

A médica que prescreve poesia na lida diária com a morte

Paulo Hebmüller, do Jornal da USP, especial para o USP Online

Um paciente alcoólatra, vítima de cirrose e câncer, com a barriga inchada pela doença e a pele tão amarelada a ponto de a estudante de Medicina que foi visitá-lo fazer a comparação com a cor de um canário - muitos anos depois, ainda é no seu Antônio, o paciente que lhe coube entrevistar no Hospital Universitário (HU) da USP, que a médica Ana Claudia Quintana Arantes identifica o ponto de partida para sua trajetória na área de cuidados paliativos, uma disciplina pouco difundida e que continua cercada por preconceitos no Brasil.

Angustiada porque seu Antônio não conseguia contar sua história - as dores eram grandes demais -, a então terceiranista da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) procurou o professor para saber se havia algum remédio que pudesse aliviá-lo. “Ele fez uma cara de irritado e disse: ‘Eu já tinha dito que era um paciente terminal. Você sabe o que é um paciente terminal?’ Eu disse que sim, mas que ele estava com dor. Aí o professor falou que não tinha nada para fazer”, conta Ana Claudia. “‘Não? Ele está morrendo de dor. Não tem nada para aliviar a dor agora?’ Aí ele respondeu que não, que se eu desse o remédio para dor o fígado não aguentaria. Eu perguntei: ‘Mas você não está me dizendo que não tem mais jeito? Que diferença faz salvar o fígado dele porque não demos analgésico?’ Bom, tomei uma baita de uma cravada...”

O que você fez depois da “cravada” do professor?

Ana Claudia - Saí de lá direto para a Capelania do Hospital das Clínicas. Na época eu era muito carola, toda da Teologia da Libertação, achava que ia mudar o mundo... Fui falar com o capelão, o padre Léo Pessini, chorei tudo o que podia e disse: “Não quero ser médica. Se para quem mais precisa não tem nada pra fazer, o que eu vou fazer?” Era a maior crise, o confronto da vocação com a realidade. Então o padre Léo pegou na minha mão - eu nunca vou me esquecer disso - e falou: “Filha, tem muita coisa

para fazer por esses doentes, e você vai descobrir. Não desiste”. Tempos depois eu o convidei para dar aula no Hospital Albert Einstein e falei: “Olha, eu descobri, viu?”

E como você foi descobrindo?

AC - Quando fui fazer a residência, no Brasil não havia ainda como se especializar em cuidados paliativos e eu não tinha condição de ir para fora do País. Então decidi fazer geriatria, porque a princípio é a área tecnicamente mais próxima da morte. Foi muito legal porque ali você tem uma formação multiprofissional de cara: aprende a conversar e valorizar a opinião do psicólogo, do nutricionista, do assistente social... Os médicos têm mesmo esse problema de ter que dar a última palavra, e a geriatria nesse ponto é mais *light*. Fui em busca desse conhecimento em cuidados paliativos: conforto, qualidade de vida, controle de sintoma, e desde então tenho me dedicado muito a isso.

Como você seguiu a formação?

AC - Depois da residência, fui trabalhar no Albert Einstein com o grupo da oncologia, onde fiquei quase seis anos. Em 2005 o Einstein me convidou para fazer a política de assistência à dor do hospital e eu disse que queria a parte de paliativo como “brinde”. Depois criei a Casa do Cuidar, onde eu podia fazer cuidados paliativos de fato. No hospital você pode fazer, mas toda a estrutura da instituição está voltada para outro ponto de vista. Trabalhar profundamente a questão da terminalidade não é um cartão de visitas. Um hospital não diz: “Venha para cá porque aqui você morre bem”. Na Casa do Cuidar trabalho mais para desenvolver a formação de pessoal do que para atendimento, porque se abrir uma portinha para receber pacientes vai lotar - está cheio de gente morrendo mal... Era preciso desenvolver a qualificação de profissionais da área da saúde que já estavam atendendo esses pacientes. A maioria dos pacientes que recebo vem por indicação de um parente de alguém que eu cuidei. A menor parte é por indicação de médicos. Os médicos têm muita dificuldade em recomendar cuidados paliativos.

