maior e, por continuarem usando a mão afetada, isso geralmente resulta em danos graves. Pelo menos 90 por *cento* das *mãos* insensíveis que examino *mostram* cicatrizes e sinais de deformidade ou dano.

Os ferimentos diretos eram relativamente fáceis de tratar. Os pacientes os compreendiam porque podiam ver o machucado. Tínhamos simplesmente de manter o dedo numa tala até que sarasse e depois, como fazíamos no Centro Nova Vida, ensinar aos pacientes a necessidade de constante vigilância. Insistíamos em que se responsabilizassem pelas partes do corpo que não podiam sentir, confiando nos outros sentidos para ajudá-los.

— Teste a água do banho com um termómetro — eu advertia. — E nunca pegue o cabo de uma ferramenta sem olhar primeiro se há uma beirada que possa feri-lo ou uma lasca que possa penetrar em você.

Colamos cartazes ilustrando os perigos mais comuns.

A incidência de ferimentos diretos em Carville começou a diminuir, especialmente à medida que confiávamos em instrumentos como o termógrafo para monitorar o início dos problemas sob a pele. O fato de os pacientes melhorarem nos cuidados aos ferimentos foi também importante. Uma ferida no pé vai sarar se o paciente cuidar dela. Se, porém, ele continuar andando com o pé machucado, pode haver infecção e ela se espalhará pelo pé, destruindo ossos e juntas, tornando a amputação inevitável. Nos seis anos anteriores à nossa campanha contra os ferimentos, 27 amputações foram realizadas em Carville; nos anos seguintes, o número foi zero.

Estresse constante

Um outro problema era muito mais difícil de descobrir. A pele humana é resistente: geralmente é necessária uma pressão considerável para penetrar a pele e causar dano. Mas uma pressão constante, não-interrompida, mesmo que seja pequena, pode causar dano. Aperte um pedaço de vidro contra a ponta do dedo e ela ficará branca. Segure-o no lugar por algumas horas e a pele, privada do suprimento de sangue, morrerá.

O indivíduo sadio pode sentir o perigo crescente do estresse constante. A princípio o dedo da mão ou do pé sente-se perfeitamente confortável. Depois de talvez uma hora, um sentimento de irritação se estabelece seguido de dor leve. Finalmente, a dor intolerável intervém pouco antes do ponto de dano real. Posso observar esse ciclo em andamento sempre que vou a um banquete. A culpa é da moda: quando as mulheres se vestem para ocasiões especiais, elas se deixam fascinar pelos desenhistas de calçados que favorecem sapatos estreitos, pontudos e saltos altos. Olho por debaixo da mesa depois de uma hora ou duas de jantar e discursos e observo que metade das mulheres tirou seus sapatos elegantes; elas estão dando aos pés alguns minutos de circulação desimpedida antes de sujeitá-los a um novo período privados de sangue.[4]

Aprendi muito sobre o estresse constante por meio de um porco amigável chamado Sherman, que se mostrou um

objeto ideal para nossas experiências porque a pele do porco tem propriedades similares às da pele humana. Anestesiávamos Sherman e o colocávamos num meio-molde de gesso para mante-lo imóvel. Aplicávamos a seguir uma pressão bem leve em determinados pontos nas suas costas. Um pistão cilíndrico mantinha a pressão num nível baixo, mas constante, durante um período de cinco a sete horas. Os termogramas subsequentes mostravam claramente que essa pressão bem leve causava inflamação na pele e debaixo dela. O lugar da pressão ficava vermelho, e o pêlo não mais crescia ali. Se mantivéssemos por mais tempo a pressão, uma ferida surgiria nas costas de Sherman.

Tenho muitas fotos dos pontos de pressão nas costas de Sherman, que ilustram perfeitamente o processo das escaras provocadas pela permanência prolongada na cama, a perdição dos hospitais modernos. Tratei muitas escaras, e algumas são tão horríveis quanto qualquer ferida de superfície que podemos encontrar num hospital de campo de batalha. Todas as escaras têm a mesma causa: estresse constante. Uma pessoa paralisada ou insensível tende a ficar deitada no mesmo lugar hora após hora, cortando o suprimento de sangue, e depois de cerca de quatro horas de pressão contínua, o tecido começa a morrer. As pessoas com um sistema nervoso em boas condições não ficam com escaras. Um fluxo permanente de mensagens silenciosas da rede de dor manterá um corpo ativo debatendo-se no leito, redistribuindo o estresse entre as células do corpo. Se essas mensagens silenciosas forem ignoradas, a região atingida enviará um grito mais alto de dor que força o indivíduo a mudar as nádegas de posição ou a virar-se na cama para aliviar a pressão.

(Noto um padrão claro sempre que dou uma palestra. Enquanto consigo manter a atenção da audiência, vejo muito menos inquietação. Todos estão ouvindo atentamente minhas palavras e, portanto, silenciando ou ignorando essas mensagens sutis de desconforto. Porém, no momento em que minha palestra começa a cansar, a concentração mental dos ouvintes se desvia e eles instintivamente passam a ouvir as leves mensagens de estresse das células sobre as quais ficaram sentados tempo demais. Posso julgar a eficácia do meu discurso observando a frequência com que os membros da audiência cruzam e descruzam as pernas e mudam de posição nos assentos.)

Nossos estudos sobre o estresse constante nos ajudaram a compreender por que um paciente de lepra tem tamanha dificuldade para encontrar sapatos confortáveis. Quando cheguei a Carville, fiquei surpreso ao descobrir que os pacientes norte-americanos tinham quase a mesma incidência de pés amputados que os indianos, muitos dos quais andavam descalços. O problema, como descobrimos, era o uso de sapatos destinados a pacientes que podiam sentir dor. O risco do estresse constante por causa de sapatos que não se ajustam é tão perigoso quanto o risco do ferimento direto no pé descalço. Se meus sapatos parecem apertados, afrouxo os cordões ou removo o calçado, colocando chinelos macios. O paciente de lepra, que não sente dor, continua com um sapato apertado mesmo depois que a pressão interrompeu o suprimento de sangue. José, o vendedor de móveis da Califórnia, perdeu alguns dos dedos do pé por causa do estresse constante silencioso. Os terapeutas de Carville começaram a exigir que os pacientes mudassem de sapatos pelo menos a cada cinco horas, uma medida simples que, se fosse seguida, evitaria feridas causadas pela pressão isquêmica.

Estresse repetitivo

Em retrospecto, o produto mais valioso de duas décadas pesquisando a dor foi um novo discernimento sobre como estresses comuns e "inofensivos" podem causar danos severos à pele, caso sejam repetidos milhares de vezes. Notamos essa síndrome pela primeira vez na Índia enquanto experimentávamos diferentes tipos de calçados, mas os laboratórios de pesquisa de Carville nos forneceram as ferramentas para entender exatamente *como o estresse* repetitivo funciona.

Durante várias décadas eu ficara intrigado com o motivo que tornava o simples ato de caminhar uma grande ameaça para o paciente leproso. Como será, pensava eu, que uma pessoa saudável pode andar quinze quilômetros sem prejudicar-se, enquanto um leproso não consegue? Na tentativa de obter uma resposta a essa pergunta, os engenheiros de Carville montaram uma máquina de estresse repetitivo que reproduzia os estresses do ato de andar e correr. O pequeno martelo mecânico da máquina bate repetidamente com uma força calibrada na mesma área, correspondendo àquela que uma pequena região do pé pode suportar enquanto anda.

Usamos ratos de laboratório para essas experiências, fazendo-os dormir e amarrando-os à máquina que começava

a bater na sola de suas patas com uma força constante, rítmica. Embora os ratos dormissem, suas patas faziam uma corrida simulada. Os resultados provaram conclusivamente que uma força "inofensiva", suficientemente repetida, causa realmente uma lesão no tecido. Se déssemos a um rato descanso suficiente entre as corridas, ele poderia formar camadas de calos; caso contrário, uma ferida aberta se desenvolveria na parte inferior da pata.

Testei a máquina várias vezes em meus próprios dedos. No pri-— meiro dia em que coloquei o dedo sob o martelo não senti dor até cerca de mil marteladas. A sensação era bastante agradável, como uma vibro massagem. Depois de mil batidas, porém, o dedo mostrou certa sensibilidade. No segundo dia foram necessárias bem menos batidas do martelo para que a sensibilidade surgisse. No terceiro dia, senti dor quase imediatamente.

Eu sabia agora que pequenas pressões, se repetidas com frequência suficiente, podiam prejudicar o tecido; portanto, em certas circunstâncias, o simples ato de andar poderia ser realmente perigoso. Todavia, eu ainda não respondera à pergunta subjacente: o que fazia com que os pés dos pacientes de lepra fossem mais vulneráveis ao estresse repetitivo? Se eu podia andar onze quilômetros sem problemas, por que eles não podiam?

Outra invenção, a *slipper-sock [meia que escorrega],* nos ajudou a resolver esse mistério. Eu ouvira falar de uma nova modalidade de aplicar herbicidas em campos cultivados, usando micro-cápsulas solúveis em água: a mesma chuva que estimulava o crescimento do mato também dissolvia as cápsulas, liberando um herbicida para eliminar as ervas daninhas. Essa inteligente invenção deu-me a ideia de contratar uma firma de pesquisas químicas para desenvolver uma microcápsula que se rompesse como resultado da pressão, e não da água. Depois de muitas falsas tentativas, terminamos com uma *slipper-sock* feita de espuma fina que incorporava milhares de microcápsulas de cera dura. As cápsulas continham bromato azul *[bromphenolblue\,* uma tintura que ganha coloração azul num meio alcalino. Era preciso bastante força para quebrar as cápsulas, mas a cera — exatamente como a pele humana — também quebrava quando sujeita ao estresse repetitivo de várias forças pequenas. Agora eu tinha um meio conveniente para medir os pontos de pressão envolvidos no ato de andar.

Construímos nossas próprias máquinas para fazer as micro-cápsulas e colocamos a tintura num meio ácido para torná-la amarelada. A meia circundante era alcalina; portanto, quando a cápsula quebrasse, a tinta iria espirrar e ficar azul na mesma hora. Voluntários da equipe colocaram as meias, depois os sapatos, e começaram a andar. Depois de andarem alguns passos, removemos os sapatos e notamos quais os pontos de pressão mais fortes — os primeiros pontos a ficarem azuis. A medida que continuaram andando, as áreas azuis se espalharam e *os* pontos de pressão inicial intensificaram a cor. Depois de cerca de cinquenta passos, tivemos uma boa noção de todas as áreas perigosas. A seguir experimentamos as meias especiais nos pacientes.

Depois de examinar mais de mil meias usadas, aprendi muito sobre o andar, mas nada mais importante do que isto: a pessoa com um pé insensível nunca muda o ritmo do andar. Em contraste, o indivíduo sadio muda constantemente.

Um fisioterapeuta ofereceu-se para correr de meias doze quilômetros ao redor dos corredores cimentados do hospital Carville, parando a cada três quilômetros para que eu fizesse leituras termográficas e testasse o seu passo numa *slipper-sock.* A primeira impressão mostrou seu padrão normal de andar, um passo largo com boa elevação e um empurrão do dedão. O termograma tirado depois de três quilômetros revelou um ponto quente no dedão sobrecarregado e a meia mostrou que o principal ponto de pressão estava do lado interno de sua sola. Depois de seis quilômetros, os sinais de pressão mudaram quando seus passos se ajustaram espontaneamente. Agora a parte externa do pé estava marcada em azul forte, mostrando que seu peso havia mudado para o lado de fora, longe do dedão, enquanto o lado interno descansava. Quando ele correu os últimos três quilômetros, tanto o termograma como as meias confirmaram que ele mudara novamente a maneira de colocar os pés no chão: agora a borda externa do pé estava ficando quente e quebrando as microcápsulas.

O total de termogramas e *slipper-socks* revelou um fenômeno surpreendente: tomadas em conjunto, as meias mostraram um mapa completo do pé dele, com tinta azul forte em muitos pontos diferentes. Enquanto o terapeuta se concentrava em caminhar, seu pé estava enviando mensagens subconscientes de dor. Embora esses sussurros leves da pressão individual e células de dor nunca tivessem chegado ao seu cérebro consciente, eles chegaram à sua coluna espinhal e ao cérebro inferior, que ordenaram ajustes sutis no seu andar. No decorrer da corrida, o pé

distribuiu uniformemente a pressão, evitando que qualquer ponto recebesse estresse demasiado.

Nunca mandei que um paciente de lepra fizesse uma corrida de doze quilômetros, pois isso seria totalmente irresponsável. A razão disso pode ser observada vividamente pelas meias tiradas dos pés de um paciente após corridas mais curtas: as impressões antes e depois da corrida são virtualmente idênticas. O passo do paciente não mudou. Com os caminhos da dor silenciados, seu sistema nervoso central não percebeu a necessidade de fazer ajustes e, portanto, a mesma pressão ficou martelando o mesmo espaço da superfície do pé. Se eu mandasse um paciente de lepra correr doze quilômetros, o termograma teria mostrado apenas uma ou duas áreas de pontos quentes avermelhados, sinais de tecido danificado. Alguns dias mais tarde, provavelmente eu iria encontrar uma ferida plantar na sola do seu pé. Os corredores de longa distância raramente têm úlceras plantares, enquanto isso ocorre frequentemente com os pacientes leprosos.

Hoje em dia, ferimentos devidos ao estresse repetitivo são largamente reconhecidos como um problema importante nos ambientes de alta tecnologia. Mais de duzentos mil funcionários de escritórios e fábricas nos Estados Unidos são tratados a cada ano por sofrerem de tais condições, respondendo por 60 por cento das doenças ocupacionais no país. A frequência dobrou em menos de uma década, principalmente porque a tecnologia tende a reduzir a variedade de movimentos exigidos, aumentando assim o estresse repetitivo. Por exemplo, uma ação *tão* inócua quanto a digitação, ou usar um *joystick* de videogame, pode pela repetição constante sujeitar o pulso a pressões que produzem a síndrome do túnel carpal. Os teclados dos computadores têm muito mais probabilidade de causar danos do que as máquinas de escrever mecânicas porque o datilógrafo não tem mais o alívio de levantar a mão para mover o carro ou fazer uma pausa para mudar o papel. Nos Estados Unidos, os danos causados pelo estresse repetitivo custam sete bilhões de dólares por ano em perda de produtividade e custos médicos.

SINTONIZANDO

Foram necessários muitos anos de pesquisa para conseguir um panorama completo, mas finalmente entendi. A dor emprega uma ampla escala tonal de conversação. Ela sussurra nos primeiros estágios: em nível subconsciente sentimos um leve desconforto e mudamos de posição na cama, ou ajustamos um passo na caminhada. Fala mais alto à medida que o perigo aumenta: a mão fica sensível depois de trabalhar muito tempo recolhendo folhas com o ancinho, o uso de sapatos novos machuca o pé. A dor grita quando o perigo se torna severo: ela força a pessoa a mancar, ou até a pular num pé só, ou mesmo a deixar de correr.

Nossos projetos de pesquisa em Carville estavam oferecendo meios cada vez mais poderosos para ficarmos "sintonizados" com a dor, à semelhança dos astrônomos que apontam telescópios cada vez mais poderosos para o céu. Nossos instrumentos apontavam para o zumbido incessante das conversas intercelulares que *tão* alegremente subestimamos — ou até desprezamos. Como resultado de nossas experiências, fiz um esforço consciente para começar a ouvir as minhas mensagens pessoais de dor.

Gosto de caminhar nas montanhas. O fato de morar na Louisiana restringiu essa atividade, mas, sempre que podia, numa viagem de volta aos montes rochosos da Índia ou nas montanhas do oeste americano, fazia caminhadas e tentava dar mais atenção aos meus pés. Geralmente eu começava o dia com um passo longo, enérgico, levantando o calcanhar e empurrando vigorosamente com os dedos dos pés. No decorrer da manhã, podia sentir meus passos encurtando um pouco e o peso mudando do dedão para os demais. Eu havia tirado muitas impressões de meus pés com as *slipper-socks,* sendo então fácil para eu visualizar as mudanças que aconteciam. Depois do almoço notei que andava com passos ainda mais curtos. No fim do dia, mal levantava o calcanhar, quase arrastava os pés — o andar de um velho. Esse tipo de andar usava toda a superfície da minha sola para cada passo, mantendo assim a pressão baixa em qualquer ponto.

Eu antes considerara esses ajustes como evidência de fadiga muscular. Como nossa pesquisa evidenciara, porém, eles eram de fato muito mais devidos à fadiga da pele do que do músculo. Compreendo agora as mudanças como o meio leal de meu corpo distribuir os estresses, dividindo o peso do andar entre diferentes músculos e tendões e sobre diferentes seções da pele. Às vezes eu ficava com bolhas nos pés. Em vez de me ressentir delas, agora as aceitava como o protesto barulhento de meu corpo contra o excesso de uso. O desconforto deles me fazia agir, tirar os sapatos e descansar, ajustar ainda mais o passo ou acrescentar uma camada de meias para evitar a fricção.

Certa vez, num leprosário, tive um encontro súbito com um "grito" de dor. Eu estava andando ao longo da calçada com os olhos levantados, procurando no alto das árvores a fonte de um lindo canto de pássaro, quando, *crash,* vi-me repentinamente caído de bruços. Senti uma imediata onda de embaraço e olhei em volta para ver se alguém presenciara a minha queda. Fiquei irritado e até mesmo zangado. Então, no momento em que me levantava e procurava por machucados, percebi o que acontecera. Enquanto eu olhava para cima, na direção do pássaro, meu pé desviou-se para a beira da calçada. Estava no processo de colocar todo o meu peso sobre o pé pendente na beirada. Meu tornozelo começou a torcer até que o pequeno ligamento colateral do tornozelo sentiu que se esticava a ponto de quase quebrar. Sem consultar-me, esse pequeno ligamento pôs em ação uma poderosa mensagem de dor que forçou o imediato afrouxamento do músculo principal da minha coxa. De maneira mais autoritária ainda, esse movimento privou o joelho de seu apoio muscular e ele entrou em colapso. Em resumo, eu caí.

Quanto mais pensava na queda, mais sentia orgulho, e não irritação. Um ligamento pequeno no nível mais inferior da hierarquia havia de alguma forma comandado todo o meu corpo. Senti-me grato por sua disposição para me fazer de tolo pelo bem do corpo, salvando-me de uma distensão do tornozelo ou coisa pior.

Enquanto eu entrava conscientemente em sintonia com a dor durante tais experiências, uma perspectiva diferente começou a tomar forma e substituir minha aversão natural. A dor, a maneira de o meu *corpo* alertar-me para o perigo, usará o volume que for necessário para chamar a minha atenção. Era exatamente a surdez a esse coro de mensagens que fazia meus pacientes de lepra se autodestruírem. Eles não ouviam os "gritos" de dor, e acabavam provocando os ferimentos diretos que eu tratava todos os dias. Perdiam também os sussurros de dor, os perigos comuns resultantes do estresse constante ou repetitivo.

Sem esse coro de dor, o paciente de lepra vive em constante perigo. Vai usar sapatos apertados demais todos os dias. Vai andar cinco, dez, quinze quilômetros sem mudar o passo ou colocar o peso em outros pontos. E, como eu vira tantas vezes na Índia, mesmo que feridas se abram nos pés, ele não vai mancar.

Certa vez, vi um paciente de lepra pisar na beirada de uma pedra, como acontecera comigo na calçada em Carville. Ele torceu completamente o tornozelo, de modo que a sola do pé ficou virada para dentro — e continuou andando sem mancar. Mais tarde eu soube que havia rompido o ligamento lateral esquerdo, prejudicando severamente o tornozelo. Na ocasião, ele nem sequer olhou para o pé. Faltava-lhe a indispensável proteção oferecida pela dor.

Notas

[1] Um fisioterapeuta amigo na Índia afirma que, paradoxalmente, as sociedades mais cultas são mais propensas a estigmatizar a doença. Ele cita a Nova Guiné e a Africa Central, que tendem a aceitar melhor os pacientes de lepra do que Japão, Coreia e Estados Unidos. Eu costumava discutir com ele, mas uma norma governamental adorada pelos EUA logo depois da guerra do Vietnã me fez refletir. Dezenas de milhares de refugiados em barcos estavam então buscando asilo nos Estados Unidos, e nós do Serviço de Saúde Pública recomendamos enfaticamente que fossem examinados em relação à lepra. O Vietnã tem uma incidência moderadamente alta de lepra e parecia extremamente insensato admitir portadores ativos sem examiná-los e sem providenciar tratamento. O governo, porém, rejeitou nosso pedido. Era muito arriscado, disseram. Se a imprensa ficasse sabendo que algumas pessoas nos barcos eram leprosas, o público em geral iria voltar-se contra o projeto.

[2] Na maior parte das vezes, usávamos o termógrafo para encontrar temperaturas quentes, que significavam inflamação. Mas, em um caso, ele provou ser valioso para revelar temperaturas frias. Eu tinha um paciente que fumava muito. Como costuma acontecer com os pacientes sem sensibilidade, ele queimava com frequência os dedos ao deixar que os cigarros ficassem acesos tempo demais. Adverti-o de que, além de causar aquelas feridas crônicas, o cigarro era prejudicial para ele cm aspectos mais graves. A nicotina que inalava reduzia a circulação do sangue nos dedos, contraindo os vasos sanguíneos. Todavia, seus dedos necessitavam de um suprimento de sangue para reparar os muitos danos que tendem a afligir as mãos leprosas. Ele não levou em conta meu aviso até o dia em que pedi que fosse à clínica sem ter fumado nas horas antecedentes.

Eu ajustara o termógrafo para registrar a cor azul a uma temperatura de cerca de dois graus mais fria do que a temperatura normal de seu dedo. Ele levantou as mãos na frente da máquina e dei-lhe instruções para acender um cigarro e inalar profundamente. A imagem dos seus dedos começou como verde, depois se transformou em azul em cerca de dois minutos. Após cinco minutos eles desapareceram completamente da tela! O nível de nicotina, que aumentara subitamente, havia contraído suas artérias e capilares, esfriando os dedos a uma temperatura abaixo do mínimo ajustado para o termógrafo. Meu paciente ficou tão atónito ao ver seus dedos desaparecerem da tela que jogou fora o maço de cigarros e nunca mais voltou a fumar. Ele vivia entre pacientes que haviam perdido os dedos, e a experiência o convenceu de que era melhor dar aos dedos um bom suprimento de sangue a fim de mantê-los

tão saudáveis quanto possível.

[3] Publiquei artigos sobre os benefícios diagnósticos da termografia, descrevendo-a como "uma indicação objetiva da dor". Isto levou a uma bastante curiosa excursão ao campo dos direitos dos animais. Um veterinário do governo que leu um de meus artigos num jornal obscuro perguntou se eu o ajudaria a processar alguns abastados proprietários de cavalos. Certos treinadores de cavalos da raça Tennessee Walker estavam obtendo uma vantagem injusta mediante uma prática cruel (e ilegal) conhecida como *"soreing"*. Os treinadores aplicavam óleo de mostarda nas patas dianteiras do cavalo, depois punham braceletes pesados de metal ao redor das juntas da pata. Quando os cavalos andavam ou trotavam, a irritação e a dor causada pelos braceletes pesados faziam com que empinassem, colocando mais peso nas patas traseiras e levantando as dianteiras, o que servia cavalos Tennessee Walker. O atrito com o óleo de mostarda quente causava inflamação e ainda mais dor. Os treinadores tinham o cuidado de evitar que a pele fendesse, para que ninguém pudesse provar que tinham feito uso da técnica ilegal de treinamento. Nos dias de apresentação, os braceletes de metal eram removidos e a audiência aplaudia sem suspeitar que o andar saltitante dos cavalos era na verdade uma reação à dor.

— Treinadores de cavalos que são honestos estão sendo expulsos do negócio — afirmou o veterinário. — Levamos alguns proprietários inescrupulosos ao tribunal, mas não conseguimos que fossem condenados. Não temos meios de provar que os cavalos estão sofrendo. Pode nos ajudar?

Com a permissão de um treinador cooperativo, levei nosso termógrafo a uma fazenda de cavalos perto de Baton Rouge e fiz medições básicas. A seguir realizamos alguns testes de *"soreing"*, e o dano tornou-se imediatamente visível no termógrafo. A temperatura na pata dianteira do cavalo subiu até cinco graus Celsius depois do tratamento com óleo de mostarda e os braceletes de metal. Não tive dúvidas de que os cavalos tinham dor por causa da inflamação. Armado com os resultados dos testes, o governo voltou ao tribunal. Em três processos sucessivos, o veterinário usou termogramas de cavalos que eram supostamente vítimas e depois anunciou que o autor do artigo sobre "indicação objetiva da dor" estava disposto a testemunhar no tribunal. Os defensores nos três casos mudaram suas petições para culpado. Algumas apresentações de cavalos instalaram termógrafos, e a prática cruel desapareceu gradualmente.

4 Certa vez, o engenheiro de um Boeing recebeu um telefonema de uma companhia de fretes perguntando sobre o transporte de um elefante num avião da Boeing: — Teremos de reforçar o piso? — perguntou o executivo da firma. O engenheiro riu e respondeu: — Não se preocupe, projetamos nossos pisos para aguentar uma mulher num salto agulha. — Passou então a explicar que uma mulher pesando cem libras, usando um salto que se estreita até um quarto de polegada de diâmetro (um quarto de polegada por um quarto de polegada), exerce uma força de mil e seiscentas libras por polegada quadrada, muito mais do que um elefante exerce com suas patas avantajadas.

Com a ajuda do espinho em meu pé,
Pulo mais alto do que qualquer um com pés sadios.
SOREN KIERKEGAARD

13 Amado inimigo

Devo confessar que às vezes duvido da minha cruzada para melhorar a imagem da dor. Numa sociedade que geralmente retrata a dor como o inimigo, alguém ouvirá uma mensagem contrária exaltando as suas virtudes? Minha perspectiva reflete apenas a excentricidade de uma carreira entre pacientes com a estranha aflição da ausência de dor? O governo dos Estados Unidos acabou fazendo essas mesmas perguntas. Por que o dinheiro para as pesquisas em Carville deveria ser canalizado para a restauração e otimização da dor quando pesquisadores em outras partes estavam se concentrando em como suprimi-la?

Nos primeiros anos nossas propostas de subvenção para termógrafos, *slipper-socks* com tinta e transdutores de pressão geralmente eram aprovadas. Os visionários em Washington apoiaram a pesquisa básica da dor, embora ela tivesse relevância prática imediata apenas para alguns milhares de pacientes de lepra (e alguns cavalos Tennessee Walker). No final da década de 1970, porém, um novo espírito inclinado a apertar o cinto tornou cada vez mais difícil justificar essa pesquisa. A cada ano o Serviço de Saúde Pública norte-americano examinava minuciosamente o orçamento do hospital Carville para ver se podia investir tanto dinheiro numa pesquisa que beneficiaria principalmente pacientes de lepra em outros países.

Mais ou menos nessa época, tropecei acidentalmente numa nova aplicação prática para o que havíamos aprendido sobre a dor em Carville, uma alteração afortunada de eventos que em pouco tempo validou todo o investimento feito na pesquisa básica. Embora existam apenas alguns milhares de pacientes de lepra nos Estados Unidos, milhões de diabéticos vivem aqui, e descobrimos que nossas idéias sobre a dor tinham relevância direta para eles também.

Certa noite, já tarde, eu estava lendo uma revista médica quando notei a frase "osteopatia diabética". Isso me pareceu estranho: desde quando a diabetes, uma doença do metabolismo da glicose, afeta os ossos? Ao virar a página, vi reproduções radiográficas que se pareciam exatamente com as radiografias das mudanças ósseas nos pés insensíveis dos meus pacientes de lepra. Escrevi aos autores, dois médicos do Texas, que amavelmente me convidaram para visitá-los e discutir o assunto.

Alguns meses mais tarde, encontrei-me no consultório deles em Houston, envolvido numa discussão amigável sobre "radiografias em conflito". Eles colocavam uma radiografia de um osso deteriorado sobre uma mesa iluminada e eu procurava em minha maleta até encontrar uma radiografia correspondente de absorção do osso num paciente de lepra. Comparamos as radiografias de todos os ossos do pé e quase sem exceção pude duplicar cada problema osteopático que apresentaram. A demonstração impressionou bastante os médicos e internos reunidos, pois a maioria deles não tinha experiência com pacientes de lepra e pensava ter descrito uma síndrome peculiar à diabetes.

O CLUBE DO AÇÚCAR

A seguir, os médicos do Texas me convidaram para falar no Clube do Açúcar do Sudeste, um grupo distinto de especialistas em diabetes dos estados do sudeste que se reúne regularmente para rever as últimas descobertas sobre a doença. Tratei do assunto dos pés, desafiando a suposição deles de que o problema comum com os pés diabéticos — ulceração tão severa que frequentemente leva à amputação — era causado pela própria doença ou pela perda do suprimento de sangue que ocorre na diabetes. Minhas observações haviam me convencido de que as feridas da diabetes eram como aquelas da lepra, causadas pela perda da sensação de dor.

Num círculo vicioso, os nervos morrem devido aos problemas metabólicos da diabetes,[1] os pés se ferem por causa da falta de dor e os ferimentos resultantes não se curam facilmente porque o paciente continua andando sobre eles. É verdade que o suprimento sanguíneo reduzido causado pela diabetes complica a cura, mas concluí que o pé diabético típico possui suprimento sanguíneo abundante para controlar a infecção e curar os ferimentos, desde que seja protegido de novos estresses.

Recapitulei para o Clube do Açúcar nossa longa história sobre o acompanhamento de ferimentos similares entre os pacientes leprosos na Índia e depois resumi nossas descobertas em Carville sobre estresse repetitivo e constante.

— Examinei as radiografias dos diabéticos — disse a eles —, e, francamente, acho que a maioria dos ferimentos nos pés que vocês encontram são evitáveis. Essas lesões são causadas por estresse mecânico que não é notado porque o paciente perdeu a sensação de dor. Andar sobre os pés feridos aprofunda a infecção de modo a atingir ossos e juntas, e com o andar contínuo, os ossos são absorvidos e as juntas se deslocam. Descobrimos com nossos pacientes de lepra que repousar o pé machucado numa atadura de gesso rígida acelera a recuperação. Prover sapatos adequados para os pés do paciente irá evitar novos ferimentos. Posso praticamente garantir que os sapatos certos reduzirão drasticamente o número de problemas que encontramos hoje nos pés de diabéticos.

O presidente do Clube do Açúcar fez alguns comentários depois de minha apresentação.

— Uma palestra fascinante, doutor Brand. Estou certo de que temos muito a aprender com suas experiências em Carville. Entretanto, o senhor deve reconhecer que os diabéticos possuem certos problemas únicos. Falo especialmente da perda vascular. Faltam aos diabéticos as propriedades de cura de seus pacientes de lepra.

Minha mente reportou-se às reuniões de especialistas em lepra onde eu ouvira falar de "carne incurável". Ao que parecia, onde quer que fosse eu encontrava ceticismo sobre os perigos de longo alcance da ausência de dor.

Quando retornei a Carville, informei aos médicos locais que nossa clínica de pés ofereceria consultas a quaisquer de seus pacientes diabéticos com problemas nos pés. Além de testar a sensação, também avaliávamos o suprimento geral de sangue nos pés. Os pés infeccionados dos diabéticos eram quentes ao toque, e o termógrafo revelou que as feridas na maioria dos pacientes de diabetes produziam pontos quentes quase com a mesma regularidade que nos pacientes de lepra. Tal evidência confirmou que grande parte desses pacientes diabéticos tinha suprimento de sangue suficiente para serem curados.

Os testes de sensibilidade verificaram que todos os diabéticos com feridas haviam perdido de fato a sensação: aqueles com as piores feridas não tinham sensibilidade à dor na sola dos pés. Além disso, as feridas nos pés diabéticos tendiam a ocorrer nos mesmos lugares que as dos pacientes de lepra. Parecia claro para nós que a causa fundamental da ferida era a mesma em ambos os casos, uma interrupção do sistema de dor. Nada aparentemente alertava os diabéticos quando cruzavam um limiar de perigo, e eles continuavam a andar sobre o tecido inflamado e deteriorado, provocando mais danos. Quando testei os diabéticos nas *slipper-socks* descobri um padrão familiar. Da mesma forma que os meus pacientes de lepra, eles andavam com um passo invariável, forçando a mesma superfície do pé continuamente com estresse repetitivo. Eu sabia agora que os diabéticos estavam destruindo os seus pés pela mesma razão que meus pacientes leprosos: faltava-lhes a sensação de dor.

Estudei a literatura médica sobre diabetes. Ela alertava os médicos para esperarem ferimentos e infecção no pé diabético, frequentemente apontando a falta de circulação como causa. Os cirurgiões supunham que os diabéticos, com seu suprimento de sangue reduzido, tinham feridas incuráveis. Senti outra onda de *déjà vu,* lembrando dos argumentos sobre a "carne má" que havia ouvido de alguns médicos na Índia, que eram contra tratar os pacientes de lepra. Como era prática entre os especialistas em lepra, quando uma ferida infeccionava num pé diabético, os cirurgiões geralmente cortavam a perna abaixo do joelho antes que a gangrena tivesse tempo de espalhar-se.

Fiquei atônito ao ler que os diabéticos estavam sendo submetidos a cem mil amputações por ano, respondendo por metade de todas as amputações realizadas nos Estados Unidos. Um paciente de mais de 65 anos tinha praticamente uma chance em dez de amputação do pé. Se as nossas teorias estivessem corretas, dezenas de milhares de pessoas estavam perdendo seus membros desnecessariamente. Mas como um médico com

antecedentes no obscuro campo da lepra poderia obter a atenção de peritos em outra especialidade?

Um médico de Atlanta, na Geórgia, ofereceu a solução. O dr. John Davidson, renomado especialista em diabetes, havia comparecido à reunião do Clube do Açúcar e lembro-me bem da nossa conversa depois de meu discurso.

— Doutor Brand, dirijo a clínica de diabetes do Hospital Grady, uma instituição de caridade que trata mais de dez mil diabéticos por ano — disse ele. — Devo afirmar que tenho um certo ceticis-mo em relação ao que o senhor disse. Não vi o número de danos no pé que você declarou que eu deveria ter visto. Duvido seriamente de que todos os *danos* que observo resultem da ausência de dor. Desejo, porém, manter a mente aberta, então vou verificar as suas teorias.

De volta à sua clínica em Atlanta, Davidson contratou um podólogo e instituiu uma regra simples: todos os pacientes tinham de tirar os sapatos e meias sempre que se apresentassem para um exame de diabetes. O podólogo examinava cada pé, mesmo que o paciente não se queixasse dos pés. Alguns meses mais tarde, Davidson telefonou-me e, dessa vez, ouvi entusiasmo, e não ceticismo em sua voz.

— Você não vai acreditar o que descobri — começou ele. — Descobri que 150 de nossos pacientes haviam sofrido amputação no ano passado, a maioria das quais não tínhamos conhecimento. A coisa funciona assim — explicou. — Eles aparecem para um exame de rotina, andando sobre uma ferida, e não se preocupam em mencioná-la. Os pacientes me procuram para dosagem de insulina, exames de urina, monitoramento do peso etc. Quando machucam o pé, procuram um cirurgião. O problema é que a maioria desses pacientes não informa sobre feridas ou unhas dos pés curvadas para dentro nos estágios iniciais, porque não sentem qualquer dor. Quando consultam o cirurgião, a ferida do pé está em más condições, e isso responde pelas amputações. O cirurgião verifica a ficha deles, descobre que são diabéticos e diz: "Oh, é melhor amputar já, ou essa perna vai gangrenar". Durante todo esse tempo eu nem sequer fico sabendo que meus pacientes têm problemas nos pés! Na próxima vez em que faço um *check-up* neles, podem estar andando com uma perna artificial, que também não mencionam.

Com um podólogo na equipe, a clínica de Davidson conseguiu interromper a sequência. Ao detectar problemas nos pés num estágio inicial, ele pôde tratar as feridas e evitar infecções graves. Com a simples medida de exigir que os pacientes tirassem os sapatos e as meias para uma inspeção visual, a clínica conseguiu em pouco tempo cortar o índice de amputações pela metade.

John Davidson tornou-se o defensor número um de nossa clínica de pés. Ele enviou toda a sua equipe de médicos, enfermeiras e terapeutas para treinamento em Carville. Pediu-me que escrevesse um capítulo sobre pés insensíveis em seu manual sobre diabetes e começou a reimprimir nossos panfletos sobre sapatos apropriados e cuidados com os pés. A clínica de pés de Carville ganhou vida nova e, mais tarde, um nome oficial, Foot Care Center [Centro de Cuidados dos Pés]. Seu orçamento, em vez de ser reduzido pelo Serviço de Saúde Pública, aumentou. Terapeutas, especialistas em sapatos ortopédicos e médicos de todo o país começaram a ir regularmente a Carville para conferências de treinamento. Uma sociedade de sapateiros ortopédicos — eles dão a si mesmos o nome de "sapateiros ortopedistas" [p*edorthists]* — desenvolveu padrões de certificação, a fim de fornecer calçados apropriados para os pés insensíveis.

Os pacientes diabéticos em nossa clínica de pés eventualmente superaram, em número, os de lepra. Na maioria dos casos, a noção de "ferimentos incuráveis" provou ser um mito na diabetes como o fora na lepra. Nossa técnica simples de manter os ferimentos protegidos por talas de gesso funcionou quase tão bem para os diabéticos. Fendas crônicas durante anos sararam em seis semanas com a utilização da atadura de gesso. (Ao contrário dos pacientes de lepra, numa minoria de pacientes diabéticos o suprimento de sangue é tão reduzido que a cura é adiada e a gangrena pode instalar-se mesmo com o tratamento adequado.)

Descobrimos também que as feridas nos pés diabéticos, como aquelas dos pacientes de lepra, são evitáveis. Mergulhar diariamente os pés numa bacia de água e usar creme umedecedor ajuda a inibir rachaduras profundas da queratina na pele. Quando fornecemos calçados especiais aos diabéticos e ensinamos a eles os cuidados corretos para os pés, as feridas tendem a não se repetir. Durante algum tempo o governo considerou oferecer calçados gratuitos aos diabéticos carentes; mas, como outras propostas que se concentram na prevenção, e não na

cura, esse projeto nunca foi aprovado. Descobri que nos Estados Unidos geralmente é mais fácil obter bons membros artificiais do que sapatos apropriados.

INDIFERENÇA TOTAL

O Centro de Cuidados dos Pés, agora frequentado tanto por diabéticos como por pacientes de lepra, tratou uma sequência infindável de pés doentes. E impressionante enrolar gaze ao redor de cem feridas malcheirosas e infeccionadas resultantes de danos auto-infligidos, e notei uma mudança gradual de perspectiva entre enfermeiras e terapeutas de Carville. Quando um novo paciente chegava para avaliação, primeiro mapeávamos a extensão da insensibilidade. Comecei a ver a fisionomia da equipe ilumi-nar-se sempre que encontrava um paciente que retinha a sensação. A dor era boa — quanto mais potencial para a dor o paciente possuísse, tanto mais fácil mantê-lo livre de danos.

Um paciente de lepra memorável, um hispânico chamado Pedro, havia retido um único ponto de sensibilidade na palma da mão esquerda. Essa mão tornou-se para nós objeto de grande curiosidade. Os termogramas revelaram que o ponto sensível era seis graus mais quente do que o resto da mão, quente o suficiente para resistir à invasão dos bacilos de lepra, que buscavam as áreas frescas. Notamos que Pedro se aproximava dos objetos com a beirada da mão, como um cão fareja com o nariz. Ele só pegava uma xícara de café depois de testar a temperatura com seu ponto sensível. Graças a esse único ponto sensível, do tamanho de uma moeda, Pedro conseguira manter a mão livre de danos por quinze anos. (Depois de muita especulação, soubemos por Pedro que anos antes um médico havia queimado uma marca de nascença naquele local; uma rede de artérias sob a superfície continuara a levar um suprimento maior de sangue para aquele ponto.)

Os pacientes mais difíceis de todos eram aqueles com arara condição que os tornava totalmente insensíveis à dor. No capítulo inicial deste livro, contei a história de Tanya, uma paciente que sofria desse mal. Havia três pacientes desse tipo em Carville quando cheguei, todos originalmente diagnosticados erroneamente como portadores de lepra por apresentarem deformidades. (Desde então, ao visitar um leprosário pela primeira vez, aprendi a pedir para conhecer os pacientes jovens mais deformados. A equipe traz algumas crianças às quais faltam partes das mãos e dos pés, e que talvez usem um membro artificial. Descubro que essas crianças não têm lepra, mas, como Tanya, sofrem do defeito congênito da falta de dor. Na lepra, são necessários alguns anos até que o indivíduo perca a sensação de dor; portanto, as crianças menores raramente se machucam gravemente. Quando encontro essas crianças com diagnóstico errado, posso tirá-las do leprosário; mas geralmente é melhor para elas ficarem sob a supervisão estrita de uma instituição. Do lado de fora, a vida sem dor é perigosa demais.)

Mais de cena casos de ausência de dor congênita foram incluídos na literatura médica. Na década de 1920, Edward H. Gibson, que não sentia dor, participou de um espetáculo de variedades como Almofada Humana de Alfinetes, no qual, para demonstrar o seu "talento", convidava membros da audiência a espetar alfinetes em seu corpo. De fato, uma aura de excentricidade envolve todos os relatos sobre essa estranha moléstia. Um adolescente deslocava o ombro à vontade para entreter os amigos. Uma menina de oito anos arrancou quase todos os seus dentes e era capaz de remover os dois olhos das órbitas. Outro jovem partia a língua pela metade com os dentes enquanto mastigava chiclete. .

O perigo está sempre à espreita para os que não sentem dor. A laringe que nunca sente um comichão não provoca o reflexo da tosse, que transfere o catarro dos pulmões para a faringe, e a pessoa que nunca tosse corre o risco de ter pneumonia. As juntas dos ossos das pessoas insensíveis se deterioram porque não há sussurros de dor encorajando uma mudança de posição, e logo um osso raspa no outro. Garganta inflamada, apendicite, ataque cardíaco, derrame — o corpo não tem meios de anunciar essas ameaças para quem não sente dor. O médico que atende esses pacientes quase sempre só consegue determinar a causa da morte durante a autópsia.

Numa visita à Universidade McGíll, no Canadá, vi os espécimes de uma autópsia desse tipo em Jane, uma estudante que acabara de fazer vinte anos. Como os gomos de uma árvore velha, seu corpo era um registro visível de desastres naturais do passado. Vi sinais de ulceração provavelmente produzida pelo frio intenso do último inverno. O lado interno da boca de Jane tinha cicatrizes, sem dúvida por ter sido escaldado por bebidas e alimentos quentes. Alguns de seus músculos estavam dilacerados, coisa inevitável para alguém que nunca sentiu a

dor muscular que adverte contra o excesso de uso. Suas mãos e pés pareciam os modelos de gesso que eu fizera de meus pacientes de lepra com mais deformidades, com muitos dedos ausentes e encurtados.

O dr. McNaughton, neurologista-chefe da universidade, contou-me parte da história de Jane.

— Ela costumava ser muito cuidadosa, uma paciente exemplar. Como sabe, vinte anos é uma idade bem madura para alguém com esta condição. Seus problemas recentes começaram com um acidente de carro. O carro de Jane derrapou numa estrada coberta de neve e caiu numa valeta. Quando ligou o motor, os pneus começaram a rodar. Ela deve ter entrado em pânico, porque saiu do carro e insensatamente tentou levantar uma roda para colocar uma esteira de tração sob ela. Algo deu errado — ela ouviu um estalo e perdeu as forças. É claro que não sentiu nada. Quando conseguiu soltar o carro, veio direto para cá fazer um exame. Tiramos uma radiografia e descobrimos que a sua coluna vertebral havia quebrado. Imagine, uma coluna quebrada e não sentiu nada! Imobilizamos então o corpo dela.

A insensibilidade também afeta os nervos simpáticos, interferindo na capacidade de suar. Depois de algumas semanas, o dr. McNaughton disse que Jane começou a sentir calor em sua atadura de gesso, tanto calor que a removeu com as mãos nuas, machucando os dedos. A coluna cicatrizou-se incorretamente, com uma junta falsa entre as vértebras (ele me mostrou radiografias da junta desalinhada). Certo dia, quando Jane curvou-se, ajunta falsa escorregou por sobre a medula espinhal, partindo-a. Nos seus últimos meses de vida, Jane ficou paralítica.

As pessoas, porém, não morrem de paralisia; portanto, não foi o problema na coluna que matou Jane. Ela morreu de uma simples infecção urinária. Complicada pela incontinência e pela sua incapacidade de sentir quaisquer sinais de advertência da dor, a infecção causou danos irreversíveis aos seus rins.

Voltei a Carville decidido a usar Jane como uma lição objetiva para os meus pacientes que não sentiam dor.

