

Atul Gawande

SER MORTAL

Nós, a medicina e o que realmente importa no final

Being Mortal

Medicine and What Matters in the End

Traduzido do inglês por

Tânia Ganho

CONTEÚDOS

Prefácio	11
Introdução	17
> Capítulo 1 :: O «eu» independente	27
> Capítulo 2 :: O mundo desmorona	39
> Capítulo 3 :: Dependência	67
> Capítulo 4 :: Assistência	89
> Capítulo 5 :: Uma vida melhor	117
> Capítulo 6 :: Desapegar-se	151
> Capítulo 7 :: Conversas difíceis	189
> Capítulo 8 :: Coragem	225
Epílogo	249
Agradecimentos	253
Notas sobre as fontes	257

Prefácio

Atul Gawande ocupa hoje uma posição de singular destaque na corte dos médicos-escritores, e é importante distingui-los dos escritores-médicos porque, neste caso, a ordem de factores não é arbitrária e a forma como se alinham depende naturalmente da preponderância dos ofícios. É verdade, como explicou Miguel Torga, que a medicina sempre gerou escritores, embora, segundo ele, se limite simplesmente «a preservar o dom aos que nasceram com ele, o que já não é pouco». A lista dos escritores-médicos é extensa e ilustre: entre nós além de Torga, Júlio Dinis, Namora e o meu irmão António; de outras terras, Somerset Maugham, William Carlos Williams e, o mais genial de todos, Anton Tchekov.

Quase todos usaram da clínica o método e o manancial inesgotável de histórias, tantas vezes reveladoras daquilo que Tchekov chamava o «estofo vulgar da humanidade». Para ele, a medicina era a mulher legítima e a literatura a amante e, dizia, quando se cansava de uma, passava a noite com a outra.

Os médicos-escritores colhem, igualmente, da vida clínica, narrativas, episódios, situações e deles se servem para ilustrar um discurso mais científico, pedagógico, filosófico ou ético, assoprando a vida real em matérias de mais sisuda gravidade.

O sucesso de Gawande nesta segunda arte – porque a sua primeira (ou primeiras) são a cirurgia e a saúde pública – é bem atestado pelos inúmeros prémios que o distinguiram. Ainda recentemente a revista *Science* (juntamente com a *Nature*, a mais prestigiada revista científica do mundo) incluía-o no «top 20» dos cientistas mais seguidos no *twitter*, com 96 800 seguidores, à frente de um outro famosíssimo neurologista-escritor, Oliver Sacks. A inclusão é tanto mais salientar quando Gawande não é, rigorosamente, um cientista, mas a sua forma de comunicar colocou-o a par de físicos, biólogos, neurocientistas físicos e outros cientistas mais ou menos «puros».

Eu creio que, em parte, o êxito se explica pela relevância comum dos temas que trata, e o estilo que ele adotou para falar de coisas sérias. O estilo é puro *New Yorker*. Para os que não conhecem a *New Yorker*, vale a pena explicar que é uma revista publicada na Big Apple desde 1925, que sai 47 vezes por ano. É sofisticada, cosmopolita, e abraça o comentário político, o ensaio, a ficção (a lista de escritores que lançou é impressionante: Salinger, Updike, Cheever, Roth), crítica literária, de cinema, etc. Foi na *New Yorker* que John Hersey publicou uma reportagem histórica sobre Hiroshima, e foi a *New Yorker* que enviou Hannah Arendt a Jerusalém para fazer o relato do julgamento do criminoso nazi Adolf Eichmann, publicado em 16-03-1963. A reflexão de Arendt sobre o que chamou a «banalidade do mal» – e a expressão ficou para história – valeu-lhe intermináveis dissabores.

Gawande é, na *New Yorker*, um *staff writer* e a sua técnica literária, usada aliás com extremo sucesso em livros como *A Mão Que nos Opera*, *Ser Bom não Chega* e *O Efeito Checklist*, é escolher de histórias reais de que foi testemunha e, muitas vezes, participante ativo, contá-las de um modo muito simples, não raramente entrançando-as, ou seja, não as descrevendo com a frieza de uma anamnese clínica, mas tornando-as tão vivas (e neste livro, tão dolorosamente vivas) que o leitor se sente parte da narrativa e não um mero espectador. A partir dessa narrativa ele reflecte sobre a ciência e a prática da medicina moderna.

Três personagens ocupam neste volume um protagonismo mais destacado – a avó da mulher do escritor, o pai deste, e uma mulher, ainda jovem, que percorre o longo calvário de uma doença oncológica fatal. A narrativa está entremeada de comentários de uma erudição simples, sábia, mas não intimidante, e a seriedade do autor obriga-o a incluir no final do livro uma lista utilíssima de referências bibliográficas. Estas não se intrometem no texto, nem clamam atenção com a impertinência de uma nota de pé de página. Naturalmente tudo isto é olhado através de uma lente cultural muito própria. Quero eu dizer que o livro é muito «americano», mas cotejando-o com muito do que eu próprio tenho escrito sobre as matérias que trata (perdoem-me o atrevimento de referir a recolha de ensaios a que chamei *Uma Inquietação Interminável*), é evidente que o sofrimento, a angústia, a esperança, a dignidade servem-se, para se exprimirem, de um dialecto universal, nascido na profundidade da nossa frágil condição.

Este é, na minha leitura, um livro sobre ética: não uma ética normativa, refém de princípios rígidos derivados da filosofia analítica, maniqueísta, que ilude as sombras, mas da ética que mais prezo, que trata da carne viva dos valores e das crenças, da compaixão e da finitude, da «ternura egoísta do homem pelo homem», para usar a expressão tão doce de Albert Camus.

Parece que aquilo que eu próprio tenho escrito sobre estas matérias tem merecido o reparo dos especialistas que me acusam de excessivo protagonismo da minha própria *persona*, pelas referências frequentes às experiências que vivi. Gawande fá-lo com absoluta liberdade, e não poupa as «incursões no seu próprio ser» – expressão do meu amigo (e um dos mais humanos e sofisticados cultores da ética entre nós) Walter Osswald. E esta «ética narrativa» tem, quanto a mim, as virtudes do «conhecimento das vidas». Tenho insistido que aprendi mais com ficção – e a citação, logo no início, da novela tremenda de Tolstoi *A Morte de Ivan Illitch*, tem a ressonância de uma abertura trágica – de que em muitos tratados de ética. Martha Nussbaum, uma filósofa bem atenta à realidade do nosso tempo, sublinhou, com pesar, o facto dos filósofos modernos se escusarem a aceitar a literatura como um modo sério de argumentação moral. Para eles a literatura é demasiado mole, emocional e particularizante. Preferem a sua ética seca e lógica, a ética dos princípios e dos axiomas. Na realidade, a literatura revela o sentido das coisas que não são redutíveis a teoremas e protesta contra a tirania da abstracção. E, no entanto, este livro ilustra bem como os dois discursos não são incompatíveis.