Bem, os seus próprios colegas dizem que a diferença entre os médicos de vinte anos atrás e os de hoje é que antes eles achavam que eram Deus, e hoje têm certeza... Mas tem crescido a procura dos pacientes por cuidados paliativos? É uma recusa consciente à chamada obstinação terapêutica?

AC - As coisas estão mudando. Há pessoas de qualquer nível social que têm essa consciência, mas elas são nitidamente superiores. Já peguei paciente analfabeta, que

morava na favela, mas tinha ouvido falar da Casa e tinha essa consciência de finitude muito clara. Ela dizia: “A doença não está respondendo, minha vida está uma droga porque eu tenho muita dor, e os médicos só olham para o meu câncer. Quero uma vida melhor no tempo que tiver e estou buscando ajuda por isso”. Existem também as pessoas superdiferenciadas. Acompanhei o Charlie, um senhor alemão que estava no Einstein. Quando o médico fez diagnóstico de câncer de pulmão, ele disse: “Olha, não quero quimioterapia nem nada, quero morrer em paz”. O médico falou que não dava conta disso e que iria encaminhá-lo para mim. Na primeira conversa, o Charlie perguntou: “Você é uma médica capaz de me deixar morrer naturalmente?” Eu disse: “Sou, só que é *naturalmente*. Não vou adiantar nada, não me peça para acelerar o processo.”. Ele superou muitas limitações. O Charlie era ateu. Não sei se é coincidência ou não, mas todos os pacientes ateus que eu acompanhei tiveram mortes maravilhosas. O pessoal vai na primeira classe, sem estresse nenhum. Podiam não ter religião, mas eram pessoas altamente espiritualizadas, para quem a natureza é sagrada.

Para quem é muito religioso, é mais difícil?

AC - Depende. Existem até umas escalas que falam de *coping* (*enfrentamento*) religioso. Existe o *coping* negativo, que é a pior pedra no sapato, porque é aquele que vai trazer a culpa, a punição. Pior do que isso é se sentir abandonado por Deus: “Puxa, eu fiz tudo certo, fui no culto, paguei o dízimo, não traí, não roubei, mas caramba, Aids? Câncer? Não sou um dos escolhidos? Como Deus fez isso comigo?” Ficar de mal com Deus no fim da vida é muito ruim.

A pessoa que opta pelos cuidados paliativos está tomando consciência de que a morte está chegando. É muito presente a questão dos chamados cinco estágios do luto propostos pela psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross?

AC - Do ponto de vista médico, é uma delícia ter os cinco passos da aceitação, porque você olha para a pessoa e, dependendo do que ela fala, já se põe um rótulo e está resolvido. No filme *Antes de partir*, tem uma cena em que um personagem pergunta para o outro: “Você já pensou em suicídio?”, e o outro responde que não. Aí o primeiro diz: “Ah, então você está negando” (*risos*). As pessoas às vezes passam por todas as fases durante um dia. Não é uma coisa estanque: começa negando, depois vai para a raiva, depois para a barganha, aí fica deprimido, finalmente aceita e tudo está em rosas. Às vezes você vê que o paciente passou por todo esse processo, chegou no final e está lá nos seus últimos dias ainda se perguntando: “Será que se eu parar de

fumar vou melhorar? Ah, vou viajar no fim do ano...” Não é simples. Geralmente quem procura cuidados paliativos o faz pelo sofrimento de continuar o tratamento. É muito difícil você entrar numa segunda ou terceira linha de quimioterapia e ver que não melhora do seu cansaço, da sua dor, que você está definhando, que sua família está definhando... Quando o pessoal lembra de cuidados paliativos e vem, está em busca de água.

Há casos em que a família ainda tenta demover a pessoa da decisão de procurar cuidados paliativos?