— Nunca desistam! — recomendei a eles. — Vocês devem ser diligentes o dia inteiro. Nunca deixem de pensar sobre as maneiras com que podem machucar-se.

Gostaria de relatar o sucesso de minha campanha educativa, mas na verdade não posso. Pouco depois da viagem ao Canadá, encontrei James, um paciente congenitamente incapaz de sentir dor, escarrapachado sobre o motor quente de um carro com seus dois tocos amputados, colocando todo o seu peso sobre uma chave inglesa na tentativa de afrouxar uma porca. Nunca encontrei um meio de comunicar às pessoas que não sentem dor as lições que são ensinadas tão natural e obrigatoriamente por um sistema saudável de dor.

ABAFANDO A DOR

Tânia, James e outros como eles reforçaram dramaticamente o que já havíamos aprendido com os pacientes de lepra: a dor não é o inimigo, mas o arauto leal anunciando o inimigo. Todavia — este é o paradoxo central da minha vida —, depois de passar anos e anos entre pessoas que destroem a si mesmas por falta de dor, ainda acho difícil comunicar uma apreciação da dor aos que têm tal defeito. A dor é realmente a dádiva que ninguém quer. Não posso pensar em nada que seja mais precioso para aqueles que sofrem de ausência de dor congênita, lepra, diabetes e outras desordens dos nervos. As pessoas que já têm esse dom, entretanto, raramente o apreciam. No geral, ressentem-se dele.

Minha estima pela dor é tão contrária à atitude comum que às vezes sinto-me como um subversivo, especialmente *nos* países ocidentais modernos. Em minhas viagens observei uma irônica lei reversa em funcionamento: à medida que uma sociedade se torna capaz de limitar o sofrimento, ela perde a capacidade de lidar com o que o sofrimento representa. (São os filósofos, teólogos e escritores do ocidente abastado, e não do Terceiro Mundo, que se preocupam obsessivamente com "o problema da dor" e apontam um dedo acusador contra Deus.)

As sociedades "menos avançadas" certamente não temem tanto a dor física. Observei etíopes sentados calmamente, sem anestesia, enquanto um dentista trabalhava com a pinça em volta de seus dentes estragados. As

africanas quase sempre dão à luz seus filhos sem ajuda de medicamentos e sem qualquer sinal de medo ou ansiedade. Podem faltar a essas culturas tradicionais os analgésicos modernos, mas as crenças e o apoio da família, que fazem parte da vida diária, ajudam a preparar os indivíduos para enfrentar a dor. O habitante comum de um povoado indiano conhece bem o sofrimento, espera por ele e o aceita como um inevitável desafio da vida. De modo notável o povo da Índia aprendeu a controlar a dor no nível da mente e espírito, desenvolvendo uma tolerância que nós do ocidente achamos difícil de compreender. Os ocidentais, em contraste, tendem a ver o sofrimento como uma injustiça ou um fracasso, uma violação do seu direito garantido à felicidade.

Pouco depois de ter mudado para os Estados Unidos, vi um comercial que expressava ostensivamente a atitude moderna em relação à dor. Com o som abaixado, sentei-me diante da televisão e observei as imagens se movimentarem rapidamente na tela. Primeiro, um homem num avental de laboratório apontou energicamente para um grande desenho de uma cabeça humana. Linhas vermelhas brilhantes, como raios em uma história em quadrinhos, convergiam sobre a cabeça logo acima dos olhos e na base perto da região do pescoço. O anunciante, com um sorriso perpétuo, estava descrevendo uma dor de cabeça.

A seguir vi uma mesa de laboratório. Papel branco cobria dois frascos enormes; no terceiro via-se nitidamente o nome de uma marca. Quando o homem de avental pegou os frascos, um a um, a câmera enfocou um gráfico de barras mostrando quantos miligramas do elemento para aliviar a dor cada produto continha. Como é natural, o frasco com a marca registrada continha maior número de miligramas.

Depois disso a câmera mostrou um grande relógio verde com um só ponteiro, o segundo ponteiro girava no mostrador. O homem apontou para o relógio e depois para o frasco rotulado. A câmera se concentrou num *dose* do frasco e estas palavras surgiram na tela: "Maior quantidade de elementos para aliviar a dor. Ação mais rápida".

Na perspectiva moderna a dor é um inimigo, um invasor sinistro que deve ser expulso. Se o medicamento elimina a dor rapidamente, ótimo. Essa abordagem tem uma falha crucial, perigosa. Considerada como um inimigo, e não um sinal de advertência, a dor perde o seu poder de instruir. Silenciar a dor sem considerar a sua mensagem é como desligar um alarme de incêndio que esteja tocando, a fim de evitar receber más notícias.

. Anseio por um comercial que pelo menos reconheça algum benefício da dor: "Primeiro, ouça a sua dor. É o seu corpo falando com você". Eu também posso tomar uma aspirina para aliviar uma dor de cabeça provocada por tensão, mas só depois de fazer uma pausa para perguntar o que provocou a tensão nervosa que fez surgir a dor de cabeça. Já tomei antiácido para dor de estômago, mas não antes de considerar o que posso ter feito para causar essa dor. Comi demais? Depressa demais? A dor não é um inimigo invasor, mas um mensageiro leal enviado pelo meu próprio corpo para alertar-me de algum perigo.

Tentativas frenéticas para silenciar a dor podem na verdade ter um efeito contraditório.[2] Os Estados Unidos consomem trinta mil toneladas de aspirina por ano, numa média de 250 comprimidos por pessoa. Medicamentos novos e melhores para aliviar a dor são constantemente lançados e os consumidores os engolem: um terço de todas as drogas vendidas são agentes que operam no sistema nervoso central. *Os* americanos, que representam cinco por cento da população mundial, consomem 50 por cento dos medicamentos manufaturados em todo o mundo. Todavia, qual a vantagem dessa obsessão? Vejo pouca evidência de que os americanos sentem-se mais bem preparados para enfrentar a dor e o sofrimento. A dependência de drogas e do álcool, um meio muito usado para fugir da sombria realidade, cresceu rapidamente. Nos anos em que morei no país, mais de mil centros de dor foram abertos para ajudar as pessoas a lutar contra o inimigo que não se rende. A emergência da "síndrome de dor crônica", um fenômeno raramente visto nos países não-ocidentais ou na literatura médica do passado, deveria chamar a atenção de uma cultura empenhada na ausência de dor.

Com todos os nossos recursos, por que não podemos "resolver" a dor? Muitos esperam por uma solução que nos conceda a capacidade de eliminar a dor, mas temo o que pode acontecer caso os cientistas venham a ter sucesso em aperfeiçoar a pílula da "ausência de dor". Já vejo sinais preocupantes à medida que a tecnologia descobre meios mais eficazes de abafar os ruídos da dor. Dois exemplos, um dos esportes profissionais e um do centro de tratamento de ulcerações produzidas pelo frio, oferecem uma pré-estréia funesta das consequências.

Os treinadores dos esportistas profissionais se empenham em eliminar os sinais de dor. Os jogadores de futebol machucados vão para o vestiário receber uma injeção de analgésico, depois voltam ao campo com um dedo ou costela quebrado envolto em faixas. Num jogo de basquete da NBA foi pedido a um jogador famoso, Bob Gross, que jogasse apesar do tornozelo bastante prejudicado. O médico da equipe injetou Marcaine, um analgésico forte, em três lugares diferentes do pé de Gross. Durante o jogo, enquanto ele disputava um rebote, um estalo forte fez-se ouvir em todo o estádio. Por não sentir dor, Gross atravessou a quadra duas vezes e depois tombou pesadamente no chão. Embora alheio à dor, um osso do seu tornozelo havia quebrado. Ao interromper o sistema de alarme da dor, Gross ficou propenso a um acidente que provocou dano definitivo e acabou prematuramente com a sua carreira no basquete.

O segundo exemplo foi extraído de uma visita que fiz na década de 1960 ao dr. John Boswick, uma autoridade em ulceração causada pelo frio intenso, no Cook County Hospital de Chicago. Ele me levou a uma grande enfermaria onde 37 vítimas desse mal estavam deitadas, com os lençóis puxados para expor 74 pés enegrecidos. (Ao tratar dessas ulcerações, os médicos deixam a parte afetada exposta para que possa secar; o corpo em pouco tempo livra-se do tecido necrosado, que então pode ser removido.) O odor nauseante da gangrena pairava no ar. Nunca antes presenciara uma cena como aquela em parte alguma e fiquei estarrecido.

— Pensei que a cidade de Chicago oferecesse um abrigo para esses sem-teto. — exclamei.

Boswick riu.

— Esses não são sem-teto, Paul! Todos têm acesso a abrigos e alguns pertencem à classe média. Na verdade, são alcoólatras ou viciados em drogas. Saem de casa e depois da farra não sabem mais voltar. Ou talvez alguém os deixe na porta de casa, mas estão bêbados demais para enfiar a chave na fechadura. Então deitam e dormem no degrau da entrada ou sobre um monte de neve. O álcool embotou toda sensação de dor e de frio a essa altura, e a neve parece ótima. E até mesmo agradável. Eles adormecem e na manhã seguinte a família os encontra no jardim, dormindo tranquilos. Trato dos danos causados pelas células de dor dormentes.Olhe para esses sujeitos — alguns podem perder um pé inteiro.

Esses dois exemplos servem como um aviso para a sociedade moderna, descrevendo extremos do que pode acontecer quando a dor é silenciada. Vivi muitos anos entre indivíduos que não sentem dor, e eles devem causar compaixão, e não ser invejados. Em vez de tentar "resolver" a dor, eliminando-a, devemos aprender a ouvi-la e depois a lidar com ela. Essa mudança exigirá uma perspectiva radicalmente nova, que contrarie o otimismo comum do americano de que ele pode "consertar tudo".

UM SUBSTITUTO MEDÍOCRE

Durante algum tempo dirigi duas clínicas regulares a cada semana, uma em Baton Rouge, frequentada principalmente por pacientes de artrite reumatóide, e outra em Carville, para diabetes e lepra. A artrite reumatóide é um distúrbio auto-imune em que as juntas incham e inflamam causando dor, e o corpo acaba atacando o seu próprio tecido. Algumas vezes usei pacientes de lepra como lição objetiva para aqueles com artrite reumatóide, no esforço de convencê-los da utilidade da dor.

— Olhem para esses pacientes de lepra — disse. — Vocês os invejam? A moléstia que vocês têm é muito mais destrutiva para o corpo do que a infecção da lepra. (Na artrite reumatóide o osso fica poroso e frágil, os ligamentos se soltam das juntas, os músculos esticam e ficam desalinhados.) Todavia, olhem para as suas mãos perfeitas! Todos têm os cinco dedos intactos. Souberam proteger-se muito melhor do que o pessoal que sofre de lepra — simplesmente porque sentem dor. Eles têm ossos e juntas fortes, mas notem os dedos faltantes. Agradeçam à dor. Ela impede que vocês abusem de seus dedos.

Minhas admoestações caíam em ouvidos moucos. Os pacientes de artrite reumatóide nem sempre agradecem pela dor que poupa suas mãos e pés; em vez disso, suplicam para que o médico os livre dela. Alguns, em busca de alívio, tomam esteróides em doses tão maciças que seus ossos se descalcificam e os nós dos dedos oscilam, sem juntas. Uma paciente acima do peso, acamada, tomou tantos esteróides que quando finalmente se aventurou a

levantar-se, os ossos de seu pé viraram pó. A artrite reumatóide com frequência apresenta às suas vítimas um dilema clássico: silenciar a dor e destruir o corpo ou ouvir a dor e preservar o corpo. Numa competição equilibrada, a dor raramente vence.

Por quê? Para mim, esse era *o* enigma da dor. Por que nossas mentes nos infligiriam um estado que automaticamente rejeitaríamos? Eu poderia demonstrar facilmente o benefício especial da dor: basta levar um cético a um leprosário em uma visita dirigida. Mas certas objeções ao sistema da dor, que eu havia reduzido a duas perguntas, não foram tão facilmente resolvidas.

Para a primeira pergunta, "Por que a dor deve ser tão desagradável?", eu sabia a resposta, uma resposta subjacente a toda a minha abordagem à dor. O próprio desprazer da dor, a parte que odiamos, é que torna a sua proteção tão eficaz. Eu sabia a resposta teoricamente, mas o efeito debilitante da dor nos pacientes me fazia vacilar. Uma questão relacionada vinha em seguida: Por que a dor deve persistir? Nós certamente apreciaríamos mais a dor se nossos corpos viessem equipados com um interruptor que permitisse a suspensão do aviso à nossa vontade.

Essas duas perguntas me preocuparam durante anos. Eu voltava sempre a elas, como se cutucasse uma ferida antiga. Apesar de meus esforços ingentes para melhorar a imagem da dor, nunca resolvi por completo as duas perguntas em minha, própria mente. até que iniciei um novo projeto de pesquisa, nosso projeto mais ambicioso até hoje em Carville.

Meu pedido de subvenção tinha o título "Um Substituto Prático para a Dor". Propusemos desenvolver um sistema artificial de dor para substituir o sistema defeituoso nas pessoas que sofriam de lepra, ausência de dor congênita, neuropatia diabética e outras desordens dos nervos. Nossa proposta enfatizava os benefícios econômicos latentes: ao investir um milhão de dólares para descobrir um meio de alertar tais pacientes dos perigos maiores, o governo poderia poupar muitos milhões em tratamentos clínicos, amputações e reabilitação. A proposta causou agitação no Instituto Nacional de Saúde em Washington. Eles haviam recebido pedidos de cientistas que desejavam diminuir ou abolir a dor, mas nunca de alguém que quisesse criar dor. Não obstante, recebemos subvenção para o projeto. Planejávamos, com efeito, duplicar o sistema nervoso humano em uma escala bem pequena. Precisaríamos de um "sensor nervoso" substituto para gerar sinais nas extremidades, um "axônio nervoso" ou sistema de conexão para transportar a mensagem de alarme e um dispositivo de resposta para informar o cérebro do perigo. O entusiasmo cresceu no laboratório de pesquisas em Carville. Até onde sabíamos, estávamos tentando algo que nunca fora tentado.

Contratei o departamento de energia elétrica da Universidade Estadual da Louisiana a fim de que desenvolvesse um sensor-miniatura para medir a temperatura e a pressão. Um dos engenheiros dali brincou sobre o potencial de lucro:

— Se nossa ideia funcionar, teremos um sistema de dor que adverte do perigo, mas não dói. Em outras palavras, teremos somente o lado bom da dor! Pessoas saudáveis vão querer esses dispositivos em lugar de seus próprios sistemas de dor. Quem não preferiria um sinal de alarme transmitido por um aparelho auditivo a uma dor verdadeira num dedo?

Os engenheiros da Universidade Estadual da Louisiana em pouco tempo construíram transdutores-protótipo, discos finos de metal e menores do que um botão de camisa. Pressão suficiente nesses transdutores alteraria sua resistência elétrica, acionando uma corrente elétrica. Eles pediram aos nossos pesquisadores que determinassem os limiares de pressão que deveriam ser programados nos sensores-miniatura. Lembrei-me de meus dias de faculdade no laboratório de dor de Tommy Lewis, mas com uma grande diferença: agora, em vez de examinar apenas as propriedades pertinentes a um corpo humano bem-construído, eu tinha de pensar como o construtor. Que perigos aquele corpo iria enfrentar? Como eu poderia quantificar esses perigos de modo que os sensores pudessem medi-los?

A fim de simplificar as coisas, concentramo-nos nas pontas dos dedos das mãos e nas solas dos pés, as duas áreas que causavam mais problemas aos nossos pacientes. Mas como podíamos fazer com que um sensor mecânico distinguisse entre a pressão aceitável de, por exemplo, segurar um garfo da inaceitável de agarrar um pedaço de

vidro quebrado? Como calibrar o nível de estresse do caminhar comum e permitir, mesmo assim, o estresse ocasional extra de descer de uma calçada ou de pular uma poça d'água? Nosso projeto, que começamos com tanto entusiasmo, parecia cada vez mais desanimador.

De meus dias de estudante, lembrei-me de que as células nervosas mudam a sua percepção de dor conforme as necessidades do corpo. Digamos que um dedo esteja dolorido: milhares de células nervosas no tecido danificado automaticamente reduzem o seu limiar de dor para desencorajar-nos de usar o dedo. Parece que estamos sempre batendo um dedo inflamado porque a infecção o tornou dez vezes mais sensível à dor. Nenhum transdutor mecânico poderia ser suscetível às necessidades do tecido vivo.

A cada mês o nível de otimismo dos pesquisadores descia um ponto. Nossa equipe de Carville, que fizera descobertas significativas sobre a tensão repetitiva e constante, sabia que os maiores perigos não estavam nos estresses anormais, mas exatamente nos *estresses* normais repetidos milhares de vezes, como no ato de andar. O porco Sherman também demonstrara que mesmo uma pressão constante tão pequena que quase não conseguiria ser medida podia causar danos à pele. Como seria possível programarmos todas essas variáveis num transdutor-miniatura? Precisaríamos de um chip de computador em cada sensor para acompanhar a vulnerabilidade mutável dos tecidos aos danos do estresse repetitivo. Ganhamos novo respeito pela capacidade do corpo humano para selecionar instantaneamente entre opções tão difíceis.

Depois de muitos ajustes, concordamos em pressões e temperaturas básicas para ativar os sensores e desenhamos então uma luva e uma meia para incorporar vários transdutores. Podíamos finalmente testar nosso sistema de dor substituto em pacientes reais. Encontramos, porém, problemas mecânicos. Os sensores-miniatura, última palavra da eletrônica, tendiam a deteriorar-se depois de algumas centenas de usos devido à fadiga do metal ou à corrosão. Curtos-circuitos faziam com que dessem alarmes falsos, irritando nossos pacientes voluntários. Pior ainda, os sensores custavam cerca de 450 dólares cada, e um paciente leproso que desse uma volta pelo terreno do hospital podia gastar uma meia de dois mil dólares!

Um conjunto de transdutores em uso normal durava cerca de uma ou duas semanas. Não podíamos permitir que um paciente gastasse uma de nossas luvas dispendiosas numa tarefa como recolher folhas ou martelar alguma coisa — justamente as atividades que estávamos querendo tornar seguras. Em pouco tempo nossos pacientes estavam mais preocupados em proteger os transdutores, seus supostos protetores, do que em proteger a si mesmos.

Mesmo quando os transdutores trabalhavam corretamente, todo o sistema dependia do livre-arbítrio dos pacientes. Havíamos falado em termos grandiosos de reter "as partes boas da dor sem as más", o que significava inventar um sistema de alarme que não doesse. Primeiro tentamos um dispositivo como um aparelho de audição que sussurrasse quando os sensores estivessem recebendo pressões normais, zumbisse quando estivessem em leve perigo e emitissem um som agudo quando percebessem um perigo real. Mas quando um paciente com a mão machucada girava uma chave de fenda com toda a força e o sinal agudo soava, ele simplesmente não lhe dava atenção: *Esta luva está sempre dando alarmes falsos,* e continuava girando a chave. Luzes que piscavam avisando do perigo falharam pela mesma razão.

Os pacientes que percebiam a "dor" apenas em abstrato não podiam ser persuadidos a confiar nos sensores artificiais. Ficavam entediados com os sinais e os ignoravam. Compreendemos afinal que a não ser que conseguíssemos incutir neles uma qualidade de compulsão, nosso sistema substituto jamais funcionaria. Ser avisado do perigo não bastava; nossos pacientes precisavam ser forçados a responder. O professor Tims, da Universidade Estadual da Louisiana, disse-me, quase em desespero:

— Paul, não adianta. Jamais poderemos proteger esses membros a não ser que o sinal realmente doa. Deve haver com certeza um meio de ferir suficientemente seus pacientes para fazer com que prestem atenção.

Tentamos todas as alternativas antes de recorrer à dor e finalmente concluímos que Tim estava certo: o estímulo devia ser desagradável, assim como a dor é desagradável. Um dos alunos diplomados de Tim desenvolveu uma bobina pequena, acionada por pilha, que enviava um choque elétrico em alta voltagem, com corrente baixa,

quando ativada. Era inofensiva, mas dolorida, pelo menos quando aplicada em partes do corpo que podiam sentir dor.

Os bacilos da lepra, que preferiam as partes mais frias do corpo, geralmente deixavam as regiões quentes, como as axilas, sem serem perturbadas; começamos então a colocar a bobina elétrica nas axilas dos pacientes para testar. Alguns voluntários deixaram o programa, mas outros mais valentes permaneceram. Notei, entretanto, que eles consideravam a dor de nossos sensores artificiais de um modo diferente daquela das fontes naturais. Tendiam a ver os choques elétricos como um castigo por quebra de regras, e não como mensagens de uma parte do corpo posta em perigo. Reagiam com ressentimento, que não é um instinto de autopreservação, porque nosso sistema artificial não tinha uma ligação inata com seu sentido do *eu.* Não reagiam bem ao sentirem um golpe na axila por algo que acontecia na mão.

Aprendi uma distinção fundamental: a pessoa que não sente dor é orientada para a tarefa, enquanto a que possui um sistema de dor intacto é auto-orientada. O indivíduo que não sente dor pode saber por meio de um sinal que um certo ato é danoso, mas se realmente desejar, contínua a praticá-lo de qualquer jeito. A pessoa sensível à dor, por mais que queira fazer algo, irá parar por causa da dor, porque bem no fundo de sua psique ela sabe que proteger seu próprio *eu* é mais importante do que qualquer outra coisa que deseje fazer.

Nosso projeto passou por vários estágios, consumindo cinco anos de pesquisa laboratorial, milhares de homens-hora e mais de um milhão de dólares concedidos pelo governo. No final tivemos de abandonar todo o plano. Um sistema de alarme adequado para apenas uma das mãos era exorbitantemente dispendioso, sujeito a estragos mecânicos frequentes e absolutamente inadequado para interpretar a profusão de sensações que constituem o toque e a dor. Mais importante, não descobrimos um meio de superar a— fraqueza fundamental em nosso sistema: ele permanecia sob o controle do paciente. Se este não quisesse atender aos avisos dos sensores, podia sempre encontrar um meio de enganar todo o sistema.

Em retrospecto, posso apontar um único instante em que eu soube definitivamente que o projeto de sistema substituto de dor iria falhar. Estava procurando uma ferramenta na oficina de artesanato quando Charles, um de nossos pacientes voluntários, entrou para substituir uma guarnição no motor de uma bicicleta motorizada. Ele atravessou com ela o chão de concreto, chutou o banquinho e sentour-se cara trabalhar no motor a gasolina. Observei-o com o canto do olho. Charles era um de nossos voluntários mais conscienciosos, e eu estava ansioso para ver como os sensores de dor artificial em sua luva iriam desempenhar-se.

Um dos pinos do motor havia evidentemente enferrujado e Charles fez várias tentativas para soltá-lo com uma chave inglesa. Não conseguiu. Eu o vi forçar a chave e depois parar bruscamente, dando um repelão para trás. A bobina elétrica devia tê-lo alertado. (Eu não podia deixar de estremecer ao observar nosso sistema de dor artificial funcionando como devia.) Charles estudou a situação por um momento, depois desligou um fio em sua axila. Ele soltou o pino com uma chave grande, pôs de novo a mão dentro da camisa e religou o fio. Foi então que eu soube do nosso fracasso. Qualquer sistema que permitisse livre escolha aos nossos pacientes estava condenado.

Jamais concretizei meu sonho de "um substituto prático para a dor", mas o processo pelo menos respondeu as duas perguntas que me perseguiram durante muito tempo. Por que a dor deve ser desagradável? Por que a dor deve persistir? Nosso sistema falhou exatamente porque não podíamos reproduzir efetivamente essas duas qualidades da dor. O poder misterioso do cérebro humano pode forçar a pessoa a *PARAR!* — algo que eu jamais pude conseguir com o meu sistema substituto. E a dor "natural" vai persistir enquanto houver ameaça de perigo, quer queiramos ou não; ao contrario do meu sistema substituto, ela não pode ser desligada.

Enquanto trabalhava *no* sistema substituto, pensei algumas vezes em meus pacientes de artrite reumatóide, que ansiavam exatamente pelo tipo de chave liga-desliga que estávamos instalando. Se os pacientes reumatóides tivessem uma chave ou fio que pudessem desligar, a maior parte destruiria suas mãos em dias ou semanas. Que felicidade, pensei, que para a maioria de nós a chave da dor ficará sempre fora do nosso alcance.

Em novembro de 1972, mais ou menos na época em que eu estava começando a aceitar o fracasso do nosso projeto, recebi a notícia de que minha filha Mary dera à luz nosso primeiro neto. Alguns meses se passaram antes

que pudesse ir a Minnesota para investigar esse *novo* fenômeno. Quando cheguei, Mary apresentou-me um menino saudável chamado Daniel. Confesso que por alguns minutos voltei ao meu papel de ortopedista, examinando as juntas dos dedos dele e o ângulo de seus pés, tudo funcionando esplendidamente. Havia mais um teste a fazer, porém, e esperei que Mary saísse do quarto antes de experimentá-lo.

Com um alfinete reto comum, realizei uma simples avaliação do sistema de dor na ponta de um dedo. Fui delicado, é claro, mas tínha de fazê-lo. Daniel puxou a mão, franziu a testa, olhou para o dedo e depois para mim. Ele era normal! Seus reflexos trabalhavam com perfeição e já naquela idade tão tenra ele estava recebendo Uma informação importante sobre alfinetes pontiagudos. Apertei-o em meu peito e orei agradecendo por aquele dedo pequenino. A luva mais sofisticada que havíamos desenvolvido em Carville incluía um total de vinte transdutores e custava quase dez mil dólares. Aquela criança fora equipada com mil detectores de dor só naquela ponta de dedo, cada um calibrado para um limiar específico. Senti um pouco de orgulho de avô, porque meu código genético pessoal estava envolvido na criação daquele menininho. Como engenheiro eu havia falhado em criar um sistema de dor com meus transdutores eletrônicos dispendiosos, mas o meu DNA tivera um sucesso extraordinário.

Desafiava minha corrtpreensao o fato de os transdutores-miniatura de Daniel poderem filtrar as muitas variedades de estresses traumáticos, constantes *C* repetitivos e informarem a coluna espinhal, sem curtos-circuitos nos fios e sem necessidade de manutenção externa, por um período de setenta ou oitenta anos. Mais ainda, aqueles sensores de dor funcionariam quer ele quisesse quer não; o interruptor estava fora de alcance. Os sensores não tinham defeito, atendiam prontamente e exigiam uma reação, mesmo de um cérebro jovem demais para compreender o significado do perigo. Terminei minha oração com um estribilho familiar: "Graças a Deus pela dor!".

Notas

[1] Há uma grande diferença em como o dano ao nervo ocorre na lepra em comparação com a diabetes. Como já disse, os germes da lepra se congregam nas áreas frias, destruindo os nervos mais próximos da pele e produzindo um padrão errático de paralisia. A diabetes, que não é produzida por germes, altera o metabolismo do açúcar, e os nervos *mais longos* sofrem a deficiência nutricional em primeiro lugar. O aspecto crítico parece ser o comprimento do axônio que se estende até as extremidades *do* nervo. Os dedos dos pés tendem a ser afetados no início; depois, mais axônios do nervo morrem a partir do pé em direção ao tornozelo, rastejando perna acima. Quando a perda de sensação chega ao joelho, os axônios mais longos do braço têm mais ou menos o mesmo comprimento que os axônios residuais na perna. Nesse ponto, se inicia a deficiência nutricional que afeta os axônios do braço: as pontas dos dedos adormecem, depois a mão, pulso e antebraço. O dano aos nervos prossegue lentamente, e a maioria dos diabéticos morre antes de experimentar problemas severos na mão. Mas a perda da sensação no pé é muito comum.

[2] Uma explicação possível para esse fenômeno pode ser encontrada no desejo do corpo humano de conservar energia. Pare de usar um músculo e ele irá atrofiar-se. Do mesmo modo, se eu injetar doses artificiais de adrenalina e cortisona num paciente, a glândula supra-renal, que normalmente produz esses hormônios, irá reduzir seu suprimento; com o tempo, ela pode até interromper completamente a produção. Alguns pesquisadores da dor acreditam que a dependência de medicamentos que aliviam a dor pode ter um efeito similar no cérebro. Se suprimirmos a necessidade de endorfinas no cérebro (os assassinos naturais da dor) oferecendo substitutos artificiais, o cérebro pode "esquecer como" produzir as substâncias naturais. Os viciados em heroína mostram o resultado final: o cérebro do viciado exige cada vez mais substâncias artificiais porque não pode mais satisfazer os desejos de seus próprios receptores locais de narcóticos. Pessoas que consumiram heroína durante muito tempo às vezes desenvolvem uma hipersensibilidade à dor depois que param de utilizar a droga. A menor pressão de um lençol ou de uma peça de roupa provoca dor intensa porque o cérebro não fabrica mais os neurotransmíssores que lidam com tais estímulos rotineiros.

PARTE 3 -: APRENDENDO A FAZER AMIZADE COM A DOR

A língua inglesa, que pode expressar os pensamentos de Hamlet e a tragédia do Rei Lear, não tem palavras para o calafrio ou a dor de cabeça... A mais simples estudante quando se apaixona tem Shakespeare ou Keats para exprimir seus pensamentos, mas peça a urn sofredor que tente explicar sua dor de cabeça a um médico e a linguagem imediatamente emudece.
VIRGÍNIA WOOLF

14 Na mente

Não sou um "perito em dor" no sentido tradicional. Nunca trabalhei numa clínica de dor e tenho experiência limitada no gerenciamento da dor. Em vez disso, passei a apreciar as sutilezas da dor tratando aqueles que não a sentem. Eu certamente nunca disse: "Graças a Deus pela dor!" — como uma criança nas montanhas Koili ou na escola de medicina durante os ataques aéreos inesperados. Essa noção veio depois de anos trabalhando entre as vítimas da ausência de dor.

Outros pacientes, inclusive meus filhos, foram lembretes constantes da atitude mais comum em relação à dor: "Está doendo! Como fazer parar esta dor?". Com o passar do tempo, tentei fazer uma abordagem que incluísse o que aprendi dos que não sentem dor assim como daqueles entre nós que a sentem. Não podemos viver bem sem a dor, mas como viver melhor com ela? A dor é um dom de valor incalculável, essencial — não duvido disso. Todavia, só aprendendo a dominar a dor podemos impedir que ela nos domine.

Divido a experiência da dor em três estágios. Primeiro temos o *sinal* da dor, um alarme que soa quando as extremidades nervosas na periferia sentem o perigo. Meu mal-sucedido projeto para desenvolver "um substituto prático para a dor" foi uma tentativa de reproduzir a dor neste primeiro nível mais básico.

Num segundo estágio da dor, a medula espinhal e a base do cérebro agem como uma "porta espinhal" para selecionar quais dentre os muitos milhões de sinais merecem ser enviados como uma *mensagem* para o cérebro.

Dano ou enfermidade algumas vezes pode interferir: se a medula espinhal for secionada, como na paraplegia, as extremidades dos nervos periféricos antes da ruptura podem continuar enviando sinais de dor, mas esses sinais não alcançam o cérebro.

O estágio final da dor tem lugar no cérebro superior (especialmente no córtex cerebral), que seleciona entre as mensagens pré-filtradas e decide sobre uma *reação.* De fato, a dor não existe verdadeiramente até que todo o ciclo de sinal, mensagem e resposta tenha sido completado.

Um acidente simples, rotineiro — a queda de uma menina enquanto corre — ilustra a interação entre esses três estágios da dor. Quando o joelho dela bate na calçada, a menina rola de lado para evitar novo contato. Essa manobra de emergência, ordenada pela medula espinhal, tem lugar em nível de reflexo (primeiro estágio). Meio segundo se passa antes de a menina tomar consciência de uma sensação dolorida no joelho machucado. A maneira como reage dependerá da gravidade do ferimento, de sua personalidade e do que mais estiver acontecendo ao seu redor. Se a menina estiver apostando uma corrida com amigos, as possibilidades são que o barulho e a excitação geral da brincadeira produzam mensagens competitivas (segundo estágio) que bloqueiam o progresso da dor. Ela pode levantar-se e terminar a corrida sem sequer olhar para o joelho. Quando a corrida termina, porém, e a excitação diminui, as mensagens de dor irão provavelmente fluir da porta espinhal para a parte pensante do

cérebro (terceiro estágio). A menina olha para o joelho, vê sangue e agora o cérebro consciente predomina. O medo enfatiza a dor. A mãe se torna importante e é para ela que a criança se volta. A mãe sábia primeiro abraça a filha, substituindo o medo pela segurança. A seguir examina o machucado, lava a ferida, cobre com um curativo colorido e manda a criança brincar novamente. A menina esquece a dor. Mais tarde, à noite, quando nada está distraindo a mente, a dor pode voltar, e seus pais serão chamados para cumprir seu dever.

Durante todo esse tempo, os sinais de dor não mudaram muito. Neurônios leais no joelho estiveram enviando relatórios de dano durante toda a tarde e noite. A percepção da menina à dor varia mais pela extensão em que a dor foi bloqueada no segundo estágio pela informação competitiva e, no terceiro estágio, pela desenvoltura dos pais em acalmar a ansiedade.

Nos adultos, que têm uma reserva maior de experiência e emoções para servi-los, a mente desempenha um papel mais importante. Como médico passei a apreciar cada vez mais a habilidade da mente em alterar a percepção da dor em uma ou outra direção. Podemos nos tornar peritos em converter a dor na condição mais grave, que chamamos de *sofrimento.* Ou, pelo contrário, podemos aprender a aproveitar os vastos recursos da mente consciente para nos ajudar a lidar com a dor.

SENTIMENTO DE ORFANDADE

Na escola de medicina encontrei principalmente a dor no primeiro estágio. Os pacientes me procuravam com queixas específicas sobre sinais periféricos ("Meu dedo dói", "Meu estômago dói", "Meus ouvidos estão zumbindo"). Nenhum paciente jamais disse algo como isto:

— Entre as transmissões que estão entrando em minha medula espinhal, os sinais de dor de meu dedo foram julgados de valor significativo para serem enviados para o cérebro.

Ou:

— Estou sentindo dor no estômago; pode, por favor, administrar uma droga como a morfina ao meu cérebro para que eu consiga ignorar os sinais de dor emanando de meu *estômago.*

Embora eu tivesse de confiar no relatório do paciente do primeiro estágio para ajudar-me a diagnosticar a causa da dor, logo compreendi a importância de responder desde o início ao terceiro estágio. Eu agora iria provavelmente classificar os estágios de dor na ordem inversa, dando proeminência ao terceiro estágio. O que tem lugar na mente da pessoa é o aspecto mais importante da dor — e o mais difícil de tratar ou mesmo compreender. Se pudermos aprender a lidar com a dor neste terceiro estágio, iremos provavelmente ter sucesso em manter a dor em seu lugar adequado, como um servo, e não um senhor.

Conheci, certa vez, uma bailarina que sentia dores fortes no pé cada vez que fazia uma determinada manobra na ponta do dedão. O *Lago dos Cisnes,* de Tchaikovsky, exigia essa manobra 32 vezes no curso do balé e por essa razão ela temia o *Lago dos Cisnes.* Sempre que a música tocava no rádio, ela desligava o aparelho.

— Sinto a dor em meu pé quando ouço esses acordes! — disse

O que tinha lugar em sua mente afetava o que percebia no pé.

Tomei consciência do poder da mente quando tratei um soldado chamado Jake, o herói de guerra com as pernas destruídas que recuava com medo de uma agulha hipodérmica cheia de penicilina. Mais tarde, eu soube que a atitude de Jake na frente de batalha, por estranha que tivesse parecido na ocasião, era uma reação clássica aos ferimentos de combate. O dr. Henry K. Beecher, da Faculdade de Medicina de Harvard, cunhou o termo "Efeito de Anzio" para descrever o que observou em 215 vítimas da praia de Anzio na Segunda Guerra Mundial. Apenas um de cada quatro soldados com ferimentos graves (fraturas, amputações, peitos ou cérebros perfurados) pedia morfina, embora esta estivesse à disposição deles. Aqueles homens simplesmente não precisavam de ajuda com a dor, e de fato muitos deles negavam sentir qualquer dor.

Beecher, um anestesiologista, contrastava as reações dos soldados com o que vira na prática particular, onde 80 por cento dos pacientes em recuperação de cirurgias pediam morfina e outros narcóticos. Ele concluiu: "Não há uma relação direta simples entre o ferimento em si e a dor experimentada. A dor é em grande parte determinada por outros fatores, e de máxima importância aqui é o significado do ferimento... No soldado ferido a reação era alívio, agradecimento por ter escapado vivo do campo de batalha, até mesmo euforia; para o civil, sua cirurgia grave era um evento deprimente, calamitoso".

Meu estudo do cérebro, especialmente no projeto de dissecação em Cardiff, ajudou-me a compreender por que a mente desempenha um papel tão importante na dor. A estrutura do cérebro exige isso. Só um décimo de um por cento das fibras que entram no córtex cerebral transmite informação sensorial nova, inclusive mensagens de dor; todas as outras células nervosas comunicam-se umas com as outras, refletindo, filtrando através da memória e da emoção. Tenho medo? A dor está produzindo algo valioso? Quero realmente recuperar-rne? Estou recebendo atenção?

Além disso, o cérebro consciente compõe a sua resposta a esse turbilhão de dados dentro do crânio, isolado do estímulo que causou primeiramente a dor. A maioria das sensações possui uma referência "externa", e gostamos de convidar outros para compartilhar o que instiga nossos sentidos. "Veja aquela montanha!", "Preste atenção, agora vem a parte interessante", "Sinta esta pele — é tão macia". Chega então a sensação predominante da dor e cada um de nós fica órfão. A dor não tem existência "externa". Duas pessoas podem olhar para a mesma árvore, mas ninguém já compartilhou uma dor de estômago. E isto que torna tão difícil o tratamento da dor. Nenhum de nós — médico, paciente ou amigo — pode participar realmente da dor de outra pessoa. É a sensação mais solitária, mais pessoal que existe.

Como você se sente? Está doendo muito? Podemos fazer essas perguntas e formar uma ideia da dor de outra pessoa, mas nunca com absoluta certeza. Patrick Wall, um pioneiro da teoria da dor, especifica o dilema: "A dor é a minha dor à medida que cresce como uma obsessão imperativa, uma compulsão, uma realidade dominante. A sua dor é uma questão diferente... Mesmo que eu tenha passado por uma situação similar, só conheço a minha dor e adivinho a sua. Se você machucar o dedo com o martelo, agito-me ao lembrar como o meu polegar doeu quando dei uma martelada nele. Mas só posso supor como você se gente". Wall diz que aprendeu a respeitar a descrição do paciente, por mais vaga que seja, pois apesar do que qualquer instrumento *high-tech* para diagnóstico possa indicar, em última análise o relatório verbal do paciente é a única justificativa possível para a dor.[1]

Todavia, a dor é um sentimento órfão que ninguém mais pode realmente compartilhar; ele parece ser indispensável para ajudar na formação da identidade pessoal do indivíduo. Sofro dor, portanto sou. O cérebro confia numa "imagem sentida" das partes do corpo para construir o seu mapa interior; quando o dano ao nervo interrompe o fluxo de dados para o cérebro, isso coloca em risco o sentido básico do *eu.* Em termos metafóricos, usamos a palavra *morto* para descrever um estado temporário de ausência de dor, *como* quando um dentista insensibiliza um dente ou quando cruzamos a perna por tanto tempo que ela adormece. Os leprosos parecem considerar suas mãos e pés como verdadeiramente mortos. O membro está ali — eles podem vê-lo —, mas sem a resposta sensorial para alimentar a imagem sentida em seus cérebros, perdem a percepção inata de que a mão ou o pé amortecido pertence ao resto do corpo.

Vi esse princípio em ação de maneira bastante grotesca nos animais de laboratório. Durante algum tempo usei ratos brancos para ajudar na determinação do melhor modelo de sapatos para os pés insensíveis dos pacientes de lepra. Eu anestesiava um centro de dor na perna traseira e depois imitava o estresse de diferentes tipos de sapatos na pata do rato. Eu tinha de manter esses animais de pesquisa bem alimentados, porque se tivessem fome iriam simplesmente começar a comer a perna amortecida — o rato não mais a reconhecia como parte de si mesmo. Da mesma forma, um lobo, com a perna dormente por causa da pressão de uma armadilha e do frio, irá calmamente roer a própria pele e osso e sair manquejando.

UM PAPEL DOMINANTE

Uma ameba, sem cérebro, sente o perigo diretamente e foge dos produtos químicos irritantes e de luzes fortes. Os animais "superiores" percebem indiretamente a dor — o sistema nervoso central informa um cérebro isolado do

estímulo e este por sua vez lhes dá bastante liberdade para modificar a experiência. Há quase um século o cientista russo Ivan Pavlov treinou um cão para vencer os instintos básicos da dor, recompensando-o com comida logo depois de aplicar choques elétricos a uma determinada pata. Depois de algumas semanas, em vez de gemer e esforçar-se para fugir dos choques, o cão respondeu balançando a cauda excitadamente, salivando e voltando-se na direção do prato. O cérebro do animal havia de alguma forma aprendido a reinterpretar o aspecto negativo da dor. (Todavia, quando Pavlov aplicou um choque similar a uma pata diferente, o cão reagiu com violência.)

Mais recentemente, Ronald Melzack avançou um pouco nas experiências de Pavlov. Ele criou filhotes de cão terrier escocês em gaiolas individuais, acolchoadas, para que não sentissem quaisquer dos problemas e dificuldades normais do crescimento. Para seu espanto, os cães criados neste ambiente despojado deixaram de aprender reações básicas à dor. Expostos a um fósforo aceso, repetidamente enfiavam o focinho na chama e a cheiravam. Mesmo quando a carne queimava, eles não mostravam sinais de aflição. Deixaram também de reagir quando a pata deles era picada com um alfinete. Em contraste, os companheiros de ninhada criados normalmente latiam e fugiam depois de um único confronto com o fósforo ou o alfinete. Melzack foi forçado a concluir que muito do que chamamos dor, inclusive a resposta "emocional", é aprendido, e não instintivo.

Nos seres humanos os poderes mentais reinam supremos, e é isso o que nos dá a capacidade de alterar a dor tão dramaticamente. Um gato que pisa num espinho instintivamente começa a mancar, o que dará ao pé ferido descanso e proteção. O homem que pisa num prego enferrujado irá também mancar, mas o poder maior do cérebro permite que ele reflita conscientemente, até mesmo obsessivamente, sobre a experiência. Além de mancar, ele pode procurar outros meios de ajuda: aliviadores de dor, muletas, cadeira de rodas. Se a preocupação com o ferimento transformar-se em medo, a dor irá intensificar-se de modo a realmente "ferir″ *o* homem mais do que provavelmente feriria um gato. Ele talvez se preocupe com a ideia de tétano. Se, como o meu paciente Jake, esse homem tiver um temor exagerado de agulhas, ele pode evitar uma vacina contra tétano e arriscar sentir uma dor muito maior. Por outro lado, se lhe pagarem dez mil dólares por jogo para fazer gols no Campeonato Nacional de Futebol, é bem provável que ele enfaixe o pé que manqueja, ignore a dor e se encaminhe para o campo de treinamento.

Nos meus dias de estudante, vi provas convincentes de como, mediante hipnose, o poder mental pode afetar a experiência da dor. Embora nem todos sejam suscetíveis à hipnose profunda, os testes do limiar da dor mostram o impacto da hipnose em algumas pessoas. — Não estou machucando você — o funcionário do laboratório diz e um voluntário sob hipnose profunda pode não notar a dor de uma máquina de calor radiante mesmo quando a pele começa a ficar vermelha e abrir-se em bolhas. De modo contrário, se o pesquisador toca a pele do indivíduo hipnotizado com um lápis comum, dizendo "Este é um objeto extremamente quente", o lugar da pele irá avermelhar e inchar, e uma bolha espontânea pode formar-se! Em cada caso o cérebro fabrica uma resposta baseada no simples poder da sugestão,[2] Em uma minoria de pessoas, a hipnose pode ser usada até para induzir anestesia geral. A prática caiu em desuso depois da introdução do éter, mas muitas cirurgias importantes foram realizadas (algumas até recentemente) sem outro anestésico além da sugestão hipnótica. A hipnose prova que sob certas circunstâncias a *resposta* da dor no terceiro estágio pode sobrepor-se aos sinais e mensagens de dor de estágios mais baixos.

Quer consciente ou subconscientemente, a mente determina em grande parte como percebemos a dor. Testes laboratoriais revelam que, à semelhança dos cães de Melzack, as pessoas criadas em ambientes culturais diferentes experimentam diferentemente a dor. Judeus e italianos reagem mais depressa e mais alto do que suas contrapartes do norte da Europa; os irlandeses têm alta tolerância em relação à dor; os esquimós a mais elevada de todas.

