



—  
FINALISTA  
DO PRÊMIO  
*Pulitzer*  
—

LOUISE ARONSON

# Além da Envelhescência

—  
Redefinindo o envelhecimento,  
transformando a medicina e  
reimaginando a vida



**ALTA LIFE**  
EDITORA

Rio de Janeiro, 2021

# SUMÁRIO

## **Concepção**

Nota da Autora xvii

## **Nascimento**

1. Vida 3

## **Infância**

2. Bebê 13  
MEMÓRIAS · LIÇÕES
3. Criança Pequena 25  
HISTÓRIA · DOENTE · SUPOSIÇÕES
4. Criança 41  
CASAS · RESSURREIÇÃO · CONFUSÃO · PADRÕES · O OUTRO
5. Pré-adolescente 63  
NORMAL · DIFERENTE
6. Adolescente 75  
EVOLUÇÃO · PERVERSÕES · REJUVENESCIMENTO · LACUNAS · ESCOLHAS

## **Maturidade**

7. Jovem Adulto 103  
TRAUMA · MODERNO · DOCTRINAÇÃO · ERROS · COMPETÊNCIA ·  
VERGONHA · VIESES

8. Adulto 133  
INDIFERENTE · LINGUAGEM · VOCAÇÃO · DISTÂNCIA · VALORES ·  
VERDADE · BIOLOGIA · DEFESA · TERCEIRIZADO · FANÁTICO
9. Meia-Idade 185  
FASES · AJUDA · PRESTÍGIO · COMPLEXIDADE · COMBUSTÃO · ATRAENTE ·  
DESILUSÃO · PRIORIDADES · EMPATIA
10. Veterano 229  
IDADES · PATOLOGIA · COMUNICAÇÃO · LIBERDADE · PASSADO ·  
LONGEVIDADE · À PROVA DE CRIANÇAS · RECLAMAÇÃO

## **Velhidade**

11. Velho 259  
EXCEPCIONAL · FUTURO · ANGÚSTIA · VALOR · AMADO · LUGARES ·  
CONFORTO · TECNOLOGIA · SIGNIFICADO · IMAGINAÇÃO · CORPOS ·  
CLASSIFICAÇÃO
12. Idoso 307  
INVISIBILIDADE · DUALIDADE · CUIDADO · EDUCAÇÃO · RESILIÊNCIA ·  
ATITUDE · DESIGN · SAÚDE · PERSPECTIVA
13. Ancião 343  
TEMPO · NATUREZA · HUMANO · CONSEQUÊNCIAS · ACEITAÇÃO

## **Morte**

14. Histórias 375

## **Coda**

Oportunidade 381

Notas 383

Bibliografia 419

Índice 423

# CONCEPÇÃO

*O corpo envelhecido nunca é apenas um corpo submetido ao declínio celular e orgânico definitivo, pois, ao se mover pela vida, é continuamente marcado e remarcado por significados culturais.*

— Mike Featherstone e Andrew Wernick

AMOSTRA

## NOTA DA AUTORA

Este livro começou tratando da velhice e acabou se tornando mais do que isso, incluindo assuntos médicos e o que significa ser humano. Sua evolução me surpreendeu, como médica e como uma pessoa passando pelo processo de envelhecimento. Ele se transformou em algo ao mesmo tempo convencional e contracultural, baseado em fatos e ficção, afetuoso e obstinado, parte grito de guerra e parte lamento, uma mistura de alegria, fascínio, frustração, revolta e esperança sobre a velhice, a medicina e a vida norte-americana.

As histórias deste livro são verdadeiras até onde consigo me lembrar. Ao serem relatados sob o ponto de vista de um médico ou de um paciente, e de uma enfermeira, um administrador ou de um familiar, os mesmos eventos e crises podem parecer não ter relação. A memória é falha, maleável e significativa. A perspectiva depende da sua posição e de quem você é, no contexto, no papel, na atitude e nos valores.

A variação que ocorre nas histórias imediatamente após um evento é enorme e isso só tende a aumentar depois de um tempo. Fiz o melhor que pude para ser precisa e verdadeira em relação a meus próprios pensamentos e sentimentos. Mudei os nomes dos meus pacientes no decorrer do livro e evitei ao máximo mencionar os nomes de colegas e amigos. Quando não tive a permissão do paciente ou de sua família para contar sua história, mudei determinados detalhes reveladores. Essas medidas foram tomadas não apenas para manter os princípios centrais da medicina e as estipulações das leis federais de privacidade na medicina, mas também por total gratidão pelo grande número de pessoas que confiaram a mim seu bem-estar e, assim, ensinaram-me o que é a velhice, como ela deve ser e o que poderia ser.