Este livro é também uma carta de viagem, ou seja, a descrição do caminho do nosso devir. Escrevia Montaigne: «Tous le jours vont à la mort, le dernier y arrive» («todos os dias caminham para a morte, o último chega lá»). Com o assombroso progresso da medicina o caminho é mais longo, e o viajante chega ao fim cada vez mais extenuado e débil. É o resultado do processo de envelhecimento, do «bombardeamento silencioso pela artilharia do tempo», que Gawande trata com sensibilidade e bom senso. Recorro a uma citação de *O Animal Moribundo*, de Philip Roth, que nos últimos livros (que incluem o admirável *Património*, em que descreve a doença do pai) tanto cuidou deste tema: «Se somos saudáveis e nos sentimos bem, vamos morrendo invisivelmente.»

O autor descreve o que hoje se pode e deve fazer para cuidar dos nossos velhos, as várias formas de lhes guardar, até ao fim, a autonomia, a independência, e a dignidade. Escrevi num texto que dediquei a meu pai (*A Historia de Um Velho*): «o meu velho sobreviveu porque foi dignamente médico até lhe faltarem as forças e isso deu-lhe uma persistente razão de viver.» Entre nós fala-se de «lares de idosos», e bom seria que fossem sempre «lares» e não depósitos de pessoas, tantas vezes lá abandonadas à espera da morte. A importância deste aspecto é defendida com vigorosa eloquência pelo autor.

Mas este livro trata também da morte, e explica que há de facto muitas maneiras de morrer, ilustrando com três gráficos – aliás muito citados na literatura sobre o tema – três percursos diferentes. A distinção é importante porque a maior parte do debate ético centra-se no paradigma oncológico, em que o doente vive com razoável autonomia, ou seja, capaz de tomar decisões sobre as suas escolhas terapêuticas, quase até ao final da vida, embora a racionalidade das suas preferências nem sempre seja baseada na evidência científica. Os médicos têm muitas vezes uma enorme dificuldade em lidar com a morte, porque, no seu íntimo, esta é quase sempre tomada como equivalente à derrota. A luta que travam pode assumir duas faces: uma é a tendência «pugilística» de combate e a outra, mais enganadora, é o da ritualização do optimismo. Como o autor sublinha, a formulação do prognóstico está longe de ser uma ciência exacta e é, como tenho dito, a porção mais afectiva do acto médico e uma tarefa da diabólica dificuldade, pois os doentes e as famílias exigem que seja precoce, seja correcto e seja optimista. De facto, algo mudou radicalmente, pois a morte em casa hoje é quase excepção. Gawande cita uma estatística de 1980 que documenta que só 17 por cento das mortes ocorrem em casa. Entre nós os números são um pouco diferentes. No livro *A Morte e o Morrer em Portugal* (Maria do Céu Machado e col., Almedina 2011), os valores apresentados são 29,9 por cento. Dos restantes, 61,4 por cento morrem no hospital e 8,7 por cento noutros locais. Descrevi a morte do meu avô, explicando como tinha sido um acontecimento tribal, isto é, cercado pela família e pelos amigos mais íntimos, e religioso, como fora aliás a morte do Dom Quixote. Hoje a morte é um acontecimento secular, solitário e discreto.

A ênfase nos cuidados paliativos (que chamei de «medicina do crepúsculo») e nas várias opções na morte é inevitável numa obra desta natureza. Recordo um admirável ensaio de Fernando Gil intitulado *Mors Certa, Hora Incerta*, em que é bem analisada a realidade desta incerteza. De facto, a sociedade hoje parece oferecer uma mão-cheia de opções na morte, e alimenta a percepção ilusória de sermos capazes de escolher a hora, o local, e o modo de morrer. Suicídio assistido, eutanásia, abstenção voluntária de alimentos, declarações antecipadas de vontade, tudo isto parece contribuir para uma certa ilusão de autonomia na última decisão. A análise deste tópico, neste livro, é de uma tolerância prudente, longe da frivolidade como estes temas são tratados, sobretudo pelos não especialistas.

Quando chega o tempo de parar, chega o tempo das decisões dilacerantes, que muitas vezes rasgam um tecido familiar cerzido com emoções contraditórias, memórias partilhadas, vontades presumidas, e as múltiplas cintilações que conferem a cada um de nós a identidade única que é o cerne da dignidade. O autor tem razão quando dedica um capítulo à coragem, embora a decomponha, algo redutoramente, em duas parcelas: a coragem de enfrentar a realidade da nossa finitude e a coragem de actuar sobre a verdade que percebemos. A sua definição de coragem é mais rebuscada do que a que adoptei há anos: «Courage is grace under pressure.» É claro que o sentido de «grace» nesta definição é difícil captar num sinónimo português, mas é algo em que se enlaçam o bem, a verdade e o belo.

Atul Gawande conclui com a comovente descrição do cumprimento dos rituais sagrados que embalam os restos mortais de seu pai. Aqui está muito próximo do final da *Morte de Ivan Illitch*: «A morte não existe mais», isto é, a morte não triunfou. E esta alusão a uma espiritualidade contida deve fazer-nos pensar que há sempre uma dimensão espiritual na vida e na morte, embora muitas vezes abafada ou até negada. Mas é ela que obriga a interrogarmo-nos sobre qual a nossa razão de existir.

Seja-me permitida mais uma nota pessoal, mas a leitura é assim, pois um livro bom está aberto a que lhe acrescentemos outros parágrafos! Meu pai morreu há 10 anos, e enquanto minha mãe foi viva, a biblioteca que construía e que vigiava com zelo feroz, manteve-se quase intacta. Minha mãe morreu há pouco. Agora, filhos e netos

(muitos) foram esvaziando as prateleiras, conforme as suas preferências intelectuais ou os seus interesses académicos. Porque descobrira um livro que, pensei, seria muito do gosto da minha filha mais velha, telefonei-lhe a dar-lhe conta disso. Passados minutos mandou-me o seguinte SMS: «É bom fazer parte de uma família em que os livros são tão preciosos como as jóias.»

Este livro sobre o qual escrevi estas palavras ficará na minha Biblioteca, esperando que um dia alguém o leve... como jóia.

JOÃO LOBO ANTUNES

Outubro de 2014

Introdução

Aprendi muitas coisas na Faculdade de Medicina, mas a mortalidade não foi uma delas. Embora me tenham dado um cadáver ressequido como couro para dissecar no primeiro ano, essa foi apenas uma maneira de aprender a anatomia humana. Os nossos manuais não tinham praticamente nada sobre o envelhecimento, a fragilidade ou o processo de morrer. A maneira como esse processo se desenrola, como as pessoas vivem o final da sua vida e a forma como isso afeta quem as rodeia parecia ser irrelevante. Na nossa perspetiva, e na perspetiva dos nossos professores, o objetivo do curso de Medicina era ensinar a salvar vidas e não a cuidar do seu fim.