Algumas reações culturais à dor quase desafiam a crença. Sociedades na Micronésia e no Vale do Amazonas praticam um costume chamado *couvade* (originário do termo francês para "chocar ovos") ao nascer uma criança. A mãe não dá sinais de sofrimento durante o parto. Ela pode deixar o trabalho por apenas duas ou três horas a fim de parir, depois volta aos campos. Ao que tudo indica é o marido que sofre: durante o parto e alguns dias depois dele, o homem fica de cama, agitando-se e gemendo. De fato, se o seu esforço não parecer convincente, outros habitantes do povoado irão duvidar da sua paternidade. De maneira tradicional, a nova mãe cuida do marido e senta ao seu lado para entreter os parentes que aparecem para cumprimentá-lo.

Ronald Melzack conta outra anomalia cultural: No leste da Africa, homens e mulheres submetem-se a uma operação, completamente sem anestesia ou remédios aliviadores da dor — chamada "trepanação", na qual o couro cabeludo e músculos subjacentes são cortados de maneira a expor uma grande área do crânio. Este é então raspado pelo *doktari* enquanto a pessoa fica sentada calmamente, sem mostrar medo e sem caretear, segurando uma panela sob o queixo para receber o sangue que escorre. Assistir aos filmes desse procedimento é algo extraordinário pelo desconforto que induzem nos observadores, o que contrasta grandemente com a aparente falta de desconforto das pessoas sujeitas à operação. Não há motivo para crer que essas pessoas sejam fisiologicamente diferentes em nada. Pelo contrário, a operação é aceita pela sua cultura como um procedimento que alivia a dor crônica.

Os africanos do leste da Africa dominaram verdadeiramente a arte da cirurgia sem anestesia? Qual a dor mais "real", a descrita por uma mãe que dá à luz na Europa ou a de um pai que pratica o *couvade* na Micronésia? Ambos os exemplos demonstram o poder misterioso da mente humana em sua interpretação e reação à dor.

OS ENIGMAS DA DOR

Se eu já tive dúvidas sobre a capacidade da mente para modificar e prevalecer sobre as mensagens de dor, três encontros — dois nos meus dias na Índia e um na escola de medicina em Londres — fizeram desaparecer essas dúvidas.

Lobotomia

Em 1946, enquanto eu completava a residência cirúrgica, um neuropsiquiatra americano, Walter Freeman, descobriu um meio simplificado de realizar uma lobotomia, uma cirurgia no cérebro tentada primeiro por médicos italianos uma década antes. Os grandes *lobos frontais nos seres* humanos *são* responsáveis pelo pensamento refletivo e a interpretação. O córtex cerebral controla a reação direta à dor, mas os lobos frontais podem modificar essa resposta, cujo processo é grandemente afetado por uma lobotomia pré-frontal.

Depois de praticar num cadáver, Freeman escolheu como seu primeiro paciente uma mulher esquizofrênica. Ele usou a eletro-convulsoterapia para atordoar a paciente durante alguns minutos e escolheu como instrumento cirúrgico um quebrador de gelo, com o nome "Uline Ice Company" bem visível no cabo. Levantou a pálpebra direita da mulher e passou o quebrador sobre o alto do globo ocular. Encontrando alguma resistência na placa orbital, penetrou-a batendo no quebrador com um martelo pequeno. Uma vez dentro do cérebro, girou o instrumento para a frente e para trás, cortando vias neuroniais entre os lobos frontais e o resto do cérebro.

A mulher acordou alguns minutos depois e pareceu tão satisfeita com o resultado que voltou dentro de uma semana para o mesmo tratamento através da outra órbita. Freeman escreveu laconicamente ao filho: "Tratei de dois pacientes de ambos os lados e de outro de um só lado sem encontrar quaisquer complicações, exceto um olho negro em um caso. E possível que surjam problemas posteriores, mas pareceu bem fácil, embora tenha sido uma coisa definitivamente desagradável de observar".

Freeman ganhou fama nos anos 1950 e 1960, dando palestras e demonstrando lobotomias a grupos de psicólogos e neurologistas. Ele gabou-se de que o procedimento podia ajudar na cura da esquizofrenia, depressão, reincidência criminosa e dor crônica. Apreciador dos holofotes, Freeman algumas vezes punha a mão no bolso e tirava um martelo de carpinteiro normal para seu uso. Conseguiu reduzir o tempo do procedimento a sete minutos e certa vez realizou uma "lobotomia de emergência" para subjugar um criminoso violento que estava sendo contido por policiais no chão de um quarto de hotel. A psicocirurgia só caiu em descrédito depois que medicamentos eficazes chegaram ao mercado. (Freeman, ferido com a crescente rejeição de sua técnica, rotulou desdenhosamente os novos tratamentos de "lobotomia química".)

Eu empalideço agora quando leio relatos sobre as primeiras psicocirurgias, um campo que florescia justamente quando comecei a estudar medicina. Tive contato limitado com pacientes lobotomizados, mas enquanto me achava na Índia, vi a dramática evidência do efeito da lobotomia sobre a dor em um paciente. Uma inglesa de Bombaim havia buscado alívio durante anos para uma dor vaginal intratável. A princípio ela sentia a dor no

intercurso, o que levou a problemas no casamento, e com o tempo começou a sentir dor constante. Tentou todos os comprimidos disponíveis para alívio da dor e até submeteu-se à cirurgia para cortar nervos, mas nada adiantou. Infeliz e desesperada, ela foi com o marido ao hospital de Vellore para uma consulta.

— Não tenho amigos. Meu casamento está desmoronando. Por favor, pode ajudar-me? — disse-me ela.

Um neurocirurgião em nossa equipe havia aperfeiçoado uma técnica de lobotomia suficientemente avançada no cérebro que minimizava o impacto desumano, mas algumas vezes ajudava nos problemas psiquiátricos e na dor crônica. Ele fazia orifícios dos dois lados da cabeça, passava um arame através deles e depois, como se fatiando um queijo, usava o arame para cortar as vias nervosas e separar parte dos lobos frontais do resto do cérebro. O médico explicou os riscos à mulher, que imediatamente concordou com a cirurgia. Estava disposta a tudo.

A lobotomia foi um grande sucesso em todos os aspectos. A mulher emergiu da cirurgia completamente livre do sofrimento que a atribulara durante uma década. O marido não notou diferenças em sua capacidade mental, mas só pequenas mudanças de personalidade. A dor deixou de ser um fator na vida deles. Mais de um ano depois visitei esse casal em Bombaim. O marido falou entusiasticamente sobre a lobotomia e a própria mulher parecia calma e satisfeita. Quando perguntei sobre a dor, ela respondeu:

— Oh, ainda continua, mas não me preocupo mais com isso. Sorriu docemente e riu baixinho:

— De fato, ainda é uma agonia. Mas não me importo.

Na ocasião achei estranho ouvir palavras sobre agonia de uma pessoa com um comportamento tão calmo: nenhuma careta ou gemido, apenas um sorriso amável. Ao ler sobre outras lobotomias, porém, descobri que ela mostrava uma atitude realmente típica. Os pacientes informam sentir "uma pequena dor sem a grande dor". O cérebro que passou pela lobotomia não mostra uma reação aversiva forte, por não mais reconhecer a dor como uma prioridade dominante na vida.

Os pacientes lobotomizados raramente pedem medicamentos. Um neurocirurgião alemão que realizara muitas lobotomias pré-frontais contou-me certa vez:

— O procedimento tira da dor todo o sofrimento.

O primeiro e o segundo estágio da dor, os estágios do sinal e da mensagem, prosseguem sem interrupção. Mas uma mudança radical no terceiro estágio, a reação da mente, transforma a natureza da experiência.

Placebo

Os placebos (latim para "quero agradar") ganharam o respeito relutante do *establishment* (autoridades estabelecidas) simplesmente por funcionarem tão bem. Nada mais que pílulas de açúcar ou soluções salinas, eles não obstante mostram ser muito eficazes no alívio da dor. Cerca de 35 por cento dos pacientes de câncer informam ter sentido alívio substancial depois de um tratamento com placebo, praticamente metade do número dos que encontram alívio na morfina.

Quase por definição, os placebos realizam sua mágica no nível da resposta ao controle da dor. Engolir uma cápsula de açúcar não tem absolutamente qualquer efeito nos neurônios na periferia ou na medula espinhal. Os placebos introduzidos no leite ou alimento sem conhecimento do paciente também não farão efeito. O que importa é o poder da sugestão e a fé consciente do indivíduo nas propriedades de cura do placebo.

Testes recente indicam que os placebos podem acionar a liberação das endorfinas que matam a dor, um exemplo da "crença" do cérebro superior no tratamento traduzindo-se em mudanças fisiológicas reais. Os placebos trabalham melhor quando o paciente confia plenamente na sua eficácia. Em um experimento, 30 por cento dos pacientes de câncer afirmaram ter recebido alívio depois de uma pílula de placebo, 40 por cento depois de uma injeção intramuscular de placebo e 50 por cento depois de receber placebo gota a gota na veia. Alguns pacientes chegam até a ficar viciados em placebos, apresentando sintomas de abstenção quando o tratamento é

interrompido.

Quando eu cursava a faculdade de medicina, médicos italianos estavam realizando um teste estranho — cuja repetição é improvável — que sugere que o ato da cirurgia em si pode ter um efeito placebo. Em 1939, os cirurgiões italianos aprenderam que a angina pectoris, dor cardíaca, podia ser grandemente reduzida amarrando, ou ligando, as artérias mamárias internas, talvez disponibilizando mais sangue para o coração. Depois desse procedimento, os pacientes sentiam-se melhor, tomavam menos pílulas de nitroglicerina e podiam exercitar-se pela primeira vez sem dor. As notícias se espalharam e em pouco tempo cirurgiões em todo o mundo estavam praticando a mesma técnica e confirmando as descobertas iniciais.

Enquanto isso, os inovadores italianos começaram a se perguntar se o índice de sucesso demonstrava apenas um efeito placebo.[3] Eles recrutaram um grupo de pacientes para participar de um estudo que, se proposto hoje, suscitaria graves questões éticas. Metade dos pacientes sofreu cirurgias para expor e ligar as artérias mamárias internas, enquanto a outra metade teve as artérias mamárias simplesmente expostas, e não ligadas. Em outras palavras, metade dos pacientes se submeteu à anestesia geral para que seu peito fosse aberto e depois prontamente costurado. De forma surpreendente, os dois grupos mostraram melhoras comparáveis depois da cirurgia: a dor diminuiu, eles passaram a tomar menos pílulas e podiam exercitar-se mais. Os italianos concluíram que o próprio ato da cirurgia produzira um efeito placebo em seus pacientes.

Funcionários da saúde aprenderam a aceitar o efeito placebo, e algumas vezes fazemos uso dele para nosso proveito. Todavia, confesso que sempre que vejo o efeito placebo de perto, fico maravilhado com os recursos da mente humana, que pode alcançar a cura a partir de uma transação de confiança e engano.

Na Índia, nossa médica encarregada da reabilitação, Mary Verghese, sempre envidou esforços para manter-se a par das últimas tecnologias. Discutimos certa vez sobre a prudência de investir numa máquina de ultra-sonografia. Eu nunca tinha usado o ultra-som, que estava sendo elogiado na literatura médica e nas propagandas como um tratamento de ponta para reduzir o tecido cicatrizado e aliviar a rigidez nas juntas. Mary queria comprar a máquina imediatamente; eu permanecia cético.

Mary eventualmente ganhou o debate, e em pouco tempo a primeira máquina de ultra-sonografia em toda a Índia estava zumbindo em seu departamento. A agitação no hospital foi grande. Era parte para me apaziguar, Mary concordou em supervisionar um teste em cem pacientes que tinham rigidez nas juntas dos dedos. Todos deveriam receber exatamente o mesmo tratamento de fisioterapia e massagem, mas só a metade seria exposta à máquina de ultra-sonografia. Sua escala inicial de movimentos foi registrada de maneira que no final pudéssemos comparar resultados objetivos. Durante todo o teste, os fisioterapeutas de Mary insistiram em que estavam dando a mesma atenção e encorajamento tanto para o grupo de ultra-som quanto para o de controle.

Quando chegou finalmente o dia da avaliação, tive de engolir a minha desconfiança. As fichas mostravam claramente que o tratamento com ultra-som funcionara em todos os setores anunciados. A melhora dos pacientes era inegável.

Algumas semanas mais tarde, um representante da empresa que nos vendera a máquina apareceu para ver se tudo estava a contento. Ele ouviu nossos relatórios com satisfação e sugeriu compartilhar nossas descobertas com outros hospitais. Ligou a máquina, ela zumbiu e ele colocou um copo d'água debaixo da cabeça do aplicador de ultra-som. A superfície da água permaneceu lisa e um olhar perplexo apareceu em seu rosto. Abriu a parte de trás da máquina, enfiou a cabeça lá dentro e exclamou:

— Olhe, esta máquina nunca funcionou! Quando a expedimos, não ligamos a cabeça do ultra-som porque pode danificar-se. Continua desligada.

Mary Verghese, rápida em perceber a implicação, ficou abatida.

— Mas o que significa esse zumbido? — ela perguntou finalmente.

— Oh, isso é apenas um ventilador — explicou o técnico. — Podem acreditar, vocês não estiveram recebendo

nenhuma onda de ultra-som.

Nossas curas mágicas tinham sido mais uma dispendiosa demonstração do efeito placebo. De alguma forma, os terapeutas, entusiasmados com a sua nova máquina, haviam comunicado euforia e esperança que os corpos dos pacientes traduziram em real melhoria.

MEMBROS FANTASMAS

A maioria dos amputados experimenta pelo menos uma sensação passageira de um membro fantasma. Em algum ponto, fechado em seus cérebros superiores, um pé ou uma mão ausente persevera vivamente na memória. Pode parecer que o membro se move. Os dedos invisíveis dos pés se curvam, mãos imaginárias agarram coisas, uma "perna" parece tão real que o paciente deixa a cama esperando apoiar-se nela. As sensações variam: um formigamento, uma percepção irritante de calor ou de frio, a dor de unhas fantasmas enterrando-se em palmas fantasmas ou apenas uma sensação permanente de que o membro continua "ali".

Com o passar do tempo, esses sintomas quase sempre somem. Algumas vezes as sensações diminuem apenas parcialmente, de modo que o cérebro retém a percepção de uma mão — mas sem braço — pendurada num coto do ombro. Entre alguns poucos desafortunados, essa sensação de membro fantasma inclui dor a longo prazo, uma dor como nenhuma outra. Sentem grandes porcas sendo aparafusadas em dedos fantasmas, lâminas cortando braços fantasmas, pregos enfiados em pés fantasmas. Nada dá ao médico tamanho sentimento de impotência como uma dor de membro fantasma, pois a parte do corpo do paciente gritando por atenção não existe. O que há para ser tratado?

Observei um estranho encontro com a dor de um membro fantasma durante meus dias no University College. O administrador da escola, sr. Bryce, sofria do mal de Buerger, que restringia o fluxo sanguíneo em uma de suas pernas. Com a piora gradual da circulação, ele sentia dores constantes, ininterruptas nessa perna. O fumo contribuiu para a trombose, e um único cigarro seria suficiente para o sr. Bryce sentir dores excruciantes causadas pela vasoconstrição.

O dr. Godder, cirurgião de Bryce, esgotara todos os seus recursos. Homem obstinado, Bryce rejeitou inflexivelmente qualquer ideia de amputação, e Godder estava lutando para impedir que seu paciente passasse a depender demais dos remédios contra dor. (Naquela época, não havia técnicas eficazes de enxerto para restabelecer o fluxo de sangue na perna.)

— Eu a odeio! Eu a odeio! — Bryce resmungava com relação à perna. Depois de vários meses de rebelião, ele finalmente cedeu.

— Pode tirá-la, Godder, pode tirá-la! — declarou em sua voz rascante. — Não aguento mais. Não quero mais ver essa perna.

Godder imediatamente marcou a cirurgia. Na véspera da operação, o dr. Godder recebeu um pedido estranho de Bryce.

— Não envie este membro para o incinerador — disse ele. — Quero que o conserve para mim num vidro que colocarei em minha estante. Então, quando sentar em minha poltrona à noite, vou provocar essa perna: Ha! Você não pode machucar-me mais!

Bryce realizou o seu desejo e, quando saiu do hospital na cadeira de rodas, um enorme frasco foi com ele.

A perna desprezada, porém, riu por último. Bryce sofreu bastante com a dor de um membro fantasma. O ferimento sarou, mas em sua mente a perna continuava viva, machucando-o como sempre. Podia sentir espasmos isquêmicos nos músculos fantasmas da barriga da perna, e agora ele não tinha perspectiva de alívio.

O dr. Godder explicou aos alunos que a perna, que deveria ter sido amputada dois anos antes, havia alcançado uma existência independente na cabeça atormentada de Bryce. Até pessoas que nascem sem um dos membros podem sentir mentalmente uma imagem do mesmo e experimentar dor fantasma. Bryce tinha uma imagem sentida bem desenvolvida e reforçada mediante a informação enviada pelos nervos cortados no coto. Ele odiava com tamanha ferocidade aquela perna que a dor, que começara como um sinal informativo periférico, havia gravado um padrão permanente em seu cérebro. A dor existia no terceiro estágio apenas em sua cabeça, mas isso já era suficientemente angustioso. Embora ele pudesse olhar com desprezo a perna na estante, ela ria maldosamente dele dentro de seu crânio.

DESMANCHANDO O MUNDO

Os membros fantasmas me ensinam uma lição inesquecível sobre a dor: o corpo humano lhe dá supremo valor. Anos atrás, Walter Cannon introduziu o termo "homeostasia", a fim de descrever o impulso soberano do corpo no sentido de normalizar as coisas. Saia de uma sauna em um quintal coberto de neve no Alasca e seu corpo irá esforçar-se valentemente para manter constante a sua temperatura. O corpo corrige automaticamente desequilíbrios em fluidos e sais, regula a temperatura e a pressão sanguínea, monitora as secreções glandulares e se mobiliza para fazer os reparos necessários em si mesmo. Trabalhando juntas em comunidade, as células do corpo buscam as condições mais favoráveis para o todo.

A síndrome do membro fantasma demonstra uma espécie de homeostasia da dor. No ponto da amputação, os nervos cortados irão gerar ramos e tentar conectar-se com o coto de seu próprio axônio; não conseguindo encontrá-lo, eles formam nós de nervos inúteis (no geral os cirurgiões precisam cortar esses neuromas). Se isso falhar, a coluna espinhal pode fabricar mensagens sensoriais próprias. E se tudo o mais não der certo, o cérebro se empenha em manter vivo na memória um padrão do membro faltante, como fez tão convincentemente com o sr. Bryce. Em tais casos, a rede de dor parece quase ter vida própria, buscando freneticamente novos caminhos para restabelecer a dor.

Pensei com frequência sobre o paradoxo da dor ilustrado pelo infeliz sr. Bryce. De um lado, a dor da perna dele fez o máximo para permanecer viva: nervos, coluna espinhal e cérebro conspiraram para ressuscitar os sinais de dor silenciados. Ao mesmo tempo, o próprio sr. Bryce tentava desesperadamente matar esses sinais.

Sua mente e seu corpo estavam numa guerra civil, uma versão dramatizada do conflito que todos experimentamos no curso da dor. Sentimos a dor, urgentemente, e acima de tudo queremos deixar de senti-la. Estamos divididos. Esse fato muito óbvio sobre a dor suscita uma pergunta importante: por que a dor deve ser tão desagradável a ponto de produzir um estado corporal de guerra civil?

Os seres humanos têm um sistema reflexo eficaz que retira energicamente uma mão de um objeto agudo ou quente mesmo antes de as mensagens nervosas chegarem ao cérebro.[4] Por que, então, a dor deve incluir a toxina do *desagrado*? Meu projeto do "substituto da dor" respondeu à pergunta em um nível: a dor supre a compulsão de responder às advertências de perigo. Mas tais avisos não poderiam ser tratados como um reflexo, sem envolver o cérebro consciente? Em outras palavras, qual a necessidade de um terceiro estágio de dor?

O Prêmio Nobel, Sir John Eccles, preocupou-se com essa questão e até realizou experimentos em animais dos quais foi extraído o *cérebro,* para ver *como* responderiam à dor. Descobriu que um sapo sem cérebro ainda afasta o pé de uma solução ácida, e um cão sem cérebro ainda coça as mordidas de pulgas. Depois de muito estudo, Eccles concluiu que, embora o sistema de reflexos ofereça uma camada de proteção, o cérebro superior envolve-se por duas razões.

Primeira, a dor força a pessoa a atender ao perigo. Uma vez que percebo o corte em meu dedo, esqueço minha agenda ocupada e a fila de pacientes do lado de fora e corro para buscar um curativo. A dor ignora e até zomba de todas as outras prioridades.

Fico surpreso ao ver que alguns dados codificados no cérebro possam induzir tal sentimento de compulsão. O menor objeto — um cabelo descendo pela traqueia, um cisco no olho — pode comandar toda a parte consciente

do ser humano. Uma poetisa renomada que acabou de receber um prêmio literário volta ao seu lugar, curva-se para receber os aplausos, arranja graciosamente a saia, inclina-se para sentar-se e depois, sem qualquer elegância, lança um grito agudo. Ela acomodou-se sobre uma ponta aguçada da cadeira, e seu cérebro, desprezando qualquer decoro, só atende aos sinais de aflição emanados pela parte inferior de seu corpo. Um cantor de ópera, cuja carreira depende da recepção crítica do desempenho daquela noite, sai correndo do palco para tomar um copo d'água a fim de acalmar o prurido em sua garganta. Um jogador de basquete se contorce no chão diante de uma audiência de vinte milhões de espectadores; o sistema da dor não se importa nada com as trivialidades do decoro e da vergonha. Ao envolver tão proeminentemente o cérebro superior, a reação à autoproteção domina todas as outras.

A segunda vantagem do envolvimento do cérebro superior, disse Eccles, é que o desprazer se grava na memória, protegendo-nos assim no futuro. Quando me queimo ao tocar uma panela quente, decido usar uma luva ou pega-panelas. O próprio desprazer da dor — a parte que detestamos — a torna eficaz com o tempo.

A dor é única entre as sensações. Outros sentidos tendem a tornar-se habituais, ou diminuem com o tempo: os queijos mais fortes parecem virtualmente sem cheiro depois de oito minutos; os sensores do toque se ajustam rapidamente a roupas ásperas; um professor distraído procura em vão seus óculos, não sentindo mais o peso deles na cabeça. Em contraste, os sensores da dor não se tornam hábito, mas se reportam incessantemente ao cérebro consciente enquanto o perigo existir. Um projétil penetra durante um segundo e sai; a dor resultante pode perdurar um ano ou mais.

De maneira interessante, porém, esta sensação que se sobrepõe a todas as outras é a mais difícil de lembrar quando desaparece. Quantas mulheres juraram: "Nunca mais passo por isso" depois de um parto difícil? Quantas recebem a notícia de uma nova gravidez com alegria? Posso fechar os olhos e lembrar de uma constelação de cenas e rostos do passado. Mediante puro esforço mental, posso quase reproduzir o cheiro de um vilarejo indiano ou o sabor do curry de galinha. Posso repetir mentalmente temas familiares de hinos, sinfonias e canções populares. Entretanto, mal consigo lembrar de alguma dor excruciante. Crises de vesícula biliar, agonia causada por uma hérnia de disco, um acidente de avião — as lembranças chegam a mim despidas do sentimento de desagrado. Todas essas características da dor servem o seu propósito final: galvanizar o corpo inteiro. A dor encolhe o tempo para o momento presente. Não há necessidade de a sensação perdurar depois que o perigo passou, e ela não ousa tornar-se hábito enquanto ele permanece. O que importa ao sistema da dor é que você se sinta suficientemente mal para suspender o que está fazendo e prestar atenção *agora.*

Nas palavras de Elaine Scarry, a dor "desmancha o mundo do indivíduo". Tente conversar casualmente com uma mulher nos estágios finais do parto, ela sugere. A dor pode sobrepujar os valores que mais estimamos, um fato que *os* torturadores conhecem muito bem: eles usam a dor física para arrancar da pessoa informação que um momento antes ela considerava preciosa ou até sagrada. Poucos podem transcender a urgência da dor física — e é exatamente esse o seu propósito.

Notas

[1] Para ajudar no diagnóstico da dor, o colega de Wall, Ronald Melzack, desenvolveu uma tabela de dor baseada na perspectiva do paciente. Ele notou que os pacientes tendiam a usar certas combinações de palavras ao descrever determinadas indisposições. Palavras como *vago, inflamado, dolorido* ou *pesado* descrevem um tipo diferente de dor do que *agudo, cortante, dilacerante, quente, queimando, escaldante;* ou *saltando, latejando, pulsando.* Melzack admite que essas palavras são metafóricas, como quase toda a nossa conversa sobre dor. "Parece que alguém está golpeando meus olhos com uma agulha de tricô", alguém que sofre de enxaqueca poderia dizer, ou uma corredora ferida poderia descrever sua perna como "em fogo", embora nenhum deles tenha experimentado a dor real de ser golpeado nos olhos com agulhas de tricô ou de a sua perna ter sido colocada sobre o fogo. Devemos nos apoiar em imagens tomadas de empréstimo para expressar o inexprimível. Descrevemos uma dor como a produzida por uma faca, imaginando a faca cortando a carne, embora os que foram esfaqueados descrevam uma sensação inteiramente diversa: não a penetração rápida e violenta, mas um golpe que se recebe e que não cessa.

[2] Um indivíduo hipnotizado com alergias conhecidas pode não ter reação quando tocado por uma folha venenosa, caso lhe assegurem tratar-se de uma folha inofensiva de castanheiro. Mas, se o pesquisador disser: "Agora estou tocando você com a folha venenosa" e aplicar em lugar dela uma folha de castanheiro, a pessoa pode ter uma crise de urticária!

Verrugas algumas vezes desaparecem da noite para o dia por ordem de um hipnotizador, um feito fisiológico envolvendo uma reorganização importante das células da pele *t* dos vasos sanguíneos que a medicina não pode duplicar ou explicar. Quando eu frequentava a escola de medicina, tive bastante

contato com o dr. Freudenthal, um refugiado judeu que se tornou professor no University College. Uma autoridade em verrugas e melanomas, Freudenthal havia concluído que o poder da sugestão era um pouco melhor estatisticamente falando do que qualquer outro tratamento de verrugas. Com um floreio, ele passava uma varinha negra através de uma chama verde, depois batia na verruga c dizia palavras estranhas em outra língua: "A verruga vai cair dentro de exatamente três semanas" — pronunciava solenemente.

De maneira espantosa, isso frequentemente acontecia. Esse "tratamento" funcionava até em outros cientistas e médicos que não acreditavam em tais técnicas mágicas que não fazem sentido; o poder da sugestão funcionava apesar do ceticismo deles e até da hostilidade contra os métodos de Freudenthal.

[3] Em vista da história de cataplasmas mágicos, sangrias, banhos gelados e outras "curas" na medicina, devíamos ser gratos porque pelo menos os médicos tinham o efeito placebo trabalhando a seu favor. O dr. Franz Anton Mesmer (que nos deu o epigrama *mesmerizar)* "curou" pacientes com as suas teorias de Magnetismo Animal. Os reis da Inglaterra e da França trataram pacientes de escrofulose (tuberculose linfática) com o Toque Real durante setecentos anos. Dois médicos franceses do século XIX defenderam métodos de tratamento diretamente contraditórios. O dr. Raymond, em Salpetriere, Paris, suspendia os pacientes pelos pés para permitir que o sangue fluísse para as suas cabeças. O dr. Haushalter, em Nancy, suspendia a cabeça dos pacientes para cima. Resultados: exatamente a mesma porcentagem de pacientes mostrou melhoras. Norman Cousins comentou: "De fato, muitos eruditos médicos acreditaram que a história da medicina é na verdade a história do efeito placebo. Sir William Osler enfatizou o ponto, observando que a espécie humana se distingue da ordem inferior pelo seu desejo de tomar remédios. Ao considerar a natureza das panaceias ingeridas no correr dos séculos, é possível que outra característica distinta da espécie seja a capacidade de sobreviver aos medicamentos".

[4] O cérebro superior geralmente prega uma peça de percepção. Se eu tocar uma panela no fogão com a mão e retirá-la rapidamente, parece que estou reagindo conscientemente ao calor. Mas o ato de puxar a mão foi na verdade uma reação reflexa organizada pela medula espinhal, que não consultou sequer o cérebro consciente sobre o curso adequado de ação — não podia haver demora. E necessário metade de um segundo para minha consciência classificar e interpretar uma mensagem de dor, embora a medula espinhal possa ordenar um reflexo em um décimo de segundo. Meu cérebro "preenche" antecipadamente minha percepção ao reflexo, de modo a parecer que fiz conscientemente a escolha.

A mente é seu próprio lugar e ela mesma
Pode fazer um céu do inferno, um inferno do céu.
JOHN MILTON, *Paraíso Perdido* (Tradução livre)

15 Tecendo o pára-quedas

Se eu tivesse nas mãos o poder de eliminar do mundo a dor física, não exerceria esse poder. Meu trabalho com pacientes que não sentem dor provou que ela nos impede de destruir a nós mesmos. Todavia, sei igualmente que a dor por si mesma pode destruir, como qualquer visita a um centro de dor crônica irá evidenciar. A dor incessante esgota a força física e a energia mental e pode acabar dominando toda a vida da pessoa. A maioria de nós vive em algum ponto entre esses dois extremos, a ausência de dor e a dor crónica incessante.

A boa notícia sobre o terceiro estágio da dor, a reação mental, é que ele nos permite fazer um preparo antecipado para a dor. O hipnotismo e o efeito placebo provam que a mente já possui poderes embutidos para controlar a dor. Precisamos apenas aprender a tirar proveito desses recursos. As diversas reações que observei como médico — alguns pacientes suportam a dor heroicamente, outros estoicamente, e outros ainda se encolhem em terror abjeto — me mostraram as vantagens de fazer preparativos apropriados.

Gosto do conceito de "seguro da dor": podemos pagar as mensalidades de antemão, muito antes de a dor surgir. Um médico disse na série de televisão de Bill Moyers, *Healing and the Mind [A Cura e a Mente]:* "Você não quer começar a tecer o pára-quedas quando estiver prestes a pular do avião. Deseja ter feito isso de manhã, de tarde e de noite, todos os dias. Então, quando precisar, ele poderá realmente segurá-lo". O pior momento para pensar na dor é, de fato, quando você está sentindo seus golpes, porque a dor destrói a objetividade. Fiz a maioria dos meus preparativos para a dor enquanto estava saudável e o que aprendi ajudou a preparar-me para novas emboscadas.

Reconheci pela primeira vez o valor da dádiva da dor quando tratava de pacientes leprosos na Índia. Mais tarde tentei transmitir esse conceito para meus seis filhos. É possível ensinar uma criança a apreciar a dor? Fiquei em dúvida. Depois de algumas tentativas fracassadas, concluí que uma criança de cinco anos gritando em pânico à vista do seu próprio sangue não é receptiva a essa mensagem. Meus filhos pareciam muito mais abertos a uma lição objetiva quando *eu* era a vítima de cortes e arranhões.

— Dói, papai? — eles perguntavam enquanto eu limpava um corte na mão e o lavava com sabão.

Explicava-lhes então que doía, mas que isso era uma coisa boa. A dor me faria tomar mais cuidado. Deixaria de lidar no jardim por alguns dias para dar à minha mão machucada um período de repouso. A dor, eu salientava, dava-me uma grande vantagem sobre nossos amigos Namo, Sadan e os outros pacientes de lepra. Meu ferimento iria provavelmente sarar mais depressa, com menos perigo de complicações, porque eu sentia dor. Se pedisse hoje a meus filhos adultos que lembrassem a sua lição mais viva sobre a dor, é provável que todos mencionassem a mesma cena na Índia. Todos os verões nossa família se empilhava num carro e rodava 450 quilômetros até um local magnífico no alto das montanhas Nilgiri, uma região de mata virgem ainda vigiada por tigres e panteras. Nosso bangalô de verão, que nos fora emprestado pelo gerente de uma propriedade de chá de cuja equipe havíamos tratado, ficava a cerca de cinquenta quilômetros da cidade mais próxima numa clareira entre lagos e pastagens na montanha. Os Webb, outra família de funcionários de Vellore, quase sempre compartilhavam o nosso bangalô, e foi John Webb, um pediatra, que promoveu a lição memorável sobre a dor.

Certo dia, dirigindo sua motocicleta na estrada sinuosa, não-asfaltada da montanha, John teve de desviar tão subitamente de um cão que a roda bateu numa pedra, estourou e fez com que caísse da moto. O impulso o lançou derrapando ao longo do caminho pedregoso, batendo com força o queixo. Embora seus ferimentos não passassem de arranhões e contusões, pedacinhos de terra e pedregulho penetraram na carne.

Conhecendo minha opinião sobre a dor, John ficou feliz em permitir que eu fizesse dele uma lição objetiva para as crianças.

— Paul, você sabe o que deve fazer — disse ele. — Não me importo que seus filhos observem.

Ele deitou-se no sofá, as crianças o cercaram e eu peguei uma bacia, sabão comum e uma escova dura de unhas. Não tinha anestésicos para oferecer.

Durante a Segunda Guerra Mundial, John servira como oficial médico no exército que invadira a Itália. Ele deu instruções aos médicos sobre a importância de remover cada partícula de terra e sujeira dos ferimentos, a fim de prevenir infecções. Agora que chegara a sua vez, apenas cerrou os dentes e fez caretas. Eu escovei a carne viva com minha escova espumando e meus filhos forneceram os efeitos sonoros.

— Ooh!Eca!

— Não consigo olhar.

— *Dói?*

— Vamos, Paul. Pode continuar — dizia John com os dentes cerrados ao sentir que eu estava afrouxando. Escovei até não ver nada além da pele rosada e da derme mais profunda sangrando. Depois apliquei um unguento antisséptico calmante.

Nos dias que se seguiram, as crianças tiveram um pequeno curso de fisiologia enquanto John e eu expúnhamos a magia do sangue e da pele e seus notáveis agentes de reparos. Ele não tomou aspirina ou outro analgésico, e meus filhos aprenderam que é possível suportar a dor. Mais importante ainda foi talvez verem John aceitando a dor como parte valiosa do processo de recuperação. Todos os dias, ele afastava os curativos para verificar o progresso da cura e depois nos dava um relatório sobre a dor que sentia. Seu corpo falava na linguagem da dor, forçando-o a tomar maiores precauções. Mastigava vagarosa e deliberadamente os alimentos. Dormia de costas ou de lado. E pelo resto de nossas férias não mais andou de motocicleta.

Meus filhos aprenderam muito bem a mensagem. Ao pendurar um quadro na parede de volta a Vellore logo depois das férias, dei uma batida no polegar com um martelo. Deixei cair o martelo e comecei a pular, apertando *o* dedo machucado.

— Graças a Deus pela dor, papai — gritou meu filho Christopher. — Graças a Deus pela dor!

GRATIDÃO

A noção de que aquilo que pensamos e sentimos na mente afeta a saúde de nosso corpo insinuou-se aos poucos na consciência dos médicos. Todo jovem médico aprende sobre o efeito placebo. Graças a autores populares como Bill Moyers, Norman Cousins e o dr. Bernie Siegel, a população em geral também tomou conhecimento do papel que as emoções podem representar na cura. Um observador um tanto excêntrico comentou:

— Algumas vezes é mais importante saber que tipo de sujeito tem um germe do que qual tipo de germe tem um sujeito.

O dr Hans Selye foi o verdadeiro descobridor do impacto das emoções na saúde e parcialmente por causa da sua influência comecei com a gratidão como minha primeira sugestão para iniciar os preparativos para a dor. Em seu laboratório de Montreal, Selye passou anos conduzindo experiências com ratos para descobrir o que prejudica o corpo. Ele escreveu trinta livros sobre o assunto, e bem mais de cem mil artigos foram publicados sobre o "sintoma do estresse" descrito primeiro por ele em 1936. Selye observou que o estresse mental faz com que o corpo produza suprimentos extras de adrenalina (epinefrina), que acelera os batimentos do coração e a respiração. Os músculos ficam também tensos, e a tensão pode levar a dores de cabeça e nas costas. Ao pesquisar a causa original do estresse, Selye descobriu que fatores tais como a ansiedade e a depressão podem detonar ataques de dor ou intensificar a dor já presente. (Segundo a Academia Americana de Médicos de Família, dois terços das consultas feitas a eles são instigadas por sintomas ligados ao estresse.)

Em vista de Selye ter resumido sua pesquisa quase no fim de sua vida, ele citou a vingança e a amargura como as reações emocionais mais prováveis na produção de altos níveis de estresse nos seres humanos. De modo contrário, concluiu ele, a *gratidão* é a resposta que mais contribui para a saúde. Concordo com Selye, em parte porque uma grata apreciação pelos muitos benefícios da dor transformou minha própria perspectiva.

As pessoas que consideram a dor um inimigo, como notei, instintivamente reagem com espírito de vingança ou amargura — *Por que eu? Não mereço isto! Não é justo! —,* resultando no círculo vicioso de piorar ainda mais a sua dor.

— Pense na dor como um discurso que seu corpo está fazendo sobre um assunto de importância vital para você — digo a meus pacientes. — Desde o primeiro sinal, pare, ouça a dor e tente ser grato. O corpo está usando a linguagem da dor porque esse é o meio mais eficaz de chamar sua atenção.

Chamo esta abordagem de "fazer amizade" com a dor: aceitar o que é geralmente visto como um inimigo e desarmá-lo, acolhendo-o.

Uma mudança radical de perspectiva teve lugar entre o grupo de cientistas e funcionários da área da saúde em Carville, ao verem a prova diária dos benefícios da dor, tanto nas enfermarias de pacientes como no laboratório. Eles aprenderam indiscutivelmente a apreciar a dádiva da dor com gratidão. Hoje, se qualquer um de nosso grupo viesse a sofrer uma dor incurável, poderíamos ficar com medo e deprimidos. Poderíamos pedir alívio. Mas duvido que qualquer coisa pudesse abalar nossa firme crença de que o *sistema* da dor é bom e sábio.

Acho irônico que, como médico (exceto ao tratar de pacientes privados de dor), eu deva confiar tanto nas queixas de meus pacientes sobre a dor, pois a própria dor de que reclamam é meu maior guia para determinar o diagnóstico e o curso do tratamento. Uma das razões para alguns tipos de câncer serem mais fatais do que outros é que afetam partes do corpo menos sensíveis à dor. O câncer num órgão como o pulmão ou a parte mais profunda do seio pode não ser notado pelo paciente, e os médicos não têm uma pista até que ele se espalhe para uma área sensível como a pleura, a membrana do pulmão. A essa altura o câncer pode ter entrado na corrente sanguínea e produzido metástases impossíveis de serem curadas com tratamento local.

Gosto de lembrar a mim mesmo e a outros de que mesmo em processos corporais geralmente considerados como inimigos, podemos encontrar um motivo para ser gratos. A maioria dos desconfortos deriva das defesas leais do corpo, e não da doença. Quando uma ferida infeccionada fica vermelha e produz pus por exemplo, a vermelhidão

e o inchaço são devidos a um surto de sangue no local, e o pus, composto de fluidos linfáticos e células mortas, é uma prova das batalhas celulares travadas a favor do corpo. O aumento de calor no ferimento resulta do esforço do corpo para enviar mais sangue à parte afetada. Uma febre mais generalizada faz circular o sangue mais rapidamente e, convenientemente, cria um ambiente mais hostil para muitas bactérias e vírus.

De fato, quase toda atividade corporal que vemos com irritação ou desgosto — bolhas, calos, febre, espirros, tosse, vômito e, é claro, dor — é um emblema da autoproteção do corpo. Enquanto era presidente, George Bush ficou embaraçado com um episódio de vômito num jantar oficial no Japão. Ele talvez devesse ficar grato. Fico maravilhado com o mecanismo fisiológico envolvido no ato de vomitar, que recruta grande número de músculos para inverter violentamente seus processos normais: destinados a fazer descer o alimento pelo trato digestivo, eles agora se reagrupam para expelir invasores indesejáveis. Como o presidente Bush aprendeu, o reflexo trabalha a nosso favor sempre que sente o perigo, sem levar em conta as circunstâncias. Da mesma forma, um espirro, abrupto e inevitável, irá expulsar objetos e germes estranhos da mucosa nasal com uma força comparável à de um furacão. Até os mais desagradáveis aspectos do corpo são sinais de seus esforços em direção à saúde.

A gratidão tornou-se minha reação reflexiva à dor, e posso testemunhar que essa mudança fundamental de atitude modificou realmente o efeito da dor em mim. Não me aborreço mais quando volto a encontrar-me com a minha dor crônica nas costas pela manhã. Posso estremecer e gemer quando tento vestir-me, mas também sintonizo a mensagem da dor. Ela me lembra de que doera muito menos se eu não me curvar, mas puser os pés, um de cada vez, numa cadeira para colocar as meias ou atar os cadarços dos sapatos. Dá também sugestões veladas de que devo reformular meus compromissos e repousar um pouco mais, ou fazer exercícios para tornar mais flexíveis as juntas rígidas. Sempre que possível tento seguir seus conselhos, pois sei que meu corpo não tem um advogado mais leal do que a dor.

Há não muito tempo, depois de carregar uma maleta numa longa viagem marítima, tive uma crise dolorosa e longa por causa de um nervo pinçado em minhas costas. A princípio, absolutamente não me lembrei de sentir gratidão, meu sentimento foi de irritação e desânimo. Quando percebi que a dor não desapareceria rapidamente, decidi então aplicar conscienciosamente o que acreditava sobre a gratidão. Comecei a enfocar várias partes do meu corpo, em uma espécie de ladainha de agradecimento.

Flexionei os dedos e pensei na atividade sincronizada de cinquenta músculos, uma porção de tendões fibrosos e milhares de células nervosas obedientes que tornavam possível tal movimento. Girei minhas juntas e refleti sobre a magnífica engenharia existente nos tornozelos, ombros e quadris. Um mancai de automóvel dura sete ou oito anos quando adequadamente lubrificado; o meu passava de setenta anos, com lubrificação auto-renovável, sem folga para manutenção.

Respirei profundamente e imaginei as bolsas em meus pulmões encerrando pequenas bolhas de oxigénio e ocupadas em alojá-las a bordo de uma célula sanguínea que as transportaria ao cérebro. Meus músculos cardíacos batem cem mil vezes por dia, impelindo esse combustível ao seu destino. Respirei várias vezes, renovando todas as funções de meu corpo com ar fresco e puro. Depois de dez respirações senti-me levemente atordoado.

Meu estômago, baço, fígado, pâncreas e rins estavam funcionando tão eficientemente que eu nem percebia sua existência. Sabia, entretanto, que numa emergência eles achariam um meio de alertar-me, mesmo se tivessem de recorrer ao truque de tomar células emprestadas de um tecido vizinho.

Fechei os olhos e experimentei por um momento um mundo sem visão. Estendi a mão e toquei as folhas, a casca de uma árvore e a grama ao meu redor, absorvendo sua textura com a ponta dos dedos. Pensei em minha família e, quando a imagem dela surgiu em minha mente, maravilhei-me com a capacidade extraordinária do cérebro para chamá-la ao nível da consciência. A seguir abri os olhos e ondas de luz imediatamente penetraram neles.

Mesmo em seu pior estado, com sete décadas de idade e dolorido, meu corpo oferecia razões convincentes para agradecimento e até louvor. Não me ocorreu reclamar a Deus pelo desconforto que experimentava; eu conhecia perfeitamente a alternativa terrível de uma vida sem dor.

No estágio final da ladainha, voltei minha atenção para a região da dor *em* si. Pensei nas vértebras, tão bem

planejadas que a mesma estrutura básica pode apoiar o pescoço de *2,5* metros de uma girafa. Relembrei meus procedimentos cirúrgicos mais complexos, quando havia cortado pequenos filamentos da rede de nervos na medula espinhal. Que complexidade — um escorregão da faca e meu paciente jamais voltaria a andar. Um daqueles nervos minúsculos em minhas costas já me havia forçado a grandes ajustes: correções em minha postura e modo de andar, uma escolha de travesseiros diferentes e posições de dormir, a decisão relutante de permitir que carregadores levassem minha maleta.

A dor não desapareceu naquela noite. Continuei sentindo um latejar surdo e persistente enquanto me deitava. Mas, de alguma forma, o sentimento de gratidão produzira uma transformação calmante em mim. Meus músculos estavam menos tensos. A dor não mais predominava da mesma forma. O que parecera meu inimigo se tornara um amigo.

Um cínico talvez diga:

— Esses são truques da mente. Você abaixou o limiar do medo e da ansiedade, nada mais.

Esse é naturalmente o ponto: a dor tem lugar na mente, e o que acalma a mente irá enfatizar minha capacidade de lidar com ela.