Este livro também tem uma grande dívida com muitos cientistas, estudiosos e escritores, do passado e atuais. Esses grandes pensadores criaram um corpo de trabalho gigantesco sobre a velhice que deveria ter muito mais influência em nossas vidas e políticas da terceira idade. Uma das minhas maiores esperanças para este livro é que ele leve os leitores a trabalhos de historiadores como Thomas Cole

e Pat Thane; antropólogos, psicólogos e sociólogos como Sharon Kaufman, Becca Levy e Carroll Estes; médicos como Robert Butler, Bill Thomas e Muriel Gillick, e muito outros cientistas e escritores que posso não citar, mas cujos trabalhos aparecem nestas páginas ou nas notas e na bibliografia no final do livro.

Há somente mais uma coisa que você precisa saber antes de virar a página: este livro nem sempre é linear. Ele dança — ou assim espero.

AMOSTRA

# NASCIMENTO

*Nossa humanidade é nosso fardo, nossa vida; não precisamos lutar por ela; precisamos apenas fazer algo infinitamente mais difícil — ou seja, aceitá-la.*

— James Baldwin

AMOSTRA

# 1. VIDA

Como muitos médicos, optei pela medicina porque queria ajudar pessoas. E, como muitos estudantes de medicina, rapidamente descobri que a formação médica envolve mais as estruturas químicas e a biologia, as doenças e os órgãos, do que a humanidade e a cura.

Na metade do meu primeiro ano, já conhecia todos os reitores e tinha uma coleção de catálogos de outros programas de pós-graduação: saúde pública e antropologia médica; letras, política e psicologia. Isso não foi uma total surpresa; como uma graduanda em história que escolheu o curso por não atender os requisitos de matemática ou ciências, eu era uma improvável aluna de medicina. Mas acreditava que a medicina me possibilitaria fazer a diferença na vida das pessoas de um modo que esses outros cursos não fariam. Ainda assim, por dois anos mantive aqueles catálogos escondidos em meu dormitório, e à noite eu me debruçava sobre suas ofertas variadas de cursos com o entusiasmo de uma criança solta em uma loja de doces. Meus catálogos secretos me forneciam vislumbres de uma visão de mundo que estava ausente de meus livros didáticos e das palestras que frequentava. Lá havia cursos e profissões que reconheciam a particularidade, a complexidade e a ambigüidade das vidas humanas sem reduzi-las a células, partes e processos separados.

Em nosso terceiro ano, minha turma entrou no hospital: uma série de desafios e humilhações. Às vezes parecia que as mudanças frequentes de local, pessoal e especialidades tinham sido projetadas para nos deixar ansiosos e confusos. Aprendemos a trabalhar sem dormir, comer ou ir ao banheiro, sem ar fresco, roupas limpas ou sentimentos de horror e repulsa, sem lágrimas ou folgas. Era brutal, mas ainda assim, para mim, muito melhor do que os dois anos anteriores. Finalmente meus dias incluíam aprendizado sobre pessoas reais com histórias nada menos sedutoras ou significativas do que aquelas em meus romances favoritos. Meu trabalho no hospital me forneceu uma compreensão humana profunda, como a de grandes livros, e a combinou com oportunidades de ser útil para pessoas necessitadas. Assim que comecei a cuidar de pacientes, a medicina se tornou exatamente o que eu esperava quando a escolhi em detrimento de todos aqueles outros campos

que me interessavam por natureza e pelos quais eu parecia mais inerentemente adequada. Eu voltava para casa todas as noites não apenas sentindo que meu tempo havia sido bem gasto, mas também que minha vida importava muito mais, mesmo que minha contribuição ao mundo em geral fosse pequena. Era uma sensação maravilhosa.

Quase trinta anos depois, ainda desfruto esse prazer em ser médica. Agora também sei que a medicina subestima sua missão regularmente, desprezando os tipos de conhecimentos que eu buscava naqueles catálogos. Então muitas partes de nossas complicadas vidas humanas não são adequadas para medição ou experimentação. Apesar de a ciência fornecer informações valiosas e a tecnologia ser transformadora, ambas contemplam os interesses e as crenças de relativamente poucas pessoas que as exercem, e nenhuma é adequada para abordar aspectos cruciais da vida humana, da individualidade ao sofrimento e ao bem-estar. Isso é particularmente verdadeiro depois que uma pessoa completa 60 anos, a idade dos pacientes que trato como geriatra. Deve ser por isso que, embora eu pense que estou trabalhando para eles, meus pacientes acabam me ensinando quais questões realmente importam ao envelhecermos e como as pessoas podem aumentar suas chances de terem vidas boas e significativas.

Em uma manhã nebulosa de 2015, cheguei à Universidade da Califórnia, Berkeley, para um compromisso com o professor Guy Micco. Eu ouvira falar de um exercício que ele fazia todo outono com seus novos alunos do curso de medicina, e queria vê-lo pessoalmente.