A única vez que me lembro de termos abordado a mortalidade foi durante uma hora em que estivemos a falar sobre *A morte de Ivan Ilitch*, o conto clássico de Tolstoi. Foi numa cadeira semanal chamada Doente-Médico, que representava um esforço da faculdade para fazer de nós médicos mais completos e humanos. Numas semanas, treinávamos a nossa etiqueta relativa aos exames físicos; noutras, analisávamos os efeitos dos fatores socioeconómicos e raciais na saúde. E, uma tarde, contemplámos o sofrimento crescente de Ivan Ilitch, que padecia de uma qualquer doença incurável e sem nome.

Na história, Ivan Ilitch tem quarenta e cinco anos e é um magistrado mediano de São Petersburgo cuja vida gira à volta de preocupações menores com o estatuto social. Um dia, cai de um escadote e fica com uma dor num dos lados do corpo. Em vez de esmorecer, a dor piora e ele deixa de poder trabalhar. Ilitch, que era «um homem inteligente, educado, alegre e simpático», entra em depressão e perde as forças. Os amigos e os colegas evitam-no. A mulher chama uma série de médicos cada vez mais dispendiosos. Nenhum deles consegue fazer um diagnóstico definitivo e os remédios que lhe dão não surtem efeito. Para Ilitch, todo este processo é um suplício e ele ferve de raiva perante a sua situação.

«O que mais atormentava Ivan Ilitch», escreve Tolstoi, «era o engano, a mentira, que, por algum motivo, todos aceitavam, de que ele não estava a morrer, estava simplesmente doente, e que bastava ficar sossegado e submeter-se a um tratamento para que, depois, algo de muito positivo adviesse daí.» Ivan Ilitch tem pontadas de esperança de que as coisas deem uma reviravolta, mas à medida que vai ficando mais fraco e escanzelado, compreende o que lhe está a acontecer. Vive cada vez mais angustiado e com medo da morte. Mas a morte não é um tema que os seus médicos, amigos ou familiares tolerem. É isto que o magoa mais profundamente.

«Ninguém tinha pena dele como ele gostaria que acontecesse», escreve Tolstoi. «Em determinados momentos, depois de sofrimento prolongado, o que mais desejava (embora tivesse vergonha de o confessar) era que alguém tivesse pena dele como se tem de uma criança doente. Ansiava por mimos e consolo. Sabia que era um funcionário importante, que tinha uma barba encanecida e que, por conseguinte, aquilo por que ansiava era impossível, mas ainda assim desejava-o.»

Na nossa perspetiva de alunos de Medicina, a incapacidade das pessoas que rodeavam Ivan Ilitch de lhe oferecerem consolo e reconhecerem o que lhe estava a acontecer era uma falha pessoal e cultural. A Rússia do final do século XIX da história de Tolstoi parecia-nos dura e quase primitiva. Assim como acreditávamos que a Medicina moderna teria provavelmente conseguido curar Ivan Ilitch de qualquer que fosse a doença de que ele padecia, também era para nós um dado adquirido que a honestidade e a amabilidade eram responsabilidades básicas de um médico moderno. Estávamos convencidos de que, numa situação daquelas, agiríamos com compaixão.

O que nos preocupava era o conhecimento. Embora soubéssemos como mostrar compaixão, não estávamos seguros de saber fazer um diagnóstico adequado e prescrever um tratamento correto. Pagávamos propinas para aprender os processos internos do corpo, os mecanismos intrincados das suas patologias e a vasta gama de descobertas e tecnologias que se iam acumulando para os deter. Nem imaginávamos que precisávamos de pensar em muito mais do que isso. Por isso, tirámos Ivan Ilitch da cabeça.

E, no entanto, uns anos depois, quando fiz a especialidade em Cirurgia e comecei a exercer, encontrei doentes que se viam obrigados a enfrentar as realidades do declínio e mortalidade, e rapidamente me apercebi do quão pouco preparado estava para os ajudar.

Comecei a escrever quando era interno de Cirurgia e, num dos meus primeiros artigos, contei a história de um homem a quem chamei Joseph Lazaroff, um vereador da câmara cuja mulher tinha falecido, uns anos antes, vítima de cancro do pulmão. Era sexagenário e padecia ele próprio de um cancro incurável: cancro da próstata com várias metástases. Tinha perdido mais de vinte e cinco quilos. O abdómen, o escroto e as pernas estavam cheios de líquido. Um dia, acordou sem conseguir mexer a perna direita nem controlar os intestinos. Foi internado no hospital, onde o conheci na qualidade de interno da equipa neurocirúrgica. Descobrimos que o cancro se tinha espalhado à coluna torácica e estava a comprimir a espinal medula. O cancro não tinha cura, mas esperávamos conseguir tratá-lo. A radioterapia de emergência não conseguiu reduzir, porém, as dimensões do cancro e por isso o neurocirurgião propôs duas opções ao paciente: cuidados paliativos ou cirurgia para retirar o tumor da coluna. Lazaroff optou pela cirurgia. O meu trabalho, como interno do serviço de Neurocirurgia, era obter a confirmação por escrito da parte dele em como percebia os riscos da operação e, não obstante, desejava submeter-se a ela.

Fiquei parado à porta do quarto dele, com a ficha clínica na minha mão suada, a tentar decidir como é que ia abordar o assunto. A esperança era que a operação travasse o avanço das lesões na espinal medula. Não o curaria, nem inverteria o processo de paralisia, nem lhe devolveria o tipo de vida que levava antes. Fizéssemos nós o que fizéssemos, ele tinha no máximo uns meses de vida e a operação era inerentemente perigosa. Seria necessário abrir-lhe o tórax, retirar uma costela e colapsar um pulmão para aceder à coluna. A perda de sangue seria elevada. A recuperação, difícil. No seu estado de fraqueza, enfrentava consideráveis riscos de posteriores complicações debilitantes. A cirurgia acarretava o risco de lhe piorar e encurtar a vida. Mas o neurocirurgião explicara-lhe tudo e Lazaroff tinha a

certeza de que queria submeter-se à intervenção. A única coisa que eu tinha de fazer era entrar no quarto e tratar da papelada.

Deitado na cama, Lazaroff estava cinzento e escanzelado. Disse-lhe que era interno e que precisava do consentimento dele por escrito para a operação e, para isso, tinha de confirmar que ele estava ciente dos riscos. Expliquei que a operação podia extrair o tumor mas acarretar complicações graves, tais como paralisia ou um AVC, e podia inclusive ser fatal. Tentei ser claro sem parecer duro, mas a minha conversa pô-lo na defensiva. O mesmo aconteceu quando o filho, que estava no quarto, perguntou se seria uma boa ideia optar por medidas tão radicais, o que Lazaroff não apreciou minimamente.

«Não desistam de mim», disse ele. «Deem-me todas as hipóteses possíveis.» Quando saímos do quarto, depois de o paciente ter assinado o documento, o filho chamou-me à parte. A mãe tinha morrido ligada a um ventilador nos Cuidados Intensivos e, na época, o pai tinha dito que não queria que lhe acontecesse nada daquele género. E, no entanto, agora, mostrava-se perentório em tentar «tudo».