OUVINDO

A razão de encorajar a gratidão é que a nossa atitude subjacente (um produto da mente) em relação ao corpo pode causar um poderoso impacto sobre a saúde. Se eu considerar o corpo com respeito, admiração e apreciação, irei sem dúvida comportar-me de maneira a manter a sua saúde. Em meu trabalho com pacientes de lepra, podia fazer reparos nas mãos e pés deles, mas essas melhoras, logo aprendi, não significavam nada a não ser que os próprios pacientes assumissem responsabilidade pelos seus membros. A essência da reabilitação — de fato, a essência da saúde — era devolver a meus pacientes um senso de destino pessoal sobre seus corpos.

Quando mudei para os Estados Unidos, esperei que uma sociedade com padrões tão altos de educação e sofisticação na medicina cultivasse um sentimento forte de responsabilidade pessoal na questão de saúde. Encontrei exatamente o oposto. Nos países ocidentais, uma proporção surpreendente dos problemas de saúde é gerada por escolhas de comportamento que mostram desconsideração pelos avisos claros do corpo.

Nós, médicos, sabemos essa verdade, mas recuamos diante da ideia de interferir na vida dos pacientes. Se fôssemos completamente honestos, poderíamos dizer algo assim: — Ouça o seu corpo e acima de tudo ouça a sua dor. Ela pode estar querendo dizer que você está prejudicando seu cérebro com tensão, seus ouvidos com ruídos muito altos, seus olhos com excesso de televisão, seu estômago com comida pouco saudável, seus pulmões com poluentes causadores de câncer. Ouça cuidadosamente a mensagem da dor antes de eu lhe dar algo para aliviar esses sintomas. Posso ajudar com os sintomas, mas *você* deve dar atenção à causa.[1]

Albert Schweitzer comentou certa vez que a doença abandonou-o rapidamente por ter encontrado pouca receptividade em seu corpo. Esse seria um alvo meritório para todos nós, mas parece que a sociedade está se colocando cada vez mais na direção oposta. A cada ano representantes do Serviço de Saúde Pública, inclusive os Centros de Controle de Doenças e a Vigilância Sanitária, se reúnem para discutir as tendências na área da saúde e estabelecer prioridades para novos programas. Na década de 1980, em meio a uma dessas conferências de uma semana, comecei a preparar uma lista de todos os problemas ligados ao comportamento que seriam discutidos na reunião e o tempo dedicado a cada um: moléstias cardíacas e hipertensão exacerbadas pelo estresse, úlceras estomacais, cânceres associados com um ambiente tóxico, AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, enfisema e câncer do pulmão causados por cigarro, danos ao feto devidos ao alcoolismo e ao abuso de drogas da mãe, diabetes e outros distúrbios relacionados à dieta, crimes violentos, acidentes de carro envolvendo álcool. Estas eram preocupações endêmicas e até epidêmicas dos especialistas em saúde dos Estados Unidos.

Eu sabia que uma reunião feita nos mesmos moldes com especialistas na Índia teria tratado em vez disso de malária, pólio, disenteria, tuberculose, febre tifóide e lepra. Depois de erradicar valentemente a maioria dessas

doenças infecciosas, os Estados Unidos substituíram os velhos problemas de saúde por outros novos.

Estávamos nos reunindo em Scottsdale, Arizona. O vizinho desse estado a oeste, Nevada, se encontra no alto da escala da maioria dos índices de mortalidade, enquanto o vizinho do norte, Utah, ocupa um dos últimos lugares. Os dois estados são relativamente ricos e com alto índice educacional, compartilhando um clima similar. A diferença, conforme sugerido por vários estudos, é provavelmente mais bem explicada por fatores de estilo de vida. Utah é a sede do mormonismo, que rejeita o uso de álcool e tabaco. Os laços de família permanecem fortes em Utah, e os casamentos tendem a durar (os índices de mortalidade mostram que o divórcio aumenta bastante a probabilidade de morte precoce causada por derrames, hipertensão, câncer do pulmão e intestinal). Nevada, em contraste, tem o dobro da incidência de divórcios e um índice bem mais alto de consumo de álcool e tabaco, sem mencionar o estresse associado ao jogo.

Escrevo como médico, e não como moralista, mas qualquer médico que trabalhe na civilização moderna não pode deixar de notar nossa surdez cultural quanto à sabedoria do corpo. O caminho para a saúde, no que se refere a um indivíduo ou uma sociedade, deve *começar* levando a dor em consideração. Em vez disso, silenciamos a dor quando deveríamos estar apurando os ouvidos para escutá-la; *comemos* depressa demais e em *excesso* e depois tomamos um antiácido; trabalhamos demais e tomamos um tranquilizante. Os três medicamentos mais vendidos nos Estados Unidos são remédios para hipertensão, úlceras e tranquilizantes. Esses abafadores da dor encontram-se facilmente disponíveis porque a profissão médica parece considerar a dor como uma doença, e não um sintoma.

Antes de procurar no armário um remédio para silenciar a dor, tento aguçar meus ouvidos. Ouvir a dor tornou-se um ritual para mim, parte importante da minha ladainha de gratidão. A dor tem um padrão?, pergunto a mim mesmo. Ela tende a ocorrer em uma hora regular do dia, da noite ou do mês? De que modo ela é afetada quando como? Sinto dor antes, durante ou depois das refeições? Ela corresponde aos movimentos dos intestinos? Ao urinar?[2] Uma mudança de postura ou exercício anormal parece afetá-la? Estou ansioso por causa de alguma coisa no futuro ou tendo a demorar-me em alguma lembrança de um acontecimento passado? Estou com problemas financeiros? Sinto-me amargo ou zangado com alguém — talvez por ele ter sido parcialmente responsável pela minha dor? Estou zangado com Deus?

Posso fazer experiências para ajustar-me melhor à minha dor. E se dormir com outro travesseiro ou sentar numa cadeira em lugar de um sofá? Que tal mais uma hora de sono à noite? Como reajo a certos alimentos — gorduras, doces, vegetais? O que parece atraente? O que parece repulsivo? Tomo nota de quaisquer correlações de que me lembre. Não sei de quantas consultas médicas esse exercício me poupou durante os anos (os médicos, você pode ficar espantado em saber, geralmente relutam muito em consultar outro médico). Eu raramente sinto gratidão pela dor, mas sempre agradeço pela mensagem que ela transmite. Posso contar com a dor para representar os meus melhores interesses da maneira mais urgente possível. Fica então a meu cargo agir de acordo com essas recomendações.

ATIVIDADE

Quando ouvida cuidadosamente, a dor não só ensina quais os abusos a evitar, como também sugere as qualidades positivas de que o corpo necessita. Como uma regra, o tecido do corpo floresce com a atividade e se atrofia com o desuso. Vejo esse princípio pateticamente demonstrado nas vítimas de derrame. A medida que os músculos em suas mãos permanecem em espasmo constante, os dedos se curvam em posição de garra por falta de uso. Quando abro com força esses dedos, no meio deles encontro pele úmida, com a textura de mata-borrão, e que se rasga com a mesma facilidade. A pele da mão perdeu seus elementos de força por não ter sido convocada para confrontar o mundo real ao qual estava destinada. "Use ou perca" é o lema severo da fisiologia.

Os primeiros astronautas aprenderam esse princípio da maneira mais difícil. Depois da primeira missão espacial, os pesquisadores médicos descobriram que os astronautas que haviam perdido cálcio dos ossos estavam sujeitos a sofrer de osteoporose grave. A NASA acrescentou suplementos de cálcio às dietas deles, mas missões subsequentes mostraram os mesmos resultados. Ausência de peso, e não a dieta, era o problema. Quando os ossos não são exercitados, o corpo econômico julga que os ossos devem conter mais cálcio do que precisam; ele redistribui o cálcio ou o excreta pela urina. Os corpos dos astronautas haviam simplesmente procurado adaptar-se

às menores exigências da falta de peso. Para compensar, os astronautas fazem agora exercícios isométricos que imitam *os* reais. Empurrar uma das mãos contra a outra, mesmo em condições de ausência de peso, provoca pressão contra os ossos do braço, sentida por eles como sendo trabalho. Os ossos retêm o seu cálcio para a reentrada na gravidade da Terra, onde será necessário.

Vi na Índia exemplo vívido da necessidade de atividade do corpo. Fiquei surpreso ao notar que os indianos raramente se queixavam de osteoartrite do quadril, uma enfermidade comum nos idosos do ocidente. A osteoartrite ocorre quando a almofada de cartilagem que separa o encaixe do fêmur e do quadril se desgasta, estreitando-se a ponto de os ossos quase se tocarem. Algumas vezes eles raspam um no outro, resultando em fricção e muita dor. O padrão aparece claramente nas radiografias. Ao procurar pistas, comparei radiografias do quadril de pacientes indianos e de ocidentais e descobri que o espaço vazio na cartilagem se fecha na mesma proporção nos idosos de ambas as culturas. O desgaste irregular é a causa das grandes dificuldades nos quadris ocidentais.

A cabeça do fêmur começa como uma esfera lisa. Os ocidentais tendem a mover as pernas em uma única direção, para a frente e para trás, quando andam, correm ou sentam. O osso se move ao longo de um único plano, resultando em ranhuras longitudinais e na formação de pequenas protuberâncias e projeções na cartilagem — a origem eventual da dor artrítica. Os indianos, em contraste, sentam habitualmente com as pernas cruzadas, ao estilo ioga, girando os quadris em plena abdução e rotação completa dúzias de vezes por dia. A cabeça do fémur se desgasta uniformemente, e não assimetricamente, e embora a cartilagem envelhecida da junta encolha, os indianos mais velhos andam sobre uma esfera perfeita sem ranhuras e protuberâncias. Sentar-se de pernas cruzadas é um bom seguro contra a dor do quadril na velhice.

A substituição por um quadril artificial é agora um negócio enorme e lucrativo no ocidente. Fico estarrecido ao ver quanta despesa e sofrimento poderiam ser evitados se apenas nos habituássemos a ouvir a mensagem do corpo de que devemos dar a cada junta uma série de atividades todos os dias. A pessoa de meia-idade comum acha penoso sentar-se de pernas cruzadas, por não ter usado a rotação de seus quadris durante anos. Em contraste, alguém que nada e escala montanhas, ou anda em solo áspero e desigual, como fizeram nossos ancestrais, usa cada movimento disponível e evita dores futuras. Brinco com a idéia de colocar um anúncio nas revistas de saúde oferecendo "Um Método Garantido de Evitar a Substituição do Quadril" e cobrar cem dólares ou mais pela fórmula secreta: adote na juventude a prática de sentar-se de pernas cruzadas durante dez minutos por dia no chão ou num sofá.

Assim como o exercício vigoroso faz os músculos se desenvolverem e os ossos endurecerem, creio que há também um sentido em que as células nervosas progridem quando expostas a sensações. Meus pacientes de lepra me ensinaram que a liberdade para explorar a vida é um dos maiores dons. Ao contrário deles, tenho liberdade para andar descalço em terreno rochoso, tomar café numa xícara de metal e girar uma chave de fenda com toda a força, porque posso confiar em que meus avisos de dor irão alertar-me sempre que me aproximo do ponto de perigo. Encorajo as pessoas sadias a envolver-se em atividade física vigorosa e testar as suas sensações até os seus limites por esta razão: isso pode ajudar a prepará-las para enfrentar dores inesperadas mais tarde.

Os atletas são um grupo em nossa sociedade que estuda a dor e que impõe deliberadamente esforço físico sobre si mesmo. O corredor de maratona e o levantador de peso ouvem atentamente as informações dos seus tendões e músculos, do coração e dos pulmões, enquanto trabalham para conseguir que seus corpos se esforcem mais. O alpinista, colocando os dedos na fresta de um penhasco de granito, sabe que o seu sucesso e talvez até sua vida dependem da sua disposição para tolerar dor dilacerante nas pontas e nós dos dedos. Deve sentir o ponto de colapso na hora exata e depois arranjar reforços na forma de outra mão ou dedo do pé para segurá-lo; caso contrário, deve retroceder.

Os atletas experimentados ouvem seus corpos com equipamentos perfeitamente sintonizados, pressionando bem na borda da dor. A dor é um velho amigo para eles. Assisti a uma entrevista com Joan Benoit logo depois de ela ter vencido a Maratona de Boston.

— Foi muito difícil? — perguntou o entrevistador.

— Não, na verdade não — respondeu Benoit. — Gostei muito. Estava ouvindo o meu corpo. Desde o início, meu corpo falou comigo, contando-me os limites que poderia suportar. Foi uma espécie de êxtase.

Joan Benoit teria sabido, sem dúvida, caso os tendões de suas pernas ou os órgãos de seu sistema cardiovascular estivessem realmente em perigo. Ao aprender a ouvir a sua dor, ela sabia a diferença entre o estresse normal e os sinais urgentes de alarme.

Aplaudo os esforços para envolver crianças em esportes organizados, principalmente porque uma sociedade orientada para o conforto oferece poucos lugares onde aprender a linguagem da dor descrita por Joan Benoit. Admito ter conceitos bem pouco convencionais sobre a criação de filhos, desenvolvidos parcialmente como uma reação a essa deficiência na sociedade moderna. Por exemplo, recomendo sinceramente pés descalços para crianças pequenas. O tecido vivo se adapta às superfícies às quais é exposto, e correr descalço é um excelente meio para estimular os nervos e a pele. Ele treina a criança a ouvir as várias mensagens recebidas ao correr pela grama, areia e asfalto. Uma pedra ocasional pode ferir a pele, mas esta se adapta, e as mensagens mistas dos pés descalços fornecem muito mais conhecimento sobre o mundo do que as mensagens neutras do sapato de couro. (Um benefício adicional é que os pés descalços se espalham para distribuir o estresse, enquanto muitos sapatos apertam os dedos e deformam os pés.)

Para mim, as técnicas modernas de criação de filhos parecem comunicar como *não* lidar com a dor. Os pais envolvem os bebês em mantas acolchoadas e roupas macias, mas este planeta inclui também muitas texturas ásperas. Pergunto-me se, quando as crianças se tornam mais móveis, não seria melhor substituir os cobertores de bebê e os acolchoados da cama por um material mais rústico, como esteiras feitas de casca de coco. Quando as crianças em crescimento necessitam de estímulos táteis para o desenvolvimento normal, nós as cercamos de sensações neutras. Para complicar as coisas, os pais modernos enchem de carinhos o filho ou a filha que sofre qualquer leve desconforto. Subliminar ou abertamente, estão transmitindo a mensagem: "A dor é má". Devemos surpreender-nos de que essas crianças se tornem adultos que fogem com medo de toda e qualquer dor ou permitem que ela os domine, ou, pelo menos, compartilhem os mínimos detalhes de cada dor e sofrimento com quem estiver por perto?

Como mencionei antes, estudos de vários grupos étnicos indicam que a reação à dor é em grande parte aprendida. A antiga Esparta treinava seus filhos a preparar-se para a dor. A sociedade moderna pode ter alcançado o outro extremo: nossa habilidade em silenciar a dor nos trouxe uma espécie de atrofia cultural em nossa capacidade de lidar com ela. Descubro alguns sinais encorajadores na geração mais jovem, como o gosto pelas competições aeróbicas e o triatlo, e o surgimento de programas de treinamento intensivo. Um corpo ativo que busca desafios e chega aos limites do suportável está mais bem equipado para lidar com a dor inesperada quando ela ocorre — e sempre ocorrerá. O único meio de vencer a dor é ensinar os indivíduos a se prepararem antecipadamente para ela.

DOMÍNIO PRÓPRIO

Lembro-me da minha primeira aspirina. Nunca tomei analgésicos quando criança porque minha mãe, uma homeopata dedicada, se opunha a tratar os sintomas, preferindo confiar na habilidade do corpo para curar a si mesmo. Quando fui estudar na Inglaterra aos nove anos, fiquei com minha avó e duas tias solteiras que compartilhavam as crenças de minha mãe na homeopatia.

Aos doze anos, ainda na Inglaterra, caí vítima da gripe. Minha febre subiu muito e senti como se alguém tivesse espancado todo o meu corpo. Mal conseguia dormir por causa da dor de cabeça e precisava de repouso. Meus lamentos e gemidos devem ter alarmado minhas tias porque chamaram um médico, Vincent, um primo em primeiro grau.

Mesmo em meu estado febril, pude ouvir trechos do debate sussurrado no corredor fora de meu quarto.

— A febre é uma parte normal da gripe. Ela tem o seu ciclo. Por que não dão aspirina a ele?

— Aspirina? Ah, não sei. Ele nunca tomou isso.

— Eu sei, mas vai torná-lo bem mais confortável e ajudará a dormir.

—Tem certeza de que não vai fazer mal a ele? No final da discussão, minha tia entrou com um grande comprimido branco e um copo d'água.

—O médico disse que você pode tomar isto, Paul. Vai melhorar a sua dor de cabeça.

Eu havia herdado de minha mãe uma suspeita contra todos os medicamentos, e a discussão sussurrada no corredor só fizera confirmar essa suspeita. Decidi lidar com a dor sem a aspirina. Fiquei repetindo a mim mesmo: "Posso aguentar. Sou forte. Posso aguentar". O comprimido branco ficou a noite inteira em meu criado-mudo, não engolido, indistinto, uma poção mágica com poderes vastos mas-não-inteiramente-confiáveis. Dormi sem ela.

Quero acrescentar rapidamente que nos anos que se seguiram tomei medicamentos e administrei muitos outros, tanto para meus pacientes como para meus filhos. Não obstante, recordo-rne com gratidão de ter sido criado num ambiente que me ensinou uma lição duradoura: *minhas sensações devem servir-me, e não mandar em mim.* Lembro-me de na manhã seguinte ter sentido um certo orgulho quando minha tia entrou no quarto e achou o comprimido sobre a mesinha de cabeceira. Eu havia dominado a dor, pelo menos por uma noite.

O incidente da aspirina deu-me a confiança de que "podia lidar com a dor" — a mesma lição que John Webb tentaria mais tarde transmitir a nossos filhos depois de seu acidente de motocicleta. Uma pequena vitória preparou-me então para uma dor muito mais intensa no futuro, tal como a que eu sentiria na medula espinhal, vesícula biliar e próstata. Aprendi desde cedo um padrão de domínio próprio que me serviu muito bem nas circunstâncias em que eu não podia encontrar rapidamente alívio.

Certa vez, durante a Segunda Guerra Mundial, quando o recrutamento militar resultou numa grande falta de dentistas, decidi tratar de meus próprios dentes e encher algumas cavidades incómodas. Usando um complexo de espelhos consegui eliminar as cáries e colocar uma obturação. Para minha surpresa, pareceu mais fácil do que o tratamento no dentista. Senti-me no controle. Podia sentir os pontos doloridos e guiar a broca ao redor deles; um dentista teria de interpretar meus resmungos e gemidos. Pensei com gratidão na disciplina que aprendera para dominar a dor anos antes.

Quase todos *nós, mesmo* numa sociedade orientada para o conforto, suportamos voluntariamente alguma dor. As mulheres depilam as sobrancelhas, usam sapatos altos e meias finas no inverno, chegando até a fazer cirurgias para mudar detalhes do rosto ou do corpo. Os atletas fazem condicionamento físico para enfrentar os golpes que os esperam na quadra de basquete, de hóquei ou no campo de futebol. Um grande fabricante de máquinas de exercício convida seus usuários: "Sintam o calor". O que acontece frequentemente, entretanto, é que as pessoas que se submetem deliberadamente à dor para algum fim desejável descobrem que a dor involuntária é terrível e não pode ser controlada. A dor de uma doença ou ferimento parece uma intrusão numa cultura que dá a ilusão de que todo desconforto é controlável.

Minha vida na Índia me expôs a uma sociedade que não tem ilusões sobre o controle do desconforto. Num país onde o clima é severo, as doenças tropicais predominam e os desastres naturais surgem com cada tufão, ninguém pretende "resolver" a dor. "Não obstante, no decorrer dos séculos a cultura descobriu meios de ajudar seu povo a enfrentar as dificuldades. Uma sociedade à qual faltavam muitos recursos físicos foi forçada a voltar-se para os recursos mentais e espirituais.

Primeiro como criança e mais tarde como médico na Índia, eu tinha fascinação pelos faquires e *sadhus,* que dominavam totalmente suas funções corporais. Eles podiam andar sobre pregos, manter uma postura difícil durante horas ou jejuar semanas. Os praticantes mais avançados conseguiam até controlar as batidas do coração e a pressão sanguínea. Os "homens santos" hindus eram conhecidos pelo seu ascetismo, e a estima por esse elevado valor cultural se estendia à sociedade como um todo. Desde muito cedo, o povo indiano aprendeu a respeitar a disciplina e o autocontrole, qualidades que o equipavam para lidar com o sofrimento.

O budismo, uma filosofia especificamente destinada a aceitar o sofrimento humano, cresceu no solo indiano. Chocado com as Quatro Visões Angustiosas (doença, um corpo morto, velhice e um mendigo), Gautama Buda

renunciou ao seu principado e decidiu decifrar o mistério do sofrimento humano. A solução a que chegou não poderia ser mais oposta à filosofia ocidental do consumismo e da busca do prazer. 'A verdade concernente à conquista do sofrimento está na autoconquista que aniquila a paixão", concluiu Buda. Se a vida consiste de sofrimento e o sofrimento é causado pelo desejo, então a única solução para o sofrimento é extinguir o desejo.

Não sou hindu nem budista, mas me impressiona o fato de ambas as crenças abordarem a dor da mesma forma. Segundo o pensamento ocidental, o sofrimento humano consiste de condições "externas" (os estímulos da dor) e de respostas "internas" que têm lugar na mente. Embora nem sempre possamos controlar as condições externas, podemos aprender meios de controlar nossas reações internas. Ao entrar em contato com essas filosofias, não pude deixar de notar o paralelo com os estágios de sinal-mensa-gem-resposta da dor que eu aprendera na escola de medicina. Com efeito, a filosofia oriental afirma que a dor no terceiro estágio, a reação da mente, é o fator dominante na experiência do sofrimento e também aquele sobre o qual temos maior controle.

"A maior descoberta da minha geração", escreveu William James na aurora do século XX, "é que os seres humanos, ao mudar as atitudes interiores de suas mentes, podem mudar os aspectos exteriores de suas vidas"[1]. Sorrio ao ler essa declaração, porque a "descoberta" de William James foi ensinada pelas mais importantes religiões durante milhares de anos. Depois da exposição a esses ensinos no Oriente, comecei a ficar mais atento à rica tradição do domínio de si mesmo em minha própria fé, o cristianismo.

Durante a Idade Média, por exemplo — de maneira significativa, uma época de caos e grande sofrimento —, as ordens religiosas puseram em prática uma série de exercícios contemplativos. A maioria deles incluía oração, meditação e jejum, todas disciplinas dirigidas à vida interior. Considere estas instruções para a "Oração do Coração", de Gregory de Sinai, no século XIV:

Sente-se sozinho e em silêncio. Incline a cabeça, feche os olhos, respire lentamente e imagine estar olhando para o seu próprio coração. Leve sua mente, isto é, seus pensamentos, da cabeça para o seu coração. Enquanto respira, diga "Senhor Jesus Cristo, tenha misericórdia de mim". Diga isso movendo gentilmente os lábios, ou diga apenas mentalmente. Tente colocar de lado todos os outros pensamentos. Seja calmo, paciente e repita várias vezes o processo.

Embora tivessem primeiramente o propósito de servir como ajuda à adoração, essas disciplinas auxiliavam também a ensinar o domínio de si mesmo, uma forma de "seguro contra a dor" que confere bons dividendos em épocas de crise. O dr. Herbert Benson, cardiologista da Faculdade de Medicina de Harvard, provou conclusivamente que as disciplinas espirituais ajudam no que ele chama de "resposta de relaxamento", a qual tem um efeito direto sobre a dor percebida. A meditação (um ato da mente) promove mudanças fisiológicas no corpo: desacelera gradualmente o coração e a respiração, provoca mudanças nos padrões das ondas cerebrais e diminuição geral da atividade do sistema nervoso simpático. Os músculos tensos se descontraem e o estresse íntimo dá lugar à calma. Em um estudo, a maioria dos pacientes que deixou de encontrar alívio para a dor crônica pelos meios convencionais admitiu pelo menos uma redução de 50 por cento em sua dor depois de treinar a resposta do relaxamento; em outro, três quartos dos pacientes anunciaram melhoras de moderadas a grandes. Por esta razão, a maioria dos centros de dor crônica inclui agora programas de relaxamento e meditação.

Nos dias de hoje nos afastamos de tais práticas, de modo que as disciplinas espirituais são quase sempre consideradas estranhas e penosas. Descobri, porém, que as disciplinas do espírito podem ter um efeito extraordinário sobre o corpo e especialmente sobre a dor. A oração me ajuda a suportar a dor, desviando meu foco mental para longe de uma fixação nas queixas de meu corpo. Quando oro, nutrindo a vida espiritual, meu nível de tensão desce e minha consciência da dor tende a regredir. Não fiquei absolutamente admirado ao aprender recentemente de um pesquisador médico que as pessoas que possuem forte convicção religiosa têm menor incidência de ataques cardíacos, arteriosclerose e hipertensão do que as que não a possuem.

COMUNIDADE

Minha sugestão final de preparação para a dor, ao contrário de outros, não depende principalmente do indivíduo. Justamente o oposto, A melhor coisa que posso fazer para preparar-me para a dor é estar rodeado por uma comunidade amorosa que ficará ao meu lado quando a tragédia atacar. Esse fato, concluí, justifica em grande medida a capacidade dos indianos de lidar com o sofrimento.

Em vista do amplo e firme sistema familiar, o indiano raramente enfrenta sozinho o sofrimento. Quando morava em Vellore, vi muitos exemplos notáveis da comunidade em ação. Um homem com tuberculose na espinha viajava 1100 quilômetros de Bombaim para tratamento, acompanhado da esposa. Se o primo em segundo grau do tio-avô da esposa morasse nas proximidades, esse homem não tinha com que se preocupar. A família do primo visitava o hospital todos os dias e supria o doente de refeições quentes; a mulher do paciente dormia num tapete sob a cama dele e ficava a seu lado para servi-lo. Os pacientes que sofriam muito tinham quase sempre um membro da família por perto para segurar-lhe a mão, molhar os lábios secos, falar palavras doces em seu ouvido.

Não tive meios de medir o impacto da comunidade sobre o alívio da dor, mas sei que numa terra onde o suprimento de remédios para aliviar a dor é tão pequeno e onde não há cuidados universais de saúde, os pacientes aprenderam a depender de suas famílias com confiança e segurança. Eu certamente vi mais dor, mas menos medo da dor e do sofrimento, na Índia do que no ocidente. Os pacientes tinham em geral menos ansiedade quanto ao futuro. Por exemplo, quando chegou o momento da alta do hospital e do tratamento em casa, o homem com tuberculose na espinha transferiu-se naturalmente para a casa do primo em segundo grau. Como de costume, a família hospedeira esvaziaria o melhor quarto da casa, assumiria todas as responsabilidades pelos cuidados diários e proveria todas as refeições. Eles não pensariam em pagamento, mesmo que o período de recuperação durasse vários meses.

O sentimento de comunidade estendia-se também às decisões médicas importantes. Tive muitas vezes de tratar com toda a família do paciente, ou com um conselho informal nomeado pela família, para discutir a supervisão dos cuidados. Esse conselho enviava um representante para resolver comigo todas as questões importantes. Que perigos o paciente pode esperar? E possível o alívio permanente? O câncer poderá voltar depois da cirurgia? Como a idade avançada afetará os riscos? Depois de me interrogar, o representante voltava ao conselho familiar a fim de refletir sobre esses pontos. Algumas vezes os conselhos chamavam outros membros da família para compartilhar as despesas e as exigências dos cuidados pós-hospitalares. Outras vezes passavam por cima das minhas recomendações:

— Obrigado pela sua ajuda, doutor Brand, mas decidimos contra a cirurgia. Parece claro que nossa tia vai morrer em breve, e esse tratamento iria onerar a família financeiramente. Vamos levá-la para casa onde podemos cuidar dela até que morra.

Eu não me ressentia desses conselhos familiares, apesar de consumirem tempo. Em geral tomavam decisões sábias. Os membros mais velhos, que tinham visto muitas pessoas morrerem em suas cidades, trabalhavam as questões difíceis com compaixão e bom senso. Observei também o impacto desse sistema nos próprios pacientes, que confiavam no conselho familiar e consideravam a família, e não a tecnologia ou os medicamentos, como seu principal reservatório de forças. Quando dizíamos a uma paciente que a sua condição era terminal, ela não desejava permanecer no hospital de alta tecnologia, dopada com morfina. Pelo contrário, queria ir para casa, onde a família poderia rodeá-la durante os últimos dias de sua vida.

Contrasto essa abordagem com situações que assisti no ocidente, onde os pais idosos enfrentam sozinhos seus últimos dias. Filhos adultos, espalhados por todo o país, ficam repentinamente sabendo que sua mãe deve fazer uma opção médica difícil. Eles pegam o primeiro avião para o hospital.

— Oh, doutor, o senhor deve fazer todo o possível para manter minha mãe viva — dizem ao médico cheios de preocupação. — Não meça despesas. Use tubos de alimentação, de respiração, tudo o que for necessário. Certifique-se também de que ela receba todos os medicamentos de que precisa para aliviar a dor.

A seguir eles voltam para as suas cidades. Se a mãe sobreviver, será provavelmente enviada sozinha para uma casa de repouso.

A Índia é afortunada por ter a comunidade embutida na estrutura familiar, um sistema que não pode e provavelmente não deve ser imposto a uma sociedade muito diversa no ocidente. Todavia, temos muita coisa a aprender com seu exemplo de uma comunidade maior absorvendo o impacto da dor. Vi algo comparável acontecer em Londres durante a guerra, quando toda uma cidade se reuniu no propósito comum de ajudar as pessoas que sofriam. Um corpo de voluntários surgiu espontaneamente, formado por ajudantes de enfermagem. As pessoas começaram a procurar regularmente os vizinhos. Os feridos não eram ocultados, mas honrados. Por que, então, devemos esperar momentos de emergência antes de formar um senso de comunidade?

Talvez por causa da influência indiana, inclino-me a confiar em minha própria família como uma comunidade de apoio à dor. Estou agora me aproximando da última fase da minha vida. Em vez de esperar passivamente por algum desastre, tenho tentado envolver minha família no que está à frente. O processo começa com minha mulher, minha companheira há cinco décadas. Margaret está me ensinando algumas das complexidades do cuidado da casa que nunca dominei. Eu a ensino a cuidar das contas, de modo que se eu morrer antes do pagamento do imposto de renda, ela não fique desarvorada. Admito que nós dois nos preocupamos com a possibilidade de depender demais um do outro. E se um de nós tornar-se incontinente? Ou sofrer um derrame e perder as funções mentais? Margaret sofreu certa vez uma perda de memória temporária, mas quase total, depois de uma queda grave, dando-me uma ideia do que poderá acontecer inesperadamente. Juntos, estamos tentando vencer qualquer sentimento de vergonha em vista da possibilidade de virmos a ser dependentes.

Um grupo de apoio pode tornar-se uma comunidade de dor compartilhada. O mesmo se aplica a uma igreja ou sinagoga. Margaret e eu podemos precisar de ajuda em algumas emergências, e sei que posso contar com a comunidade da igreja para dividir o fardo. Onde quer que estivéssemos, procuramos e tivemos a felicidade de encontrar uma igreja amorosa. De fato, nossa igreja atual tomou a decisão prudente de iniciar um plano para uma casa de repouso. Trinta e dois voluntários fizeram um curso de treinamento oferecido por um programa do hospital local. Enquanto tivermos condições, cada um ajudará os outros. Quando tivermos necessidades, eles nos ajudarão.

O programa da casa de repouso alivia parte da nossa ansiedade nos preparativos para a morte. Preparamos e assinamos também um "testamento em vida" que estabelece limites estritos sobre o prolongamento artificial da vida. A morte é a única certeza da vida, é claro. Confio nas palavras do salmista: "Ainda que eu ande pelo vale da sombra da morte, não temerei mal nenhum, porque tu estás comigo". Aprendi que o melhor meio de afastar meus temores sobre a doença terminal e sobre a possibilidade de grande sofrimento é enfrentá-los antecipadamente, diante de Deus e junto a uma comunidade que irá compartilhá-los.

Notas

1 Admito que grande parte da culpa cabe às instituições médicas. Imagine o dilema ético de um jovem cirurgião, sobrecarregado de dívidas com a escola de medicina, que analisa as opções de uma paciente. A abordagem mais conservadora pediria que a paciente assumisse responsabilidade pela sua própria saúde, exercitasse, fizesse fisioterapia, mudasse de dieta, procurasse ajustar seu estilo de vida, aprendesse a viver com um pouco de dor. Em troca desses conselhos, o cirurgião recebe cinquenta dólares pela consulta. A abordagem radical envolve intervenção cirúrgica, admissão ao hospital, e os honorários do cirurgião chegam talvez a quinhentos dólares.

Um estudo feito por William Kane em 1980 mostrou que os médicos americanos tinham sete vexes mais probabilidades do que os da Suécia e Grã-Bretanha de realizar laminectomias lombares para problemas de coluna. Na década anterior o número total de operações de hérnia de disco nos Estados Unidos aumentara de quarenta mil para 450 mil.

A "civilização" muitas vezes nos leva a ignorar sinais simples de dor. Lembro-me de um comentário dos meus tempos de estudante no *Textbook on Surgery* (Manual de Cirurgia), de Hamilton Bailey. Os cães selvagens, disse ele, não sofrem de aumento da próstata, mas os domésticos tendem a ter os mesmos problemas que os seus donos. Quando os cães (e os humanos) aprendem a ignorar sinais da bexiga e esperam horários "mais apropriados" para aliviar-se, seus corpos pagam pelas consequências.

Do mesmo modo, a civilização torna socialmente difícil para respondermos como deveríamos à necessidade de um movimento intestinal. Perguntamos pelo "banheiro" e a anfitriã baixa os olhos e aponta para o fim do corredor, enquanto nos desculpamos e saímos furtivamente. Ou, mais grave ainda, podemos adiar até mais tarde o que nossos corpos estão dizendo que devemos fazer agora. Ao chegarmos em casa, o reto, pelo fato de sua mensagem ter sido ignorada, talvez não colabore. O esforço resultante pode acabar em hemorróidas. A maior parte da prisão de ventre que as pessoas sofrem quando idosas é devida 1) à falta de respeito pelos reflexos normais, protelando a ação por razões sociais, ou 2) a uma dieta dependente de alimentos industrializados e deficientes em volume e fibras.

E uma distorção imaginar o ser humano como uma geringonça vacilante, falível,

sempre necessitando de vigilância e conserto, sempre à beira de partir-se em pedaços; esta é a doutrina que as pessoas mais ouvem e com maior eloquência cm toda a nossa mídia informativa...O grande segredo da medicina, conhecido dos médicos mas ainda oculto do público, e que a maioria das coisas melhora por si só.
LEWIS THOMAS

16 Gerenciando a dor

Por mais que nos preparemos, a dor quase sempre chega de surpresa. Curvo-me para pegar um lápis e de repente sinto como se um prego tivesse sido cravado em minhas costas. Minha preocupação muda instantaneamente do preparo para o gerenciamen-to da dor — e a diferença entre as duas coisas é a diferença entre um treinamento simulado em São Francisco e um terremoto real. Nenhum tipo de planejamento nos prepara completamente para a ocasião em que, sem avisar, o solo treme.

Já expressei minha suspeita de que, nos países ocidentais pelo menos, as pessoas passaram a ser cada vez menos competentes para lidar com a dor e o sofrimento. Quando as sirenes de emergência da dor tocam, o indivíduo comum confia menos em seus próprios recursos e mais nos dos "especialistas". Creio que o passo mais importante para lidar com a dor é inverter esse processo. Nós, no campo da medicina, precisamos restaurar a confiança dos pacientes no mais poderoso médico do mundo: o corpo humano.

Os médicos tendem a exagerar sua própria importância no esquema das coisas, e, por esta razão, gosto da cena revisionista no livro *The healingheart [O coração que cura]*. Na sala de emergência de um hospital, o reitor da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia fica ao lado dos melhores cardiologistas da escola para aguardar a chegada de um paciente VIP sofrendo de problemas cardíacos. As portas se escancaram e uma maca é introduzida. O paciente — Norman Cousins — senta, sorri e diz:

— Senhores, quero que saibam que estão contemplando a mais formidável máquina de curar que já entrou neste hospital.

Não conheço médico algum que discorde seriamente da declaração de Cousin.[1] Franz Ingelfinger, famoso editor do *New England Journal of Medicine,* durante muitos anos calculou que 85 por cento dos pacientes que consultam um médico sofrem de "doenças de autolimitação". O papel do médico, disse ele, é discernir os quinze por cento que realmente necessitam de ajuda em comparação com os 85 por cento cujos males físicos podem curar-se sozinhos.

Quando estudei medicina, antes da descoberta da penicilina, tínhamos poucos recursos a oferecer, e o médico era necessariamente obrigado a trabalhar mais como orientador e conselheiro. A pessoa mais importante na transação era sem dúvida o paciente, cuja participação voluntária no plano de restabelecimento determinaria em grande parte os resultados. Agora, pelo menos na ética do paciente, as coisas se inverteram: ele tende a considerar o médico como a parte importante.

A medicina tornou-se tão complexa e elitista que os pacientes sentem-se indefesos e duvidam de que possam contribuir muito para a luta contra a dor e o sofrimento. O paciente se vê com frequência como uma vítima, um cordeiro sacrificai a ser cuidadosamente examinado pelos especialistas, e não um parceiro na recuperação da saúde. Nos Estados Unidos a propaganda alimenta mais ainda a mentalidade de vítima ao condicionar-nos a crer que se manter sadio é uma questão complicada, muito além das possibilidades do indivíduo comum. Temos a impressão de que, se não fosse pelos suplementos vitamínicos, antissépticos, analgésicos e um investimento de um trilhão de dólares em técnicas especializadas, nossa frágil existência em breve terminaria.

O MÉDICO INTERIOR

Muitos pacientes consideram seus corpos com um sentimento de desinteresse ou até de hostilidade. Uma vez que a dor tenha anunciado que uma parte do corpo está em crise, a pessoa atingida, sentindo-se indefesa e exacerbada, procura um mecânico-médico para reparar a parte quebrada. Um jovem que me procurou por causa de um mal muito pequeno ilustra essa atitude moderna. Guitarrista iniciante, ele queixou-se dos lugares doloridos na ponta dos dedos.

— O senhor pode fazer alguma coisa para melhorar isso? — perguntou. — Começo a tocar e depois de meia hora sou obrigado a interromper. Desse jeito nunca vou aprender a tocar guitarra.

Acontece que eu tivera experiência pessoal exatamente com esse problema. Quando cursava a escola de medicina, passei um verão navegando numa escuna no Mar do Norte. Na primeira semana, quando puxava as cordas pesadas para levantar a vela, as pontas de meus dedos ficaram tão doloridas que sangraram e me mantiveram acordado durante a noite por causa da dor. Durante a segunda semana foram se formando calos, e em pouco tempo grossos calos cobriam meus dedos. Não tive mais problemas com dedos doloridos naquele verão, mas quando voltei à escola dois meses mais tarde descobri para meu desgosto que perdera minhas melhores habilidades na dissecação. Os calos tornaram meus dedos menos sensíveis, e eu mal podia sentir os instrumentos. Durante semanas preocupei-me em ter arruinado minha carreira de cirurgião. Aos poucos, porém, os calos desapareceram devido à minha vida sedentária, e a sensibilidade voltou.

— Seu corpo está no processo de adaptação — informei ao jovem guitarrista. — Os calos mostram que seus dedos estão começando a habituar-se ao novo estresse de roçar as cordas de aço. Seu corpo está lhe fazendo um favor ao construir novas camadas de proteção. Quanto à dor, trata-se apenas de uma fase temporária, e você deve ser grato por ela.

Contei a ele sobre os pacientes de lepra insensíveis que haviam prejudicado gravemente as mãos ao tentarem aprender a tocar guitarra ou violino, por não terem sinais de aviso para impedi-los de praticar tempo demais. Outros adotaram um horário restrito de prática a fim de permitir que seus tecidos tivessem tempo para formar calos. (O tecido da pele reage ao estímulo em nível local, embora o cérebro não receba as sensações de dor.)

Não consegui convencer o guitarrista, que saiu de meu consultório desapontado com o fato de eu não ter "consertado" sua mão. De maneira estranha, que lembrava vagamente meus pacientes de lepra, ele parecia separado de seu próprio corpo. Sua mão era um objeto — quase um estorvo — que levara a mim, o especialista em corpos, para reparos. Esse tipo de atitude tornou-se quase típica nos pacientes modernos.

Os profissionais médicos algumas vezes favorecem lamentavelmente essa atitude. Encontro-me frequentemente com grupos de alunos da escola de medicina e pergunto sobre as suas frustrações na área. A resposta mais comum que ouço concentra-se no desajeitado termo *despersonalização.* Ouvi de uma jovem inteligente o seguinte:

— Estudei medicina por um sentimento de compaixão e desejo de aliviar o sofrimento. Entretanto, tenho cada vez mais de lutar contra o cinismo. Não falamos muito sobre pacientes aqui; falamos de "síndromes" e "falhas de enzimas". Somos orientados a usar a palavra "cliente", em vez de "paciente", o que implica que estamos vendendo serviços, em vez de ministrar às pessoas. Alguns dos professores mais jovens falam dos pacientes quase como se fossem inimigos. Eles dizem: "Cuidado com os pacientes mais velhos — são queixosos crônicos e desperdiçarão grande parte do seu tempo". Passamos horas estudando as últimas técnicas de diagnóstico, mas não tive uma única aula sobre o comportamento junto ao leito do paciente. Depois de algum tempo, é fácil esquecer que o "produto" com o qual lidamos é um ser humano.

Estremeço ao ouvir tais palavras e penso com gratidão nos meus professores antiquados: H. H. Woolard, que tratava até os cadáveres com reverência, e Gwynne Williams, que se ajoelhava ao lado da cama do paciente para parecer menos intimidante e assim ajudar o paciente a relaxar. A abordagem biomédica de hoje, que estreita o foco do paciente para a moléstia em si, ensinou-nos muito sobre organismos hostis, mas correndo o risco de desvalorizar as contribuições do paciente. Não devemos ousar permitir que a tecnologia nos distancie dos

pacientes, porque a tecnologia não pode fazer certas coisas. Não pode segurar a sua mão, inspirar confiança, torná-lo parceiro no processo da recuperação. Usada sabiamente, a tecnologia deve servir o lado humano da medicina: ao manipular fatos e dados, ela pode deixar o médico livre para passar mais tempo com o paciente a fim de aplicar a sabedoria compassiva que só pode ser oferecida pela mente humana.

Na superfície, a tarefa do médico pode assemelhar-se à de um engenheiro — ambos reparam partes mecânicas — mas só na superfície. Tratamos uma pessoa, e não uma coleção de partes, e a pessoa é bem mais do que um corpo quebrado exigindo reparos. O ser humano, ao contrário de qualquer máquina, contém o que Schweitzer chamou de "médico interior", a habilidade de consertar a si mesmo e afetar conscientemente o processo de cura. Os melhores médicos são os mais humildes, os que ouvem atentamente o corpo e trabalham para ajudá-lo no que ele já está fazendo instintivamente por si mesmo. De fato, no gerenciamento da dor não tenho escolha senão trabalhar em parceria: a dor ocorre "por dentro" do paciente, e só ele pode guiar-me.

Aprendi sobre o gerenciamento da dor principalmente através da cirurgia de mão, na qual os parceiros envolvidos devem estar em sintonia com a dor. Se você machucasse a mão e viesse procurar-me para uma cirurgia, nós dois iríamos esperar que a dor ajudasse a dirigir o processo de recuperação. Eu teria condições de reduzir artificialmente a dor antes das sessões de terapia para torná-lo mais confortável, mas se fizesse isso você poderia (como meus pacientes de lepra) exercitar-se vigorosamente demais e dilacerar os tendões transplantados. Por outro lado, se evitasse qualquer movimento que causasse a mínima dor, sua mão ficaria rígida, pois tecidos cicatrizados encheriam os espaços e imobilizariam a mão. Juntos, podemos ir até o limiar da dor e depois atravessá-lo e passar apenas um pouco além dele. Descobri que a melhor reabilitação acontece se eu puder convencê-lo da verdade de que você está fazendo tudo sozinho. Fiz o meu trabalho, rearranjando os músculos e tendões. Tudo o mais depende de você. Seu corpo terá de reunir os nervos e os vasos sanguíneos que cortei e lidar com o tecido cicatrizante e o colágeno. Liguei os tendões às suas novas posições com pontos delicados; os seus fibroblastos irão prover conexões fortes e permanentes. Seus músculos medirão as novas tensões e acrescentarão ou subtrairão pequenas unidades chamadas *sarcômeros,* cobrindo os erros do cirurgião. Seu cérebro terá de aprender novos programas para comandar os movimentos. A medida que o ferimento sara, é você quem deve começar a mover a mão. Ela lhe pertence, e só você pode fazê-la funcionar de novo.