Em frente a uma sala de aula abarrotada, Micco pediu a um grupo de dezesseis alunos para anotarem as primeiras palavras que lhe viessem à mente quando ele usava a palavra *velho* ao se referir a uma pessoa.

“Não filtrem”, disse ele. “Apenas escrevam.”

Com seu grosso bigode branco e uma cabeça com poucos cabelos, Micco tinha uma vaga semelhança com Albert Einstein, algo que foi aumentando nas duas horas seguintes devido à sua ampla curiosidade e capacidade de entreter.

Os jovens em volta da única mesa eram alunos do primeiro ano de um programa de pós-graduação conjunta em medicina e saúde pública que descreve seus alunos como “intensamente dedicados a melhorar a saúde mundial”. Eles tinham idades variadas a partir dos 25 anos, e seus currículos demonstravam que tinham intenções boas e extraordinariamente idealísticas.

Os alunos começaram a escrever no papel de rascunho que Micco forneceu para que pudesse coletar respostas e avaliar as tendências ao longo do tempo. Ao passar um minuto, ele mandou parar e então repetiu suas instruções, mas desta vez com a palavra *ancião*.

Alguns alunos balançaram a cabeça — sabiam que estavam sendo manipulados.

Micco faz esse exercício com seus alunos há anos. Os rostos na sala mudavam, mas suas respostas aos dois pedidos, não. Não havia tendências que refletissem mudanças em como os alunos pensavam e sentiam a velhice. Não ainda, pelo menos.

Ele não ficou surpreso quando as associações mais comuns com a palavra *velho* incluíam *enrugado*, *curvado*, *lento*, *careca* e *grisalho*. (“Desculpa, Guy”, disse um aluno a ele um dia, sem ironia.) Muitos também escreveram *fraco*, *frágil*, *debilitado*, *delicado* ou *doente*. Uma minoria considerável escreveu uma variação de *avô*, e vários listaram suas mães, embora geralmente os pais de alunos de medicina tenham idades variadas dos 40 e tantos até os 60 e poucos anos, considerado pela maioria das pessoas como parte da meia-idade. Alguns usaram palavras como *sabedoria*, mas muitos escolheram *triste*, *pejorativo*, *teimoso* e *solitário*. Um escreveu “cheiro de naftalina e fumo velho”.

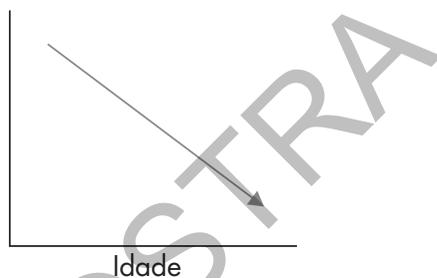
Para *ancião*, a lista era diferente. De longe, a palavra mais comum foi *sábio*. Outras respostas foram *respeito*, *líder*, *experiência*, *poder*, *dinheiro* e *conhecimento*.

Os alunos de Micco estavam nos primeiros meses de um processo que duraria anos. No decorrer de seus quatro anos da faculdade de medicina e outros três a dez anos de residência e especialização, os médicos em treinamento aprendem que os seres humanos têm duas categorias etárias importantes: crianças e adultos. Depois das aulas e estágios obrigatórios em diversas especialidades que esclarecem as diferenças na psicologia, comportamentos sociais e necessidades de saúde entre esses dois grupos etários, eles escolhem se querem trabalhar em hospitais infantis ou para adultos, e como especialistas pediátricos ou em adultos. Ainda que percebam que adultos mais velhos formam 16% da população e mais de 40% dos adultos hospitalizados, ou que os pacientes com mais de 65 anos são o grupo mais propenso a ser prejudicado pelo sistema médico, esse conhecimento será distorcido não só pelas predileções da medicina pela salvação e cura, mas também por comentários de seus professores e mentores como “a não ser que você realmente goste de trocar fraldas de adultos, não perca seu tempo” ao aprender geriatria.

Micco não faz esse exercício para convencer seus alunos de que pessoas idosas são dignas de seu tempo e atenção como médicos. Ele sabe que não pode vencer

essa batalha. E me contou, em uma manhã ensolarada de inverno alguns meses mais tarde quando o encontrei para tomarmos um café, que o problema não é a juventude ou a inexperiência dos alunos. Ele fez exatamente o mesmo exercício com colegas de hospital e amigos com trabalhos nada relacionados à medicina, e recebeu exatamente as mesmas palavras, até mesmo quando esses próprios médicos, enfermeiros e amigos consideravam se enquadrar nessa categoria. Ele acha que a palavra *velho*: “Já era. Está acabada. Muito carregada de negatividade para ser usada pelas pessoas.”

Micco tirou uma caneta do bolso e colocou um guardanapo de papel no espaço entre nós em cima da mesa. E desenhou um gráfico básico. “É assim que a maioria das pessoas vê a velhice.”