Achei, na altura, que o Sr. Lazaroff tinha tomado a decisão errada e continuo a achar o mesmo. Escolheu mal, não por causa dos riscos, mas porque a operação nunca lhe poderia ter dado o que ele realmente queria: continência, força, a vida que levava antes de adoecer. Estava a correr atrás de uma fantasia, correndo o risco de sofrer uma morte prolongada e terrível, que foi precisamente o que acabou por acontecer.

A operação foi um êxito do ponto de vista técnico. Ao longo de oito horas e meia, a equipa médica retirou o tumor que invadira a coluna e reconstruiu a estrutura vertebral com cimento acrílico. A pressão sobre a espinal medula desapareceu, mas ele nunca recuperou da cirurgia. Nos Cuidados Intensivos, sofreu insuficiência respiratória, uma infeção sistémica, coágulos no sangue por causa da imobilidade e, a seguir, hemorragia por causa dos anticoagulantes que tomou para os coágulos. A cada dia que passava, andávamos para trás. Por fim, tivemos de admitir que ele estava a morrer. Ao décimo quarto dia, o filho mandou a equipa parar.

Coube-me desligar Lazaroff do ventilador artificial que o mantinha vivo. Certifiquei-me de que o doseador de morfina estava ligado no máximo, para ele não sofrer com a falta de oxigénio. Debrucei-me sobre ele e, para a eventualidade de me conseguir ouvir, expliquei que

lhe ia retirar o tubo de respiração da boca. Ele tossiu duas ou três vezes quando lho tirei, abriu os olhos por um breve instante e fechou-os novamente. A respiração tornou-se mais difícil e depois parou. Encostei o estetoscópio ao peito dele e ouvi o coração a esmorecer.

Hoje, mais de uma década depois de eu ter contado pela primeira vez a história do Sr. Lazaroff, o que mais me interpela não é como foi errada a decisão que ele tomou mas, sim, a maneira como todos nós evitámos falar honestamente com o doente sobre a escolha que tinha pela frente. Não tivemos dificuldade em explicar os perigos específicos de diversas opções de tratamento, mas nunca abordámos verdadeiramente a realidade concreta da sua doença. Os oncologistas, radiologistas, cirurgiões e outros médicos que o acompanharam submetem-no a meses de tratamentos para um problema que sabiam que não tinha cura. Nunca tivemos coragem para analisar a verdade mais lata sobre a doença dele e os derradeiros limites das nossas capacidades, e muito menos para conversar sobre o que poderia ser mais importante para o doente ao aproximar-se do fim da vida. Se ele quis correr atrás de uma fantasia, nós também o fizemos. Ali estava ele, no hospital, parcialmente paralisado por causa de um cancro que se espalhara pelo corpo. As hipóteses de voltar a ter uma vida nem que fosse minimamente parecida com a que levava umas semanas antes eram inexistentes. Mas admitir esta realidade e ajudá-lo a lidar com ela pareceu-nos algo que estava para lá das nossas capacidades. Não lhe oferecemos reconhecimento, nem conforto, nem orientação. Limitámo-nos a propor-lhe mais um tratamento que *talvez* tivesse um resultado positivo.

Não nos saímos muito melhor do que os primitivos médicos oitocentistas de Ivan Ilitch. Aliás, agimos pior, tendo em conta as novas formas de tortura física que infligimos ao nosso doente. É caso para nos perguntarmos, afinal, quem são os primitivos...

As possibilidades científicas modernas alteraram profundamente o curso da vida humana. As pessoas vivem mais e melhor do que em qualquer outro período da História. Mas os avanços científicos transformaram os processos de envelhecer e morrer em experiências médicas, questões a serem geridas por profissionais de saúde. E nós,

no meio médico, demos assustadoramente provas de não estarmos preparados para isso.

Esta realidade tem estado, em grande parte, escondida, uma vez que as fases finais da vida são cada vez menos familiares para as pessoas. Até uma data tão recente como 1945, a maior parte das mortes ocorria em casa. Nos anos 80, isso já só acontecia em 17 por cento dos casos. Quem morria em casa era provavelmente por ter sido apanhado tão subitamente pela morte que nem teve tempo para se dirigir ao hospital – por exemplo, as mortes por ataque cardíaco fulminante, AVC ou lesões graves – ou então por viver num lugar tão isolado que não havia quem o socorresse. Em todo o território dos Estados Unidos e não só, em todo o mundo industrializado, a experiência da velhice profunda e morte foi transferida para os hospitais e casas de repouso.

Quando me tornei médico, passei para o lado de lá das portas do hospital e, embora tenha crescido com pai e mãe médicos, tudo o que via era novidade para mim. A verdade é que nunca tinha visto ninguém morrer e, quando isso aconteceu, foi um choque. Não por me ter feito pensar na minha própria mortalidade. Não sei porquê, mas essa ideia nem me passou pela cabeça, nem sequer quando vi morrer pessoas da minha idade. Eu vestia uma bata branca; elas, uma bata de hospital. Não conseguia imaginar os papéis invertidos. Conseguia, no entanto, imaginar a minha família no lugar dessas pessoas. Já tinha visto vários familiares – a minha mulher, os meus pais e os meus filhos – acometidos por doenças graves e em perigo de vida. Mesmo nessas terríveis circunstâncias, a Medicina conseguira sempre salvá-los. O choque para mim foi, por conseguinte, ver que a Medicina *não* era capaz de salvar toda a gente. É claro que eu sabia, teoricamente, que os meus doentes podiam morrer, mas de cada vez que isso aconteceu pareceu-me uma infração, como se aquelas que eu achava que eram as regras do jogo estivessem a ser quebradas. Não sei que jogo seria esse na minha cabeça, mas, nele, ganhávamos sempre.

Todos os médicos e enfermeiros novos são confrontados com o processo de morrer e com a morte. Das primeiras vezes, alguns choraram. Outros fecham-se. Outros ainda quase nem reparam. Quando vi morrer pela primeira vez alguns doentes, eu era demasiado reservado e não chorei, mas sonhei com essas mortes. Tinha pesadelos

recorrentes em que encontrava os cadáveres dos meus doentes em minha casa... dentro da minha cama.

«Como é que ele aqui veio parar?», perguntava-me, em pânico.

Sabia que teria um sarilho enorme em mãos, talvez até problemas com a lei, se não levasse o cadáver de volta para o hospital sem ser apanhado. Tentava içá-lo para a mala do carro, mas era demasiado pesado. Ou conseguia encaixá-lo na bagageira, mas depois via o sangue a pingar como óleo preto até transbordar do automóvel. Ou então conseguia levar o cadáver para o hospital e deitá-lo numa maca e empurrava-o de enfermaria em enfermaria, à procura do quarto onde a pessoa costumava estar, e nunca o encontrava. «Ei!», gritava alguém, e começava a perseguir-me. Eu acordava ao lado da minha mulher, no escuro, suado e com taquicardia. Sentia que tinha matado aquelas pessoas. Que tinha fracassado.