Na clínica de Carville dispomos de instrumentos que os pacientes podem usar como um tipo de biorretroinformação do processo de cura, Ao usar uma sonda termistor, por exemplo, eles podem monitorar a mudança de temperatura das juntas: a temperatura sobe com a atividade e desce com o repouso, mas permanece alta se o paciente exercitar-se excessivamente. Informamos aos pacientes quanto inchaço podem esperar, depois damos a eles uma vasilha com medidor para colocar a mão. O aumento do nível da água mostrará se o paciente fez alguma coisa para causar o inchaço excessivo, até mesmo algo simples, como permitir que a mão machucada penda abaixo da cintura. Dessa forma ensinamos os pacientes a tomarem responsabilidade pessoal por sua própria cura mesmo quando tenham perdido o monitor interno da dor.

Nenhum instrumento pode, porém, medir o que é sem dúvida o fator mais importante na terapia da mão: a vontade do paciente de recuperar-se. A mente, e não as células da mão machucada, determinará a extensão final da reabilitação, porque sem forte motivação o paciente simplesmente não suportará as disciplinas da recuperação.

Meus pacientes de cirurgia menos favoritos são aqueles envolvidos em litígios como resultado de acidentes de trabalho. Esses homens e mulheres têm um incentivo poderoso para *não* recuperarem plenamente o uso da mão, porque uma incapacidade permanente significa uma indenização maior. Seu limiar da dor parece baixar cada vez mais até que à primeira pontada de dor eles deixam de fazer os exercícios físicos da sessão de terapia. Se tiverem êxito em evitar qualquer dor, provavelmente terão uma incapacidade permanente. (Um estudo feito em 1980 mostrou que as pessoas machucadas na Grã-Bretanha em acidentes de trabalho nas indústrias voltavam às suas atividades numa proporção 25 por cento mais lenta do que aqueles que sofriam ferimentos comparáveis em acidentes rodoviários. A razão provável: nesse país os ferimentos por acidentes industriais são muito bem recompensados, dando ao paciente menos incentivo para recuperar-se.)

Em contraste, um de meus melhores pacientes foi um presidiário da cadeia estadual da Louisiana, cuja mão tinha sido tão danificada por uma bala que precisei inventar novas técnicas de transferência de tendão durante a

cirurgia. Supus que o paciente seria obrigado a submeter-se a um longo período de terapia, sem garantia de sucesso. Mas, como soubemos mais tarde, esse prisioneiro tinha um incentivo poderoso para recuperar-se rapidamente. Durante o período de hospitalização pós-operatória ele removeu a proteção de gesso, serrou as algemas e fugiu. Três anos mais tarde eu o vi em outro hospital, ainda livre. A mão ferida estava perfeitamente curada: sua necessidade urgente de recuperar o uso ativo, só moderada pela dor, provera o ambiente perfeito para a completa recuperação.

A razão para que questões subjetivas como "incentivo para recuperar-se" tenham tamanha importância no gerenciamento da dor se reporta aos três estágios já mencionados: sinal, mensagem e resposta. Depois da cirurgia, um paciente de mão tem a sensação esmagadora: minha mão dói. Mas, como vimos, essa sensação é um truque astuto da mente: o que dói na verdade é a imagem sentida da mão armazenada na medula espinhal e no cérebro. Uma vez que a dor envolve os três estágios da percepção, o gerenciamento efetivo da dor deve levar em conta cada um desses estágios.

SINAL

A maioria de nós ataca a dor no primeiro estágio: abrimos o armário do banheiro e escolhemos um remédio para bloquear os sinais de dor no local do tecido danificado. A aspirina, o medicamento mais usado do mundo, funciona nesse estágio. Embora uma substância como a aspirina tenha sido extraída do salgueiro em 1763 e usada para tratamento do reumatismo e da febre, foram necessários duzentos anos para a ciência descobrir o que torna a aspirina tão eficaz: ela impede a produção de algo chamado prostaglandina no tecido danificado, suprimindo assim as reações normais do inchaço e hipersensibilidade.

Outros medicamentos comuns trabalham diretamente nas extremidades nervosas, interferindo com a sua habilidade para enviar sinais de dor. Bronzeadores e tratamentos tópicos para cortes, feridas e inflamação na boca geralmente contêm esses produtos químicos, assim como os anestésicos mais fortes usados pelos dentistas e médicos em pequenas cirurgias.

Demoro a interferir com os sinais de dor da periferia. Por ter passado a vida entre pessoas que destroem a si mesmas devido à ausência de dor, valorizo esses sinais. O executivo esgotado que engole um punhado de aspirinas e tranquilizantes depois de um dia de trabalho duro, assim como o atleta que aceita uma injeção de analgésico antes de um jogo importante, está ignorando um princípio fundamental do sistema de dor. Os sinais de dor no primeiro estágio insistem em voz alta para que sua mensagem chegue ao consciente e produza uma mudança de comportamento. Silenciar esses sinais sem mudar o comportamento é aceitar o risco de um dano muito maior: o corpo irá sentir-se melhor enquanto piora. E certo que analgésicos como a aspirina oferecem benefícios, tais como uma noite bem dormida e uma redução da inflamação, mas em cada caso acredito que devemos considerar primeiro o uso positivo da dor e depois agir de modo a alcançar o equilíbrio apropriado.

Minha experiência em terapia da mão novamente se apresenta. A não ser que possamos persuadir nossos pacientes a aceitar um pouco de dor como parte de sua reabilitação, as juntas irão endurecer e a mão ficará rígida.

— Dê-me um remédio para passar a dor e farei os exercícios com prazer — dizem alguns pacientes. Eles têm razão. Os cirurgiões modernos, antes de suturarem a mão depois da cirurgia, podem deixar um pequeno cateter perto do nervo para que um anestésico local possa ser gotejado no ferimento; os pacientes fazem então exercícios que de outro modo recusariam, acelerando a recuperação. Não me oponho a essa prática, mas aprendi a reservá-la para meus pacientes mais cuidadosos e cooperativos. A maioria dos pacientes precisa do limiar da inibição; sem ele, tendem a mover-se com muita força e reabrir o corte. O segredo no gerenciamento da dor é reconhecer os elos entre os estágios da mesma. Só bloqueio os sinais de dor no primeiro estágio se tiver confiança de que meus pacientes irão responsabilizar-se no terceiro estágio, reação conscienciosa. Eles obedecerão às instruções precisas do terapeuta se houver ausência de dor?

Quando confronto pessoalmente a dor, prefiro neutralizar os três estágios de imediato. Parece apropriado dar uma resposta unificada a uma sensação que envolve tão inclusivamente o meu corpo. Há alguns anos tive ura problema de vesícula. Quando senti os sinais urgentes de dor (primeiro estágio) na parte superior do abdome, não tinha ideia

do perigo de que eles estavam tentando me alertar. Era uma dor intensa e espasmódica, muito forte para ser indigestão. Antiácidos não fizeram efeito. Sua localização tornou a vesícula ou o pâncreas o lugar possível. Minha idade era praticamente certa para o aparecimento de câncer, e quando finalmente fui ao médico tinha chegado a um auge de medo e pressentimento.

Uma radiografia revelou que eu tinha pedras na vesícula, e não câncer, uma condição realmente dolorosa, mas facilmente tratável com cirurgia. Senti-me embaraçado com minha reação de pânico. As dores abdominais continuaram ocorrendo, embora parecessem mais leves. Embora os sinais de dor em si não tivessem diminuído, a percepção (terceiro estágio) deles certamente mudou com a redução da minha ansiedade.

Devido a problemas de agenda, tive de adiar a cirurgia por alguns meses. As dores de possuir pedras na vesícula e nos rins estão no topo das listas de intensidade de dor, e agora entendo a razão. Tive muitas oportunidades para praticar o meu domínio sobre a dor (e muitas ocasiões para reconsiderar a minha filosofia de "Graças a Deus pela dor!"). Suponho que nunca superei o espírito infantil que me fez resistir a uma aspirina, porque tentei constantemente evitai; correr para o armário de remédios em busca de um analgésico forte.

As crises noturnas eram as piores. Lembro-me de uma noite especialmente difícil quando saí da cama, pus um roupão e andei descalço pelos caminhos do leprosário. A noite estava quente e repleta de sons de vida. Os sapos cantavam em coro na lagoa, com grilos e outros insetos preenchendo as notas que faltavam a eles. Nell, nossa cadela vira-lata, corria à minha frente, deliciada com o passeio inesperado em uma hora tão estranha da noite.

Escolhi deliberadamente andar pelos caminhos de cascalho de conchas trazido das praias do sul. Esse cascalho é muito aguçado e doloroso para os pés descalços. Era necessário andar com cuidado e pousar devagar os pés; alternei depois andando pela grama molhada. Apanhei também pequenos ramos de árvores e pedras que toquei com os dedos. Todos esses atos simples me ajudaram a combater a dor: a sensação do cascalho em meus pés desnudos competia com e afogava parcialmente os sinais de dor da vesícula. A dor que eu sentia agora era muito diferente — e muito mais tolerável — daquela que sentira num quarto escuro e silencioso.

Não tenho certeza de quando comecei a cantar. A princípio expressei em voz alta a Deus minha apreciação pela boa terra ao meu redor e pelas estrelas brilhando no alto. A seguir me vi cantando alguns versos de meu hino favorito. Os pássaros se assustaram e fugiram alvoroçados. Nell empinou as orelhas e pareceu curiosa. Olhei em volta, constrangido, pensando de súbito no que um guarda-noturno iria pensar ao ver o cirurgião-chefe às duas da manhã, descalço, de pijamas, cantando um hino.

Essa noite no *baiyou* (pântano) ainda brilha em minha mente. Outras vezes, especialmente quando precisava de uma boa noite de sono, tomei um analgésico para aquietar a dor na escuridão e no silêncio de meu quarto. Mas naquela noite comandei todo o meu corpo num contra-ataque à dor que me fizera sair violentamente da cama. Ao andar pelo caminho de cascalho, gerei novos sinais de dor do primeiro estágio, mais toleráveis, que inundaram a porta espinhal, afetando o segundo estágio. A atenção ao mundo que me rodeava influenciou o terceiro estágio, produzindo um estado de calma e serenidade. O espasmo muscular e com ele a cólica finalmente cederam e voltei à cama como um novo homem, dormindo pelo resto da noite.

MENSAGEM

Se eu estivesse disposto a investir várias centenas de dólares num Estimulador Elétrico Transcutâneo de Nervos (ETN), poderia ter ficado na cama. Os ETNs representam a quintessência da abordagem moderna ao gerenciamento da dor. Um dispositivo movido a bateria, do tamanho de um walkman, ele gera uma pequena corrente elétrica que passa entre dois eletrodos de carbono. Amarrados à pele e posicionados diretamente sobre um nervo, os ETNS produzem uma leve sensação de formigamento, que o usuário pode aumentar ou diminuir conforme a intensidade da dor. (Outros dispositivos enviam a corrente elétrica diretamente a eletrodos de platina implantados ao lado dos nervos ou até na medula espinhal, mas os modelos que estimulam a pele são geralmente mais usados por evitarem as complicações da cirurgia.)

Será devido ao simples hábito que prefiro os sons do pântano e a sensação do cascalho de conchas a uma sensação

de formigamento? As duas técnicas funcionam parcialmente ao gerar novos sinais nervosos que predominam sobre a "porta" espinhal. Como explica a teoria de controle-da-porta espinhal, os nervos da medula espinhal atravessam o canal relativamente estreito logo abaixo da medula *oblongata* do cérebro, e quando o gargalo fica obstruído por sensações estranhas, as mensagens de dor tendem a diminuir. Sufocados pela competição, os sinais de dor são convertidos em mensagens e enviados ao cérebro.

A eficiência dos ETNs varia de paciente para paciente, mas notei um benefício positivo. Quando um paciente de dor crônica aprende que pode controlar a dor até certo ponto, bastando girar o botão de uma máquina, a dor parece subitamente menos ameaçadora, mais tolerável. Dessa forma o ETN, um tratamento da dor dirigido ao segundo estágio, causa igualmente impacto sobre a percepção da dor no terceiro estágio. Ele reduz o medo e a ansiedade, dois intensificadores habituais da dor. Com o tempo, o paciente pode deixar de usar inteiramente a máquina. Se não tiver ficado amigo dela, o paciente pelo menos aprendeu a viver com ela. Aprovo sinceramente esse exercício de treinamento para o domínio da dor, embora apresente uma tendência a passeios à meia-noite, escovas de cabelo e banhos quentes como meios de alcançar o mesmo fim.

A área dos odontologistas também está experimentando o ETN. Uma vez que a maioria dos pacientes considera a agulha como a parte mais desagradável do cuidado dentário, os pesquisadores estão sempre buscando meios de prover anestesia sem agulhas. Em uma técnica, um dentista usando o ETN coloca um eletrodo fino na mão do paciente, outro por trás da orelha e um terceiro enrolado em algodão ao lado do dente que requer tratamento. Para grande parte dos indivíduos testados, uma corrente branda de quinze mil ciclos por segundo pode fornecer alívio da dor equivalente à novocaína.

Muitos remédios que exigem receita médica administram a dor no estágio da mensagem. As propriedades analgésicas do ópio foram reconhecidas durante a maior parte da história registrada, e variedades da papoula são cultivadas em todo o mundo. Só recentemente, porém, foi descoberto que a droga produz efeito direto tanto na medula espinhal como no cérebro. Moléculas do tipo do ópio (a família do ópio inclui drogas poderosas, como codeína, morfina e heroína) se ligam a pontos receptores de opiatos na medula espinhal, reduzindo a proporção em que as células deflagram e reduzindo o número de mensagens enviadas ao cérebro. Novas técnicas epidurais gotejam o narcótico diretamente no canal espinhal, afetando as raízes do nervo sensorial que se introduz na medula espinhal, uma anestesia precisa que tem condições de prover alívio para situações extremas de dor, como as do câncer pan-creático.[2]

A técnica mais radical de gerenciamento da dor é a cirurgia invasiva, e os procedimentos cirúrgicos dirigidos ao segundo estágio parecem os mais promissores, embora não perfeitamente seguros. A cirurgia para a dor no terceiro estágio, dentro do próprio cérebro, envolve muito risco e frequentemente deixa de resolver o problema: a dor reaparece depois de algum tempo. Cortar os nervos periféricos que produzem os sinais de dor no primeiro estágio pode aliviar algumas dores crônicas, especialmente a nevralgia facial, mas não há garantia de que bloquear a dor no seu local de origem irá fazê-la desaparecer.

O fenômeno complexo da dor não pode ser facilmente "consertado", nem mesmo pelo melhor cirurgião do mundo. Li um relatório de um piloto de carros de corrida que perdeu o antebraço esquerdo num acidente na pista. O homem sofreu dores no membro fantasma e depois que implantes elétricos nos nervos locais não a aliviaram, o cirurgião abriu a medula espinhal dele. Para sua grande surpresa, descobriu que os nervos que iam do braço para a medula espinhal do homem já haviam sido cortados pelo acidente. Os sinais de dor não poderiam ser enviados pela periferia; a própria medula espinhal estava gerando uma mensagem que o cérebro interpretou como "Meu braço esquerdo está doendo". Nem mesmo a cirurgia na medula espinhal, porém, dá garantia permanente contra a dor. Como um ato de misericórdia, os cirurgiões podem retirar uma seção da medula espinhal de um paciente de câncer que tenha uma curta expectativa de vida, mas se o paciente viver mais de dezoito meses, a dor algumas vezes volta. O cérebro ou outra parte da medula espinhal encontra misteriosamente um meio de ressuscitar as mensagens de dor.

Não sou um neurocirurgião e só posso lembrar de algumas vezes em que concordei em tratar a dor cirurgicamente. A mais notável envolveu uma indiana chamada Rajamma, que sofria de tique doloroso *(fie douloureux)* torturante, uma nevralgia severa da face. Imprevisível e espasmodicamente ela era sacudida por uma

crise terrível de dor em um dos lados do rosto. A mulher veio procurar-me desesperada, depois de tentar muitos tratamentos alternativos.

— Todos os meus dentes foram removidos de um lado da face, mas a dor não desapareceu — informou Rajamma. — Depois deixei que um curandeiro local me queimasse e fiquei com cicatrizes.

Ela apontou para as marcas na face esquerda.

— A dor piorou. Agora, qualquer pequeno movimento ou som pode acarretar uma crise. Meus filhos não têm permissão para brincar perto de casa. Mantemos as galinhas presas para que não voem e me assustem.

Eu sabia que o procedimento para tratar o tique doloroso envolvia uma exploração delicada do gânglio gasseriano localizado onde o quinto nervo craniano entra no cérebro e só devia ser tentada por um neurocirurgião habilitado (se o ramo do nervo do olho fosse acidentalmente cortado, a perda da sensação ocular poderia causar a perda do olho). Eu me achava, porém, no sul da Índia, onde não havia neurocirurgiões. Tentei primeiro amortecer o local com um anestésico, que falhou. Rajamma e o marido suplicaram que eu tentasse a cirurgia, mesmo que significasse cegueira ou morte.

— Que tipo de vida tenho agora? — perguntou Rajamma. — Olhe para mim. — Ela já estava perigosamente magra. — Não ouso mastigar, vivo de líquidos — explicou.

Tentei finalmente a cirurgia e localizei dois pequenos nervos, finos como fios de algodão, que pareciam os principais transportadores da dor que ela sentia. Segurei-os com o fórceps por alguns segundos antes de cortá-los. Seriam aqueles fiozinhos a fonte da tirania? E seu eu cortasse os nervos errados? Secionei-os e fechei o corte.

Estou certo de que a minha tensão era tão grande quanto a de Rajamma enquanto sentava junto dela na enfermaria e mapeava a área de sua face que agora não tinha qualquer sensação. Um tanto hesitante, ela começou a tentar os movimentos que antes causavam espasmos de dor. Tentou um leve sorriso, seu primeiro sorriso deliberado em anos, e não houve crise. O marido olhou-a radiante.

A cirurgia provou ser um sucesso e aos poucos o mundo de Rajamma entrou nos eixos. Quando voltou para casa, as galinhas foram novamente bem recebidas. As crianças começaram a brincar sem medo de fazer mal à mãe. Em seus círculos cada vez mais amplos, a vida da família voltou ao normal. O despotismo da dor fora finalmente vencido.

RESPOSTA

Estimuladores transcutâneos, bloqueios epidurais, cordotomia espinhal — essas técnicas podem ajudar na dor persistente, a longo prazo, mas em muitos casos o corpo encontra um novo caminho e adorretorna.

Por esta razão, centros de dor crônica aprenderam a atacar a dor nas três frentes: sinais do local com problemas, mensagens ao longo das rotas de transmissão e reação mental. Na realidade, cuidar da saúde psicológica do paciente e do ambiente familiar pode causar tanto efeito sobre a dor quanto receitar analgésicos ou um dispositivo ETN. Um psiquiatra de Boston afirmou:

— Metade das pessoas que vão às clínicas com queixas físicas estão na verdade dizendo "Minha vida dói". A dor é de fato uma expressão existencial.

Em minha abordagem à dor, dou maior prioridade ao terceiro estágio. Isso pode parecer estranho, uma vez que passei grande parte de minha carreira trabalhando com pacientes de lepra, que sofrem com a ausência de sinais de dor na periferia (primeiro estágio). Mas o próprio fato de que eles "sofrem" prova a importância da mente na experiência da dor. Os leprosos me ajudaram a compreender a diferença entre *dor* e *sofrimento.*

— Estou sofrendo em minha mente porque não posso sofrer em meu corpo — foi a maneira de meu paciente Namo expressar-se.

Nos casos mais avançados de lepra, meus pacientes não sentiam absolutamente "dor": nenhuma sensação negativa chegava ao cérebro deles quando tocavam um fogão quente ou pisavam num prego. Todavia, todos sofriam, tanto quanto qualquer outra pessoa que já conheci. Eles perderam a liberdade que a dor oferece, perderam o senso do toque e algumas vezes da visão, perderam a atração física, e, por causa do estigma da doença, perderam o sentimento de aceitação por parte de outros seres humanos. A mente reagiu a esses efeitos da falta de dor com um sentimento que só poderia ser chamado de sofrimento.

Para o resto de nós, dor e sofrimento quase sempre chegam no mesmo pacote. Minha meta no gerenciamento da dor é buscar meios de empregar a mente humana como um aliado, e não um adversário. Em outras palavras, posso evitar que a "dor" se transforme em "sofrimento" desnecessário? A mente oferece recursos esplêndidos justamente para isso.

Em meus dias de treinamento médico, fiquei mistificado com alguns dos enigmas da dor: a reação do "efeito Anzio" aos ferimentos no campo de batalha e os poderes misteriosos do placebo, da hipnose e da lobotomia. Na época, a ciência não tinha explicação para esses fenômenos; da mesma forma que o faquir hindu domina a dor, eles pertenciam mais ao campo da magia do que ao da medicina. Em anos mais recentes, os pesquisadores desvendaram alguns dos segredos da alquimia do cérebro. Parece que o corpo fabrica seus próprios narcóticos, que pode liberar mediante pedidos para bloquear a dor.

O cérebro é um farmacêutico-mestre. Seu diminuto opiato de etorfina possui, grama a grama, dez mil vezes o poder analgésico da morfina. Neurotransmissores como esses modificam as sinapses dos neurónios cerebrais, mudando literalmente a percepção da dor como está sendo classificada e processada. O soldado que reage espontaneamente à excitação da batalha e o faquir que exerce uma disciplina adquirida provavelmente encontraram meios de tirar proveito das forças analgésicas naturais do cérebro. Os nervos periféricos *estão* enviando sinais, a medula espinhal está transmitindo mensagens, mas as células cerebrais alteram essa mensagem antes que ela se transforme em dor.

Uma vez descobertos (na década de 1970), os neuro transmissores cerebrais mostraram a possibilidade de novas e interessantes abordagens ao gerenciamento da dor: (1) é possível que os neurotransmissores da dor possam ser produzidos artificialmente, permitindo que lidemos melhor com a dor mediante intervenção externa; (2) talvez pudéssemos ensinar o cérebro a fornecer seus elixires mediante pedidos, sempre que os desejemos.

A primeira linha de pesquisa está ainda em seu início. Os pesquisadores sintetizaram várias e poderosas *enkephalins,* mas grandes barreiras ainda permanecem. De um lado, enzimas protetoras interceptam a maioria dos elementos químicos quando eles tentam passar da corrente sanguínea para o cérebro, e um analgésico que deva ser injetado diretamente no cérebro apresenta evidentemente desvantagens. Os sintéticos tendem também a viciar: o cérebro deixa de produzir suas próprias *enkephalins* na presença das artificiais, deixando o usuário com a opção de vício permanente ou uma abstinência agonizante.

A abordagem oposta, estimular os analgésicos do próprio cérebro, possui potencial quase ilimitado. No interior da caixa de marfim do crânio, a psicologia e a fisiologia se unem. Sabemos que a reação da pessoa à dor depende em grande parte de fatores "subjetivos", tais como preparo emocional e expectativas culturais, que afetam por sua vez a química do cérebro. Ao alterar esses fatores subjetivos, podemos influenciar diretamente a percepção da dor.

A dor que acompanha o parto oferece um exemplo excelente. As sociedades que praticam o *couvade* dão prova dramática de que a cultura desempenha uma parte importante na determinação de quanta dor a parturiente sente. Ao que tudo indica — e as aparências desafiam a compreensão para as mulheres que tiveram partos difíceis — as mães nas sociedades que praticam o *couvade* não sentem muita dor. Na cultura ocidental, porém, a dor do parto é considerada uma das piores. Ronald Melzack, usando o Questionário de Dor McGill, entrevistou centenas de pacientes e determinou que as mães consideravam a dor do parto maior do que a das costas, câncer, herpes-zoster, dor de dentes ou artrite. .

Melzack descobriu também que na segunda gravidez as mães acharam a dor do parto menos aguda. Sua experiência anterior ajudou a diminuir o limiar do medo e da ansiedade e subsequentemente a percepção da dor.

As primíparas que haviam feito tratamento pré-natal, tais como aulas do método Lamaze, também acharam menores as dores. O método Lamaze pode ser de fato visto como uma tentativa em larga escala para mudar a percepção da dor do parto. Os professores desse método enfatizam que o parto envolve trabalho árduo, mas não necessariamente dor. Eles reduzem o medo e a ansiedade (terceiro estágio), educando as mulheres grávidas a respeito do que esperar. Ensinam igualmente meios concretos e práticos de enfrentar a dor no primeiro e segundo estágios: exercícios de respiração e auxílio do pai em pressionar as costas durante as contrações ajudam a contrabalançar a dor na porta espinhal.

O curso Lamaze emprega um exercício simples que todos podem fazer a qualquer tempo para modificar a dor no terceiro estágio: distração consciente. Aprendi primeiro sobre o efeito da dis-tração por meio da pesquisa de Tommy Lewis. Quando campainhas tocavam e histórias de aventura eram lidas em voz alta, os voluntários do laboratório tinham maior tolerância à dor. Os assistentes de laboratório, usando máquinas de calor radiante ficavam surpresos ao ver bolhas surgindo sem anunciar nos braços dos voluntários enquanto eles se concentravam em contar de trás para diante de cinquenta até um.

Há alguns anos, os dentistas americanos tinham grandes esperanças quanto ao potencial das técnicas de áudio para controlar a dor. Os pacientes que usavam fones de ouvido e escutavam música estereofônica em tom bem alto, ou até "ruído branco" artificial, ficavam sentados satisfeitos sem anestesia enquanto os dentistas trabalhavam. Alguns prediziam que o equipamento estereofónico ia substituir a agulha hipodérmica. Nas conferências especializadas, os dentistas citavam a teoria do controle da porta espinhal de Melzack como um meio de explicar o fenômeno. Mas quando o próprio Ronald Melzack testou as descobertas em comparação com as de um estímulo placebo — um zumbido de sessenta ciclos inútil que não deveria ter qualquer efeito sobre os pacientes —, para sua surpresa até o ruído do placebo diminuiu a dor. Melzack concluiu que o elemento-chave no sucesso da máquina de áudio era o valor da distração consciente. Enquanto as pessoas se concentrassem na música ou no ruído, e enquanto tivessem maçanetas e manivelas para operar, elas sentiam menos dor. Estavam interessadas em outra coisa.

No livro *Living with pain [Vivendo com dor],* Barbara Wolf conta sobre a sua prolongada luta contra a dor crónica, uma odisséia que incluiu a implantação de transmissores neurais subcutâneos nas duas mãos. Depois de tentar uma infinidade de métodos, ela decidiu que a distração era a melhor e mais barata arma disponível. Costumava cancelar suas atividades quando sentia dor, até que notou que só se sentia completamente livre da dor quando estava na sala de aula ensinando inglês. Wolf recomenda trabalho, leitura, humor, passatempos, animais de estimação, esportes, trabalho voluntário ou qualquer outra coisa que possa distrair da dor a mente de quem sofre. Quando ela ataca com fúria no meio da noite, Wolf levanta, programa o dia seguinte, trabalha numa palestra ou planeja um jantar em todos os seus detalhes.

A dor não precisa embotar necessariamente a mente. Blaise Pascal, perseguido por uma nevralgia facial aguda, resolveu alguns de seus mais complexos problemas de geometria enquanto se contorcia desconfortavelmente na cama. O compositor Robert Schumann, sofrendo de um mal crônico, saía do leito e corrigia suas partituras musicais. Immamiel Kant, com os dedos dos pés queimando por causa da gota, concentrava-se com todas as suas forças num só objeto — por exemplo, no orador romano Cícero e tudo o que pudesse relacionar-se com ele. Kant afirmou que a sua técnica tinha tanto êxito que pela manhã ele algumas vezes pensava se havia imaginado a dor.

Quando eu confronto dor intensa, procuro atividades que irão absorver-me por inteiro, seja mental ou fisicamente. Saio para um passeio ou trabalho no computador. Realizo tarefas que evitei por causa das minhas ocupações: arrumo um armário, escrevo cartas, observo os pássaros, cuido do jardim. Descobri também que a distração consciente e a disciplina da atividade podem ser ferramentas úteis para combater a dor.

Um especialista num centro de dor crônica contou-me que muitos pacientes querem esperar até que a dor desapareça antes de retomar a vida normal. Mas ele aprendeu que suportar uma dor crónica depende da disposição do paciente em exercitar-se e aumentar a atividade produtiva *apesar* de sentir dor. O controle da dor crónica tem sucesso quando o paciente aceita a possibilidade de ter uma vida útil na presença da dor.

Nós do ocidente, que nos apoiamos em pílulas e tecnologia para resolver nossos problemas de saúde, tendemos a dar pouco valor ao papel da mente consciente. Depois de conhecer o dr. Clifford Snyder, jamais poderei

subestimar outra vez nosso poder inerente de alterar a percepção da dor. Este homem gentil, um respeitado cirurgião plástico e antigo co-editor do *Journal of Plastic Surgery,* aprendeu a subjugar a surpreendente capacidade da mente para dominar a dor. Depois de várias viagens à China, Snyder convenceu-se de que grande parte da eficácia da acupuntura para aliviar a dor era devida à crença mental que a pessoa tinha na técnica — um efeito placebo glorificado. Alguns anos mais tarde ele teve oportunidade para testar suas convicções sobre o poder da mente.

Snyder precisava fazer uma cirurgia na mão, um processo complicado para remover o revestimento sinovial que cobria os tendões de seu pulso. Seriam necessários cortes profundos numa área de muitos terminais nervosos. Snyder tinha muitos compromissos para o dia seguinte, além de um discurso importante a fazer, e não queria arriscar anestesia geral, que poderia deixá-lo atordoado. Decidiu *esquecer* a dor, sem qualquer outro recurso além do poder da mente.

O cirurgião que iria operá-lo, que também conheço, atendeu o pedido estranho do colega. Permitiu que o dr. Snyder usasse alguns minutos para reunir seus pensamentos, colocou um torniquete na parte superior do braço dele e depois, sem qualquer anestesia, começou a operar. Mediante pura auto-sugestão, Snyder concentrou-se em não sentir dor, e ele insiste que não sentiu absolutamente qualquer dor até cerca de uma hora após a cirurgia. O cirurgião do outro lado do escalpelo confirma o seu relato. Tempos depois, o dr. Snyder tentou incorporar o que aprendera sobre o controle da dor em sua prática médica.

— Procuro sempre distrair a atenção de meus pacientes para algo prazeroso — diz ele. — Falo sobre futebol ou a última conferência do presidente, e evito expressar qualquer alarme. Tento acalmar meus pacientes. Toco e esfrego o lugar onde dói, especialmente se são crianças, e sempre explico exatamente o que vou fazer. Nunca minto para eles. Quero toda a sua confiança.

Snyder relata resultados notáveis entre alguns de seus pacientes. Uma professora que o procurou para a remoção de um gânglio envolveu-se de tal forma numa conversa com um estudante de medicina que Snyder removeu o gânglio *sem* sequer aplicar um anestésico local. Um adolescente com acne severa entrou para ter o rosto "esfoliado" com abrasivo.

— Doutor, eu lhe dou uma hora — disse ele. — Não quero nada para a dor.

O rapazinho ficou imóvel durante sessenta minutos e não mostrou sinal de dor. A seguir levantou a mão e disse:

— Está começando a doer. Precisa parar.

Nem todos podem dominar a habilidade da auto-sugestão sobre a dor. Mas os exemplos citados devem encorajar-nos a crer que, mesmo quando não pudermos fazer cessar uma dor específica, provavelmente podemos fazer com que doa menos, eliminando assim a necessidade de analgésicos. Eles confirmam a capacidade estupenda para o controle da dor que todos carregamos em cima do pescoço.

O CASO MAIS GRAVE

Encontrei-me certa vez com freiras, cuidadores e alguns especialistas de dor ao redor do mundo numa conferência em Dallas, no Texas. Numa entrevista televisionada mais tarde, expliquei minha filosofia pessoal sobre a dor baseada na gratidão e apreciação dos seus benefícios.

— O sistema da dor é bom — afirmei —, embora haja ocasiões em que as dores do indivíduo não vão ser boas.

Mencionei a dor que às vezes acompanha o câncer terminal, uma dor debilitante que não serve a qualquer propósito útil — o paciente sabe que a morte está chegando — e que frustra a maioria das técnicas de gerenciamento da dor que descrevi neste capítulo.

— O desafio da medicina nesses casos é dar medicação suficiente para abrandar a dor, mas não tanta a ponto de

anuviar a mente do enfermo. Todavia, se a dor persistir, como um ato de misericórdia pode ser necessário medicá-lo até que o paciente não fique suficientemente consciente para comunicar-se.

Ouvi um movimento súbito do outro lado da mesa e voltei-me para encarar uma inglesa esguia, com aparência distinta. A dra. Therese Vanier tinha quase pulado da cadeira.

— Sinto muito, doutor Brand, mas tenho de discordar veementemente! Sou médica do asilo St. Christopher em Londres e esta não é a nossa filosofia! Prometemos aos pacientes que ficarão livres da dor mais forte, mas permanecerão também lúcidos. Podemos quase garantir isso.

O vigor da reação da dra. Vanier me surpreendeu, e depois da entrevista fui à sua procura. Ela convidou-me para visitar o asilo fundado pela Dama Cicely Saunders em 1967, a fim de observar o que haviam aprendido sobre o caso mais grave, a dor terminal. Vários anos depois fiz a viagem. O St. Christopher é, em essência, um lugar aonde as pessoas vão para morrer. Quarenta por cento dos pacientes admitidos morrem na primeira semana.

— A maioria dos pacientes chega aqui com dor severa, nos estágios finais de sua doença — explicou Vanier durante a minha visita. — A dor de uma moléstia terminal é única. A dor de uma fratura óssea, dente cariado, parto ou até recuperação pós-operatória tem sentido e há um fim à vista. A dor do câncer progressivo não tem significado, exceto o lembrete constante da morte que se aproxima. Para muitos dos pacientes que recebemos, a dor ocupa todo o horizonte. Eles não podem comer, dormir, orar, pensar ou relacionar-se com as pessoas sem serem dominados pela dor. Aqui no St. Christopher tentamos combater esse tipo específico de dor.

Depois de conversar *com* a dra. Vanier, encontrei-me *com* a dra. Cicely Saunders, que me contou a origem do movimento pró-asilo. Ela havia fundado a primeira instituição, contou-me, depois de ver como a profissão médica lidava mal com a morte. Um hospital moderno envidava todos os esforços para cuidar de um paciente *com* alguma perspectiva de recuperação, mas o *sem* esperança era um estorvo, um emblema vergonhoso dos fracassos da medicina. Os médicos evitavam os pacientes com doenças terminais ou falavam com eles trivialidades ou meias-verdades. O tratamento para a dor desses doentes tendia a ser totalmente inadequado. Os pacientes terminais morriam com medo e muito solitários nos hospitais cheios e movimentados.

O tratamento padrão dos pacientes terminais ofendeu as profundas sensibilidades cristãs da dra. Saunders. Enfermeira na época, ela matriculou-se na escola de medicina aos 33 anos com o propósito expresso de descobrir um meio melhor de ajudar os que estavam morrendo. Depois de trabalhar numa casa para os agonizantes dirigida por irmãs de caridade, ela escreveu: "O sofrimento só é intolerável quando ninguém se importa. Vemos continuamente que a fé em Deus e em seu cuidado fica infinitamente mais fácil mediante a fé em alguém que *mostrou* bondade e simpatia". Ela acabou fundando o St. Christopher, que deu origem ao movimento mundial a favor dessa causa. Saunders nota que o asilo ressuscita um tema da Idade Média, quando a Igreja considerava o cuidado dos que estavam à beira da morte como uma das sete virtudes fundamentais.

Em seu trabalho conjunto, Saunders e Therese Vanier puseram em prática a abordagem "preventiva" da dor da doença terminal. Em muitos hospitais a ordem para a medicação da dor diz "PRN" (ou seja, *pro nata,* "conforme necessário"). Essa ordem deixa os medicamentos à discrição dos enfermeiros, que foram seriamente advertidos sobre os perigos do hábito. Como resultado, se a dor volta, um paciente em agonia pode ter de suplicar pela próxima injeção. Saunders tentou uma abordagem diferente. Ela determinou cuidadosamente dosagens antecipadas, depois deixou-as à disposição do paciente em intervalos regulares de modo que a dor nunca voltasse. Um nível constante de medicamento, conforme descobriu, ajuda a evitar tanto a dor severa como o excesso de sedação. Saunders testou também dosagens controladas pelo paciente e verificou que pacientes terminais raramente se excedem na medicação.

Sob supervisão, eles geralmente preparam um programa que controla a dor 24 horas sem qualquer perturbação mental. O propósito do St. Christopher reflete o bom senso da dra.

Saunders quanto ao cuidado com os agonizantes. A maioria dos pacientes mora em compartimentos de quatro leitos, e não em quartos particulares, com espaço suficiente para que os membros da família possam permanecer

durante a noite. Cortinas divisórias oferecem privacidade conforme desejado, mas a presença de outros seres humanos permite que se desenvolva uma espécie de comunidade; uma comunidade baseada em assistir outros enfrentando a morte numa atmosfera de confiança, e não de medo servil. Os quartos contêm mobília comprada em uma loja de departamentos, e não em um catálogo institucional. As janelas da frente emolduram um parque tratado segundo a melhor tradição inglesa; as de trás olham para um jardim florido e um tanque com peixinhos dourados.

O visitante do asilo vê sinais de vida em toda parte: funcionários reunidos ao redor de um leito cantando "Parabéns pra Você", trabalhos de arte pendurados em cada espaço vazio das paredes, uma pequena floresta de plantas em vasos, o cocker spaniel de estimação de um paciente fazendo travessuras durante uma visita. A cada duas semanas mais ou menos a equipe do asilo organiza um concerto, com um quarteto de cordas, um harpista ou um coral de crianças visitando os quartos. Voluntários transportam os pacientes capazes ao McDonald's local ou a um restaurante, dependendo da preferência deles. Na medida do possível, o St. Christopher funciona de acordo com a conveniência dos pacientes, e não dos funcionários.

O meu dia no St. Christopher convenceu-me de que a explosão de Therese Vanier no painel em Dallas fora plenamente justificada. Nem mesmo a pior dor imaginável, a dor severa que acompanha a doença terminal, precisa debilitar. Percebi que a Dama Cicely, a dra. Vanier e outros no St. Christopher haviam incorporado quase tudo o que eu aprendera sobre o gerenciamento da dor e mais ainda. Eles permitem diversão e distração consciente. Ajudam a suavizar os fatores subjetivos (medo, ansiedade) que contribuem para a dor. Trabalham duro para fazer o paciente sentir-se como um parceiro, e não uma vítima, alguém que mantém o controle sobre o seu próprio corpo. Criam uma comunidade que se importa.

Numa palavra, o movimento pró-asilo mudou o foco da medicina da *cura* para o *cuidado.* Daniel Callahan criticou a medicina contemporânea justamente por esta falha:

A principal segurança que todos desejamos é que, quando - doentes, seremos cuidados sem levar em consideração a probabilidade da cura... O maior fracasso dos cuidados contemporâneos com a saúde é a tendência de ignorar este ponto, substituindo-o pelo fascínio da cura e da guerra contra a doença e a morte. No centro dos cuidados deve encontrar-se um compromisso de nunca desviar os olhos, ou lavar as mãos, de alguém que sente dor ou está sofrendo, que é incapaz ou inepto, que é retardado ou demente; esse é... o único compromisso que um sistema de cuidados com a saúde pode quase sempre tomar com todos, a única necessidade que pode razoavelmente satisfazer...

O St. Christopher, produto da profunda compaixão de uma mulher cristã, mostra o que pode ser feito. Muitos grupos de igreja e da comunidade seguiram o modelo da Dama Cicely e estendem agora cuidado amoroso aos doentes terminais que escolheram não aceitar métodos artificiais de prolongamento da vida. Por definição, esses pacientes estão além da possibilidade de cura médica. Todavia, o asilo encontrou um meio de tratar esta angustiosa condição humana com dignidade e compaixão. Dama Cicely tem orgulho do fato de 95 por cento dos pacientes do St. Christopher conseguirem manter-se alertas e livres da dor. Demonstrou que é possível desarmar o último grande medo que todos iremos enfrentar — o medo da morte e da dor que a acompanha.

Notas

[1] Para dar apenas um exemplo, se por algum decreto estranho nós médicos fôssemos forçados a escolher pessoalmente 1) o sistema de imunização humano apenas ou 2) todos os recursos e tecnologia da ciência mas com a perda de nosso sistema de imunização, iríamos sem hesitar escolher o primeiro. A AIDS mostra a impotência de toda a tecnologia moderna quando o sistema de imunização do indivíduo se interrompe: pneumonia, aftas na boca e até diarreia podem constituir um perigo mortal.

[2] Uma droga como o ópio ou a morfina geralmente não produz efeitos alucinatórios se utilizada para alívio da dor. Por razões ainda não inteiramente compreendidas, os narcóticos usados para tratamento da dor não resultam geralmente em vício. Um estudo publicado em 1982 informou sobre doze mil pacientes de um hospital de Boston que receberam analgésicos narcóticos: apenas quatro se tornaram viciados nas drogas que receberam enquanto eram pacientes. Estudos também mostram que os pacientes que controlam seu próprio acesso a narcóticos injetados usam menos do que a equipe do hospital teria administrado.

Nossas roupas são trocadas por um avental branco anônimo, colocam em nosso pulso um bracelete de identificação com um número. Ficamos sujeitos a regras e regulamentos institucionais. Não somos mais um agente livre; não temos mais direitos; não pertencemos mais ao resto do mundo. E estritamente o mesmo que se tornar um prisioneiro, e reminiscente, de modo humilhante, do nosso primeiro dia de aula. Não somos mais uma pessoa — somos agora um recluso numa cela.
OLIVER SACKS, *COM UMA PERNA SÓ*

17 Intensificadores da dor

Se o movimento pró-asilo é destinado a ajudar os pacientes a enfrentarem o desafio final da morte, o hospital moderno típico parece destinado a tornar seus pacientes indefesos diante de toda e qualquer dor. Confinados em um quarto particular, estéril, enredados em uma série de tubos e fios, objeto de olhares conhecedores e conversas sussurradas, os pacientes sentem-se como se estivessem sozinhos, presos em uma armadilha. Nesse ambiente estranho, a dor viceja. Algumas vezes me pergunto se os laboratórios farmacêuticos idealizaram o esquema dos hospitais modernos numa tentativa de promover o uso dos medicamentos para aliviar a dor.

Recebi uma dose da medicina moderna em 1974 quando finalmente concordei com que um cirurgião removesse minha incômoda vesícula biliar. Depois de uma vida inteira percorrendo os corredores dos hospitais, eu deveria ter sabido o que esperar. Logo aprendi, porém, uma nova perspectiva — a do paciente. Na cirurgia, descobri que é muito mais abençoado dar do que receber.

Fiquei o dia inteiro num quarto branco, despido de quaisquer distrações exceto um aparelho de televisão e sua irritante programação diurna. (Por que alguém não decora o teto dos quartos do hospital, uma vez que é para eles que a maioria dos pacientes olha?) Uma série de técnicos passou pela minha cela. Eu não ouvira ordens assim tão bruscas desde meus dias na Colônia de Treinamento Missionário.

—Levante a manga.

— Abaixe as calças.

— Fique quieto.

— Vire de lado.

— Dê-me o braço.

—Respire fundo.

— Tussa.

O enfermeiro que mandara que eu abaixasse as calças estava segurando uma sonda. Chamei toda a minha coragem para protestar.

— Por que preciso de sonda? — Eu sabia do perigo de infecção e, além disso, quem quer um tubo de borracha em suas partes íntimas?

— O senhor ainda não urinou desde a cirurgia — foi a resposta ríspida dele.

Senti uma pitada de culpa.

— Isso é porque não bebi muito líquido! A minha vesícula é que foi tirada, não a minha bexiga. Dê-me alguns minutos.

Ele deixou o quarto. Fui ao banheiro, agarrado à minha parede abdominal ferida e com muito esforço produzi triunfantemente algumas gotas. Foi o meu único momento orgulhoso num dia cinzento em todos os seus aspectos.

Quando uma funcionária do laboratório entrou pela segunda vez em uma hora para coletar uma amostra de sangue de minha veia, lembrei-a timidamente de que já fizera isso. Ela franziu a testa e disse com ar de superioridade:

— E verdade, mas o sangue coagulou. A amostra não serviu.

Eu quase pedi desculpas pelo meu sangue defeituoso.