“Qual é o outro eixo?”, perguntei. Ou seja, o que as pessoas achavam que caía tão implacavelmente da juventude para a velhice?

Micco me encarou. “Qualquer coisa”, disse. “Tudo.”

Eu sabia que ele tinha razão. Embora essa visão do envelhecimento seja apenas parcialmente correta, todos acreditam nela, inclusive os idosos. Os alunos idealistas, amigos afetuosos e colegas de Micco definem *velho* com palavras negativas porque é a visão predominante da nossa cultura. A essa altura na história, é também a visão predominante no planeta. Mas é claro que essa visão negativa singular da velhice não conta a história toda. Eles escrevem palavras positivas em resposta a *ancião*, o sinônimo de *velho*, porque essas características afirmativas também são verdadeiras. Essa desconexão sugere que eles — e o resto de nós — estão deixando algo passar despercebido quando pensam na velhice. No mínimo, estão perdendo uma oportunidade de olhar o terço final da vida com a mesma preocupação, curiosidade, criatividade e rigor com que veem os primeiros dois terços.

Nos meses que antecederam meu encontro com Micco, como muitos médicos da época, eu às vezes me sentia furiosa, magoada e impotente. Ficava obcecada pelas forças e pessoas que trabalhavam para boicotar pacientes, médicos e nosso sistema de saúde em geral. No século XX, a medicina norte-americana ficou mais interessada em cosméticos e catástrofes do que na promoção e preservação da saúde e do bem-estar humano. No século XXI, ela venera máquinas, genes, neurônios, corações e tumores, mas se preocupa pouco com a sanidade, a locomoção, a alimentação, a fragilidade ou o sofrimento. Valoriza os adultos em detrimento dos jovens e idosos, e hospitais e unidades de tratamento intensivo a asilos e clínicas. Prioriza o tratamento em vez da prevenção, partes em vez do todo, consertar em vez de cuidar, médias a indivíduos e o novo ao comprovado.

Trabalhando como geriatra em tal sistema, tive que empreender diariamente, muitas vezes, batalhas infrutíferas contra essas forças estruturais para que meus pacientes conseguissem o que precisavam. Em tal sistema, o mais útil para as pessoas de quem eu cuidava (como médica) e me preocupava (como ser humano) não era rentável (coisa que importava para meus chefes e minha instituição) nem era parte reconhecida do meu trabalho (o que importava para mim). Meus pacientes, velhos ou anciões, saudáveis ou doentes, sadios ou frágeis, podiam facilmente conseguir tratamentos de diálise, cirurgias que corrigiam uma parte danificada, mas que destruíam suas vidas, meses de quimioterapia frustrada, longas estadias em unidades de tratamento intensivo, as tomografias de ponta mais recentes e todos os tipos de remédios extremamente caros sem benefícios comprovados para sua faixa etária ou estado de saúde.

O que a maioria *não* conseguia era o tipo de coisa que os deixaria mais confortáveis, funcionais, saudáveis e felizes — coisas como aparelhos auditivos, tempo suficiente com seus médicos ou aulas de ginástica, que ajudariam a tratar muitas de suas doenças crônicas ao mesmo tempo em que aumentariam suas chances de permanecer independentes. Também não conseguiam dois dos elementos mais essenciais do tratamento médico: dados científicos sobre os prós e contras do tratamento recebido ou serem tratados como seres humanos dignos de recursos e preocupações.

Questionar as prioridades, as ferramentas e as estruturas do sistema é proibido na medicina. Alguém que questiona é visto como um reclamão ou alguém que não sabe trabalhar em equipe. Por anos, eu apenas reprimi minhas preocupações ou fui censurada por levantar questões que considerava essenciais a um bom tratamento do paciente e um sistema de saúde mais solidário e eficaz. Mas, em 2015, comecei

a ter problemas de saúde, incluindo perda de visão, ansiedade e artrite, que eram preocupantes tanto prática quanto existencialmente. Essas mudanças me deixaram cara a cara com a probabilidade do desconforto contínuo e a incapacidade muito mais cedo do que eu esperava. Enquanto me ajustava à minha nova realidade, minha capacidade de entender como a medicina se encaixava em nossos mundos social, cultural, econômico e político mais amplos ficou ainda mais aguçada. De repente, ainda saudável no geral, mas também com desafios crônicos, eu me vi entre a juventude e a velhice de um modo que obtive uma visão panorâmica da vida.

Foi então que vi o que estive à minha frente durante toda a minha carreira: que as experiências das pessoas mais velhas em nosso sistema de saúde indicam o quanto o tratamento médico atual é imperfeito para todos. Nós criamos uma sociedade em que fazemos tudo o que for possível para continuar vivos e ainda assim tememos envelhecer, uma cultura que descarta pessoas que não se encaixam nas “especificações de produto” humano mais recente, e um sistema de saúde em que o trabalho da medicina geralmente é incompatível tanto com o sistema quanto com a saúde.