A morte, como é óbvio, não é um fracasso. A morte é normal. A morte pode ser o inimigo, mas é também a ordem natural das coisas. Eu sabia estas verdades em sentido abstrato, mas não no sentido concreto: que podiam ser verdades não só em termos gerais, mas também no caso daquela pessoa que estava ali mesmo à minha frente, aquela pessoa por quem eu era responsável.

O falecido Sherwin Nuland, cirurgião, lamentou-se no seu livro *Como morremos*, que é hoje um clássico: «As gerações que nos precederam encaravam como um dado adquirido a necessidade de a derradeira vitória ser da natureza e aceitavam-no. Os médicos estavam muito mais dispostos a reconhecer os sinais de derrota e tinham muito menos pretensões arrogantes de os negar.» Mas enquanto percorro a pista de descolagem do século XXI, treinado no uso do nosso espantoso arsenal de tecnologia, pergunto-me o que significará exatamente ser menos arrogante.

Decidimos ser médicos, porque imaginamos que o trabalho nos dará satisfação pessoal e descobrimos que essa satisfação assenta na competência. É algo de profundo, muito parecido com a satisfação de um carpinteiro ao restaurar uma arca antiga e frágil, ou de um professor de ciências ao conseguir que um aluno tenha uma espécie de epifania ao perceber pela primeira vez o que é um átomo. A satisfação advém, em parte, do prazer de ajudar os outros. Mas também vem da noção de sermos tecnicamente competentes e capazes de resolver

problemas difíceis e complexos. A nossa competência dá-nos uma sensação segura de identidade. Por conseguinte, para um médico, não há nada de tão ameaçador para a sua noção de identidade do que um doente com um problema que ele não consegue solucionar.

É impossível fugir à tragédia da vida, que é o facto de envelhecermos a cada dia que passa, desde o instante em que nascemos. Até podemos compreender e aceitar este facto. Os meus doentes mortos e moribundos já não me assombram em sonhos. Mas isto não é o mesmo que dizer que sabemos como lidar com o que não tem solução. Tenho uma profissão considerada de sucesso por causa da sua capacidade para solucionar problemas. Se o seu problema tiver solução, nós sabemos exatamente o que fazer. Mas, e se não tiver? O facto de ainda não dispormos de respostas adequadas para esta pergunta é inquietante e tem causado insensibilidade, desumanidade e um sofrimento enorme.

Esta tentativa de fazer da mortalidade uma experiência médica existe apenas há umas décadas. É jovem. E as provas mostram que está a falhar.

Este livro é sobre a experiência moderna da mortalidade: sobre o que significa sermos criaturas que envelhecem e morrem, como é que a Medicina mudou – ou não – essa experiência e em que é que as nossas ideias sobre como lidar com a nossa finitude se equivocaram. Estando eu a celebrar uma década de prática cirúrgica e a entrar eu próprio na meia-idade, sinto que nem eu, nem os meus pacientes consideramos aceitável a situação em que nos encontramos. Mas, ao mesmo tempo, sinto que é difícil decidir quais deveriam ser as respostas, ou sequer se há respostas adequadas. Acredito, porém, enquanto escritor e cientista, que afastando o véu e observando mais de perto, acabamos por conseguir dar sentido às coisas mais confusas, estranhas ou inquietantes.

Não é preciso passar muito tempo com pessoas idosas ou doentes em fase terminal para ter a noção da quantidade de vezes que a Medicina não consegue socorrer as pessoas que supostamente deveria ajudar. Os derradeiros dias da nossa vida são ocupados com tratamentos que nos baralham o cérebro e sugam o nosso corpo até ao tutano, em

busca de uma ínfima hipótese de obter um resultado benéfico. São passados em instituições – casas de repouso e unidades de Cuidados Intensivos –, onde rotinas rígidas e impessoais nos afastam de todas as coisas que são importantes para nós na vida. A nossa relutância em analisar honestamente a experiência do envelhecimento e morte agravou o mal que infligimos às pessoas e negou-lhes os confortos básicos de que mais necessitam. Como nos falta uma visão coerente de como é que as pessoas podem viver bem até ao finzinho da vida, deixámos que o nosso destino fosse controlado pelos imperativos da Medicina, da tecnologia e de desconhecidos.

Escrevi este livro na esperança de perceber o que tem vindo a acontecer. A mortalidade pode ser um assunto traiçoeiro. Há quem ficará assustado com a ideia de um médico escrever sobre a inevitabilidade do declínio e morte. Para muitas pessoas, este tipo de conversa, por mais cuidado que se tenha a enquadrá-la, evoca o espectro de uma sociedade a preparar-se para sacrificar os seus doentes e velhos. Mas, e se os doentes e os velhos já estiverem a ser sacrificados, *já* forem vítimas da nossa recusa em aceitar a inexorabilidade do ciclo da vida? E se houver melhores abordagens, mesmo à frente dos nossos olhos, só à espera de serem reconhecidas?

CAPÍTULO 1

O «eu» independente

Quando era pequeno, nunca convivi com doenças graves nem com as dificuldades da velhice. Os meus pais, ambos médicos, eram saudáveis e estavam em boa forma física. Eram imigrantes indianos e criaram-me, a mim e à minha irmã, na pequena cidade universitária de Athens, no Ohio, por isso cresci longe dos meus avós. A única pessoa idosa que eu costumava encontrar regularmente era uma mulher que vivia na nossa rua e me deu aulas de piano no segundo ciclo. Mais tarde, ela adoeceu e teve de mudar de casa, mas não me passou pela cabeça perguntar-me para onde teria ido nem o que seria feito dela. A experiência de uma velhice moderna estava completamente fora da minha realidade.

Na faculdade, porém, comecei a namorar com uma rapariga do meu dormitório, chamada Kathleen, e no Natal de 1985, numa visita a casa dela, em Alexandria, na Virgínia, conheci a avó dela, Alice Hobson, que na época tinha setenta e sete anos. Achei-a uma pessoa vivaz e muito independente. Não tentava disfarçar a idade. Não pintava o cabelo branco e usava-o liso, com a risca ao lado, ao estilo da atriz Bette Davis. Tinha as mãos manchadas da idade e a pele enrugada. Vestia blusas e vestidos simples e impecavelmente passados a ferro, usava um batom discreto e andava de saltos altos, quando muita gente consideraria que já não tinha idade para isso.

Como vim a descobrir ao longo dos anos – porque a Kathleen e eu acabámos por nos casar –, a Alice foi criada numa povoação rural na Pensilvânia, conhecida pelas suas plantações de flores e cogumelos. O pai era floricultor e cultivava cravos, malmequeres e dalias, em estufas sem-fim. Alice e as irmãs foram as primeiras pessoas da família a frequentar o ensino superior. Na Universidade de Delaware, Alice conheceu Richmond Hobson, um aluno de Engenharia Civil. Devido à Grande Depressão, tiveram de esperar seis anos depois de se licenciarem para terem meios financeiros para se casarem. Nos

primeiros anos de casamento, a Alice e o Rich mudavam de casa com frequência por causa do trabalho dele. Tiveram dois filhos, o Jim, o meu futuro sogro, e depois o Chuck. O Rich foi contratado pelo Corpo de Engenheiros do Exército e tornou-se especialista na construção de grandes barragens e pontes. Uma década depois, foi promovido a um cargo no gabinete da chefia, na sede nos arredores de Washington, onde permaneceu até ao fim da carreira. Ele e a Alice instalaram-se em Arlington. Compraram um carro, fizeram viagens de automóvel pelos quatro cantos do país e, ao mesmo tempo, conseguiram fazer umas economias. Puderam mudar-se para uma casa maior e mandar os filhos intelectuais para a universidade sem terem de contrair empréstimos.