Meu corpo estava produzindo uma série impressionante de dados eletrônicos para o laboratório, mas todos ocultos aos meus olhos. Sem dúvida por saberem que os médicos tendem a ser pacientes intrometidos, os funcionários do hospital mantinham uma conspiração ininterrupta de silêncio ao meu redor. O radiologista, por exemplo, levantou minha radiografia para examiná-la melhor, depois olhou para mim, balançou sombriamente a cabeça e saiu para consultar meu cirurgião.

A responsabilidade pelos meus intestinos pertencia a uma pessoa, meu sangue a outra, e minha mente a outra ainda: a enfermeira encarregada de medicar a minha dor. Acabei conhecendo-a bem, pois me mantinha constantemente alerta à dor. Não tinha caminhos de cascalho para percorrer, relatórios de pesquisa para estudar, sistemas estereofônicos para tocar músicas suaves. Estava completamente sozinho com a minha dor. No silêncio, podia sentir a ferroada da injeção mais recente e até a pressão do adesivo sobre a minha pele. Senti a tentação irresistível de tocar a campainha e pedir mais remédio.

A palavra hospital vem do termo latino para "hóspede", mas em alguns hospitais modernos "vítima" parece ser o mais adequado. Apesar de meus antecedentes médicos, senti-me impotente, inadequado e passivo. Tive a impressão esmagadora de estar reduzido a uma peça numa engrenagem e que funcionava mal, para falar a verdade. Todo som que penetrava do corredor ligava-se de alguma forma à minha situação. Um carrinho que passava — *eles devem estar vindo buscar-me.* Um resmungo perto da porta — *Oh não, eles encontraram algo.*

Num estudo conduzido na Ilha de Wight, perto da costa da Inglaterra, os pesquisadores descobriram que os pacientes de vesícula biliar que podiam ver um grupo de árvores pelas janelas do hospital ficavam menos dias internados depois da operação e tomavam menos analgésicos do que aqueles que olhavam para uma parede vazia. O relatório deles tinha o título "A Visão de Uma Janela Pode Influenciar a Recuperação da Cirurgia". Saí da minha cirurgia de vesícula certo de que muito mais do que uma vista influencia a recuperação.

Uso o termo "intensificadores da dor" para reações que aumentam a percepção da dor na mente consciente. São exatamente aquelas com as quais lutei em meu quarto de hospital. Esses intensificadores — medo, ira, culpa, solidão, impotência — podem ter mais impacto na experiência total da dor do que qualquer remédio que eu possa tomar. De algum modo, nós médicos devemos encontrar meios de aumentar e não de desprezar a contribuição do paciente.

MEDO

A dra. Diane Komp, uma oncologista que trabalha com crianças, começou a atender nas casas depois de compreender plenamente a importância do ambiente para os pacientes jovens. "Visitei em suas casas crianças que sentiam dor física", escreveu ela, "mas nunca vi uma criança ter medo em sua própria casa. Ah, eu era a hóspede, e elas claramente as anfitriãs. As crianças relatavam corretamente sua condição médica nesse ambiente, por se sentirem no controle." Compreendi melhor meus sentimentos no hospital quando um amigo mostrou-me um livro

com desenhos feitos por crianças doentes. Um menino desenhara um grande tanque do exército avançando ameaçador em direção a uma figurinha franzina — ele mesmo — segurando uma bandeira vermelha para que ele parasse. Em outro desenho, uma menina de oito anos desenhou a si mesma deitada numa cama de hospital: — Estou sozinha — dizia a legenda. — Queria estar na minha cama. Não gosto daqui. Tem um cheiro esquisito.

Meu desenho favorito mostrava um menino recuando diante de uma enorme agulha de injeção um tanto modificada: a ponta da agulha era um anzol com farpas. Concordo com ele. Graças às crenças na homeopatia de minha mãe e minhas tias, recebi poucas injeções na infância e as considerava uma invasão da minha pessoa. Um medo irracional de agulhas persiste em minha mente. Até hoje nunca consegui dar uma injeção em mim mesmo. Seguro a agulha na direção da pele e, misteriosamente, antes que ela me alcance, uma barreira se levanta e a desvia.

Pesquisas feitas no laboratório e no hospital confirmam que o medo é o maior intensificador da dor. Os novatos nos testes de laboratório reportam um limiar mais baixo de dor até que aprendem que podem controlar a experiência e não têm nada a temer. O medo aumenta a dor de um modo fisiológico mensurável. Quando uma pessoa ferida está com medo, os músculos ficam tensos e se contraem, aumentando a pressão nos nervos danificados e provocando ainda mais dor. A pressão sanguínea e a dilatação dos vasos também mudam: por isso a pessoa assustada empalidece ou fica vermelha. Algumas vezes esse produto da mente se traduz em dano real ao corpo, como no caso do cólon espasmódico, um subproduto da ansiedade humana desconhecido em outras espécies animais.

Penso em minha própria experiência com a enfermidade. Uma das razões de os médicos e as enfermeiras terem ganho reputação como pacientes difíceis é que *nosso* conhecimento *médico* nos torna ainda mais suscetíveis à dor. Sabemos que os menores sintomas podem trair a presença de uma moléstia mortal. John Donne disse bem em seu diário da doença do século XVII: "O medo se insinua em qualquer ato ou paixão da mente; assim como gases no corpo irão imitar qualquer mal, parecer cálculo, parecer gota, assim também o medo imitará qualquer enfermidade da mente".

Eu acabara de aceitar um compromisso como residente médico em Londres quando um ataque terrível de febre e dor de cabeça me confinaram ao leito. Notei que ao levantar a cabeça do travesseiro sentia dor no pescoço e na extremidade inferior da espinha. Entrei em pânico. Não muito antes eu havia estudado os sintomas da meningite cérebro-espinhal, um diagnóstico medonho naqueles dias anteriores aos antibióticos. Pedi que. minha família chamasse uma ambulância e poucas horas mais tarde fui admitido no Hospital Universitário, sob os cuidados de um professor sênior de medicina, Harold Himsworth. Revi meus sintomas e contei-lhe sobre o meu diagnóstico provisório de meningite. Havia, é claro, a possibilidade iminente de danos ao cérebro. Indiquei que estava preparado para a punção espinhal que supunha necessária.

O dr. Himsworth ouviu solenemente e me examinou com muito cuidado. Ele assegurou-me de que ia deixar de lado a punção porque o exame cuidadoso o tornara absolutamente certo de seu diagnóstico e do tratamento apropriado. Não, ele não ia contar-me o nome do medicamento que estava prescrevendo; eu tinha de confiar nele. Mostrou-se também tão confiante e sábio que tomei obedientemente o remédio e me acalmei. A dor desapareceu e eu prontamente adormeci.

Três dias mais tarde eu fizera a recuperação mais rápida conhecida da meningite cérebro-espinhal. O dr. Himsworth revelou-me o nome do seu medicamento misterioso: aspirina. Ele sorriu de modo paternal ao contar-me que percebera na mesma hora que meus sintomas eram *25* por cento gripe e 75 por cento medo da meningite. Senti-me tremendamente envergonhado do rebuliço que fizera, mas o professor Himsworth sugeriu que a experiência poderia ser uma parte valiosa da minha educação médica.

— Quando os pacientes o procurarem queixando-se de uma dor exagerada em relação à sua causa física, você talvez seja mais compreensivo. Eles sentem realmente dor. Como médico, irá tratar dos medos deles assim como de sua enfermidade ou problema orgânico.

O dr. Himsworth tinha razão, é claro. Quase toda pessoa que sente dor sente também medo, e nenhuma pílula ou

injeção irá espantar esse medo. A sabedoria amável e sincera dos médicos e o apoio amoroso de amigos e parentes são os melhores remédios. Descobri que o tempo que passo "desarmando" o medo de meus pacientes causa um impacto importante na sua atitude relativa à recuperação e especialmente na sua atitude em relação à dor.

Minhas primeiras consultas com pacientes de cirurgia de mão algumas vezes pareciam sessões de aconselhamento, porque aprendi que a dor não pode ser tratada como um fenômeno puramente físico. Juntos, médico e paciente, temos de enfrentar o medo. O que a dor significa para o paciente? O provedor da família poderá voltar a sustentá-la? A mão vai ficar bonita de novo? Quanta dor estará envolvida no processo de recuperação? Os analgésicos e esteróides representam um perigo para a saúde? Tento afastar o medo dando ao paciente informação honesta e exata. No final, entretanto, é o paciente quem deve tomar as decisões sobre o curso do tratamento. Minhas recomendações não irão produzir muito benefício sem a colaboração do próprio paciente.

Aconselhei certa vez uma pianista famosa, Eileen Joyce, que fazia *concertos* beneficentes anuais *no* Royal Albert Hall em Londres para ajudar nosso hospital na Índia. Ela tropeçara e caíra em cima da mão enquanto passeava com o cachorro, machucando o polegar. Eu a vi algum tempo depois do acidente, e enquanto me contava a respeito, girei manualmente o polegar dela em todas as direções. A queda ferira uma junta, uma projeção óssea na base do polegar, que aparentemente sarara deixando uma pequena protuberância no osso. Quando movi o dedo de certo modo ela gritou:

— E isso! Essa é a dor! O senhor pode operar para que eu fique curada?

Tive de dizer a Eileen que não recomendava a cirurgia. (Juntas de polegar artificiais não estavam ainda disponíveis.) A probabilidade de resolver a dor dela era pequena comparada com a possibilidade de causar mais dano com a cirurgia.

— Você acha que será possível conviver com essa dor? — perguntei.

Eileen ficou decepcionada.

— É claro que não é uma dor contínua. Sei que posso tocar por uma hora ou duas sem que o meu polegar doa e em alguns dias não sinto nada. Mas quando o coloco na posição errada, então dói. O medo de que isso aconteça me envolve. Como posso concentrar-me em Beethoven quando estou temendo a possibilidade da dor?

Como cirurgião de mãos, muitas vezes me maravilhei com a facilidade que os pianistas de concerto têm de tirar proveito da plena capacidade da mão sem saber realmente quais os músculos envolvidos. Eles pensam em música, e não em juntas, músculos e tendões. Agora, porém, a percepção de um pedacinho de osso estava dominando tudo na mente de Eileen Joyce. Discutimos as várias alternativas para tratar da dor e soube mais tarde que Eileen decidiu afastar-se dos palcos. Ela não conseguiu encontrar um meio de aceitar o medo da dor que poderia roubar sua concentração durante um concerto, embora a dor em si não fosse grave.

Encorajo os pacientes a falarem de seu medo, a fim de que juntos possamos relacionar o medo com o sinal de dor. O medo, como a dor, pode ser bom ou mau. O medo bom me afasta de precipícios e faz com que me abaixe quando ouço um ruído forte. Ele me impede de arriscar-me imprudentemente quando dirijo ou quando esquio montanha abaixo. Os problemas só surgem quando o medo (ou a dor) é desproporcional ao perigo, como aconteceu com o meu medo de injeções e talvez também com Eileen Joyce.

A única maneira de desarmar o medo "negativo" é ganhar a confiança do cliente. Libertei o meu medo da meningite nas mãos de Harold Himsworth porque confiei e acreditei nele quando me disse que não tinha nada a temer. É por isso que como cirurgião devo dar a máxima atenção aos medos de meus pacientes. Quero que respeitem o medo "bom" que os impede de se esforçarem demais e danificarem novamente o que consertei. Ao mesmo tempo, quero que vençam o medo "negativo" da dor que os tenta a afastar-se dos exercícios de reabilitação.

Um amigo da Califórnia, Tim Hansel, deu-me uma lição importante sobre o medo bom e o ruim. Homem entusiasta de esportes ao ar livre, Tim dirigia um programa de acampamentos nas montanhas Sierra Nevada.

Numa dessas viagens ele caiu de cabeça numa fenda, batendo no fundo de pedra. O impacto comprimiu suas vértebras espinhais, causando rompimento de discos na parte superior das costas, e logo a artrite tomou conta dos ossos. Hansel passou a viver com dor intensa e constante. Consultou vários especialistas e todos lhe disseram a mesma coisa:

— Você terá de viver com essa dor. A cirurgia não dará resultado.

Com o passar dos meses e anos, Hansel aprendeu vários meios de lidar com a dor. Por medo de problemas maiores, ele cortou muitas de suas atividades. Com o tempo, porém, ficou desanimado. A vida sedentária o deprimia. Hansel finalmente conversou com o médico sobre os seus temores.

— Tenho medo de ficar pior, mas isso está me enlouquecendo. Sinto-me paralisado pelo medo. Diga-me, o que devo evitar especificamente? O que poderia causar mais danos?

O médico pensou por um momento e respondeu:

— O dano é irreversível. Suponho que recomendaria não pintar beirais — isso esforçaria demais seu pescoço. Mas, em minha opinião, você pode fazer o que a dor lhe permitir.

Segundo Hansel, essas palavras do médico lhe deram uma nova motivação. Pela primeira vez, compreendeu que estava no controle da sua dor, seu futuro, sua vida. Decidiu viver da única maneira que sabia — com um sentimento de abandono. Voltou a subir montanhas e a guiar expedições.

A dor de Tim Hansel não desapareceu. Mas sim o seu medo. Ele descobriu que com a redução do medo, sua dor também eventualmente diminuiu. Estive com Tim e creio nele quando diz que a dor não tem mais efeito negativo na qualidade de sua vida. Ele aprendeu a dominá-la, porque não mais a teme.

— Minha dor é inevitável — diz ele. — Mas a minha infelicidade é opcional.

IRA

Os cirurgiões de mão temem uma condição acima de todas as outras: a "distrofia reflexa do simpático" (DRS), uma manifestação particular do fenômeno da mão rígida. Depois de um ferimento ou processo cirúrgico simples, dor severa pode começar a espalhar-se por um membro. Os sintomas surgem às vezes depois que a cirurgia numa junta ou tendão parecia no início inteiramente bem-sucedida. A mão do paciente sai do gesso parecendo ótima; mas, dia após dia, centímetro após centímetro, uma dor gradual, excessiva se insinua. Os músculos apresentam espasmos periódicos. A mão incha e a pele estica. Com o tempo, inexplicavelmente, a mão se fecha e fica tão rígida quanto a de um manequim.

Muitas coisas podem causar isso (reação a uma infecção, por exemplo), mas o fenômeno DRS também pode desenvolver-se por simples medo ou ira. A pessoa que não tem um acompanhamento médico adequado pode ficar surpresa com a dor em uma mão que acabou de sair de uma tala. Se fica amarga e ressentida, resistindo a qualquer movimento que possa causar dor, essa mistura de emoção e falta de entendimento começará a afetar a mão.

A ira provocou o caso mais dramático de mão rígida que já vi. Na Índia, tratei uma mulher que perdera a ponta do nariz. Ao suspeitar da infidelidade da esposa, o marido vingou-se mordendo o nariz dela, estragando assim a sua beleza. Lakshmi veio tratar-se comigo da mão, e não do nariz. Ela tinha um rosto lindo, apesar da pele grossa ao redor do nariz cirurgicamente reparado, mas ao contar-me a história da mão rígida, sua face contorceu-se de raiva — curiosamente contra o cirurgião que reparara o nariz, e não contra o marido que o mordera.

A história jorrou numa torrente de palavras, e uma vez que Lakshmi não tinha conhecimento médico, tive dificuldade para entender exatamente o que acontecera. Ela fora a um cirurgião plástico em Madras, que concordou em moldar uma nova ponta para o seu nariz com tecido abdominal. Depois de um procedimento perfeitamente aceitável (que havíamos usado nos pacientes leprosos por algum tempo), ele transplantou a pele do abdome para o rosto em dois estágios. Primeiro cortou uma tira de pele do abdome, deixando-a presa à barriga

numa extremidade e ficando a outra extremidade livre, a fim de formar uma ponte para a lateral de seu pulso. Com o propósito de permitir que o enxerto tivesse tempo de desenvolver um novo suprimento de sangue no pulso, ele manteve a mão dela presa ao abdome durante três semanas.

Depois disso, numa segunda operação, o cirurgião cortou a ponte na barriga para que a tira de pele ficasse pendurada, nutrida agora pelos vasos sanguíneos no pulso. Ele levantou a mão de Lakshmi até a testa, deixando que o cilindro de pele ficasse pendurado na frente de seu nariz. Após fazer alguns ajustes cosméticos, o cirurgião costurou a nova pele no lugar e enfaixou a testa, mão e pulso dela com fitas adesivas. Seu plano era voltar no fim de três semanas e libertar a mão do cilindro de pele, deixando uma nova ponta de nariz na base da anterior.

Neste ponto da história, Lakshmi tremia de raiva.

— Ele não me contou — gritou ela. — Eu queria um nariz e ele arruinou minha mão. Fez meu ombro doer. Durante três semanas ficou doendo. E ainda dói!

Eu nunca ouvira uma mulher dizer imprecações na Índia, mas Lakshmi não podia falar de seu cirurgião sem amaldiçoá-lo. Ela, finalmente acalmou-se o suficiente para terminar a história.

Acordara da cirurgia sentindo dor no ombro. O cirurgião, provavelmente supondo que uma mulher jovem teria uma junta perfeitamente normal, não se incomodara em saber se a paciente tinha movimentos completos no ombro. Na verdade, porém, Lakshmi sofrera de artrite no ombro durante alguns anos e nunca pudera levantar o braço livremente sem sentir dor. O braço estava agora preso numa posição que causava dor constante. Ela chorou e enviou mensagens ao médico, que informou que a dor era normal e logo desapareceria. Dia após dia ela ficou se lamentando, dizendo a ele que não podia suportar a dor no ombro. O médico fez pouco do problema. Outros da equipe hospitalar caçoaram da mulher histérica com a mão presa ao nariz.

Quando o cirurgião removeu as faixas da cabeça e terminou o nariz, Lakshmi tinha um caso avançado de distrofia reflexa do simpático. O braço inteiro, do ombro à mão, encontrava-se hipersensível à dor, e sua mão ficara paralisada. Sempre que tentava movê-la, os músculos se contraíam numa espécie de espasmo e os dedos se recusavam a curvar-se.

Quando Lakshmi veio ver-me, vários meses depois, sua mão estava rígida. Ao que pude determinar, o cirurgião não cometera quaisquer erros de procedimento; ele simplesmente não se comunicara com sua paciente. Se tivesse tornado tempo para discutir o processo com aquela mulher amedrontada e testar a posição requerida, teria sabido da rigidez em seu ombro. Em vez disso, ligara o braço à testa enquanto ela se achava anestesiada. Quando se queixou de desconforto intenso, ele simplesmente não levou a sério o problema.

A mão de Lakshmi estava tão inútil quanto qualquer mão em garra que eu tratara num paciente de lepra. Os dedos esticados não se curvavam. Dividi algumas das estruturas rígidas que mantinham seus dedos esticados e cortei e encompridei os tendões dos músculos contraídos. Na mesa de operação *com* Lakshmi anestesiada, eu poderia curvar um pouco os dedos. Realizei uma segunda cirurgia na mão e meus terapeutas tentaram restaurar os movimentos com talas e massagem. Tentei até uma injeção nos gânglios do nervo simpático na base do pescoço. Mas a mão comportou-se como se estivesse determinada a ficar rígida. A cada vez, os espasmos do músculo voltavam. Concluí que a mulher perdera o uso da *mão por causa da* ira e da angústia. Não pude encontrar outra causa fisiológica. Ao que sei, Lakshmi nunca mais voltou a usar a mão e certamente nunca venceu sua amargura contra o médico que a operara.

A síndrome da mão rígida causada pela DRS torna evidente o elo entre a psique e a soma.[1] Os nervos simpáticos controlam atividades involuntárias no corpo, tais como pressão arterial, digestão e ritmo cardíaco, e todo o sistema nervoso simpático é altamente sensível a influências emocionais tais como ira ou vergonha. ("O homem é o único animal que enrubesce — ou precisa enrubescer", disse Mark Twain, referindo-se a um indício do funcionamento do sistema nervoso simpático.) Na distrofia reflexa do simpático, os nervos reagem excessivamente e produzem uma dor própria, lenta no começo, mas insistente e muito difícil de tratar. Em vista dos elos do sistema nervoso simpático com as emoções, um relacionamento fraco entre médico e paciente, tal como o experimentado por Lakshmi, pode ter um efeito profundo no processo de cura.

Especialistas em problemas de DRS identificaram peculiaridades psicológicas que oferecem sinais de advertência desses distúrbios: pessoas com DRS podem ser "medrosas, desconfiadas, introspectivas, preocupadas, apreensivas, histéricas, defensivas, hostis". Quando encontro um paciente com evidências desses traços, sei que terei de gastar muito mais tempo em consultas pessoais antes de operar. Meu esforço para criar compreensão mútua e confiança não representa perda de tempo; pelo contrário, é tempo poupado com complicações pós-operatórias.

Alguns pacientes que me procuram para as consultas iniciais me fazem lembrar dos gambás que viviam perto de minha casa na Louisiana. Quando fica com medo, o gambá entra num estado de rigidez catatônica, duro do focinho à cauda. Já vi pacientes assim. Seus olhos se arregalam e eles seguem todos os meus movimentos. Relutam em ser examinados. As mãos deles geralmente parecem frias ao toque. Reconheço que tais pacientes precisam de tempo para ganhar confiança. Seguro delicadamente a mão com problemas enquanto falo e examino o histórico do paciente. Quase sempre acaricio a mão. Pergunto sobre a família e o lar. Enfatizo que não vou tomar decisões sozinho:

— A mão é sua, afinal de contas, e não minha — eu digo a eles.

A mão gradualmente esquenta, começa a relaxar, e os primeiros sinais de confiança e esperança aparecem.

Sob o aspecto fisiológico, não compreendemos realmente por que uma mão pode tornar-se rígida após uma cirurgia simples, mas sabemos que é mais provável acontecer quando a ira e a amargura estão presentes. Lakshmi na Índia pode ter sido o caso mais dramático de DRS que já testemunhei, mas devo dizer que proporcionalmente há mais casos nos Estados Unidos. O padrão me surpreendeu a princípio. Eu não podia imaginar um cenário comparável de incompreensão entre médico e paciente em um lugar como os Estados Unidos, com seus altos padrões de medicina e educação. Concluí desde então que o espírito litigioso nesse país oferece um solo muito mais fértil para a ira, ressentimento e frustração, exatamente os sentimentos que favorecem condições como a distrofia reflexa do simpático.

Os médicos que tratam de indenizações de seguros falam da "síndrome da compensação", em que os pacientes que têm algo a ganhar da incapacitação tendem a sentir mais dor e se recuperam mais devagar. Alguns advogados até aconselham seus clientes a fazer caretas e dar sinais externos de dor que atraiam a simpatia do júri. Um especialista em dor diz francamente:

— Há quase um acordo unânime entre os diretores das várias instituições de controle da dor nos Estados Unidos e no exterior de que as leis correntes em casos de compensação de danos e o processo legal adversário em si são fatores ativos no condicionamento dos comportamentos da dor.

Não tenho contas a ajustar com advogados nem reclamações legítimas contra a negligência. Agora estou aposentado da prática da medicina e nunca fui indiciado por tratamento inadequado de um paciente. Devo observar, porém, que de uma perspectiva estritamente pessoal, o espírito de ira e amargura acaba geralmente prejudicando mais que tudo o paciente. Meu conselho para os amigos e a família é resolver logo as reclamações, em vez de esperar para obter maiores proveitos.

Vi com frequência os efeitos fisiológicos sobre pessoas que se agastaram com o empregador, o motorista de outro carro, o cirurgião anterior, um cônjuge insensível ou Deus. E preciso realmente lidar com a ira; ela não desaparece sozinha. Se não for enfrentada, se permitirmos que contamine a mente e a alma, a ira pode liberar seu próprio veneno no corpo, afetando a dor e a cura. Bernie Siegel diz:

— Odiar é fácil, porém amar é mais saudável.

CULPA

O medo aparece nos exames de laboratório, e a ira pode contribuir para uma condição como a DRS. Não posso indicar com tanta exatidão uma prova tangível da culpa sobre a dor. Mas, depois de uma carreira entre leprosos, que são levados a sentir-se amaldiçoados por Deus, sei muito bem que a culpa faz parte do sofrimento mental. Os

conselheiros nos centros de dor crônica relatam que seus pacientes mais "inclinados à dor" possuem sentimentos profundamente arraigados de culpa e podem perfeitamente interpretar a sua dor como uma forma de castigo.

Tenho alguma experiência pessoal com a dor-como-castigo, pois estudei no sistema inglês de escola pública quando ainda se recorria às surras para reforçar a disciplina. Quando havia acabado de chegar das montanhas Kolli na Índia, tive de submeter-me a um processo de "civilização" em Londres que incluiu vários encontros diretos com castigos físicos. Em retrospecto, reconheço que a intensidade da dor infligida por uma vara fina de madeira batendo no tecido gorduroso do traseiro não vai além de seis ou talvez sete numa escala de dez. Na época, entretanto, parecia como um nove ou dez especialmente se eu sentia ira real da pessoa que aplicava os golpes. Estou certo de que o aspecto do castigo, especialmente o sentimento de castigo *injusto* — Por que fui o único apanhado? —, intensificava minha percepção da dor.

Mais ou menos nessa época, aprendi pela primeira vez o resultado de acreditar que as tragédias humanas acontecem como um ato direto de Deus. Eu tinha quinze anos e havia acabado de voltar de uma longa caminhada num prado perto de Londres quando minha tia Emily encontrou-se comigo na porta.

— Venha para a sala de jantar, Paul — disse ela, e pude perceber pelo seu rosto aflito que alguma coisa horrível acontecera.

Quando a segui até o aposento vitoriano escuro e pesado, concluí que deveria ter feito algo detestável porque o tio Bertie também se achava ali, com minha tia Hope. Minhas tias solteiras só chamavam o tio Bertie, um homem enorme e pai de treze filhos, quando pensavam que eu precisava de uma influência masculina brusca e severa. Minha mente girava em ritmo frenético: — O *que será que eu fiz?*

Fiquei logo sabendo que não fizera nada. Os três adultos se reuniram para contar-me sobre o telegrama recebido da Índia, anunciando que meu pai morrera de malária. Naquele dia e nos seguintes, minhas tias fizeram várias tentativas de explicar e suavizar o golpe recebido, usando chavões beatos que esperavam iriam consolar-me. Minha mente jovem encontrou, porém, meios de transformar as palavras reconfortantes delas em acusações maldosas.

— Seu pai era um homem maravilhoso, bom demais para este mundo.

Mas e o resto de nós — isso significa que não somos suficientemente bons?

— Deus precisava mais dele no céu do que nós precisamos na terra.

— *Não! Não vejo meu pai há seis anos. Preciso do meu pai!*

— Seu trabalho aqui terminou.

— *Isso não pode ser verdade! A igreja mal começou e o ministério da medicina está crescendo. Quem vai cuidar do povo das montanhas agora? E minha mãe?*

— É para o bem.

— *Como, diga-me como, pode ser para o bem?*

Foram necessários muitos anos para a minha fé infantil recuperar-se dos golpes de bondade de minhas tias. Eu sentia que se Deus tinha decidido "levar meu pai" como elas insistiam em dizer, a culpa de alguma forma era minha. Deveria ter necessitado mais dele, ou pelo menos me esforçado mais para convencer a Deus de que amava meu pai. Enquanto isso, minha mãe, na outra metade do mundo, carregava seu próprio fardo de culpa: *Se eu ao menos o tivesse levado para receber tratamento médico adequado imediatamente e não tivesse protelado.*[2] Quando fui recebê-la no porto, mais de um ano depois, podia facilmente ler a dor em sua postura curvada e suas rugas prematuras.

Este não é um livro de teologia, e não quero entrar no assunto profundo da causalidade divina. Todavia, já vi tanto mal ser causado pela culpa que eu seria omisso caso não a mencionasse como um intensificador da dor. Centenas de pacientes de que tratei — muçulmanos, hindus, judeus e cristãos — se atormentaram com questões de culpa e castigo. O que fiz de errado? Por que eu? O que Deus está tentando me dizer? Por que mereço este destino?

Como médico e cristão dedicado, tenho uma simples observação a fazer. Se Deus está usando o sofrimento humano como uma forma de castigo, ele certamente escolheu um meio obscuro de comunicar o seu desprazer. O fato mais básico sobre o castigo é que ele só funciona se a pessoa souber as razões do mesmo. E absolutamente prejudicial e não ajuda em nada castigar uma criança, a não ser que ela compreenda a razão de estar sendo punida. Todavia, a maioria dos pacientes de que tratei sente-se principalmente confusa, e não disciplinada pelo sofrimento.

— Por que eu? — perguntam, e não — Oh, claro, estou sendo punido pela luxúria da semana passada.

Na escola, eu sabia sempre por que estava sendo castigado, mesmo que algumas vezes discordasse da decisão. Nos relatos bíblicos de castigo, as histórias não mostram indivíduos imaginando o que aconteceu. A maioria delas compreendia exatamente a razão da disciplina. Moisés anunciou cada uma das Dez Pragas diante do faraó egípcio; os profetas advertiram as nações corruptas com anos de antecedência. A história clássica do sofrimento, no livro de Jó, retrata um homem que claramente *não* estava sendo punido pelos erros cometidos — Deus chamou Jó de "homem íntegro e reto, temente a Deus e que se desviava do mal" (Jó 1:1).

Esses exemplos bíblicos têm pouco em comum com a dor e o sofrimento de muita gente hoje. Milhões de crianças nascem com defeitos congênitos a cada ano. A quem Deus está castigando e por quê? Um motorista bêbado cruza a faixa do meio e bate num carro. Um homem enlouquece e atira com um rifle num restaurante lotado. Qual a mensagem? Não vejo um paralelo entre o sofrimento que a maioria de nós experimenta hoje e o castigo apresentado na Bíblia, que se segue a repetidas advertências contra comportamentos específicos. (A Bíblia dá muitos outros exemplos de sofrimento que, como o de Jó, nada tinham a ver com castigo. De fato, o próprio Jesus rejeitou a ideia dos fariseus de que a cegueira, coxeadura e lepra eram sinais do desfavor de Deus.)

Quando morava em Londres, ainda criança, o vigário idoso de uma igreja da vizinhança *escorregou* numa casca de banana e caiu na calçada. Nós, crianças, caçoamos: — *Imagine, caiu a caminhada igreja! Uma casca de banana! Talvez estivesse orando com os olhos fechados!* Soubemos depois que ele quebrara a bacia na queda e deixamos de rir. Semanas se passaram e o vigário não teve alta do hospital. Houve infecção, depois pneumonia, e o vigário finalmente morreu. Tivemos vergonha do nosso riso.

Essa experiência permaneceu comigo quando mais tarde tentei refletir sobre as questões de culpa e castigo. De quem era a culpa? É claro que não era da casca de banana em si, que fora perfeitamente destinada a manter a banana fresca e limpa até ser comida ou cair para semear uma nova árvore. O incidente também dificilmente poderia ser chamado de "um ato de Deus". Deus não colocara a casca de banana na calçada; foi deixada ali por alguém inconsequente que não se importava com manter a rua limpa e nem com os riscos que uma casca de banana representa para as pessoas de idade.

Mesmo muito jovem eu raciocinei que embora houvesse um agente humano, quem atirara a casca, o acidente era justamente isso, um acidente, e não envolvia uma mensagem oculta de Deus.

Concluí eventualmente a mesma coisa sobre a morte de meu pai. Deus não enviou um mosquito de malária ao meu pai e ordenou que o mordesse. Pelo fato de viver numa região que abrigava mosquitos *Anopheles,* meus pais assumiram certos riscos; não acredito que a infecção dele resultasse de um ato direto de Deus. Na verdade, parece seguro afirmar que a vasta maioria das doenças e desastres não tem nada a ver com castigo.

Nem sempre posso determinar cientificamente o que causou uma certa doença. Também não posso responder sempre às perguntas "Por quê?" de meus pacientes. Algumas vezes eu mesmo as faço. Mas, sempre que posso e sempre que meus pacientes parecem receptivos, esforço-me ao máximo para aliviá-los da culpa opressiva e desnecessária.

Quando meu pai morreu, minhas tias citaram o texto de Romanos 8:28; "Todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus". Senti-me aliviado mais tarde quando soube que o texto grego original é traduzido mais adequadamente: "Em tudo o que acontece, Deus trabalha para o bem daqueles que o amam". Descobri que essa promessa é verdadeira em todos os desastres e dificuldades que me atingiram pessoalmente. As coisas acontecem, algumas são boas, outras más, muitas delas estão fora do nosso controle. Em todas essas coisas, senti a constante e confiável disposição de Deus para trabalhar comigo e através de mim com o propósito de produzir algum bem.

SOLIDÃO

A solidão vem no mesmo pacote da dor, já que esta, percebida na mente, pertence unicamente a mim e não pode ser compartilhada. Tolstoi sugeriu esta verdade em seu livro *A Morte de Ivan Ilych:* "O que mais atormentava Ivan Ilych era que ninguém sentia piedade dele como queria que sentissem".

Embora ninguém mais possa perceber a minha dor física, há um outro sentido mais profundo em que a dor pode ser de fato compartilhada. No início de minha carreira, assisti a uma palestra de uma antropóloga, Margaret Mead.

— O que vocês diriam que é o primeiro sinal de uma civilização? — perguntou ela, citando algumas opções. — Um vaso de cerâmica? Ferramentas de ferro? As primeiras plantas domésticas? Todos esses são sinais dos começos — continuou ela —, mas aqui está o que creio serem os primeiros sinais da evidência da verdadeira civilização.

Ela levantou bem acima da cabeça um fêmur humano, o maior osso da perna, e apontou para uma área bastante espessa onde o osso tinha sido fraturado e depois solidamente curado.

— Tais sinais de cura nunca são vistos entre os restos das primeiras e mais selvagens sociedades. Em seus esqueletos encontramos pistas de violência: uma costela atravessada por uma flecha, um crânio esmagado por uma clava. Este osso recuperado, porém, mostra que alguém deve ter cuidado da pessoa ferida — caçado para ela, levado alimentos, servido com sacrifício pessoal.

Da mesma forma que Margaret Mead, eu creio que esta qualidade de dor compartilhada é central para o que significa ser humano. A natureza praticamente não se apieda dos animais enfraquecidos pela idade ou doença: os animais ferozes se dispersam diante de uma leoa, deixando para trás os fracos, e até uma alcatéia de lobos altamente social não diminuí a marcha para acomodar um membro ferido. Os seres humanos, quando estão agindo *humanamente* pelo menos, fazem justamente o oposto. A presença de alguém que se importa pode ter um efeito real, mensurável, sobre a dor e a cura. Em um estudo de mulheres com câncer metastático do seio, as que frequentaram um grupo de apoio mútuo todas as semanas durante um ano sentiram-se melhor e viveram quase dois anos a mais do que as que não frequentaram, embora os dois grupos recebessem o mesmo tratamento de quimioterapia e radiação.

Mal posso imaginar enfrentar uma dor severa sem pelo menos um amigo ou membro da família por perto. Lembro-me do conforto que minha mãe me transmitiu na época em que lutei contra a malária e outras moléstias tropicais quando criança. Ela me segurava, consolando-me enquanto meu corpo sacudia com calafrios. Quando queria vomitar, ela me ajudava a ficar numa posição adequada, colocando uma mão fresca e firme em minha testa e apoiando a parte de trás de minha cabeça com a outra mão. Eu então relaxava e meu medo e consequentemente minha dor desapareciam. Quando fui estudar na Inglaterra, mal podia suportar a ideia de doença. Imaginava se seria capaz até de vomitar sem aquela mão confortadora em minha testa. As enfermidades inevitavelmente vieram e minhas tias me mostraram a bacia e me deixaram sozinho. Senti vontade de gritar:

— Mãe, preciso de você!

Meu amigo John Webb, professor de pediatria em Vellore, mais tarde aceitou um cargo como chefe de pediatria numa universidade da Inglaterra. Depois de observar o efeito da família sobre as crianças na Índia, ele travou uma batalha na Inglaterra para colocar camas para as mães nas enfermarias infantis. Os burocratas consideraram a

proposta uma perda de dinheiro. Webb a viu corretamente como parte indispensável na formação de um ambiente sadio para a criança, solucionando os problemas de medo e solidão.

Depois de ver a solidão operando sua obra devastadora sobre muitos indivíduos sofredores,[3] tornei-me defensor de enfermarias abertas para cuidados hospitalares. Não foram muitos os que apoiaram a minha campanha; a maioria dos pacientes prefere um quarto particular a outro semiparticular, e considera as enfermarias um verdadeiro horror. Da perspectiva *do* gerenciamento da dor, porém, elas oferecem diversas vantagens.

Durante meu treinamento médico em Londres, trabalhei num hospital dividido em grandes enfermarias de vinte a quarenta leitos. Os pacientes tinham pouca privacidade e dificuldade ocasional para dormir. Todavia, notei que não tendiam a queixar-se de dor. A atividade constante na enfermaria — alguém estava sempre contando uma piada, cantando uma melodia ou lendo em voz alta — provia bastante distração consciente, uma das melhores técnicas para o alívio da dor. Se o supervisor da enfermagem organizasse os pacientes com cuidado, como uma anfitriã arranja os convidados num jantar, uma comunidade espontânea se formaria.

Na Índia vi o conceito de enfermaria levado ao extremo. As famílias mais amplas praticamente se mudavam para elas, se instalavam no chão durante o dia para cuidar de seus parentes enfermos, e algumas vezes uma enfermaria grande parecia mais um bazar oriental do que um lugar de convalescença. Alguns dos membros da família dormiam à noite num tapete sob o leito dos pacientes. Todos aqueles "intrusos" me espantavam no início, até que compreendi o serviço notável que realizavam no que dizia respeito ao controle da dor. Eles ajudavam a controlar a ansiedade e ofereciam um toque carinhoso quando o paciente precisava dele. Mais tarde, quanto pratiquei medicina no ocidente, pensava com saudades naquela cena caótica.

Nos hospitais modernos, geralmente os pacientes ficam sozinhos sem nada para se concentrar exceto a sua dor. O único estudo comparativo que conheço foi feito em 1956: ele informou que no mesmo complexo hospitalar, os pacientes das enfermarias abertas recebiam uma média de 3,2 doses de analgésico depois da cirurgia, enquanto um grupo comparável de pacientes em quartos particulares recebia uma média de 13,4 doses. A tendência moderna de permanência curta no hospital torna os quartos de apenas um leito mais interessantes, mas para a convalescença mais longa os modelos do asilo St. Christopher talvez ofereçam a melhor acomodação: o supervisor da enfermaria forma grupos de quatro ou seis pacientes compatíveis e reserva alguns quartos de um leito para os que têm sintomas agudos ou comportamento ruidoso.

Ministrar à solidão de um indivíduo que sofre não requer conhecimento profissional. Quando pergunto: "Quem ajudou mais você?", os pacientes geralmente descrevem uma pessoa calma, simples: alguém sempre presente quando necessário, que ouve mais do que fala, que não fica olhando para o relógio, que abraça e toca, e chora. Uma mulher, paciente de câncer, mencionou a avó, uma senhora muito tímida que não tinha nada a oferecer além do seu tempo. Ela simplesmente ficava sentada numa cadeira e tricotava enquanto a neta dormia, estando à disposição para conversar, buscar um copo d'água ou dar um telefonema.

— Ela era a única pessoa de acordo com as minhas condições — disse a neta. — Quando acordava com medo, sentia-me mais segura só de vê-la ao meu lado.

Em minha condição de médico, descobri algumas vezes que tenho pouco a oferecer além da minha presença pessoal. Mesmo assim, porém, não sou ineficaz. Minha compaixão pode ter um efeito calmante não só sobre quem sofre, como também sobre toda a família.

Nunca me senti tão impotente como quando na Índia tratei uma criancinha chamada Anne. Ela foi uma das minhas primeiras pacientes, levada por seus jovens pais missionários e idealistas. Anne era sua única filha e ambos ficaram alarmados quando a menina começou a vomitar. No momento em que vi a criança, depois de a família ter viajado uma longa distância até Vellore, ela estava terrivelmente desidratada. Examinei-a e assegurei aos pais que embora os intestinos de Anne parecessem completamente bloqueados, eu poderia tratar do caso cirurgicamente. Operei a menina imediatamente, removendo a seção do intestino afetada e gangrenosa. Foi uma cirurgia de rotina, e alguns dias depois devolvi Anne aos pais aliviados.

Entretanto, uma semana depois o casal voltou com a filha. Ao tirar os curativos ao redor do abdome de Anne,

pude sentir o cheiro inconfundível de fluido intestinal vazando do ferimento cirúrgico. Fiquei perplexo e embaraçado. Anne voltou à sala de cirurgia e reabri a incisão. De modo estranho o ferimento abriu-se no momento em que cortei os pontos, como se não tivesse havido cura. Dentro do abdome encontrei o intestino vazando e doente. Desta vez fiz uma sutura meticulosa, usando pontos bem pequenos.

Essas foram apenas as duas primeiras de uma série de cirurgias em Anne. Logo tornou-se claro que faltava ao seu corpo algum elemento crucial do processo de cura, O problema poderia ser devido à sua desnutrição e desidratação iniciais? Dei-lhe proteína e transfusões de sangue fresco, mas seus tecidos continuaram se comportando como se não tivessem responsabilidade na cura. Nenhum alarme soava, alertando uma parte do corpo à necessidade de outra. Nós a mantivemos bem nutrida e tentei todas as técnicas que pude pensar, envolvendo a junção do intestino com o omento[4] membranoso que o corpo usa para curar ferimentos acidentais. Mas o cirurgião fica impotente sem a colaboração das células do corpo. Tiras de pele se recusavam a aderir, os músculos se abriam, e mais cedo ou mais tarde os fluidos intestinais escorriam aos poucos.

Confesso que não conseguia manter "distância profissional" perto de Anne e seus pais. Anne ficava deitada com um sorriso doce e confiante enquanto eu a examinava, e seu rostínho tocava meu coração. Ela não parecia sentir muita dor, mas foi emagrecendo cada vez mais. Eu olhava para os pais dela através das lágrimas e apenas balançava a cabeça.

Quando o corpo pequenino de Anne foi preparado para o enterro, chorei de tristeza e impotência. Chorei durante a ida ao cemitério quase como se fosse por meu próprio filho. Sentia-me um grande fracasso, embora suspeitasse que nenhum médico do mundo poderia ter mantido a pequena Anne viva por muito tempo.

Durante mais de trinta anos, lembrei-me de Anne com um sentimento de fracasso. Certo dia então, muito tempo depois de ter mudado para a Louisiana, recebi um convite para falar numa igreja em Kentucky. O pai de Anne era o pastor da igreja, que estava prestes a celebrar seu centésimo aniversário. Eu não soubera mais dele durante várias décadas, e a carta chegou como uma completa surpresa. Aceitei o convite por obrigação e talvez por um sentimento de culpa que ainda perdurasse.

Quando Otto Artopoeus me apresentou do púlpito, ele disse simplesmente:

— Não preciso apresentar o doutor Brand. Já falei a todos vocês sobre ele. É o médico que chorou no funeral da nossa Anne.

A congregação acenou com a cabeça. Otto tentou dizer mais algumas palavras sobre a filha, mas não conseguiu.

Naquela tarde fui à casa dos Artopoeus para almoçar, e ao redor da mesa se reuniram todas as crianças que haviam nascido depois de Anne, assim como a nova geração que esses filhos haviam produzido. Fui tratado com muito afeto e também estima, como um dignitário querido que saíra da história para entrar em suas vidas. Eu me tornara claramente uma parte da tradição da família.

Minha primeira reação à ida para Kentucky tinha sido uma pontada de culpa e embaraço. Afinal de contas, eu fora o médico que deixara a filha dos Artopoeus morrer. Quando cheguei ali, porém, descobri que a família não tinha lembrança de um cirurgião que fracassara. Os filhos pareciam entesourar a história, repetida à exaustão, de um cirurgião missionário que cuidara de sua irmã Anne e chorara com a família quando ela morreu.

No aspecto médico eu falhara com relação a toda a família. Mas aprendi, cerca de trinta anos depois, que o profissional da área da saúde tem mais a oferecer do que medicamentos e curativos. Ficar lado a lado com os pacientes e familiares em seu sofrimento é uma forma de tratamento em si.

DESAMPARO

Entrei em hospitais como paciente cinco vezes, e em cada uma delas a capacidade de gerenciar a dor desertou-me quando passei pela porta da frente. Em casa, onde remédios para aliviar a dor estão sempre disponíveis, eu raramente toco num deles. Como gosto de permanecer completamente a par de tudo o que meu corpo está fazendo

em meu benefício, tento não embotar a minha percepção. No hospital, entretanto, descobri que essa decisão desaparecia. Quando a enfermeira entrava em meu quarto com o carrinho de comprimidos, eu engolia submisso os analgésicos receitados.