Há mais de 2 mil anos, Aristóteles definiu um todo como “aquilo que tem um começo, um meio e um fim”. Ele mostrou que, em dramas de três atos, cada parte contém diversas cenas e serve a um propósito único. A maioria das vidas humanas segue uma progressão similar, partindo do início, passando por complicações até a conclusão. Até recentemente na história humana, os dramas individuais das pessoas muitas vezes acabavam cedo, no primeiro ato, e certamente antes do cair das cortinas, no que agora consideramos o Ato II. A expectativa de vida média era de 30 a 40 anos, com nascimentos, acidentes e infecções normalmente reduzindo vidas. Atualmente, a longevidade média dobrou. Com tanto tempo a mais, cada ato contém mais cenas, e a maioria de nós chega ao Ato III. Agora, junto da infância e da vida adulta, a grande maioria de nós também pode experimentar um terceiro ato que começa aos 60 ou 70 anos e dura várias décadas. Esse terceiro ato não é uma repetição do primeiro ou do segundo. Muitas vezes na vida ele é como no teatro: o momento do clímax, do desfecho e da resolução de nossa história.

Os dois últimos nos assustam. Queremos desesperadamente que nossa velhice seja longa, significativa e satisfatória, mas a maioria de nós se recusa a abordá-la com a mesma ambição descarada que concedemos automaticamente à infância ou à vida adulta. Nos primeiros anos de minha carreira, eu achava que compreendia a velhice e como criar um Ato III confortável e significativo para meus pacientes.

Mas, assim que meus pais chegaram aos 80 anos e eu fiz 50, percebi que havia me enganado. Eu me vi fazendo os mesmos tipos de piadas e sentindo as mesmas coisas que todos sentem sobre o envelhecimento.

Até então, eu acreditava que a geriatria, com suas ferramentas e seu conhecimento especializado, tinha todas as respostas para a velhice. Mas, se ela abordasse adequadamente a terceira idade, o restante da medicina e todo mundo não teriam adotado nossa filosofia e estratégias? Claramente, a geriatria era para a velhice o que nós médicos chamamos de “necessária, mas insuficiente”, e eu comecei a me perguntar o que estava faltando.

Este livro é minha tentativa de preencher as lacunas observando a terceira idade de novas formas. Ele se baseia na ciência e na medicina, na história, na antropologia, na literatura e na cultura popular. Quem somos e o que valorizamos é revelado em como cuidamos dos doentes. Mas, embora muitas das histórias nestas páginas envolvam pessoas velhas e doentes, este é um livro sobre a vida. Se quisermos que a terceira idade seja algo mais do que uma expansão repugnante de anos ou décadas, precisamos começar a examinar os comos e porquês de nossa atual abordagem.

Para a maioria de nós, o Ato III é longo e variado. Se o virmos de outra forma, nossos sentimentos sobre ele também podem mudar. E, se encararmos e sentirmos a velhice de outra forma, poderemos fazer escolhas diferentes, que mudem nossa experiência da terceira idade para melhor.

# INFÂNCIA

*Somos todos idosos em treinamento.*

— Joanne Lynn, médica

AMOSTRA

## 2. BEBÊ

### MEMÓRIAS

Entre minhas memórias mais antigas da velhice estão os seios. A observação ocorreu no oitavo andar do topo do prédio em que a personagem de Kim Novak viveu no filme *Um Corpo que Cai*, de Hitchcock. Doze anos depois que o filme fez plateias gritarem, minha bisavó casualmente removeu seu roupão, e eu, com meus 6 anos de vida, me segurei para não ficar sobressaltada. A Bisa se sentou em um banquinho estofado em seu provador, um local pequeno com portas de armário espelhadas e pequenas janelas cujas persianas fechadas refletiam uma luz amarela. O ar tinha um cheiro rançoso adocicado, como livros usados que passavam muito tempo em um local sem ventilação. Provavelmente ela tinha acabado de sair de um banho. Minha irmãzinha e eu estávamos de mãos dadas, mas não ousávamos olhar uma para a outra, enquanto a Bisa posicionava um seio gigantesco e depois o outro em um sutiã e puxava as alças até os ombros, conversando enquanto realizava suas tarefas. Mesmo agora é difícil de dizer o que me deixou mais desconfortável: o choque de sua nudez, o volume de seus seios ou a estranheza de seu corpo envelhecido.