E depois, um dia, numa viagem de negócios a Seattle, o Rich teve um ataque cardíaco. Ele tinha um historial de angina e tomava comprimidos de nitroglicerina para aliviar as pontadas ocasionais de dores no peito, mas corria o ano de 1965 e, nessa época, os médicos não podiam fazer muita coisa em relação às doenças cardíacas. Ele morreu no hospital antes que a Alice lá pudesse chegar. Tinha apenas sessenta anos, e a Alice cinquenta e seis.

Com a pensão que recebia do Corpo de Engenheiros do Exército, ela conseguiu manter a casa de Arlington. Quando a conheci, ela vivia sozinha naquela casa, na Greencastle Street, há vinte anos. Os meus sogros, o Jim e a Nan, moravam perto, mas a Alice era completamente independente. Cortava ela própria a relva do jardim e sabia tratar das canalizações. Ia ao ginásio com a amiga Polly. Gostava de costura e tricô e de criar peças de roupa, uns cachecóis e umas rebuscadas meias natalícias vermelhas e verdes para a família toda, com o pormenor do Pai Natal com um botão cor-de-rosa a fazer de nariz e os nomes escritos no cós. Criou um grupo que fazia uma subscrição anual para assistir a espetáculos no Kennedy Center for the Performing Arts. Conduzia um grande *Chevrolet Impala V8*, sentada em cima de uma almofada para conseguir ver a estrada. Tratava das coisas do dia-a-dia, visitava a família, dava boleia a amigas e distribuía refeições porta a porta a pessoas com mais fragilidades do que ela.

Com o passar dos anos, tornou-se difícil não nos perguntarmos quanto mais tempo conseguiria ela manter aquele estilo de vida. Era uma mulher franzina, de um metro e cinquenta no máximo,

e, embora se eriçasse se alguém falasse nisso, perdia altura e forças a cada ano que passava. Quando me casei com a neta dela, a Alice sorriu de orelha a orelha e abraçou-me com força, dizendo-me que o casamento a deixara muito feliz, mas que estava demasiado afetada pela artrite para poder dançar comigo. E continuou a viver na sua própria casa, levando uma vida independente.

Quando o meu pai a conheceu, ficou surpreendido por saber que ela vivia sozinha. Ele era urologista, o que significava que via muitos doentes idosos e ficava sempre incomodado quando sabia que viviam sozinhos. Segundo ele, se ainda não tinham necessidades de monta, mais cedo ou mais tarde isso ia acontecer e, sendo oriundo da Índia, achava que cabia à família a responsabilidade de acolher os idosos, fazer-lhes companhia e cuidar deles. Desde que chegara a Nova Iorque, em 1963, para fazer o internato, o meu pai abraçara praticamente todos os aspetos da cultura americana. Abdicou do vegetarianismo e descobriu o mundo dos encontros românticos. Arranjou namorada, uma interna de Pediatria de uma parte da Índia onde não falavam a língua dele. Quando casou com ela, em vez de deixar o meu avô escolher-lhe uma mulher conveniente, a família ficou escandalizada. Ele tornou-se adepto fervoroso do ténis, presidente do Clube dos Rotários da zona e um contador de anedotas picantes. Um dos seus dias de maior orgulho foi o 4 de julho de 1976, o bicentenário da nação, em que recebeu a cidadania americana na presença de centenas de pessoas a aclamarem, no palanque da Feira do Condado de Athens, entre o leilão de porcos e o concurso de demolição. Mas uma coisa à qual nunca se conseguiu habituar foi à maneira como tratamos os nossos velhos e frágeis: deixamo-los viver em solidão ou isolamo-los numa série de instituições impessoais, onde passam os seus derradeiros momentos conscientes na companhia de enfermeiras e médicos que mal sabem como se chamam. Era o extremo oposto do mundo em que ele fora criado.

O pai do meu pai teve o tipo de velhice tradicional que, do ponto de vista ocidental, parece idílico. Sitaram Gawande era agricultor numa aldeia chamada Uti, a quinhentos quilómetros de Bombaim, no interior, onde os nossos antepassados cultivavam a terra há séculos.

Lembro-me de o ir visitar com os meus pais e a minha irmã, mais ou menos na mesma altura em que conheci a Alice, já ele tinha mais de cem anos. Era, de longe, a pessoa mais velha que eu conhecia na vida. Usava uma bengala e caminhava vergado pela cintura como uma haste de trigo dobrada. Era tão surdo que as pessoas tinham de lhe gritar ao ouvido por um tubo de borracha. Estava fraco e às vezes precisava de ajuda para se levantar de uma cadeira. Mas era um homem cheio de dignidade, com um turbante branco muito bem apertado, um casaco de malha castanho aos losangos, sem gelhas, e uns óculos antiquados, de lentes grossas, do género dos do Malcolm X. Estava rodeado e amparado pela família a tempo inteiro e era venerado, não apesar da idade, mas precisamente por causa dela. Era consultado sobre todas as questões importantes – casamentos, disputas de terras, decisões de negócios – e ocupava um lugar de grande honra na família. À hora das refeições, ele era o primeiro a ser servido. Quando iam jovens a casa dele, faziam uma vénia e tocavam-lhe nos pés, num gesto de humildade.

Na América, ele teria seguramente sido mandado para um lar de idosos. Os profissionais de saúde têm um sistema formal para classificar as pessoas consoante o seu grau de autonomia. Se não conseguir, sem ajuda, usar a casa de banho, comer, vestir-se, lavar-se, arranjar-se, sair da cama, levantar-se de uma cadeira e falar – as oito «Atividades da vida diária» –, uma pessoa não tem capacidade para a autonomia física básica. Se não conseguir fazer as compras sozinha, preparar a sua própria comida, tratar da casa, cuidar da roupa, tomar a medicação, fazer telefonemas, viajar sozinha e tratar das finanças – as oito «Atividades independentes da vida diária» –, a pessoa não tem capacidade para viver sozinha em segurança.

O meu avô só conseguia fazer algumas das atividades básicas de uma pessoa independente e umas quantas das mais complexas. Mas, na Índia, isto não tinha mal. A situação dele não desencadeou nenhuma reunião familiar de emergência, nem discussões angustiadas sobre o que fazer com ele. Era ponto assente que a família se certificaria de que o meu avô poderia continuar a viver como desejava. Um dos meus tios e a respetiva família viviam com ele e, com um pequeno rebanho de crianças, netos e sobrinhos sempre por perto, nunca lhe faltou ajuda.