AC - Sim, mas temos que ver se a família está preparada. A filha de um senhor me ligou no sábado de manhã, por indicação de uma conhecida. Ele tem 97 anos, está internado há meses na semi-intensiva fazendo diálise, já passou três vezes pela UTI, teve parada cardíaca, foi reanimado, e a família viu que ele está sofrendo muito e pediu pra parar tudo. Só que a partir daí ninguém mais entrou no quarto e a família ficou em dúvida. Cheguei lá numa situação caótica, porque a família tinha pedido para parar tudo no meio de uma aspiração. Uma fisioterapeuta entrou no quarto, disse que tinha que aspirar o paciente, ele falou que não queria, mas três pessoas o seguraram e ela fez na marra. Ele sangrou, descompensou e aí, quando a família falou para parar tudo, nenhum fisioterapeuta queria mais entrar no quarto: “Se é para parar, não vai fazer mais diálise”, diziam. Então ele começou a ficar com falta de ar. E aí, continua-se a diálise ou não?

E o que se faz?

AC - Bom, a gente senta e conversa com a família. O filho me perguntou, no meio das lágrimas: “Doutora, meu pai está morrendo?” “Está” - é a única resposta que posso dar. Então ele disse que, toda vez que perguntava para o médico, a resposta era: “Veja bem, ele tem uma situação assim, assado...” Eu falei: “Está morrendo. Ele tem 97 anos, insuficiência renal, insuficiência cardíaca... Só não sei quanto tempo vai durar esse processo de morte”. Fomos conversando e ajustando e agora a paz reina no quarto - reina tanto que ele melhorou. No dia em que eu quis colocá-lo sentado na poltrona, foi uma comoção na semi-intensiva. “Na poltrona? Como?” Eu falei: “Ele aguenta diálise, por que não vai aguentar uma poltrona?” Foi para a poltrona, conversou com o neto, deu risada, quis experimentar bolo, tudo isso... Daqui a pouco chegou o filho e perguntou: “Pô, você não disse que ele estava morrendo?” E eu: “Sim, mas aproveita”. Eu passo

muito por isso. As pessoas me perguntam como eu explico a melhora, e eu digo: não explico, mas você devia aproveitar em vez de ficar tentando explicar.

Ainda existe preconceito contra cuidados paliativos e o conceito de ortotanásia na classe médica?

AC - Muito. O fato de a medicina ter avançado bastante trouxe para o médico uma perspectiva de infinitas possibilidades. A cada problema, você tem pelo menos três ou quatro jeitos de tentar resolver, fora os experimentais. Tenta o primeiro; se não deu certo vai para o segundo e assim por diante. Alguns médicos pensam que, se você disser que não há o que fazer para reverter o quadro, está demonstrando a sua incapacidade. Isso entra na questão do poder e do ciúme de passar o caso para outro médico. Às vezes, quando o paciente vem para nós, ele melhora tanto que a família fica fula da vida com o médico anterior e começa a perguntar por que não mandou para cuidados paliativos antes. Você soube do artigo que saiu em 2010?

Não.

AC - Em agosto de 2010 saiu um artigo no *New England Journal of Medicine* sobre um grupo de pacientes com câncer de pulmão. No diagnóstico, essas pessoas já tinham doença avançada, com metástase. Metade do grupo seguiu para tratamento convencional, mais o chamado *best supportive care* (cuidados de suporte tradicionais), e a outra metade seguiu para convencional mais cuidados paliativos. O estudo foi fechado com três anos, e 90% dos pacientes tinham falecido. O grupo que recebeu paliativos teve menor incidência de depressão, melhores índices de qualidade de vida, menor incidência de procedimentos invasivos no fim da vida - e a coisa que “chocou” a comunidade: eles viveram três meses a mais. Como assim, se o tratamento medicamentoso é o mesmo? Bom, então agora está começando a ficar antiético não recomendar cuidados paliativos. Se você vai dar uma droga que custa R\$ 15 mil por aplicação para aumentar a sobrevida em uma semana, por que não instituir um programa de tratamento que não está relacionado a drogas novas e que pode prolongar por três meses a vida? E boa vida, com menos depressão, com mais qualidade e chegando no final sem ir para a UTI, sem ser entubado, sem ser submetido a agressividade nos seus últimos dias...