A Bisa devia ter seus 80 anos na época, e já que eu considerava meus avós velhos, minha bisavó claramente se classificava como anciã. De várias formas, meus avós e bisavós eram membros daquela última grande categoria conhecida como adultos, pessoas que sabiam muito e podiam dizer às crianças o que fazer. Mas também eram claramente uma classe de pessoas totalmente diferente de meus pais e seus amigos, e apenas parte do que os distinguia deles vinha de sua pele enrugada e cabelos grisalhos, brancos ou a falta deles. As gerações mais velhas da minha família também tinham roupas, comportamentos e pertences mais formais. Quando iam a nossos piqueniques regulares de domingo no Golden Gate Park, as mulheres usavam vestidos ou saias e se sentavam em cadeiras dobráveis em vez de em cobertores espalhados pela grama conosco. Com a exceção dos pijamas ao dormir fora de casa e das roupas de banho na praia, nunca víamos os homens em nada além de camisas polo esportivas ou camisas sociais de botão. Seus apartamentos eram similarmente distintos, com móveis que faziam com que os jantares

de família parecessem mais com visitas a velhos hotéis ou locais históricos do que uma refeição na casa de alguém.

Durante essa mesma fase de minha vida, às vezes eu me via com minha irmã e primas há apenas uma quadra de distância da casa da Bisa, no topo de um morro tão inclinado que a maioria dos moradores locais fazia a volta para poupar seus motores, freios e nervos. Mas não o meu avô, principalmente se tivesse uma ou mais de suas cinco netas no carro. Depois de um jantar na Chinatown e antes das casquinhas de sorvete, ele nos levava até o topo desse morro absurdo e deixava o carro oscilar em seu precipício. Então soltava o freio de mão e largava o volante erguendo os braços. Todas as vezes, nós nos abraçávamos e gritávamos, arquejando e rindo. E, todas as vezes, seu pé ainda estava no pedal do freio e o ritmo, embora parecesse veloz para a gente, teria evocado buzinas e frustrações na maioria das outras quadras. Era difícil de imaginar nos divertirmos mais do que quando que saíamos com Vovô.

Essas duas memórias demonstram por que eu deveria conhecer melhor a terceira idade. Mas, como muitas pessoas, nunca pensei muito no assunto, mesmo quando estava bem diante dos meus olhos. Pensei mais nos seios expostos da Bisa do que em como sua pele flácida, seu odor e a aparência e sensação de seu apartamento afetaram minha experiência. E pensei em todas as noites fantásticas com meu avô, mas não no quanto ele estava se divertindo sendo avô, um papel descrito por várias pessoas como o melhor de suas vidas. Nem considerei realmente como ser de diferentes gerações de terceira idade afetava o que muitos membros mais velhos de nossa família podiam ou não fazer, ou os diversos fatores sociais que possibilitavam uma abordagem de vida mais relaxada, envolvida e brincalhona aos homens. Eu tinha 3 anos quando o marido da Bisa morreu, deixando-a viúva pela segunda vez. Ainda relativamente jovem quando meu bisavô morreu, ela ficara livre para casar novamente. Mas o script para viúvas idosas exigia que a Bisa levasse uma vida discreta com a família e saídas ocasionais, abstenendo-se dos exercícios, de viagens desacompanhadas e do romance. Ela pareceu feliz o bastante durante a vida e saudável aos meus olhos infantis, mas ainda me deixava nervosa. Ela era rígida e censurava com rapidez, certa de sua autoridade. Precisávamos nos arrumar para visitá-la e nos sentar “como mocinhas” em seu sofá. Uma vez, discutindo algum evento esportivo, eu disse que estava suada, e ela me falou que damas não suavam, mas brilhavam. Nesse momento senti que o leve medo que eu sentia dela e minha suspeita de que para mim ela era tanto uma estranha quanto membro da família eram justificados.

A Bisa morreu quando tinha 90 e poucos anos; e sua filha, minha avó, aos 78, depois de anos de alcoolismo. Um histórico familiar de vidas longas não garante que teremos uma também. A Bisa e o Vovô, seu genro, não se davam bem. Por muitos anos eles não se falaram, e minha avó ficou no meio de tudo, as duas principais pessoas de sua vida brigando constantemente e enumerando as falhas um do outro. Embora seus filhos já fossem adultos e bem resolvidos, uma mulher com o passado e a idade de minha avó não buscaria o divórcio, um emprego ou um terapeuta para escapar, se distrair ou se realizar. Em vez disso, havia o álcool, que funcionava como a maioria das drogas quando usado em excesso. Entorpecia a dor, fornecendo breves momentos maravilhosos de trégua, e destruiu sua vida e saúde. A memória mais vívida que tenho dela é de como se engasgava durante o jantar, os olhos esbugalhando, o rosto em pânico, suando e incapaz de respirar. Os adultos na mesa a ignoravam quando isso acontecia. Levei anos para reunir coragem para perguntar o que estava acontecendo e por que eles agiam daquela forma. Ela estava bêbada, disseram, e fez isso consigo mesma. Entendi que sua recusa em ajudá-la era uma punição por decepcioná-los de várias formas, mas não conseguia entender como podiam ficar sentados tão calmamente na presença de seu sofrimento. Quando Vovô engasgava, a sala de jantar ficava um gelo. Finalmente, ela arfava ou colocava a mão sobre a boca e se retirava, e o jantar continuava como se nada tivesse acontecido. A idade de uma pessoa pode ter pouco ou nada a ver com as maneiras como ela sofre.