Este contexto familiar permitiu-lhe manter um estilo de vida de que poucas pessoas idosas podem desfrutar nas sociedades modernas. A família fez com que ele pudesse, por exemplo, continuar a ser proprietário e a gerir a quinta, que construíra do nada – aliás, com menos do que nada. O pai dele tinha perdido tudo, exceto um hectare hipotecado e dois touros escanzelados, para um agiota, num ano em que a colheita fora uma desgraça. Ele morrera a seguir, deixando a Sitaram, o filho mais velho, as suas dívidas. Com apenas dezoito anos e acabado de casar, Sitaram foi obrigado a trabalhar por conta de outrem no único hectare que restava à família. A dada altura, a única comida que ele e a noiva tinham dinheiro para comprar era pão e sal. Estavam a morrer à fome. Mas ele rezou e trabalhou afincadamente com o arado e as suas preces foram atendidas. A colheita foi espetacular. Ele conseguiu não só pôr comida na mesa, mas também pagar as dívidas. Nos anos que se seguiram, transformou o seu hectare em mais de oitenta e tornou-se um dos proprietários rurais mais ricos da aldeia e ele próprio um agiota. Teve três mulheres, tendo sobrevivido a todas, e treze netos. Dava importância à educação, ao trabalho árduo, à frugalidade, a subir na vida a pulso, a manter-se fiel às suas raízes e a responsabilizar os outros no sentido de adotarem a mesma conduta. Ao longo da vida, acordou sempre antes de amanhecer e só se deitava depois de fazer uma inspeção noturna de cada hectare das suas terras a cavalo. Mesmo depois dos cem anos, teimava nisso. Os meus tios tinham medo de que ele caísse – estava fraco e com pouco equilíbrio –, mas eles sabiam que aquilo era importante para ele, por isso arranjaram-lhe um cavalo mais pequeno e certificaram-se de que alguém o acompanhava sempre. Fez a ronda das suas terras até ao ano em que morreu.

Se vivesse no Ocidente, isto teria parecido um absurdo. Não é seguro, teria dito o médico. Se ele insistisse em andar a cavalo e depois sofresse uma queda e fosse parar às Urgências com uma fratura do fémur, o hospital não o deixaria voltar para casa. Insistiriam para que fosse para um lar da terceira idade. Mas, no mundo pré-moderno do meu avô, a maneira como ele queria viver era uma escolha sua e o papel da família era simplesmente viabilizá-la.

O meu avô acabou por morrer com quase cento e dez anos, na sequência de uma queda de um autocarro em que bateu com a cabeça.

Foi ao tribunal de uma cidade vizinha, em trabalho, o que parece uma loucura, mas era uma prioridade para ele. O autocarro começou a andar quando ele ainda ia a sair e, embora fosse acompanhado por um familiar, caiu. Muito provavelmente sofreu um hematoma subdural, isto é, uma hemorragia intracraniana. O meu tio levou-o para casa e, nos dias que se seguiram, ele foi-se apagando. Pôde viver como queria e com a família à sua volta até ao finzinho.

Durante a maior parte da História da humanidade, para as pessoas que viviam até uma idade avançada, a experiência de Sitaram Gawande era a norma. Os idosos eram tratados em sistemas multigeracionais, em que muitas vezes viviam três gerações debaixo do mesmo teto. Até quando a família nuclear substituiu a família alargada (como aconteceu na Europa do Norte, há vários séculos), os idosos continuaram sem ter de enfrentar as vicissitudes da idade sozinhos. Normalmente, os filhos saíam de casa dos pais assim que tinham idade para constituir família, mas geralmente havia um filho que ficava, com frequência a filha mais nova, se os pais vivessem até uma idade avançada. Foi o destino que coube à poeta Emily Dickinson, em Amherst, no Massachusetts, em meados do século XIX. O irmão mais velho saiu de casa, casou-se e constituiu família, mas ela e a irmã mais nova ficaram a viver com os pais até eles morrerem. O pai de Emily viveu até aos setenta e um anos, quando ela já tinha entrado na casa dos quarenta, e a mãe viveu ainda mais tempo. Ela e a irmã acabaram por passar a vida inteira no lar paterno.

Por mais distinta que a vida dos pais de Emily Dickinson na América possa parecer da vida de Sitaram Gawande na Índia, ambas assentavam em sistemas que partilhavam da vantagem de resolverem facilmente a questão do cuidado dos idosos. Não era necessário poupar dinheiro para assegurar uma vaga num lar da terceira idade, nem para pagar a entrega de refeições ao domicílio. Era ponto assente que os pais continuariam a viver na sua própria casa, com o auxílio de pelo menos um dos filhos que tinham criado. Nas sociedades contemporâneas, pelo contrário, a velhice e a doença deixaram de ser uma responsabilidade partilhada entre várias gerações e tornaram-se uma espécie de estado privado: algo vivido em grande parte a sós ou

com a ajuda de médicos e instituições. Como é que isto aconteceu? Como é que passámos da vida de Sitaram Gawande para a de Alice Hobson?

Uma das respostas é que a própria velhice mudou. No passado, era pouco comum as pessoas viverem até chegarem a velhas e as que de facto sobreviviam até tão tarde cumpriam uma função especial enquanto guardiãs da tradição, do conhecimento e da história. Normalmente mantinham o seu estatuto e autoridade enquanto chefes da casa até morrerem. Em muitas sociedades, os idosos não só granjeavam respeito e obediência, mas também chefiavam rituais sagrados e detinham poder político. Era tanto o respeito dado aos idosos que as pessoas costumavam fingir que eram mais velhas do que na realidade eram e não mais novas, quando diziam a idade. As pessoas sempre mentiram sobre a idade. Os demógrafos chamam a este fenómeno «arredondamento da idade» (*age heaping*) e engendraram complexas manobras quantitativas para corrigir as mentiras dos recenseamentos. Repararam também que, no século XVIII, nos Estados Unidos e na Europa, o rumo das nossas mentiras mudou. Enquanto hoje, muitas vezes, as pessoas tiram anos à sua idade real quando os recenseadores fazem a recolha de dados, estudos sobre recenseamentos passados revelaram que, antigamente, as pessoas costumavam dizer que eram mais velhas. A dignidade da velhice era algo a que toda a gente aspirava.

Mas a idade perdeu o seu valor de coisa rara. Na América, em 1790, as pessoas com sessenta e cinco anos ou mais constituíam 2 por cento da população; hoje, constituem 14 por cento. Na Alemanha, Itália e no Japão, excedem os 20 por cento. A China é atualmente o primeiro país na terra com mais de cem milhões de pessoas idosas.

Quanto ao domínio que os idosos costumavam ter sobre o conhecimento e a sabedoria, também isso foi minado, graças às tecnologias de comunicação, a começar pela escrita em si e acabando na Internet e por aí fora. As novas tecnologias criam igualmente novas ocupações e requerem novas mestrias, o que corrói ainda mais o valor de uma longa experiência e de uma opinião apurada. Antigamente, era natural recorrermos a uma pessoa de idade para que ela nos explicasse o mundo. Hoje, consultamos o Google e, se tivermos problemas com o computador, pedimos ajuda a um adolescente.