O principal culpado, acredito agora, era meu sentimento de desamparo. Profissionais me levavam comida em bandejas, davam banho, faziam a cama e até tentavam me ajudar na ida ao banheiro. Eu me sentia também desamparado nos relacionamentos: não conseguia mostrar facilmente amor por minha esposa e a maioria das minhas conversas com outras pessoas girava em torno de sua preocupação e pena de mim. Enquanto isso a correspondência se empilhava em nossa residência, minhas tarefas normais na casa e no jardim ficavam abandonadas e eu não tinha condições de reagir. Minha mente se tornara confusa com os medicamentos, e minhas emoções flutuavam desenfreadas.

De maneira estranha, parecia que o mundo estava agora me *recompensando* pelo sofrimento. O correio trouxe cartões e presentes de pessoas com quem não me comunicava havia anos. Outros procuravam meios de fazer o meu trabalho para mim. Observando meus vizinhos de leito, notei também que a melhor maneira de obter atenção no hospital era gemer e parecer infeliz.

Os hospitais começaram recentemente a corrigir as maneiras com as quais promovem um sentimento de desamparo em pacientes como eu. Algumas clínicas que tratam de dor crónica estão tentando uma abordagem de "condicionamento operante" em relação à dor. Elas não privam os pacientes de analgésicos, mas se concentram em recompensar sinais de progresso. Os membros da equipe guardam seus melhores sorrisos e as palavras mais cordiais de encorajamento para os pacientes que se levantam, andam pela enfermaria e ajudam outros. Este condicionamento operante é tão diferente que os médicos e enfermeiros precisam ser especialmente treinados para mudar o seu comportamento costumeiro.

Muitos estudos mostraram uma relação clara entre um sentimento de controle e o nível de dor percebida. Em experiências de laboratório, os ratos que têm algum controle sobre um choque elétrico brando — podem desligar a corrente manipulando uma alavanca — respondem de modo muito diferente quando comparados aos ratos que não têm acesso a tal controle. Os ratos "desamparados" são realmente prejudicados: seu sistema imunológico enfraquece radicalmente e eles se tornam muito mais vulneráveis às doenças. Ronald Melzack diz: "É também possível mudar o nível de dor, dando às pessoas a *sensação* de que têm controle sobre ela embora de fato não o tenham. Quando pacientes queimados têm permissão para participar da remoção de seus tecidos queimados, eles afirmam que o processo é mais suportável".

Tratei de pacientes com artrite aguda com o mesmo grau de degeneração, mas que responderam de maneiras opostas à dor que ela provocava. Certa mulher ficava deitada o dia inteiro, agarrando a mão afetada em genuína agonia, e não tentava segurar sequer um lápis. Outra declarava:

— É verdade, minha mão dói, mas eu ficaria louca se continuasse deitada. Preciso trabalhar da maneira que puder. Depois de algum tempo esqueço a dor.

Por trás dessas duas reações, encontra-se uma grande diferença de personalidade, sistema de crença, confiança e expectativas sobre a saúde. A pessoa com "tendência à dor" vê a si mesma como uma vítima, injustamente amaldiçoada. O distúrbio define a sua identidade. A segunda vê a si mesma como um ser humano comum que está sendo um tanto incomodado pela dor. Tenho tido pacientes de artrite que considero genuinamente heróicos em relação à dor. Pela manhã eles forçam lentamente suas mãos rígidas a se abrirem; é claro que dói, mas o fato de se sentirem *no controle* lhes dá uma medida de comando que impede que a dor domine.

Mencionei que pacientes com câncer terminal tendem a usar menos medicamentos para aliviar a dor quando possuem algum controle sobre a dosagem. Uma invenção recente chamada "analgesia controlada pelo paciente" (ACP) avança um pouco mais pelo caminho aberto por Dama Cicely Saunders. O ACP dá ao paciente o controle. Uma bomba computadorizada contendo uma solução de morfina ou outro opiáceo é ligada por via intravenosa ao braço do paciente e este pode administrar uma dose pré-mensurada ao empurrar um botão. O computador possui limites de segurança embutidos para evitar overdose, mas estes geralmente são desnecessários. Os pacientes ACP

sentem consistentemente menos dor, usam menos analgésicos e ficam menos tempo no hospital.

Forçados pelo governo e pelas seguradoras particulares, os hospitais têm sido obrigados a buscar novos meios de capacitar os pacientes e assim acelerar o processo de recuperação. Os médicos resmungam sobre essas restrições, mas muitos admitem em particular que a pressão ajudou de fato os pacientes a se levantarem mais depressa. Até fins de 1960, por exemplo, geralmente os pacientes ficavam no hospital durante três semanas depois de um infarto, inclusive uma semana ou dez dias completamente imóveis no leito. Agora, a maioria dos especialistas em coronárias admitiria que essa prática é negativa para a saúde psicológica e física do paciente: ela promove um sentimento de desamparo e atrasa a cura.

Houve necessidade de pressões financeiras para que os profissionais dos países ricos reconhecessem o que outros países nunca esqueceram: nossa mais importante contribuição é preparar o paciente para recuperar o controle do seu próprio corpo. Nas palavras do oncologista Paul K. Hamilton: "Do lado material, o médico só pode dar medicamentos. A força para enfrentar a doença pertence ao paciente; a tarefa do médico e da equipe de cura da saúde é ajudá-lo a descobrir e usar essa força". Nos povoados da Índia, vi muito pouco do desamparo que pode vir a desenvolver-se como bactérias no hospital moderno. Os indivíduos sem acesso a grande parte da ajuda profissional aprenderam a se curar sozinhos, apoiados na força da família e da comunidade.

Algumas clínicas de dor crônica combatem o desamparo negociando "contratos" com os pacientes. Primeiro, a equipe encoraja o paciente a preparar um alvo a longo prazo: jogar tênis, andar um quilômetro, arranjar um emprego de meio período. A seguir, trabalhando em conjunto, eles dividem o alvo em outros menores, semanais: segurar uma raquete de tênis, atravessar uma sala de bengala e depois sem bengala. A equipe médica registra o progresso semanal do paciente felicitando cada novo passo, mudando assim a ênfase, que passa do desamparo às realizações.

Não precisamos de profissionais pagos para tal encorajamento. Amigos e parentes podem fazer exatamente o mesmo, fechando um "contrato" com a pessoa em recuperação e depois recompensando qualquer pequena vitória sobre o desamparo. Com demasiada frequência, porém, ajudantes bem-intencionados fazem justamente o oposto. Quando fico doente percebo que todos conspiram para impedir-me de fazer qualquer coisa.

— E para o seu próprio bem, é claro — dizem eles.

Ouvi pessoas com doenças terminais usando a expressão "morte antecipada" para descrever o que é em essência uma condição forçada de desamparo. A síndrome se desenvolve quando parentes e amigos tentam tornar mais suportável os últimos meses do indivíduo.

— Oh, não faça isso! Sei que costuma tirar o lixo; mas, *realmente,* não na sua condição. Deixe que eu faço — ou — Não se canse conferindo o talão de cheques. Ficaria desnecessariamente preocupado. Vou cuidar disso de agora em diante — ou ainda —Acho melhor ficar em casa. Sua resistência está muito baixa.

As pessoas que sofrem, como todos nós, querem apegar-se à segurança de que têm um lugar, de que a vida não continuaria sem um solavanco se elas simplesmente desaparecessem, de que o talão de cheques não seria conferido sem a sua atenção especializada. Os ajudadores sábios aprendem a buscar o delicado equilíbrio entre oferecer ajuda e oferecer ajuda excessiva.

Quando fiz minha residência médica durante a Segunda Guerra Mundial, vi prova dos benefícios positivos que podem resultar quando os pacientes sentem-se úteis. A Grã-Bretanha estava sofrendo grandes baixas na frente européia, e os militares ordenaram uma convocação súbita de enfermeiros. A equipe do nosso hospital ficou dizimada, não tínhamos escolha senão pedir aos pacientes que ajudassem. O patriotismo estava em alta, e a maioria dos pacientes se ofereceu voluntariamente.

A supervisora de enfermagem, uma mulher dinâmica que teria sido um ótimo sargento instrutor, designou tarefas para cada paciente que podia andar e até a uns poucos em cadeiras de rodas. Eles iam buscar comadres, mudavam lençóis, distribuíam alimento e água e mediam temperaturas e pressão arterial. Os poucos enfermeiros remanescentes se concentravam em lidar com receitas médicas e injeções, assim como com a manutenção de

registros.

O sistema funcionava bem e produziu um benefício colateral extraordinário: os pacientes se ocupavam tanto em cuidar do sofrimento uns dos outros que se esqueciam dos seus próprios. Notei uma queda de quase 50 por cento nos pedidos de medicamentos para dor. Em minhas rondas noturnas, descobri que pacientes que geralmente precisavam de comprimidos para dormir estavam pacificamente adormecidos quando eu chegava. Depois de algumas semanas desse programa de emergência, o hospital recrutou mais enfermeiros e aliviou os pacientes de seus deveres voluntários. As dosagens subiram imediatamente, e a atmosfera usual de desamparo e letargia se reinstalou.

Perguntaram certa vez ao dr. Karl Menninger:

— O que o senhor aconselharia uma pessoa a fazer se ela sentisse um colapso nervoso se aproximando?

A resposta dele:

— Feche sua casa, atravesse os trilhos do trem, encontre alguém necessitado e faça algo para ajudar essa pessoa.

Nesse espírito, se eu tivesse mais alguns anos nesta terra, poderia ser tentado a franquear uma nova linha de facilidades de enfermagem destinada a substituir o desamparo por uma sensação de significado, incorporando de alguma forma atividades produtivas na rotina diária.

Visitei na Inglaterra uma instituição que combinava uma casa de idosos com um programa de creche diurna. O efeito nos residentes foi extraordinário. Era difícil dizer quem se beneficiava mais, as babás idosas, que irradiavam alegria por sentir-se necessárias, ou as crianças, que se aqueciam com toda aquela atenção. Não verifiquei as fichas médicas deles, mas tenho certeza de que os residentes também requeriam menos remédios para aliviar a dor.

Quase na mesma ocasião, visitei uma casa de repouso mais tradicional num bonito cenário. O piso branco brilhava e funcionários corriam por toda parte polindo os corrimões e a mobília. O diretor, agindo como guia, apontou para o equipamento de última geração. Ele explicou que aquela instituição tinha como característica quartos individuais para assegurar a máxima privacidade. Quando saímos ao ar livre, notei com surpresa que não havia pacientes aproveitando o jardim espaçoso, apesar do clima agradável da primavera.

— Oh, não permitimos — replicou ele —, costumávamos fazer isso, mas tantos residentes ficaram resfriados e com alergias que decidimos mantê-los dentro de casa.

Afirmou até que muitos pacientes estavam confinados ao leito:

— Esses idosos, como sabe, são frágeis, sempre correm o risco de cair e quebrar uma perna.

Enquanto andava pelos corredores, meu coração afundou. Vi pacientes muito bem cuidados vivendo em quartos impecáveis, com seus espíritos sendo consumidos.

RESISTINDO

Lembro vivamente de um faquir que tratei na Índia. Embora tivesse me procurado para tratamento de uma úlcera péptica, fiquei fascinado com a sua mão esquerda, que ele mantinha levantada como a de um policial de trânsito perpetuamente fazendo o sinal para parar. O homem não queria que eu trabalhasse na mão ou no braço, mas contou-me o que acontecera. Quinze anos antes, fizera um voto religioso de nunca mais abaixar a mão ou usá-la. Os músculos atrofiaram, as juntas se fundiram e a mão estava agora tão fixa em sua posição como um galho de árvore.

Esse faquir com a mão rígida demonstra os limites dos cuidados médicos, pois quaisquer técnicas corretivas se

tornaram inúteis com a sua decisão. O melhor cirurgião de mãos e o melhor terapeuta do mundo não poderiam reverter o dano causado à mão do faquir por uma simples escolha mental. Ele deve ter sentido dor nos primeiros dias do voto — não consigo manter minha mão nessa posição por meia hora sem sentir cãibras no músculo ao redor do ombro —, mas o faquir não se importou quando perguntei a respeito da dor: expulsara literalmente de seus pensamentos tanto o braço como a dor.

Em grande parte, o curso da cura para qualquer pessoa depende do que acontece em sua mente. O desafio da medicina é descobrir um meio de sujeitar os imensos poderes da mente na recuperação.

O livro *Anatomy ofan Illness {Anatomia de uma enfermidade}* conta a história da luta de Norman Cousins contra a espondilite ancilosante, uma doença que imobiliza o tecido conjuntivo da espinha. O livro inclui esta descrição da permanência de Cousins no hospital, um resumo que capta perfeitamente o que senti como paciente:

Havia antes de tudo o sentimento de desamparo — uma doença grave em si mesma.

Havia o medo subconsciente de nunca voltar a ficar bom de novo...

Havia a relutância de ser julgado um queixoso.

Havia o desejo de não acrescentar ao fardo já pesado da apreensão sentida pela família; isto somado ao isolamento. Havia o conflito entre o terror da solidão e o desejo de ser deixado sozinho.

Havia a falta de auto-estima, o sentimento subconsciente de que a nossa doença fosse talvez uma evidência da nossa imperfeição.

Havia o medo de que decisões estivessem sendo tomadas por trás de nossas costas, que não ficássemos sabendo de tudo o que devíamos saber, e que todavia temíamos saber. Havia o temor mórbido da tecnologia invasiva, medo de ser metabolizado por um banco de dados, para nunca mais

recapturar nossas faces.

Havia o ressentimento de estranhos que se aproximavam com frascos e agulhas — alguns dos quais supostamente colocavam substâncias mágicas em nossas veias e outros que tiravam de nós mais sangue do que julgávamos que poderíamos perder.

Havia a aflição de sermos levados sobre rodas pelos corredores até laboratórios para todo tipo de encontros estranhos com máquinas compactas e luzes piscantes e discos giratórios.

E havia o absoluto vazio criado pelo desejo — inerradicável, incessante, penetrante — do calor do contato humano. Um sorriso amigo e uma mão estendida tinham mais valor do que as ofertas da ciência moderna, mas esta última era muito mais acessível do que os primeiros.

Identifiquei medo, ira, culpa, solidão e desamparo como as reações com maior probabilidade de intensificar a dor. Ao reler a descrição de Cousins, vejo esses cinco intensificadores em atividade. Eles podem parecer adversários formidáveis a serem enfrentados numa ocasião em que o sofrimento esgota as energias do indivíduo. Todavia, há boas notícias. Um general francês, quando o informaram de que seu exército estava cercado, supostamente disse:

— Ótimo! Isto significa que podemos atacar em qualquer direção.

Nem sempre podemos aliviar a dor com sucesso no primeiro e segundo estágios, mas todos nós, sem levar em conta nossa condição física, podemos lutar com a dor no terceiro nível: na mente consciente.

O dr. Bernie Siegel diz que atende três tipos de pacientes. Cerca de 15 a 20 por cento têm uma espécie de desejo de morrer. Eles desistiram da vida e podem até acolher uma doença como um meio de fuga. O médico fica seriamente em desvantagem ao tratar esses pacientes porque enquanto se esforça para curá-los, eles resistem e

tentam morrer. Cerca de 60 a 70 por cento dos pacientes estão na faixa do meio.

— Procuram satisfazer o médico — diz Siegel. — Agem da maneira que pensam que o médico quer que ajam, esperando que este faça todo o trabalho e que o remédio não seja muito ruim...Essas são as pessoas que, se tiverem possibilidade de escolha, prefeririam ser operadas a esforçar-se ativamente para restabelecer-se.

Os restantes 15 a 20 por cento são aqueles que Siegel chama de "pacientes excepcionais". Não estão representando, são autênticos. Recusam aceitar o papel de vítimas. Siegel reconhece que este último grupo apresenta um desafio por serem no geral pacientes difíceis. Num ambiente hospitalar não se submetem sem protestos. Exigem os seus direitos, procuram segundas opiniões, questionam procedimentos. Esse grupo, no entanto, é o que mais provavelmente irá curar-se.

Ao fazer um retrospecto de minha própria carreira, devo concordar com as categorias de Siegel. No campo da reabilitação, meu principal desafio tem sido fazer com que meus pacientes aceitem que só eles podem determinar o seu destino. Posso reparar a mão deles, mas cabe-lhes a responsabilidade de fazê-la funcionar. Não terei completado o meu trabalho a não ser que os inspire de alguma forma a buscar a saúde, de modo que *desejem* profundamente ficar bons. Fui abençoado por conhecer muitos pacientes excepcionais no correr dos anos, pacientes de lepra que venceram incríveis obstáculos para buscar uma vida rica e satisfatória.

Um dos pacientes mais "excepcionais" que encontrei, porém, foi o próprio Norman Cousins. Ele nunca foi meu paciente, mas nos conhecemos durante quase trinta anos e nos correspondemos ocasionalmente no período em que lutou contra a espondilite ancilosante e mais tarde com o seu ataque cardíaco. Encontrei-me com Cousins pela primeira vez no início da década de 1960, quando ele estava bem de saúde e era editor da revista *Saturday review.* O financista John D. Rockefeller III e Henry Luce da Time-Life haviam mostrado interesse em nosso trabalho com a lepra em Vellore e marcaram uma reunião. Lembro-me principalmente da mente brilhante e ativa de Cousins, Sua ociosidade era insaciável e ele parecia fascinado por cada detalhe obscuro de nossa pesquisa.

A história da batalha pessoal de Norman Cousins contra o sofrimento é bem conhecida e não há necessidade de repetir aqui seus detalhes. Cousins adotou um programa de combate aos "intensificadores da dor" que inspirou pacientes ao redor do mundo. Por exemplo, lutou contra o sentimento de desamparo colocando avisos na porta de seu quarto, limitando a equipe do hospital a uma coleta de sangue a cada três dias, a qual tinham de dividir. (Eles estavam tirando até quatro amostras por dia, principalmente por ser mais conveniente para cada departamento do hospital obter suas próprias amostras.) Lutou contra a ira tomando de empréstimo um projetor de cinema e assistindo a filmes de comediantes, como os Irmãos Marx e Charlie Chaplin. Fez a "agradável descoberta de que dez minutos de risadas genuínas garantiam pelo menos duas horas de sono sem dor".

A abordagem de Cousins era baseada em sua crença de que, uma vez que as emoções negativas foram demonstradas como sendo produtoras de mudanças químicas no corpo, então as emoções positivas — esperança, fé, amor, alegria, desejo de viver, criatividade, diversão — deveriam neutralizá-las e ajudar na extinção dos intensificadores da dor. Em seus últimos anos, Cousins mudou-se para a escola de medicina da UCLA e fundou um grupo de pesquisas para estudar o efeito das atitudes positivas sobre a saúde.[5]

Cousins conduziu uma pesquisa de opinião com 649 oncologistas, perguntando a eles que fatores psicológicos e emocionais julgavam importantes em seus pacientes. Mais de 90 por cento responderam que davam maior valor às atitudes de esperança e otimismo. Um dos dons mais preciosos que nós, no setor da saúde, podemos oferecer aos nossos pacientes é a esperança, inspirando assim neles uma profunda convicção de que a força interior pode fazer diferença na luta contra a dor e o sofrimento.

No início das pesquisas com medicamentos, os novos remédios que estavam sendo testados para a dor superavam em muito os tratamentos normais oferecidos como controle. Os resultados foram tão surpreendentes que os pesquisadores começaram a duvidar de suas técnicas. Descobriram então um fator-chave: os médicos estavam involuntariamente transmitindo confiança e esperança aos pacientes que recebiam as drogas experimentais. Por meio de sorrisos, voz e atitude, eles convenciam os pacientes da probabilidade de melhora. Por esta razão, o método de assegurar que nem o médico nem o paciente sabem quais as drogas que estão sendo administradas

tornou-se um procedimento padrão nos testes (método "duplo-cego").

Quase no fim de sua vida, Norman Cousins escreveu: "Nada que aprendi na última década na escola de medicina pareceu-me tão impressionante quanto a necessidade de afirmação dos pacientes... A doença é uma experiência aterradora. Está acontecendo algo que as pessoas não sabem como enfrentar. Elas estão buscando não só ajuda médica, como maneiras de pensar sobre a enfermidade catastrófica. Estão buscando esperança".

Notas

[1] Soma: o organismo considerado como expressão material, em oposição às funções psíquicas. (N. doT.)

[2] A frase "se ao menos" é um sinal de perigo. O rabino Harold Kushner conta sobre um mês de janeiro em Boston quando conduziu os funerais de duas mulheres idosas em dois dias consecutivos. Ele visitou as famílias enlutadas das duas mulheres na mesma tarde. Na primeira casa, o filho sobrevivente confessou: — Se eu ao menos tivesse levado minha mãe para a Flórida, tirando-a deste frio e da neve, ela estaria viva hoje. Sou culpado pela morte dela.Na segunda casa, o filho sobrevivente disse: — Se eu ao menos não tivesse insistido para que minha mãe fosse para a Flórida, ela estaria viva hoje. Aquela longa viagem de avião, a mudança súbita de clima foi mais do que ela pôde aguentar; é minha a culpa pela sua morte.

[3] Pesquisas sugerem que a solidão pode afetar não somente a percepção da dor, como também a saúde física. Para os que vivem sozinhos, os índices de morte dobram em relação à média nacional. Entre os divorciados, a proporção de suicídios é cinco vezes maior, e a de acidentes fatais, quatro vezes superior. Os pacientes de câncer casados vivem mais do que os solteiros. Um estudo conduzido pela Universidade John Hopkins determinou que o índice de mortalidade é 26 por cento mais alto em relação aos viúvos do que para os homens casados (a morte de um cônjuge parece ter um efeito muito maior na saúde dos homens do que na das mulheres).

[4] Omento: dobra do peritônio, antes chamada *epiploo.* (N. do T.)

[5] As especificações do plano de recuperação de Norman Cousins estão contidas em três de seus livros: *A Força Curadora da Mente, Healing Heart* e *Cura-tepela Cabeça — A Biologia da Esperança.*

Na Itália, durante trinta anos sob os Bórgias, houve guerra, terror, assassinatos, derramamento de sangue — mas foram produzidos Michelangelo, Leonardo da Vinci e a Renascença. Na Suíça, há amor fraternal, quinhentos anos de democracia e paz, e o que produziram? O relógio cuco.
GRAHAM GREENE, *O terceiro homem*

18 Prazer e dor

A natureza colocou a humanidade sob o governo de dois senhores soberanos, a dor e o prazer. São eles os *únicos* a indicar o que precisamos fazer, assim como a determinar o que *devemos* fazer — declarou Jeremy Bentham, fundador do University College de Londres. Parece apropriado acrescentar no final de um livro dedicado a um desses senhores algumas palavras sobre o Outro, uma vez que ambos estão intimamente ligados. Critiquei a sociedade moderna por entender erroneamente a dor, por sufocá-la em vez de ouvir a sua mensagem. Fico me perguntando se também compreendemos mal o prazer.

Em vista do meu instinto médico, minha tendência é considerar primeiro o ponto de vista do corpo quando analiso uma sensação. Freud enfatizou o "princípio do prazer" como um motivador fundamental do comportamento humano; o anatomista vê que o corpo dá muito mais ênfase à dor. Cada centímetro quadrado da pele contém milhares de nervos para a dor, o frio, o calor e o toque, mas nenhuma célula de prazer. A natureza não é assim tão pródiga. O prazer emerge como um subproduto, um esforço mútuo de muitas células diferentes trabalhando juntas no que chamo de "êxtase da comunidade".

Numa anotação no diário depois de um concerto, Samuel Pepys escreveu que o som dos instrumentos de sopro o arrebatava e "de fato, numa palavra, o som envolvia minha alma de tal modo que me sentia doente, o mesmo sentimento de paixão que tivera antes por minha mulher". Pepys observou isso de um ponto de vista estritamente fisiológico: a sensação arrebatadora procedente da beleza, ou do amor romântico, tinha uma semelhança estranha

com a náusea. Ele sentiu um chute no estômago, uma agitação, uma contração muscular — as mesmas reações físicas que uma dor aguda provocada por uma doença teria causado.

O prazer, como a dor, está na mente e, até mais do que a dor, é uma interpretação que só depende em parte de informações dos órgãos dos sentidos. Nada assegura que a mesma experiência irá parecer prazerosa para duas pessoas diferentes: os sons que cativam um adolescente num concerto de rock podem produzir em seus pais algo parecido com a dor; o instrumento de sopro que arrebatou Samuel Pepys pode provocar sono no mesmo adolescente.

GÊMEOS DIFERENTES

O *Dicionário Oxford de Inglês* define prazer como uma condição "induzida pelo gozo ou expectativa do que é sentido ou visto como bom ou desejável... o oposto da dor". Leonardo da Vinci viu isso de um modo diferente. Ele desenhou em seus cadernos uma figura masculina solitária dividindo-se em duas, mais ou menos na altura da barriga: dois torsos, duas cabeças barbudas e quatro braços, como gêmeos siameses unidos pela cintura. "Alegoria do prazer e da dor" foi o nome que deu ao estudo, completando: "O prazer e a dor são representados como gêmeos, como se unidos, pois um nunca existe sem o outro... Foram feitos com as costas voltadas um para o outro, por serem contrários um ao outro. Foram feitos saindo do mesmo tronco por terem um único fundamento, pois o fundamento do prazer é trabalho e dor, e os fundamentos da dor são prazeres inúteis e lascivos".

Durante grande parte da minha vida eu teria, como faz o *Dicionário Oxford,* classificado o prazer como o oposto da dor. Num gráfico, desenharia um pico em cada extremidade e uma depressão no meio: o pico da esquerda representando a experiência da dor ou infelicidade aguda, o da direita, pura felicidade ou êxtase. A vida normal, tranquila, ocuparia o espaço intermediário. A pessoa saudável, como eu a considerava então, afastava-se resolutamente da dor e seguia em direção à felicidade.

Agora, entretanto, concordo mais com a descrição feita por Da Vinci, que considerava o prazer e a dor gêmeos siameses. Uma razão, como já afirmei, é que não vejo mais a dor como um inimigo do qual devemos fugir. No contato com pessoas privadas da dor aprendi que não posso gozar realmente a vida sem a proteção oferecida por ela. Há também um outro fator: tornei-me cada vez mais consciente do curioso entrelaçamento da dor com o prazer. Redesenharia então o meu gráfico da escala da experiência humana para mostrar um pico central único com uma planície ao seu redor. Esse pico representaria a Vida com um V maiúsculo, o ponto em que a dor e o prazer se encontram, emergindo de uma região plana de sono, morte ou indiferença.

Quando falo à igreja ou a grupos de médicos, geralmente conto histórias da minha infância ou da minha carreira de cirurgião na Índia. "Coitado de você", alguém pode dizer, "crescendo sem encanamento, eletricidade ou sequer rádio. E os sacrifícios que fez trabalhando com pessoas tão dignas de pena, naquelas condições difíceis." Fico olhando estupefato para o simpatizante, percebendo como vemos o prazer e a satisfação de maneiras tão diferentes. Com o benefício da idade, posso rememorar três quartos de século, e, sem dúvida, as épocas que pareciam envolver esforços pessoais irradiam agora um brilho peculiar. Em meu trabalho com pacientes de lepra, nossa equipe médica realmente enfrentou dificuldades e muitas barreiras, mas o processo do trabalho conjunto para superar essas barreiras produziu exatamente o que me lembro agora como sendo os momentos mais prazerosos de minha vida. Quando observo meus netos crescendo na América suburbana, desejaria para eles a riqueza da vida que gozei nas condições "primitivas" da cordilheira Kolli Malai na Índia.

Tenho memórias vivas dos morangos de minha infância. Quando minha mãe tentou cultivar morangos em nosso jardim, insetos, pássaros, gado e o clima hostil conspiraram contra eles. Se alguns frutos mais resistentes conseguiam derrotar seus inimigos, celebrávamos a cerimônia dos morangos. Sem uma geladeira para conservá-los, era preciso comê-los imediatamente. Minha irmã, Connie, e eu tremíamos de expectativa. Nós nos reuníamos em volta da mesa com nossos pais e ficávamos olhando, cheirando e saboreando um ou dois morangos, brilhantes, suculentos. A seguir, sob o intenso escrutínio meu e de Connie, mamãe dividia os morangos em quatro porções iguais. Nós os arranjávamos num prato, acrescentávamos leite ou creme e comíamos cada porção devagar e com deleite. Metade do prazer era devido ao gosto dos morangos e a outra metade à alegria de compartilhar. Hoje eu posso ir a um supermercado perto de casa e comprar um quilo de morangos, importados do Chile ou da Austrália,

em qualquer mês do ano. Mas o meu prazer em comer essas frutas não se compara absolutamente com minha experiência da infância. É possível que o mesmo princípio ajude a responder por uma tendência que parece quase universal nas reminiscências das pessoas idosas: elas tendem a lembrar-se dos tempos difíceis com nostalgia. Os idosos trocam histórias sobre a Segunda Guerra Mundial e a Grande Depressão. Eles falam afetuosamente de nevascas, do banheiro do lado de fora da casa na infância e da época na escola em que comeram sopa enlatada e pão dormido durante três semanas seguidas. Num ambiente de dificuldades e privações surgiram, porém, novos recursos de compartilhamento, coragem e interdependência que causaram prazer e até alegria inesperados.

Sinto hoje uma inquietação nos Estados Unidos e em grande parte do ocidente. A vida considerada boa já não parece tão boa como prometido. Os críticos se preocupam com a ideia de que os americanos estão ficando moles e fracos, uma "cultura de reclamações", com mais probabilidade de choramingar a respeito de um problema ou abrir um processo, em vez de esforçar-se para superá-lo. Como vivo nos Estados Unidos há quase três décadas, tenho ouvido essas preocupações expressas por políticos, vizinhos e comentaristas da mídia. Para mim, o cerne do problema está na confusão básica relativa à dor e ao prazer.

Posso arriscar-me a parecer um velho lembrando os "tempos antigos", mas não obstante suspeito de que a riqueza tornou o moderno ocidente industrializado um lugar mais difícil para experimentar o prazer. Esta é uma ironia profunda, porque nenhuma sociedade na história conseguiu eliminar tão bem a dor e explorar o ócio. A felicidade, todavia, tende a afastar-se daqueles que a perseguem. Sempre esquiva, ela aparece em momentos inesperados como um subproduto, e não um produto.

Um encontro com dois barbeiros, um na Califórnia e o outro na Índia, deu-me uma visão importante da natureza do contentamento, um estado de prazer profundo. Visitei o primeiro barbeiro em Los Angeles pouco antes de embarcar numa viagem ao exterior em 1960. Ele trabalhava num salão de azulejos brilhantes e aço inoxidável, usando equipamento de última geração, inclusive quatro cadeiras hidráulicas que subiam e desciam ao toque de um pedal. O dono estava sozinho no salão naquela manhã e fiquei contente ao saber que poderia atender-me pouco antes do meu vôo.

Homem ríspido, no fim da casa dos cinquenta, ele fez uso da ocasião para reclamar das dificuldades do barbear moderno. — Mal posso sustentar-me hoje — disse ele. — Não consigo ajuda responsável. Os barbeiros que trabalham para mim se queixam de suas gorjetas e exigem aumentos. Eles não têm ideia de como este trabalho é difícil. Tudo o que ganho tenho de entregar ao governo na forma de impostos. Ele continuou com um comentário amargo sobre a lentidão da economia, os absurdos da legislação sobre segurança no trabalho e a ingratidão de seus fregueses. Quando levantei-me da cadeira, senti vontade de pedir que me pagasse o preço de uma consulta a um terapeuta. Em vez disso, tive de entregar-lhe cinco dólares, uma quantia excessiva para um corte de cabelo naqueles dias.

Passou-se um mês, durante o qual fiz viagens para a Austrália e lugares na Ásia antes de viajar para Vellore, na Índia. Tive novamente necessidade de cortar o cabelo. Desta vez fui a um salão de barbeiro do outro lado da rua do hospital em Vellore. O barbeiro me indicou sua única cadeira, uma geringonça bem rústica de metal enferrujado e couro rachado, à qual faltava todo e qualquer tipo de estofamento. Quando sentei, ele desapareceu pela porta, levando uma bacia de metal bem gasta para buscar água. Ao voltar, arranjou meticulosamente uma fila de tesouras, pentes, uma navalha reta e máquinas manuais de cortar. Fiquei impressionado com o seu ar de serena dignidade. Era um mestre em sua profissão, que sabia ser valiosa. Teve tanto cuidado ao arranjar seus instrumentos como o faziam os meus enfermeiros na sala de cirurgias do outro lado da rua.

No momento em que o barbeiro estava afiando a lâmina, pre-parando-se para cortar meu cabelo, seu filho de dez anos apareceu com um almoço quente que havia trazido de casa. O barbeiro olhou para mim com ar de desculpa e disse:

— Senhor, por favor, compreenda que está na hora do meu almoço. Posso cortar seu cabelo quando terminar?

— Claro — respondi, aliviado por ele não estar oferecendo tratamento especial para o estrangeiro usando um casaco de médico.

Observei enquanto o menino colocava o almoço numa folha de bananeira. Sentado no chão, com as pernas ossudas cruzadas à altura dos tornozelos, o pai comeu arroz, picles, *curry* e coalho enquanto o filho ficava a seu lado pronto para reabastecer a comida sobre a folha. Ao terminar, o barbeiro deu um arroto alto, um sinal costumeiro de satisfaça

— Suponho que seu filho também vai ser barbeiro — disse eu, ao ver a maneira reverente como o menino tratava o pai.

— Vai sim! — o barbeiro afirmou orgulhosamente. — Espero ter duas cadeiras então. Podemos trabalhar juntos até que eu me aposente, e depois o salão será dele.

Enquanto o menino arrumava as coisas, o pai começou a trabalhar no meu cabelo. Às vezes senti como se os cortadores antigos estivessem puxando cada fio de cabelo pela raiz, mas no final das contas o corte ficou ótimo. Ao terminar ele pediu o pagamento: uma rupia, o equivalente a um décimo de dólar. Olhei no espelho, comparando favoravelmente aquele corte de cabelo com o último, e não pude deixar de comparar também os dois barbeiros. De algum modo o que recebeu cinquenta vezes menos do que o outro parecia ser mais feliz.

Sou grato pelo tempo que passei na Índia. Através de pessoas como o barbeiro em Vellore, aprendi que o contentamento é um estado interior, uma verdade que se perde facilmente na dissonância da propaganda de alta pressão no ocidente. Aqui, somos constantemente levados a crer que o contentamento vem de fora e só pode ser mantido se comprarmos apenas mais um produto.

Encontrei contentamento profundo em pessoas que viviam em condições de pobreza que nós do ocidente consideraríamos com piedade ou horror. Qual o segredo delas? Muitas vezes faço a mim mesmo essa pergunta. As expectativas respondem por parte da diferença. O sistema hindu de casta, abolido formalmente na Índia logo depois que mudei para lá, havia influenciado bastante o barbeiro de Vellore ao diminuir suas expectativas em relação à necessidade de progredir. Seu pai fora barbeiro e seu avô também antes dele, agora criava o filho para considerar a carreira de barbeiro como o supra-sumo da ambição. Nos Estados Unidos, a criança cresce sob o mito "da cabana de troncos para a Casa Branca" e sente-se incessantemente pressionada a subir cada vez mais alto.

Embora o barbeiro de Los Angeles tivesse alcançado um certo nível de riqueza, bem acima de qualquer coisa com que o de Vellore pudesse sonhar, ele vivia numa sociedade de competição e mobilidade ascendente abastecida pelo motor do descontentamento. A medida que seu padrão de vida crescia, aumentavam também as suas expectativas.[1] Não há dúvidas de que o barbeiro de Vellore morava numa cabana de paredes de barro e possuía simplesmente duas ou três peças de mobília — porém todos os seus vizinhos estavam na mesma situação. Enquanto tivesse um tapete para dormir e um chão limpo onde colocar sua folha de bananeira, sentia-se satisfeito.

Numa sociedade consumista, as expectativas não ousam estabilizar-se, porque uma economia crescente depende de expectativas em ascensão. Aprecio as contribuições feitas pelas sociedades de consumo que se esforçam para aperfeiçoar cada vez mais os produtos. Na medicina confio nesses produtos todos os dias. Creio, porém, da mesma forma, que nós do ocidente temos algo a aprender do oriente sobre a verdadeira natureza do contentamento. Quanto mais permitimos que nosso nível de satisfação seja determinado por fatores externos — carro *novo,* roupas na moda, carreira prestigiosa, posição social — tanto mais renunciamos ao controle sobre a nossa felicidade.

Tendo vivido em condições tanto de pobreza como de abundância, posso comparar as duas. Nas Kolli Malai de minha infância, vivíamos com muito mais simplicidade do que as pessoas mais pobres nos Estados Unidos hoje. O bazar no povoado mais próximo ficava a oito quilômetros de distância *(a pé);* a estrada de ferro mais próxima, a sessenta quilômetros. Embora não tivéssemos eletricidade, as lâmpadas de óleo iluminavam bem, e cinco galões de óleo por semana eram suficientes para a família inteira. Enquanto crescia, eu não tinha água corrente ou televisão, apenas poucos livros e só um brinquedo manufaturado de que posso me lembrar. Todavia, nem por um momento senti-me destituído. Pelo contrário, os dias corriam depressa demais para tudo o que eu queria fazer. Fabricava meus próprios brinquedos com pedaços de madeira ou de pedra. Não aprendi sobre o mundo assistindo a documentários na televisão sobre a natureza, mas observando em primeira mão maravilhas, como a formiga-

leão, o pássaro tecedor e a aranha-alçapão.

Contrasto esse ambiente com o que vejo com frequência agora: crianças que no dia do Natal vão de um brinquedo eletrônico para outro, entediadas com todos em poucas horas. Não quero sugerir que uma sociedade seja melhor do que a outra; aprendi com ambas: oriente e ocidente. Como pai que tentou criar os filhos nos dois ambientes, porém, estou convicto de que o mundo moderno, com toda a sua riqueza, é de fato um lugar mais desafiador quando se trata de encontrar prazer duradouro.

O rei grego Tântalo, como castigo pelo crime de roubar ambrósia dos deuses, foi condenado a um tormento eterno de fome e sede. A água desaparecia quando ele se abaixava para tomá-la, as árvores levantavam os ramos quando estendia a mão para apanhar seus frutos. A palavra *tantalizar* deriva desse mito; como a maioria dos mitos gregos, ele oferece uma lição que vale a pena ser aprendida. Uma dupla ironia se faz presente: assim como a sociedade que vence a dor e o sofrimento parece menos capaz de lidar com os remanescentes do sofrimento, a sociedade que persegue o prazer corre o risco de elevar cada vez mais as suas expectativas e, de modo tantálico, o contentamento fica fora do seu alcance.

REDUTOR DO PRAZER

A tecnologia moderna, ao dominar a arte de controlar a natureza, substituiu uma nova realidade pela realidade "natural" conhecida pela vasta maioria de pessoas que já viveu neste planeta. A água sai da torneira a qualquer hora; dispositivos para controle do clima nos carros e nas casas mantêm a temperatura estável no verão e no inverno; compramos carne embalada em agradáveis supermercados, bem diferentes da bagunça dos matadouros; nas prateleiras do banheiro encontramos remédios para dores de estômago, de cabeça e músculos. Em contraste, os que vivem mais perto da natureza tendem a adquirir uma visão mais equilibrada da vida, que abrange tanto a dor como o prazer. Na Índia cresci em condições severas de calor e frio, fome e bons alimentos, nascimento e morte. Hoje em dia, vivendo numa sociedade tecnologicamente avançada, sou tentado a ver todo desconforto como um problema que precisa ser resolvido.

"Assim como a águia foi morta pela flecha preparada com suas próprias penas, a mão do mundo é ferida pela sua própria capacidade", escreveu Helen Keller. De maneira sutil, a tecnologia nos permite isolar o fenômeno do prazer de sua fonte "natural" e repeti-lo de um modo que, em última análise, pode vir a ser danoso.

O sabor ilustra a diferença entre o prazer "natural" e o "artificial". O paladar distingue apenas quatro categorias — salgado, amargo, doce e azedo — que agem como medidas para ajudar-nos a determinar quais alimentos são bons para nós. De uma forma notável, o corpo pode ajustar o nível de prazer percebido como um incentivo para satisfazer uma necessidade especialmente urgente. Certa vez, na Índia, passei por uma severa privação de sal depois de transpirar o dia inteiro numa sala de cirurgia sem sistema de resfriamento. Tive fortes cãibras abdominais. Ao suspeitar da causa, forcei-me a tomar um copo d'água, na qual misturei duas colheres de chá de sal. Para minha surpresa, a bebida pareceu-me deliciosa, como um néctar. Minha aguda necessidade fisiológica alterou minha percepção, de modo que bebêr a salmoura deu-me realmente intenso prazer.

Em seu estado natural, o corpo conhece as suas necessidades e gradua as suas reações para satisfazê-las. (Por esta razão, os animais viajam quilômetros em busca de sal.) Todavia, à medida que os humanos ganharam a habilidade de extrair e isolar os aspectos prazerosos da comida, introduziram a possibilidade de perturbar o equilíbrio fisiológico natural. Agora que podemos eficientemente minerar, acumular e depois comercializar o sal, as sociedades ocidentais tendem a consumir demais. Algumas pessoas são obrigadas a fazer regimes de baixa quantidade de sódio para contrabalançar os efeitos negativos.

O mesmo princípio se aplica aos doces, um sabor constantemente agradável. Comemos maçãs, uvas e laranjas para recompensar nossos órgãos do paladar e simultaneamente recebemos o benefício de suas vitaminas e nutrientes. O açúcar refinado como tal não existe na natureza, e a habilidade de obtê-lo e processá-lo de forma concentrada é uma realização bastante recente. De fato, o mundo industrial não produziu açúcar em massa até o século XIX; a partir de então o consumo do açúcar aumentou exponencialmente — quase 500 por cento só entre 1860 e 1890 —, abrindo assim uma caixa de Pandora de problemas médicos.

Diabetes, obesidade e muitos outros problemas de saúde são devidos ao excesso de consumo de açúcar, uma consequência de nossa habilidade moderna de reproduzir um sabor agradável com propósitos não relacionados à nutrição. As empresas de hoje usam o açúcar para realçar o sabor e aumentar as vendas de cereais matinais, catchup e vegetais em conserva. Os refrigerantes são uma fonte onipresente: o americano médio bebê mais de quinhentas latas por ano. O marketing agressivo expandiu o vício do açúcar às sociedades menos desenvolvidas que antes obtinham açúcar de frutas benéficas ou da cana-de-açúcar (que é fibrosa e obriga o consumidor a mastigar para conseguir obter doçura).

Quando olho ao meu redor, vejo muitos exemplos do mesmo padrão: a sociedade se esmera em isolar e embalar novamente o prazer, desviando-o de seus caminhos naturais. Não preciso nem sequer mencionar o prazer do sexo, que os marqueteiros usam para vender produtos como cerveja, motocicletas e cigarros. Não posso ver qualquer conexão remota entre sexo e o vício do fumar; todavia, os anúncios querem me fazer pensar que o fato de fumar cigarros aumenta magicamente o meu apelo sexual. O verdadeiro produto final do cigarro é prejuízo para o coração e os pulmões; o verdadeiro fim do bebêdor de cerveja é uma pança; o verdadeiro fim do cereal coberto de açúcar é provocar cáries. Por que continuamos a nos enganar?

Hoje é possível até duplicar um sentimento de aventura — mãos suadas, coração acelerado, músculos tensos e adrenalina em alta — em pessoas enterradas nas poltronas do cinema assistindo a um filme. Todavia, as aventuras substitutas não satisfazem. Posso receber alguns dos efeitos colaterais, mas não o benefício total que receberia ao subir realmente uma montanha ou vencer uma corredeira. Estou vivendo a aventura de outrem, e não a minha própria. Uma vez criado o ambiente artificial, porém, especialmente para os jovens é fácil confundir o prazer real com o vicário — a vida como um video game. Eles são tentados a experimentar a vida vicariamente, diante de uma televisão ligada, recebendo estímulos sensoriais só por meio dos olhos e dos ouvidos. Não consideram mais o prazer como algo a ser buscado e obtido mediante esforço ativo.

Não é por acaso que a pior epidemia de abuso de drogas tenha lugar nas sociedades tecnologicamente avançadas, onde as expectativas são elevadas e a realidade muitas vezes entra em conflito com as imagens deslumbrantes transmitidas pela mídia. O abuso de drogas mostra a conclusão lógica de um senso de prazer maldirigido, pois as drogas ilícitas garantem o acesso direto à sede do prazer no cérebro. Não chega a surpreender que o prazer de curto prazo obtido por esse acesso direto produza miséria a longo prazo. O escritor Dan Wakefield expressou desta forma a ideia: "Usei drogas como penso que a maioria das pessoas faz, não foi principal e habitualmente por 'brincadeira' ou glamour, mas para esquecer a dor, a dor daquele vazio interior ou psíquico... A ironia é que justamente essas substâncias — as drogas ou o álcool —, que o indivíduo usa para adormecer a dor de uma maneira química e artificial, podem ter exatamente o efeito de aumentar o vazio que pretendem preencher; de modo que mais bebidas e drogas são sempre necessárias na intenção infindável de tapar o buraco que inevitavelmente se alarga com os esforços cada vez maiores para eliminá-lo".