Existiam poucas restrições para os homens: meu avô pôde se aposentar aos 60 anos do emprego que teve durante 40 e iniciar em um trabalho novo mais esporádico. Como tinha saúde, educação e dinheiro suficiente, seu novo emprego podia satisfazer seus interesses em móveis e viagens enquanto ele aproveitava suas habilidades sociais e de negócios. Ele tinha tempo e recursos para todas as atividades que sempre amou, mas não podia realizar anteriormente quando provia para sua família e construía sua empresa. Quando ficou viúvo, aos 70 e tantos anos, continuou a desfrutar de uma vida social ativa. Embora Vovô sempre fora charmoso e interessado em tudo e em todos, seus 80 e 90 anos foram os melhores anos de namoro de sua vida. Para sua sorte, havia uma escassez de homens nas faixas etárias mais avançadas, o que significava que até mesmo um homem baixo com pouco cabelo podia sair com uma mulher diferente em cada noite da semana se quisesse — e ele queria.

Havia menos idosos na época, e o mundo prestava menos atenção neles. Eu ouvi falar da organização Gray Panthers [Panteras Cinzentas], mas os movimentos dos direitos civis e do feminismo pareciam mais visíveis e relevantes. Histórias

sobre as dificuldades, as oportunidades e as realizações da terceira idade não apareciam nos noticiários diariamente, e os adultos mais velhos ainda não haviam sido classificados pela sociedade como um problema de grandes proporções, um “tsunami prateado”. Essa metáfora, implicando que a nova longevidade humana e o envelhecimento da população levaria a uma destruição da sociedade como um tsunami, só entrou no nosso vocabulário na década de 1980. Agora ela aparece em tudo, da *Forbes* e do *Economist* ao *Washington Post*, o *New England Journal of Medicine* e o National Council of State Legislatures. Sua dominância relativamente recente é o motivo de minha surpresa — relembrando não apenas as décadas de 1960 e 1970, mas ainda antes, no Egito e na China antigos, nos impérios grego e romano, e nos períodos iniciais da história dos EUA — em descobrir que muito do que acreditávamos ser único no envelhecimento, nesse momento de “tsunami”, não era nada novo.

## LIÇÕES

Em junho de 1992, eu me mudei de Boston para São Francisco, com meu diploma recém-conquistado de médica nas mãos, e comeci a responder pelo título de *Doutora*. Isso era absurdo, de várias maneiras.

Formar-se em medicina não significa que uma pessoa tenha o conhecimento ou as habilidades de diagnosticar e tratar pacientes de forma independente. É por isso que médicos recém-formados fazem residência: a fase de três a oito anos de treinamento médico que vem depois da graduação, mas antes de qualquer competência adequada de prática sem supervisão. Uma residência médica em cuidados clínicos primários me levou de volta à minha cidade natal. No Departamento de Emergências do San Francisco General Hospital, onde fiz meu primeiro período, ser uma médica inexperiente não parecia tão preocupante, porque eu estava cercada por enfermeiros e médicos extremamente habilidosos. O mais preocupante era o que acontecia em uma pequena sala de luz fluorescente no quarto andar de um edifício de consultórios médicos na Parnassus Avenue toda terça-feira à tarde. Lá, pessoas dos 19 aos 90 anos apareciam para se consultar com a nova internista, que era eu.

A cada três anos, as clínicas eram transferidas de residentes graduandos a residentes novatos, e muitas vezes elas tinham um foco específico, geralmente uma categoria de doenças ou tipo de pacientes. Não é claro o quanto isso é intencional — por exemplo, um futuro oncologista indicando seus pacientes hospitalizados com câncer a sua própria clínica externa para acompanhamento —, ou se grupos de pacientes com determinadas doenças ou características chegavam a um médico específico por outros meios. Poderia ser o boca a boca, a compatibilidade étnica

e linguística ou um palpite de quem marcava a consulta. O que estava claro para o meu grupo de residentes é que Arlene tinha um número desproporcional de pacientes com diabetes, os de Sammie geralmente eram usuários de drogas, os de Rafael tinham mais probabilidade de falar espanhol ou ter HIV, os de Danny tinham doenças cardíacas complicadas e os de Gerda preferiam uma médica mulher. Muitos dos meus pacientes eram idosos.