Creio que, acima de tudo, o facto de vivermos mais tempo acarretou uma mudança na relação entre novos e velhos. Tradicionalmente, os pais eram uma fonte de estabilidade crucial, de conselhos e proteção económica para as jovens famílias que procuravam caminhos para uma vida segura. E como normalmente os proprietários de terras se agarravam às suas propriedades até morrerem, os filhos que sacrificavam tudo para cuidar dos pais sabiam que herdariam todo o património, ou pelo menos uma parte maior do que os filhos que se fossem embora. Mas, assim que os pais começaram a viver assumidamente mais tempo, surgiu tensão entre as gerações. Para os jovens, o sistema familiar tradicional tornou-se menos uma fonte de segurança e mais uma luta pelo controlo: controlo das propriedades, das finanças e inclusive das decisões mais básicas sobre como podiam viver.

E de facto, na família tradicional do meu avô Sitaram, a tensão geracional estava sempre latente. Podem imaginar como se sentiram os meus tios, quando o pai fez cem anos e eles próprios entraram na velhice, ainda à espera de herdarem as terras e ganharem independência económica. Soube de batalhas amargas que foram travadas em famílias da aldeia, entre os idosos e os filhos adultos por causa de terras e dinheiro. No último ano de vida do meu avô, houve uma discussão irada entre ele e o meu tio que vivia com ele. A causa que esteve na origem não é clara: talvez o meu tio tenha tomado uma decisão de negócios sem consultar o meu avô; talvez o meu avô tenha querido sair e ninguém se prontificou para o acompanhar; talvez ele gostasse de dormir com a janela aberta e eles com a janela fechada. Fosse qual fosse o motivo, a discussão culminou (dependendo de quem contava a história) com o Sitaram ou a sair intempestivamente de casa a meio da noite ou a ser expulso de casa. Não se sabe como, mas ele conseguiu chegar a casa de outro familiar, que ficava a quilómetros de distância, e durante dois meses recusou-se a regressar à sua quinta.

O desenvolvimento económico global alterou drasticamente as oportunidades dos jovens. A prosperidade de países inteiros depende da vontade de os jovens se libertarem das grilhetas das expectativas familiares e seguirem o seu próprio caminho: procurar emprego onde quer que seja, escolher a carreira que lhes apetecer, casar com quem quiserem. Foi o que aconteceu com o meu pai, cujo percurso

o levou de Uti para Athens, no Ohio. Deixou a aldeia, primeiro, para frequentar a Universidade de Nagpur e, depois, para fazer carreira nos Estados Unidos. À medida que foi progredindo na profissão, foi mandando cada vez mais dinheiro para a família na Índia, ajudando assim a construir novas casas para o pai e os irmãos, a levar água potável e telefones à aldeia e a instalar sistemas de irrigação que asseguravam as colheitas, mesmo quando as estações das chuvas eram más. Mandou inclusive construir um instituto superior rural ali perto, ao qual deu o nome da mãe. Mas não havia como negar que ele partira e não ia regressar.

Por muito incomodado que o meu pai tenha ficado com a maneira como a América trata os idosos, a verdade é que a velhice mais tradicional do meu avô só foi possível porque os irmãos do meu pai não saíram de casa como ele. Pensamos, nostalgicamente, que queremos o tipo de velhice que o meu avô teve. Se não o temos, porém, é porque, na realidade, não é verdadeiramente isso que desejamos. O padrão histórico é claro: assim que as pessoas obtinham os meios e a oportunidade para abandonarem esse modo de vida, faziam as malas e partiam.

O pormenor fascinante é que, com o tempo, não parece que os idosos tenham tido uma pena por aí além de ver os filhos sair de casa. Os historiadores afirmam que os idosos da era industrial não sofreram economicamente e não se sentiram descontentes por ficarem sozinhos. Em vez disso, com as economias crescentes, ocorreu uma mudança no padrão que pautava o direito de propriedade. Quando os filhos saíram de casa em busca de oportunidades noutras lugares, os pais que viviam até mais tarde perceberam que podiam alugar ou inclusive vender as suas terras em vez de as legarem aos filhos. Os salários mais altos e, depois, os sistemas de pensões permitiram a cada vez mais pessoas acumular economias e propriedades e, por conseguinte, manter o controlo económico das suas vidas na velhice, libertando-as da necessidade de trabalhar até à morte ou à invalidez total. Começou a delinear-se o conceito radical de «reforma».

A esperança de vida, que em 1900 não chegava aos cinquenta anos, disparou para mais de sessenta na década de 1930, graças às

melhorias verificadas na alimentação, saneamento e cuidados médicos. O tamanho das famílias caiu de uma média de sete filhos, em meados do século XIX, para apenas três filhos, após 1900. A idade média com que as mulheres tinham o último filho também diminuiu: da menopausa para trinta ou mais jovem. Como resultado, muito mais pessoas viviam o tempo suficiente para ver os filhos chegar à idade adulta. No início do século XX, uma mulher teria cinquenta anos quando o último filho atingisse a maioridade, com vinte e um anos, em vez de ser sexagenária, como no século anterior. Os pais passaram a dispor de muitos anos, uma década ou mais, antes de eles ou os filhos se terem de preocupar com a velhice.

Portanto, o que fizeram foi andar para a frente, exatamente como os filhos. Dada a oportunidade, tanto os pais como os filhos viram na separação uma forma de liberdade. Sempre que os idosos dispõem de meios financeiros, têm optado por uma coisa a que os sociólogos chamam «intimidade à distância». Enquanto na América do início do século XX, 60 por cento das pessoas com mais de sessenta e cinco anos moravam com um filho, nos anos 60 a proporção já tinha caído para 25 por cento. Em 1975, estava abaixo dos 15 por cento. O padrão é mundial. Só 10 por cento dos europeus com mais de oitenta anos vive com os filhos e quase metade vive completamente sozinha, sem um cônjuge. Na Ásia, onde a ideia de um progenitor idoso ficar a viver sozinho sempre foi tradicionalmente considerada uma vergonha – que era a opinião do meu pai –, está a ocorrer a mesma mudança radical. Na China, no Japão e na Coreia, as estatísticas nacionais mostram que a percentagem de idosos que vivem sozinhos está a subir rapidamente.

Na verdade, isto é sinal de um enorme progresso. As opções para os idosos proliferaram. Del Webb, um construtor do Arizona, popularizou o termo «comunidade de reformados» em 1960, ao inaugurar a Sun City (Cidade do Sol), um bairro em Phoenix que foi um dos primeiros a aceitar apenas reformados como moradores. Na época, a ideia foi controversa. A maior parte dos construtores imobiliários achava que os idosos queriam ter mais contacto com as outras gerações. Webb achava que não. Acreditava que as pessoas, na sua última fase da vida, não queriam viver como o meu avô, com a família a estorvar. Construiu Sun City como um lugar com uma visão alternativa