E qual a explicação para esse resultado?

AC - Se você está bem cuidado, é gostoso viver. Se não está bem cuidado, não vale a pena. Cuidar bem não é pegar na mão e fazer carinho. É você estar com sua

família tranquila, com seus sintomas adequadamente controlados - não controlados “meia boca”, com mais ou menos dor, mais ou menos fadiga, mais ou menos náusea. É dor bem controlada, fadiga bem controlada, náusea bem controlada... Essas coisas fazem com que as pessoas vivam mais. No dia a dia do consultório a gente vê pessoas que, tecnicamente, teriam uma expectativa de vida de quatro semanas, mas vivem quatro meses. E todo mundo se pergunta como. Aproveitando, né?

Há pessoas que ficam semanas inteiras num hospital e praticamente não recebem visitas da família. Que histórias mal-resolvidas, e a morte é também um momento de resolvê-las, se escondem por trás disso?

AC - A gente morre do jeito que vive, não tem milagre. Se a gente teve uma vida de más relações, de dificuldades e problemas, isso é um pequeno modelo do que vai acontecer no final. Em geral, quando a pessoa entra em cuidados paliativos, a equipe se compromete muito no trabalho de realinhamento das relações. A gente busca fazer com que as pessoas se reconectem, até para poder encontrar sentido em tudo o que aconteceu no passado. Você tem a chance de ver o que tem que perdoar, pelo que tem que pedir perdão, pelo que tem que agradecer, e essa hora é uma santa oportunidade. Trabalhamos muito, nos conceitos de formação, que a gente não é ninguém para julgar. Se o cara bateu, roubou, ou se foi um mau caráter, não foi com você. Não é o seu papel como profissional de saúde tirar satisfações ou fazer julgamentos. Você vai ajudá-lo a tentar rever essas coisas e tentar fazer com que a família também consiga se reaproximar. O abandono total é mais raro, e buscamos entender se é por falta de amparo social, se o filho não tem como visitar por causa do trabalho, ou se é realmente um problema familiar grave, um nó que precisamos desatar.

Ter mais profissionais com essa formação já repercute na prática dos hospitais ou ainda tem muita briga?

AC - Ainda tem briga pra caramba. Tem obstinação terapêutica, porque “hospital bom” é aquele que tem uma boa UTI, um monte de equipamentos, que *ressuscita* as pessoas. Só que esses hospitais muito bons ao mesmo tempo estão sendo obrigados a se diferenciar entre si com certificados de qualidade internacionais. Esses certificados são importados de locais que dão importância aos cuidados paliativos, então está nas entrelinhas que, para receber a certificação, você tem que ter paliativos. Já melhorou muito, mas ainda tem muita coisa de fachada. Quando você vai aos corredores dos hospitais nas madrugadas, vê que não é tão perfeito assim.

Como as famílias lidam com a situação de um parente que quer morrer em casa?

AC - Quando se pergunta a uma plateia quem quer morrer em casa, muitos levantam a mão. Aí, me perguntam: “E você, Ana?” Eu quero morrer onde estiver segura, e não sei se a minha casa é segura. Dependendo do que eu tiver, é roubada ficar em casa. Aliás, o que a gente tem de assistência domiciliar hoje é um lixo, é muito ruim. Acompanho pacientes atendidos por operadoras chiquérrimas, famosíssimas, e o que se leva para a casa de um paciente em fase final de vida é o pior do pior. Vai o profissional que ninguém quer ter do lado, falta morfina, falta medicação para controlar a náusea... Mas tem lá uma caixinha de reanimação. Eles não se preocupam em buscar conhecimento e formar os profissionais. É preciso ver se a pessoa vai ter tudo o que vai precisar nos seus últimos dias de vida: oxigênio, morfina, sedativo, aspirador para tirar a secreção, um fisioterapeuta à disposição de madrugada... Se não tiver, melhor ficar na UTI. As famílias vão muito no que o médico diz. Se ele convencer a família de que é possível ficar em casa em paz, a família aceita. Mas o médico tem que estar com seu telefone 24 horas no ar. Se não pode fazer isso, não mande paciente para casa.