Eu tinha 20 e poucos anos, e o velho me parecia muito diferente do que agora. Embora tratasse mais octogenários do que meus colegas residentes, eu também tinha mais pacientes com 60 e 70 e poucos anos, alguns dos quais agora consideraria de meia-idade. Mas, naquela época, “velho” era para mim uma categoria ampla e razoavelmente uniforme, definida por um amálgama de idade, atitude e aparência não especificados mas evidentes. Se alguém perguntasse, eu gostaria de acreditar que teria notado as diferenças consideráveis entre os pacientes de 65 e os de 90 anos, mas, em minha vida médica diária, pacientes com essas idades, embora estivessem a uma geração de distância, eram muito mais similares do que distintos.

Aos 89 anos, pela definição geral, Anne Rowe era idosa.

Eu a conheci em uma tarde quente de terça-feira, mais ou menos um mês depois de ter começado minha residência. Sentada na beirada de uma das cadeiras de tamanho único de vinil caramelo de nossa clínica, os pés de Anne balançavam acima do chão, como os de uma colegial. Ela vestia o que chamava de seus “sapatos de senhora” e um de seus vestidos alegres que eu logo descobriria não terem botões ou zíperes, que eram um desafio para seus dedos deformados.

Ao nos cumprimentarmos, ela me observou por cima do aro de seus óculos bifocais de armação dourada. Ela tinha uma corcunda e o torso comprimido, cabelos perfeitamente brancos com alguns cachinhos e um sorriso de dentes tortos.

“O que aconteceu com o outro médico?”, perguntou ela.

“Ele voltou para o leste”, respondi, fazendo o meu melhor para aparentar ser uma substituta digna.

Os residentes mais antigos que partiam deveriam comunicar seus pacientes, mas eu já havia percebido que isso nem sempre acontecia. Perder o médico de cuidados primários pode ser difícil para alguns pacientes, mas — um fato excepcional em minha clínica — Anne pareceu entender e aceitar o sistema. Isso significou que pudemos ir direto para a abordagem de seu histórico e suas preocupações atuais. Ela tinha uma variedade rotineira de condições — pressão sanguínea alta, artrite, alergias, constipação, azia — e uma longa lista de remédios.

Ao passarmos para o exame físico, ela perguntou: “Que tipo de sobrenome é Aronson?”

“É judeu”, respondi. “Foi dado à família do meu pai na Ilha Ellis porque o sobrenome deles era muito difícil de pronunciar.”

Ela sorriu. Sua família tinha uma história parecida, só que não foram os avós de Anne que fugiram dos massacres do Leste Europeu no início de 1900, mas ela própria. Ela tinha 3 anos em 1906 quando sua família deixou a Bielorrússia e chegou de alguma forma à Dakota do Norte.

Por fim, fiquei sabendo da história de vida de Anne. Naquele primeiro dia, ouvi o bastante para ter uma ideia do grande prazer que é conversar com pessoas mais velhas. A vida de Anne abrangia uma boa parte de um século e muitos continentes, e, como todas as vidas, incluía uma variedade de tragédias e realizações pessoais. Falar com ela era como ser paga para ouvir trechos de romances longos e fascinantes.

Anne saiu da Dakota do Norte ao se formar como professora e aceitar um emprego no exterior. Mais tarde soube que ela se apaixonara e casara com um artista ativista britânico, que talvez pudesse ter sido uma mãe melhor para seu filho e como, depois de alguns anos, divorciou-se do marido irresponsável e se sustentou dando aulas em Porto Rico e Michigan. Naquele primeiro encontro, não falamos de seus anos no Mississippi durante o movimento de direitos civis ou de sua aposentadoria que a fez ir a São Francisco para ficar próxima de seus quatro irmãos ainda vivos, embora eu tenha certeza de que me contara sobre seu trabalho mais recente: cuidadora de sua irmã Bess, um papel que adquirira gradualmente e sem querer. Os outros dois irmãos, um divorciado e um viúvo, dividiam uma casa.

Na época, eu não sabia o quanto esse trabalho era difícil ou perigoso e prejudicial para a saúde física e psicológica do cuidador. Tenho certeza de que esse tópico não foi tratado no curso de medicina, em que os aspectos sociais e pessoais da saúde são mencionados com pouca frequência. O trabalho do médico era tratar a doença.

Como residente do primeiro ano, eu precisava discutir todos os meus pacientes com um clínico mais experiente, que garantiria que eu não deixasse nada passar. Ao aprender mais, eu poderia ser mais seletiva, apresentando apenas os pacientes que eu sabia, sentia ou suspeitava que ainda não tinha o conhecimento ou as habilidades necessárias para tratar. Durante essas consultas, o médico mais experiente garantiria que eu fornecesse um tratamento de alta qualidade e também me ensinaria sobre a avaliação, o raciocínio ou o tratamento clínicos. Isso quase sempre era muito prazeroso.