Os cientistas identificaram recentemente um "centro de prazer" no cérebro que pode ser diretamente estimulado. Os pesquisadores implantaram eletrodos no hipotálamo de ratos, que são depois colocados numa gaiola na frente de três alavancas. O ato de pressionar a primeira libera uma porção de comida, a segunda uma bebida e a terceira ativa eletrodos que dão aos ratos um sentimento transitório mas imediato de prazer. Os ratos de laboratório logo entendem o propósito das três alavanca e nesses experimentos escolhem apertar apenas a alavanca, do prazer, dia após dia, até que morrem de fome. Por que atender à fome e à sede quando podem gozar dos prazeres associados com a comida e a bebida de modo mais conveniente?

Eu gostaria de pedir a cada viciado em potencial em crack que assistisse a um vídeo dos ratos apertando alavancas, sorrindo a caminho da morte. Eles demonstram a ilusão sedutora da busca artificial do prazer.

OUVINDO O PRAZER

Assim como acontece com a dor, o próprio corpo fornece informações sobre o prazer. Todas as atividades importantes para a sobrevivência e saúde do corpo oferecem prazer físico quando as executamos da forma correta. O ato sexual, que assegura a sobrevivência das espécies, dá prazer. Comer não é uma tarefa desagradável, mas um prazer. Até a manutenção do corpo mediante a excreção dá prazer. Vou abster-me de descrever os maravilhosos

mecanismos envolvidos na produção de um movimento correto dos intestinos — assim como as complicações da constipação, que no geral resulta de ignorar as mensagens intestinais —, mas o fato surpreendente é que o corpo recompensa amplamente até essa função inferior. Qualquer um que tenha parado na beira da estrada bem em cima da hora, ou que tenha saído correndo no intervalo de um concerto ou jogo de futebol, sabe o que quero dizer.

Talvez por ter tido de reparar tantos problemas físicos causados pelo abuso, tenho uma visão a longo prazo do prazer. Reconheço que a gula pode dar prazer a curto prazo mesmo enquanto planta a semente de uma futura moléstia ou dor. O trabalho árduo e o exercício, que podem parecer dor a curto prazo, paradoxalmente levam ao prazer a longo prazo. Lembro-me bem do período em que estava em minha melhor forma física. Eu trabalhava no setor de construção civil, alguns anos antes de entrar na escola de medicina. Depois de seis meses de trabalho físico, perdi toda a gordura em excesso e ganhei músculos nas pernas e na parte superior do corpo. Nos fins de semana dava longos passeios pelos campos e pelos bosques sem me cansar ou ter de parar para descansar. Nesses passeios, e algumas vezes antes de o Sol nascer, eu corria para apanhar um ônibus e repentinamente tomava consciência do imenso prazer de um corpo trabalhando conforme o seu desígnio. O idioma hebraico tem uma palavra esplêndida, *shalom,* que expressa um sentimento de paz e bem-estar geral, um estado positivo de inteireza e saúde. Eu me sentia *shalom,* como se as células do meu corpo estivessem dizendo em uníssono: "Tudo vai bem".

Naquela época pude ter um vislumbre do que os atletas olímpicos devem sentir. Alguns desses atletas me consultaram a respeito de suas condições físicas, e achei delicioso examinar um corpo em sua melhor forma. Esses atletas olímpicos trabalham tão duro quanto qualquer outra pessoa, treinam de seis a oito horas por dia a fim de eliminar, digamos, um décimo de segundo de uma marca de natação. A dor é sua companheira diária. Todavia, de alguma forma, o próprio processo do esforço físico e da disciplina mental os eleva a um nível de satisfação que a maioria de nós nunca conhecerá. Nunca ouvi o vencedor de uma maratona dizer à pessoa que o entrevista:

— Estou contente por ter ganho a medalha de ouro; mas, para ser sincero, não valeu todo o tempo e esforço que gastei no treinamento.

O prazer e a dor, os gêmeos siameses de Da Vinci, trabalham juntos. Músicos, dançarinos, atletas e soldados só chegam ao pináculo da auto-realização mediante um processo de esforço e luta. Não existem atalhos. Quando os viciados em drogas participam de programas de recuperação, são às vezes enviados a acampamentos em pleno sertão ou para trabalhar algum tempo numa fazenda. As drogas haviam representado uma fuga de um estilo de vida ao qual faltava o elemento de desafio. Nesse novo e rigoroso ambiente, trabalho e suor, fadiga e uma boa noite de sono, fome e comida simples se combinam para abrir caminhos novos e apropriados para a felicidade.

Já comi muitas vezes em restaurantes finos. Se pedissem que eu citasse a melhor refeição que comi, porém, sem hesitar eu mencionaria um jantar de truta arco-íris grelhada sobre uma fogueira ao lado de um rio na Índia. A família Brand estava de férias com nossos amigos, os Webb, doze pessoas ao todo. Era um dia quente e John Webb e eu pescamos em vão a manhã inteira e metade da tarde, andando para cima e para baixo na corrente, ura quilómetro e meio em cada direção, para verificar várias piscinas. Embora o rio estivesse cheio de trutas — podíamos vê-las claramente — na água parada, sem ondulações, elas também podiam ver-nos, por mais que tentássemos nos esconder ou nos disfarçar. No meio da tarde meus músculos doíam com o esforço de atirar o anzol. Eu estava machucado por ter caído nas pedras enquanto pulava entre as várias piscinas. Meu rosto queimava por causa do sol. Nossos filhos estavam perdendo rapidamente a fé em nós como provedores de alimento; os menores tinham começado a chorar.

De repente, uma nuvem passou por sobre o sol e uma brisa encrespou a superfície da água. Peixe após peixe começou a morder nossas iscas e os puxávamos, lançando-os na margem. Depois de apanhar uma dúzia ou mais, colocamos as trutas frescas sobre uma tela de arame em cima das brasas reavivadas de um fogo aceso horas antes. Aquela refeição foi puro êxtase. Ela consistiu inteiramente de truta grelhada simples, colocada sobre fatias de pão, seu óleo natural servindo de manteiga; todavia, não posso sinceramente lembrar-me de um sabor comparável àquele. Pedi trutas muitas outras vezes, mas ninguém foi capaz de duplicar a receita. E provável que a fome, os machucados, as queimaduras de sol e as mordidas de mosquitos, o quase-fracasso e o triunfo oportuno fossem ingredientes essenciais do meu prazer. O que aprendi com a pesca de trutas nas montanhas da Índia tornou-se uma

verdade em toda a minha vida. Quase todas as minhas lembranças de felicidade aguda envolvem algum elemento de dor ou de esforço: uma massagem depois de um longo dia no jardim, a coceira de uma mordida de inseto, o calor de uma lareira depois de um passeio numa nevasca. Muitos incluem o elemento do medo ou risco, como aconteceu na primeira vez que esquiei montanha abaixo — adotei o esporte aos sessenta anos — quando, por engano, acabei voando por uma pista reservada aos esquiadores mais experientes. O vento assobiava, meus músculos estavam tensos, meu coração acelerado, mas quando cheguei ao final senti-me por um momento como um campeão.

A dor e o prazer não se aproximam de nós como opostos, mas como gêmeos estranhamente ligados. Gosto de um banho quente no final de um dia cansativo, especialmente quando sinto dor nas costas. A água precisa estar bem quente. Eu me equilibro nas beiradas da banheira de modo a ficar suspenso logo acima da água, depois me abaixo devagar, as costas primeiro. Quando a temperatura esta exatamente no ponto, só posso entrar um pouco de cada vez. A primeira sensação da água sobre a pele é interpretada pelas minhas extremidades nervosas como dor. Aos poucos, elas consideram o ambiente seguro e depois informam que é um formigamento prazeroso. Algumas vezes não tenho certeza se estou sentindo prazer ou dor. Um grau mais quente certamente traria dor; um grau mais frio diminuiria o prazer.

Um dia li o resumo do filósofo Lin Yutang sobre a antiga fórmula chinesa da felicidade. Quando examinei sua lista dos trinta prazeres supremos da vida, fiquei espantado ao descobrir a dor e o êxtase indiscutivelmente misturados. "Estar seco e sedento numa terra quente e poeirenta e sentir grandes gotas de chuva em minha pele nua — ah, não é isto felicidade? Sentir coceira numa parte íntima do meu corpo e finalmente escapar de meus amigos e ir para um lugar escondido onde posso coçar — ah, não é isto felicidade?" Cada uma das felicidades supremas, sem exceção, incluía algum elemento de dor.

Li mais tarde a seguinte passagem no livro *Confissões,* de Agostinho:

O que acontece, portanto, dentro da alma, uma vez que ela se deleita mais quando as coisas que ama são encontradas ou restauradas à mesma, do que se as tivesse sempre possuído? Outras coisas dão testemunho disto e todas estão cheias de provas que gritam alto "Assim é!". O general vitorioso tem o seu triunfo: todavia, a não ser que tivesse lutado, jamais teria alcançado a vitória, e quanto maior o perigo na batalha, tanto maior a alegria no triunfo. A tempestade sacode os marinheiros e ameaça fazê-los naufragar: todos empalidecem com a ideia da morte próxima. A seguir, o céu e o mar se acalmam e eles se regozijam muitíssimo, assim como haviam também temido excessivamente. Um amigo querido está doente e seu pulso nos diz que seu caso é grave. Todos os que desejam vê-lo curado ficam também mentalmente enfermos. Ele se restabelece e embora ainda não ande com seu vigor antigo, há mais alegria do que houvera antes quando andava bem e estava são.

"Em toda parte uma alegria maior é precedida por um sofrimento maior", conclui Agostinho. O ocidente abastado precisa lembrar-se desta visão do prazer. Não ousemos permitir que nossas vidas diárias se tornem tão confortáveis que não mais sejamos desafiados a crescer, a buscar a aventura, a correr riscos. O autodomínio é construído quando você corre mais do que correu antes, quando sobe uma montanha mais alta do que qualquer outra, quando toma um banho de sauna e depois rola na neve. As aventuras por si mesmas provocam alegria; por outro lado o desafio, o risco e a dor se combinam para estimular uma confiança que pode servir muito bem em tempos de crise.

Em resumo, se eu passar a vida buscando o prazer por meio de drogas, conforto e luxo, ele irá provavelmente esquivar-se de mim. O prazer duradouro tem mais probabilidade de vir como um prêmio extra de um investimento que eu mesmo fiz- E mais provável que esse investimento inclua a dor — é difícil imaginar o prazer sem ela.

A TRANSFORMAÇÃO DA DOR

Quando volto à Índia a serviço do hospital, gosto de visitar alguns de meus antigos pacientes, especialmente Namo, Sadan, Palani e os demais do primeiro Centro Nova Vida. Eles são agora homens de meia-idade, com cabelos grisalhos, ralos, e rugas ao redor dos olhos. Quando me vêem, tiram os sapatos e as meias e mostram orgulhosamente os pés que conseguiram manter livres de feridas todos aqueles anos. (Sadan está especialmente

orgulhoso de seus sapatos novos, que têm tiras de velcro em lugar de cordões, tornando-os mais convenientes para as suas mãos deformadas.)

Examino os pés e as mãos deles e os cumprimento pela sua vigilância, e depois nos sentamos para uma xícara de chá. Lembramos dos velhos tempos e nos atualizamos com respeito às nossas vidas. Sadan mantém registros para uma missão de leprosos que supervisiona 53 clínicas móveis. Namo tornou-se um fisioterapeuta de reputação nacional. Palani é chefe de treinamento na unidade de fisioterapia do hospital Vellore. Ouço as histórias deles sobre trabalho e família e minha mente se reporta aos meninos cheios de cicatrizes, medrosos que se apresentaram como voluntários para a cirurgia experimental.

Não acumulei fortuna em minha vida de cirurgião, mas sinto-me muito rico por causa de pacientes como esses. Eles me dão muito mais alegria do que a riqueza poderia conferir-me. Em Namo, Sadan e Palani tenho a prova indiscutível de que a dor, até mesmo a dor estigmatizante e cruel de uma doença como a lepra, não precisa destruir. — O que não me destrói me fortalece —, costumava dizer o dr. Martin Luther King, e vi esse provérbio ganhar vida em muitos de meus ex-pacientes.

Certa vez Sadan chegou a dizer-me: — Estou contente por ter tido lepra, doutor Brand.

Ao ver meu olhar incrédulo, passou então a explicar:

— Sem a lepra eu teria gastado toda a minha energia tentando subir na sociedade. Por causa dela, aprendi a cuidar dos pequeninos.

Uma declaração de Helen Keller me veio à mente quando ouvi essas palavras: "Estou grata pela minha deficiência física, porque através dela encontrei o meu mundo, a mim mesma e ao meu Deus". Embora eu certamente nunca desejasse a lepra ou as aflições de Helen Keller para ninguém, sinto-me confortado pelo fato de que, de alguma forma, nos misteriosos recursos do espírito humano, até a dor possa servir a um propósito mais elevado.

Não posso esquecer-me de um último exemplo de dor e prazer trabalhando juntos. Ao contrário de meus pacientes de lepra, que não escolheram o campo de batalha no qual lutavam, algumas pessoas aceitam voluntariamente o sofrimerito como um ato de serviço. Elas descobrem também que podem servir a uma finalidade superior. Encontrei alguns "santos vivos" em meus dias, homens e mulheres que, com grande sacrifício pessoal, se dedicaram a cuidar de outros: Albert Schweitzer, Madre Teresa, discípulos de Gandhi. Ao observar esses indivíduos raros em ação, porém, qualquer ideia de sacrifício pessoal se desvanece. Acabo tendo inveja, e não pena deles. No processo de entregar a vida, eles a encontram e alcançam um nível de contentamento e paz virtualmente desconhecido pelo resto do mundo.

M. Scott Peck escreve: "Busque simplesmente a felicidade e provavelmente não irá encontrá-la. Busque criar e amar sem levar em conta a sua felicidade e provavelmente será feliz grande parte do tempo. Procurar a alegria em si mesma não a levará a você. Trabalhe para criar comunidade e irá consegui-la — embora nem sempre exatamente de acordo com seus desejos. A alegria é ura efeito colateral incapturável, todavia absolutamente previsível, da verdadeira comunidade.

Sinto-me privilegiado por ter servido entre a comunidade mundial de obreiros no campo da lepra. Assim como aprendi a maior parte do que sei sobre a dor graças aos pacientes de lepra, aprendi muito do que sei sobre a alegria com pessoas esplêndidas que se dedicaram a cuidar desses pacientes. Já me referi a algumas delas — Bob Cochrane, Ruth Thomas, Ernest Fritschi —, e quando penso na alegria que surge espontaneamente do serviço, outras me vêm à mente. Eu as menciono aqui no filial como um tributo, não especialmente por causa de suas realizações, mas por serem aquelas que me ensinaram o mais alto nível de felicidade — a vida com V maiúsculo.

Penso na dra. Ruth Pfau, uma médica alemã e freira que trabalha agora num moderno hospital do Paquistão. Quando a visitei pela primeira vez na década de 1950, ela se instalara num imenso depósito de lixo junto ao mar. Moscas zumbiam por toda parte, enchendo o ar com o seu ruído, e muito antes de chegar onde ela se encontrava, um cheiro fétido queimou minhas narinas. A dra. Pfau trabalhava ali por ser o lugar onde os pacientes de lepra, mais de cem deles, se instalaram depois de terem sido expulsos de Karachi. Ao aproximar-me pude distinguir

figuras humanas, os pacientes, arrastando-se pelas montanhas de lixo em busca de algo valioso. Uma torneira gotejando no meio do depósito era a sua única provisão de água. Perto dali, encontrei a clínica asseada de madeira onde a dra. Pfau mantinha seu consultório. Com eficiência teutônica ela criara um oásis de ordem em meio àquela miséria. Mostrou-me seus registros meticulosamente mantidos sobre cada paciente. O completo contraste entre a cena horrível do lado de fora e o amor e cuidado palpáveis dentro de sua minúscula clínica ficou gravado em minha mente. A dra. Pfau estava envolvida no trabalho de transformação da dor.

Penso no abade Pierre, filho de um rico mercador de seda em Lyon, França. Pierre fora um político proeminente antes da Segunda Guerra Mundial. Depois dela, contristado com a pobreza que via, demitiu-se do cargo e tornou-se um frei católico dedicado a ajudar os milhares de mendigos sem lar na França. Organizou-os em equipes para vasculhar a cidade em busca de trapos, garrafas e pedaços de metal. Construíram a seguir um depósito com tijolos jogados fora e começaram um negócio no qual classificavam e reciclavam as enormes pilhas de refugo que recolhiam. O abade Pierre obteve terra de graça do governo francês e alguns equipamentos de construção (misturadoras de concreto, pás, carrinhos de mão), que seus trabalhadores usaram para construir suas próprias moradias. Na periferia de quase toda grande cidade na França, surgiram essas "cidades do abade Pierre". Ele visitou Vellore como parte de uma viagem mundial numa época em que a sua organização, os Discípulos de Emaús, estava em crise. Como ex-plicou-me:

— Acredito que todo ser humano necessita ser necessitado.Meus mendigos precisam encontrar alguém em situação pior do que a deles, alguém a quem possam servir. Caso contrário, vamos nos tornar uma organização rica, poderosa, e o impacto espiritual vai perder-se!

Em Vellore ele encontrou uma missão adequada para seus mendigos recém-prósperos: concordou com que seus seguidores doassem uma enfermaria para os pacientes leprosos do hospital Vellore. Só no serviço, disse o abade Pierre, eles poderiam encontrar a verdadeira felicidade.

Penso num homem que todos chamávamos de "tio Robbie", um neozelandês que apareceu certo dia em Vellore, sem aviso prévio. Era um homem de altura média, com cerca de 65 anos. — Tenho alguma experiência na confecção de sapatos — disse. — Gostaria de ser útil aos seus pacientes de lepra. Estou aposentado e não preciso de dinheiro. Só um banco e algumas ferramentas.

Os fatos da vida do tio Robbie foram surgindo aos poucos. Ficamos surpresos ao saber que fora um cirurgião ortopédico, de fato chefe de ortopedia de toda a Nova Zelândia. Desistira da cirurgia quando seus dedos começaram a tremer. Esses detalhes tiveram de ser arrancados do tio Robbie; ele ficava muito mais animado ao falar de sapatos. Aprendera a trabalhar com couro, como molhá-lo e esticá-lo sobre um molde, depois preencher todos os lugares vazios com pequenos pedacinhos colados juntos. Ele passava horas num único par de sapatos e continuava fazendo ajustes até que o pé do paciente não mostrasse pontos de estresse. O tio Robbie (ninguém o chamava de dr. Robertson) morava sozinho num quarto de hóspedes no leprosário — sua mulher morrera alguns anos antes. Ele trabalhou conosco três ou quatro anos, treinando um pelotão de sapateiros indianos, até que nos notificou um dia.

— Penso que terminei meu trabalho aqui. Conheço outro leprosário no norte da Índia e outro na costa.

Partiu então, e nos anos que se seguiram o tio Robbie deixou uma trilha de serviços prestados nos principais leprosários da Índia. Ao vê-lo trabalhar com tanta ternura para os pés danificados dos pacientes de lepra, era difícil imaginá-lo no ambiente prestigioso e de alta pressão da cirurgia ortopédica na Nova Zelândia. Ele era um homem absolutamente despretensioso, e quase todos os que o conheciam acabavam por amá-lo. Ninguém jamais sentiu pena do tio Robbie — ele era talvez a pessoa mais satisfeita que já conheci. Fazia o seu trabalho só para a glória de Deus.

Penso na irmã Lilla, que, como Robbie, apareceu em Vellore sem se anunciar. Ela usava um sari simples de um jeito diferente, quase como o hábito de uma freira. Era de fato uma freira católica, embora não fosse membro de nenhuma ordem em particular.

— Acho que sei como curar feridas no pé de um paciente leproso — disse-me ela, com firmeza.

Só precisava de feltro, adesivo e violeta genciana (um antis-séptico). Arranjei esses materiais e alguns pacientes para ela. Observá-la no trabalho era como observar um escultor magistral. Primeiro raspava ou cortava o feltro em camadas bem finas. Depois de tratar a ferida num pé, passava cola ao redor do machucado e colocava então meticulosamente o feltro em várias espessuras, dependendo dos contornos do pé. Estava, com efeito, criando uma entressola que se movia com o pé, em vez de com o sapato.

A irmã Lilla certamente sabia como curar feridas e parecia feliz em fazer exatamente isso o dia inteiro. De alguma forma, nessa pequena mas essencial tarefa, ela aprendera a encontrar a verdadeira alegria mediante o serviço. (A não ser que tenha tratado o pé ferido de um paciente de lepra, você não pode imaginar quão notável é essa declaração.) Ela ficou conosco vários anos e depois, como o tio Robbie, sentiu o impulso de ir embora. Não tive notícias da irmã Lilla durante quase uma década, até que visitei um leprosário em Israel. Vi ali um paciente usando uma entressola formada por finas camadas de feltro. A irmã Lilla estivera realmente ali, contaram-me. Várias vezes, mais tarde, em diferentes partes do mundo, observei a mesma marca registrada de tratamento com feltro e soube que a irmã Lilla passara por lá. Penso também em Leonard Cheshire. Nos primeiros dias do nosso projeto com pacientes de lepra, eu estava trabalhando no depósito de barro que chamávamos grandiosamente de "Unidade de Pesquisa de Mão" quando um inglês de aparência distinta abaixou-se para entrar.

— Tenho um interesse especial nos incapacitados — disse ele —, e soube que você trabalha com pacientes de lepra. Importa-se se eu ficar observando?

Dei-lhe as boas-vindas e durante três dias aquele homem ficou sentado num canto, observando-nos. No final *do* terceiro dia, ele me disse:

— Notei que você tem de recusar certas pessoas... as muito idosas ou muito enfermas para serem ajudadas pela sua cirurgia. Interesso-me por esses pacientes. Gostaria de ajudá-los.

Leonard Cheshire contou-me então sua história. Durante a Segunda Guerra Mundial ele servira como capitão de grupo, uma Posição de destaque na Força Aérea Real inglesa. Esteve em ação tanto na Europa como na Ásia, ganhando a Cruz da Vitória e muitas outras recompensas. No fim da guerra, o presidente Harry Truman pediu a Winston Churchill que escolhesse dois observadores britânicos para acompanharem *Enola Gay, a* fim de demonstrar que a decisão de lançar a bomba atômica fora dos Aliados, e não unilateral. Naquele dia, 6 de agosto de 1945, Leonard Cheshire olhou da sua janela na cabina do piloto e viu vaporizar-se toda uma cidade e seus habitantes. A experiência o transformou profundamente. Depois da guerra começou uma nova carreira dedicada aos incapacitados, fundando as Casas Cheshire para Doentes. Hoje, a organização Cheshire administra duzentas casas para os incapacitados em 47 países (Leonard Cheshire morreu no início de 1993).

Entre elas há uma casa em Vellore, na Índia, onde vivem cerca de trinta pacientes de lepra. Em termos médicos, eles estão além da ajuda. Mas, como Leonard Cheshire demonstrou eloquentemente para mim, não estão além da compaixão e do amor. Menciono essas cinco pessoas por terem sido muito importantes na formação de minhas próprias crenças sobre como a dor e o prazer algumas vezes trabalham juntos. Na superfície, eles podem parecer singularmente inadequados: um depósito de lixo, um abrigo para os sem-teto, uma oficina de sapateiro, uma clínica de pés e um lar para os incapacitados são cenários nada promissores para aprender sobre o prazer. Não obstante, essas são pessoas que julgo felizes no sentido mais profundo da palavra. Elas alcançaram um *shalom* do espírito suficientemente poderoso para transformar a dor — a sua própria dor assim como a de outros. "Felizes os que carregam sua parte da dor do mundo: com o passar do tempo conhecerão mais felicidade do que aqueles que a evitam", disse Jesus (tradução de J. B. Phillips).

HERANÇA DE UMA MÃE

O que aprendi com a dra. Pfau, o abade Pierre e os outros reforçou uma das primeiras lições de meus pais nas montanhas Kolli Malai da Índia. Minha mãe, especialmente, deixou-me um forte legado, o qual levei anos para apreciar plenamente.

Referi-me várias vezes à vida de minha mãe nas chamadas "Montanhas da Morte", onde nasci. Morei com meus

pais durante nove anos felizes antes de embarcar para a Inglaterra a fim de iniciar meus estudos. Ali fiquei com duas tias numa casa majestosa num subúrbio de Londres, a propriedade em que minha mãe crescera. A família Harris era próspera, e a casa continha inúmeras lembranças de como fora a vida para Evelyn, minha mãe, em seus dias pré-missionários. A mobília era de mogno, com as prateleiras cheias de peças tradicionais valiosas.

Minhas tias contaram-me que minha mãe costumava vestir-se com certa originalidade e mostraram algumas de suas sedas, fitas e chapéus emplumados ainda guardados no armário. Ela estudara no Conservatório de Artes em Londres, e vi as aquarelas e os quadros a óleo que pintara anos antes. Havia também retratos de minha mãe; minhas tias me contaram que muitos estudantes competiam pelo privilégio de pintar a linda Evelyn.

— Ela parece mais uma atriz do que uma missionária — alguém comentou na festa de despedida antes da viagem para a Índia.

Quando minha mãe voltou à Inglaterra, porém, depois que meu pai morreu de malária, era uma mulher alquebrada, abatida pela dor e pelo sofrimento. *Aquela mulher curvada, perturbada, poderia ser minha mãe?,* lembro-me de ter pensado na ocasião. Fiz um voto adolescente insensato, tão chocado estava com a mudança dela: *se é isto que o amor fax, nunca amarei demais outra pessoa.*

Sem aceitar qualquer conselho, minha mãe voltou para a Índia e ali sua alma foi restaurada. Ela derramou a vida no povo das montanhas, cuidando dos doentes, ensinando agricultura, fazendo preleções sobre vermes, criando órfãos, cavando poços, pregando o evangelho. Enquanto eu ficava no solar da sua infância, ela vivia numa cabana portátil, que podia ser desmontada, transportada e novamente montada. Viajava constantemente de povoado em povoado. Nas viagens em que acampava na zona rural, habituou-se a dormir em um pequeno abrigo, um mosquiteiro, que não a protegia dos elementos (quando caíam tempestades à noite, ela se enrolava num impermeável e abria um guarda-chuva para cobrir a cabeça).

Minha mãe tinha 67 anos quando voltei pela primeira vez à Índia como cirurgião. Morávamos a uma distância de apenas 160 quilômetros um do outro, embora fossem necessárias 24 horas para chegar à sua casa no alto das montanhas. Seus anos de atividade naquelas serras haviam cobrado dividendos. Tinha a pele curtida, o corpo infestado pela malária e caminhava coxeando. Minha mãe quebrara um braço e várias vértebras ao cair de um cavalo. Eu esperava que em breve se aposentasse. Como estava enganado!

Aos *75* anos, ainda trabalhando nas Kolli, minha mãe caiu e a quebrou a bacia. Ela ficou a noite inteira no chão, sofrendo, até que um trabalhador a encontrasse na manhã seguinte. Quatro homens a carregaram numa padiola feita de cordas e madeira montanha abaixo e colocaram-na num jipe para a terrível viagem de 160 quilômetros em estradas péssimas. Eu estava fora do país quando o acidente ocorreu, e assim que voltei decidi viajar até as Kolli Malai com o propósito expresso de persuadir minha mãe a aposentar-se.

Eu sabia o que provocara o acidente. Como resultado da pressão sobre o nervo espinhal, causada pelas vértebras que haviam quebrado, ela perdera parte do controle sobre os músculos abaixo dos joelhos. Coxeando e com tendência a arrastar os pés, tropeçara no limiar de uma porta enquanto carregava uma vasilha com leite e uma lâmpada de querosene.

— Mãe, foi sorte alguém tê-la encontrado no dia seguinte à sua queda — comecei meu discurso ensaiado. — Podia ter ficado ali indefesa durante não sei quanto tempo. Não acha que está na hora de pensar em aposentar-se?

Ela ficou em silêncio e eu aproveitei para entrar com mais alguns argumentos.

— Seu senso de equilíbrio não é mais tão bom, e suas pernas não funcionam como devem. Não é seguro morar sozinha aqui em cima porque só há socorro médico a uma distância de um dia de jornada. Pense bem. Nestes últimos anos você teve fraturas nas vértebras e costelas, concussão cerebral e uma infecção grave na mão. Com certeza sabe que até algumas das melhores pessoas se aposentam antes de chegar aos oitenta. Por que não vem morar em Vellore comigo? Temos muito trabalho para você, e ficará muito mais perto da ajuda médica. Vamos cuidar de você, mamãe.

Meus argumentos eram absolutamente convincentes — para mim pelo menos. Minha mãe, porém, não se comoveu.

— Paul — disse ela finalmente —, você conhece estas montanhas; se eu for embora, quem vai ajudar o povo das vilas? Quem tratará seus ferimentos, arrancará seus dentes e lhes ensinará sobre Jesus? Quando alguém vier tomar o meu lugar, então e só então vou aposentar-me. De qualquer forma, para que conservar este velho corpo se ele não for usado onde Deus precisa dele?

Essa foi a sua resposta final.

A dor era uma companheira frequente de minha mãe, assim como o sacrifício. Digo isto com bondade e amor, mas em sua velhice minha mãe tinha bem pouca beleza física. As condições rudes em que vivia, combinadas com as quedas que a aleijaram e as batalhas com a febre tifóide, disenteria e malária, fizeram dela uma mulher idosa, magra e curvada. Anos de exposição ao vento e ao sol haviam endurecido a pele de seu rosto, transformando-a em couro e vincando-a com rugas profundas e extensas como eu jamais vira numa face humana. A Evelyn Harris das roupas chamativas e perfil clássico era uma vaga memória do passado. Minha mãe sabia disto tanto quanto qualquer um, pois durante os últimos vinte anos de sua vida recusou-se a ter um espelho em casa.

Todavia, com toda a objetividade que um filho pode reunir, posso dizer sinceramente que Evelyn Harris Brand foi uma mulher linda, até o fim. Uma de minhas lembranças visuais mais fortes dela ocorreu num povoado das montanhas, possivelmente a última vez que a vi em seu próprio ambiente. Ao aproximar-se, os aldeãos correram para carregar suas muletas e levá-la a um lugar de honra. Em minha memória, ela está sentada no muro baixo de pedras que rodeia o povoado, com pessoas se apertando de todos os lados à sua volta. Eles já tinham ouvido os cumprimentos dela por terem protegido suas fontes de água e pela horta que estava crescendo na periferia. Estão agora ouvindo o que ela tem a dizer sobre o amor de Deus por eles. Meneiam as cabeças em encorajamento, e perguntas profundas, inquisitivas são feitas pela multidão. Os olhos embaciados de minha mãe estão brilhando e, de pé ao seu lado, posso imaginar o que ela deve estar vendo com sua vista fraca: rostos atentos, cheios de confiança e afeto por alguém que aprenderam a amar.

Compreendi então que ninguém mais na terra merecia tanto amor e devoção daqueles camponeses. Estavam olhando para um velho rosto ossudo, enrugado, mas de alguma forma os tecidos encolhidos dela haviam se tornado transparentes, e ela era apenas espírito radiante. Para eles, e para mim, ela era linda. A Vovó Brand não precisava de um espelho feito de vidro e metal polido; podia ver seu próprio reflexo nas faces iluminadas à sua volta. Minha mãe morreu alguns anos mais tarde, com 95 anos. De acordo com as suas instruções, os aldeãos a sepultaram envolta num lençol simples de algodão para que seu corpo voltasse à terra e alimentasse a vida. Seu espírito também continua vivendo, numa igreja, numa clínica, em várias escolas e nas faces de milhares de aldeãos em cinco cordilheiras ao sul da Índia.

Um colaborador comentou certa *vez* que a Vovó Brand estava mais viva do que qualquer pessoa que já conhecera. Ao dar sua vida, ela a encontrou. Ela conhecia bem a dor, mas a dor não precisa destruir. Pode ser transformada — uma lição que minha mãe me ensinou e que nunca esqueci.

Nota

[1] Uma pesquisa recente perguntou aos americanos se pensavam ter alcançado "o sonho americano". Noventa e cinco por cento dos que ganhavam menos de quinze mil dólares anualmente responderam que não; 94 por cento dos que ganhavam mais de cinquenta mil dólares também responderam que não.

Agradecimentos

O dr. Paul Brand e Philip Yancey foram co-autores em dois livros publicados anteriormente, *As maravilhas do corpo* (Edições Vida Nova) e *À imagem e semelhança de Deus* (Editora Vida), ambos lançados pela Zondervan

Publishing House, uma divisão da HarperCollins. O dr. Brand também escreveu recentemente *The forever feast,* publicado pela Servant Publications. Algumas das histórias neste livro de memórias aprecem de forma diferente nesses outros livros, e os autores desejam agradecer aos editores pela sua colaboração. O livro de Dorothy Clarke Wilson, *Tenfingers for God,* provou ser uma fonte de valor incalculável.

Os autores estão profundamente gratos às pessoas que deram sugestões sábias e necessárias para o aprimoramento do manuscrito, especialmente Judith Markham, Tim Stafford, Harold Fickett, Pauline Brand, David and Kathy Neely e os editores do livro, Karen Rinaldi e John Sloan.

Bibliografia

ACKERMAN, Diane. *Uma história natural dos sentidos.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
BERNA, Steven. *Pain andreligion:Apsychophysiofogiwlstiidy.* Springfield: Charles C.Thomas,1972. BRAND, Paul. *Clinicaimechanics ofthehand.* Saínt Louis: C.V. Mosby, 1985.
BRAND, Paul e YANCEY, Philip. *Fearfully and wonderfully made.* Grand Rapíds: Zondervan, 1980.
_____*In his image.* Grand Rapids: Zondervan, 1984.
BRODY, Saul Nathaniel. *The disease ofthesoul:Leprosy in medievalliterature.* Ithaca:
Cornei! University, 1974. CALLAHAN, Daniel. *What kind oflife: The limits of medicai progress.* Nova York: Simon&.Schuster,1990.
CANNON, Walter B. *The wisdom ofthe body.* Nova York W.W. Norton and Company, 1939.
CASSELL, Eric J., M.D. "The nature of suffering and the goals *of* medicine." *Neiu EnglandJournal of'Medicine* 306, n° 11 (1982): 639-45. CASTILLO, Stephani J. "Viewer's discussíon guide for *simple courage,* a one-hour televisiondocumentary'. Honolulu: Olena, 1992.
CHRISTMAN, R. J. *Senso ry experience.* Scranton: Intext Edueational, 1971.
COUSINS, Norman. *Human options.* Nova York: W.W. Norton and Company, 1981.
The healing heart: Antidotes topanic and helplessness. Nova York: Avon Books, 1983.
_____*Cura-tepela cabeça—A biologia da esperança.* São Paulo: Saraiva, 1992.
_____*A força curador a da mente.* São Paulo: Saraiva, 1993.
DoUGHERTY, Flavian (ed.) *The deprived, the disabkd, and the fullness oflife.*
Wilmington: Michael Glazier, 1984. EcCLES, John C. *The human mistery.* Nova York: Springer-Verlag, 1979.
_____*The human psyche.* Nova York: Springer-Verlag, 1980.
ECCLES, Sir John e ROBINSON, Daniel N. *The wonder ofbeing human: Our brain and ourmind.* Nova York: Free Press/Macmillan, 1984.
FEENY, Patrick. *Thefight against leprosy.* Nova York: American Leprosy Missions, 1964.
FRANK, Jerome D. *Persuasion and healing.* Baltimore: Johns Hopkins University, 1973. FRANKL, Viktor E. *The doctor and the soul.* Nova York: Aífred A. Knopf, 1965. GRASS, Gúnther. *Showyour tangue.* Nova York: Harcourt BraceJovanovich, 1988. GREENE, Graham. *Waysof escape.* Nova York: Simon&Schuster, 1982. GREGORY, R. L. (ed.) *Illusion in nature andart.* Nova York: Charles Scribner's Sons, 1973.
Eye anã brain: The psychology ofseeing. Nova Y?rk: McGraw-Hill, 1978.
HANSEL,Tim. *Yougottakeepdanem.* Elgin: David C. Cc?ok, 1985. HARDY, James D.; WOLFF, Harold G. e GOODELL, Relen. *Pain sensations and reactions.* Nova York: Hafner, 1967. HARTH, Eric. *Windows on the mind.* Nova York: Williani Morrow and Company, 1982. HUNT, Morton. *The universe ivithÍn:A new science explores the human mind.* Nova York: Símon êcSchuster, 1982. ILLICH, Ivan. *Medicai nemesis: The expropriation ofhealib.* Nova York: Pantheon, 1976.
JAGADISAN, T. N. *Fulfillment through Ieprosy.* Tamil NaJu, Índia: Kasturba Kusta NivaranNilayam, 1988. KLlNE,David. "The power of the placebo". *Hippocrátes* (maio/junho 1988): 24-26. KoMP, Diane M. *A window to heaven: When childreít $ee life in death.* Grand Rapids: Zondervan, 1992. LANKFORD, L. Lee. "Reflex sympathetic dystrophy." In: Hunter, Schneider, Mackin, e Callahan (eds.) *Rehabilitation ofthe hand: SurgefJ andtherapy.* St. Louis: C.V. Mosby, 1990, p. 763-75.
LAPIERRE, Dominique. *The city ofjoy.* Nova York: Warner, 1985.
LEWIS,Thomas,M.D.Pam.NovaYork:Macmillan,19⁄l-2.
LlPTON, Sampson. *Conqueringpain.* Nova York: Arco, l984. LoESER, John D. "Phantom limb pain." *Current concefts inpain 2.* n° 2 (1984): 3-8. LYNCH, James J. *The broken heart:-The medicai'consequente ofloneliness.* Nova York: Basic, 1977. MACFARLANE, Gywn. *Alexander Fleming: The man aiid the myth.* Cambridge: Harvard University, 1984.
MELZACK, Ronald. "The perception of pain." *Scientific American* 233 (fev. 1961): 1-13.
_____*The puzzle of pain.* Nova York: Basic, 1973.
_____„."The tragedy of needless pain." *Scientific American* 262 (fev. 1990): 27-33.
_____"Phantom limbs." *ScientiftcAmerican* 264 (abr. 1992): 120-26.
MELZACK, Ronald e WALL, Patrick D. *The chalknge ofpain.* Londres: Penguin, ed. rev., 1988. MENNINGER, Karl, M.D. *The vital balance: The life process in mental health and illness.* Nova York: Viking, 1963.
JMILLER, Jonathan. *The body in question.* Nova York: Random, 1978.
MOORE, Henry Thomas. *Pain andpkasure.* Nova York: Moffat, Yard and Company,
1917. MOORIS, David B. *The culture ofpain.* Berkeley: University of Califórnia, 1991.--.
MULLER, Robert. *Most ofall, they taught me happiness.* Nova York: Doubleday and Company, 1978. NAIPUL, V. S. *Índia: A wounded civilization.* Nova York: Alfred A. Knopf, 1977.
_____*Índia: A million mutinies now.* Nova York: Viking, 1990.
OATLEY, Keith. *Brain mechanisms.* Nova York: E.R Dutton, 1972.
OLSHAN, Neal H. *Power overyourpain — without drugs.* Nova York: Beaufort,
1983. PACE,J. Blair. *Pain:Apersonalexperience.* Chicago: Nelson-Hall, 1976. PECK, M. Scott. *A trilha menos percorrida.* Rio de Janeiro: Nova Era, 2004. pENFlELD,Wilder. *The cerebral'córtex ofman: A criticai'study oflocalization offunction.*
Nova York: Macmillan, 1950.
_____*The mistery ofthe mínd: A criticai study of consciousness and the human brain.* Princeton: Princeton University, 1975. PENN, Jack. *The right to look human: An autobiography.* Jobannesburgo: Hugh Keartland, 1976. PENROSE, Roger. *The emperors new mind: Concerning computers, minds, and the laws ofphysics.* Nova York: Oxford University, 1989. \ .*S n1*^{m}*j*-REGISTER, Cberi. *Livingwiíh chronic illness.* Nova York: Free, 1987. RUSSELL, Wilfrid. *New livesforold: The story ofthe cheshire homes.* Londres: Victor
Gollancz, 1980. RYLE, Gilbert. *The concept ofmind.* Chicago: University of Chicago, 1949. ; v/ SACKS, Oliver. "Neurology and the soul." *The New York Review ofBooks* (nov. 22, 1990), p. 44-50.
. *O homem, que confundiu sua mulher com- um. chapéu.* São **Paulo:** Compa

nhia das Letras, 1997.
_____ *Com uma perna só.* São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
ScARRY, Elaine. *The body inpain: The making and unmaking ofthe world.* Nova York: Oxford University, 1985.
SELYE, Hans. *From dream to discovery: On being a scientist.* Nova York: McGraw-HÍU, 1964.
____ _. *The stress oflife.* Nova York: McGraw-Hill, ed. rev., 1976.
SELZER, Richard. *Mortal lessons: Notes on the art ofsurgery.* Nova York: Simon Sc Schuster, 1976.
_ _*Confessions ofaknife.* Nova York: Simon Sc Schuster, 1979.

SHENSON, Douglas."When fear conquers: A doctor learns about AIDS from leprosy."
New York Times Magazine {ítv. 28,1988), p. 35-48.
SiEGELj Bernie S. *Amor, medicina e milagres.* São Paulo: Best Seller, 1989. SNYDER, Solomon. "Matter over mind: The big issues raised by newly discovered brain chemicals." *Psychology Today* (jun. 1980), p. 66-76. SOELLE, Dorothy. *Sujfering.* Philadelphia: Fortress, 1945. SOMERVELL,T. *Howará. Knifeandlife inÍndia.* Londres: Livingstone, 1955.

ScxNTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas.* São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

A doença como metáfora. São Paulo: Graal, 2002.
STACY, Charles B.; KAPLAN, Andrew S.; WILLIAMS Jr., Gray e os editores da Consumer Reports Books. *Tbefeghtagainstpain.* Yonker: Consumer Reports,1992. SZASZ, Thomas S.,M. D. *Pain andpleasure: A study ofbodilyfeelings.* Nova York: Basic, 1957. *THIS Spreading Tree: The story ofthe leprosy missionfrom 1918 to 1970.* Londres: LeprosyMission, 1974. THOMAS, Lewis. *Late night thoughts on listening to mahlers ninth symphony.* Nova York: Viking, 1983.*The youngest science: Notes ofa medicine-voatcher.* Nova York: Viking, 1983. TiGER, Lionel. *Thepursuitof pleasure.* Boston: Little, Brown and Company, 1992. TOURNIER, Paul. *Creativesuffering.* São Francisco: Harper and Row, 1982.:
VALENSTEIN, Elliot S. *Greatanddesperate cures: The rise and decline ofpsychosurgery andother radical treatmentsfor mental illness.* Nova York: Basic, 1986. VAUX, Kenneth L. *This mortal coib.The meaningofhealth and disease.* Nova York: Harper and Row, 1978. VENINGA, Robert L. *A dádiva da esperança.* São Paulo: Cultrix. WAKEFIELD, Dan. *Returning:Aspiritualjourney.* Nova York: Penguin, 1988. WALL, Patrick D. "'My foot hurts me': An analysis ofa sentence." *Essays on the nervoussystem; afestschriftforprofessor J. Z. Young.* Oxford: Clarendon, 1984. WALL, Patrick D. e MELZACK, Ronald (eds.) *Textbook ofpain.* Londres: ChurchiU Livingston, 1984.
WAYLETT-RENDALL, Janet. "Therapist's management of reflex sympathetic dystrophy." In: Hunter, James M., M. D.; Schneider, Lawrence H.f M. D.; ' MacKin,EvelynJ.,P.T.eCaUahan,AnneD.,M.S.,O.T.R.(eds.)
ofthehand: Surgeryandtherapy. St. Louis: C. V. Mosby, 1990, p. 787-9. WEISENBERG, Matisyohu (ed.) *Pain: Clinicai and experimental perspectives.* St.
Louis: C.V Mosby, 1975. WHITFIELD, Philip e STODDART, D. M. *Hearing, taste, and smell: Path-ways of perception.* Nova York: Torstar, 1984.
WlLSON, Dorothy Clarke. *Granny Brand: Her story.* Chappaqua: Christian Herald
Books, 1976.
_____ *Ten fingers for God: The life and inork of dr. Paul Brand.* Grand Rapids,
Mich. ZondervanPublishingHouse, 1989.
WOLF, Barbara. *Livingwithpain.Nova.York.:* Seabury, 1977. YANCEY, Philip. *Onde desta Deus quando chega a dor?* São Paulo: Vida, 2005. ZiNSSER, Hans. *As I remember him: The biography ofR. S.* Boston: Little, Brown
and Company, 1940.