Ninguém fiscaliza esses serviços de atendimento domiciliar, os famosos home care?

AC - Não, não tem nada. Cada um faz o que quer e diz que faz bem.

Os cuidados paliativos fazem parte de uma estratégia de humanização do atendimento por parte dos hospitais?

AC - Acho que os cuidados paliativos trazem humanidade. Humanização é aparência, uma coisa ligada ao discurso corporativo. O atendimento “humanizado” tem uma paredezinha verde, uma plantinha na porta, uma pessoa treinada para dar sorrisos e dizer que você é bem-vindo... Em paliativos você tem a humanidade no cuidado e nas relações humanas. Gosto muito de uma história da Cicely Saunders (*enfermeira inglesa que viveu entre 1918 e 2005 e é considerada a criadora dos cuidados paliativos modernos*). Quando chegou ao hospital o David Tasma, que foi alguém que a marcou muito e com quem ela teve inclusive uma relação afetiva, ela perguntou: “O que você espera de mim?” Eu acho essa pergunta o máximo. O Tasma estava com câncer avançado, com dor etc., e disse: “De você eu quero o que tiver de melhor na sua mente junto com o que tiver de melhor no seu coração”. Isso é o que resume o nosso trabalho.

Não se pode pensar num profissional de cuidados paliativos que não seja uma pessoa muito boa no que faz. Tem que buscar o melhor em termos de formação, de conhecimento técnico e de atualização, mas tem que ter o coração envolvido.

Você acha que a sociedade brasileira está madura para discutir a adoção do chamado testamento vital, ou diretiva antecipada de vontade?

AC - Não está, mas tem que começar. O novo Código de Ética Médica (de 2010) trouxe cuidados paliativos como ato médico. Então você vai indicá-los para aquele paciente que não tem mais cura, mas a pessoa tem o direito de recusar. Se tem esse direito, é porque sabe o que vai ser feito. Essa conversa pode ser aos poucos, numa consulta de rotina. Em algum momento eu abordo: “Se eventualmente houver uma situação em que você tenha uma doença grave e não possa dizer sim ou não - porque eu vou sempre perguntar se você quer fazer ou não -, quem toma a decisão por você? Para quem eu pergunto? Qual dos seus filhos é mais a sua cara, sabe o jeito que você pensa?” Você vai escolher alguém muito a dedo, para que não seja “aquele” cunhado a tomar a decisão na hora H...

Ou seja, cada caso é um caso?

AC - Sim, porque há um contexto para falar de morte e doença com cada pessoa. Tem que ter um preparo, explicar qual o objetivo, que você não está fazendo essa pergunta porque acha que ela vai morrer na semana que vem. E de tempos em tempos é preciso revalidar essa entrevista sobre a diretiva de vontade antecipada, porque a pessoa pode mudar de ideia.

A pessoa pode até ter se manifestado expressamente diversas vezes a respeito dos procedimentos que quer ou não quer no final da vida, mas na hora a família pode fazer o contrário. Se o paciente está inconsciente, quem decide?

AC - Se a pessoa deixou um procurador, a gente procura respeitar isso. Sempre que converso com os pacientes, digo: deixe claro com a sua família que é o fulano que responde por você. Não adianta chegar na hora e ele não saber. A pessoa não pode falar: “Eu? Minha mãe disse?” É muito frequente no consultório que o eleito diga que não quer ou não consegue, mesmo quando sabe de antemão.

Onde os cuidados paliativos entram na discussão sobre diretiva de vontade antecipada?

AC - Para discutir diretivas antecipadas e aceitar a negativa de um paciente, você precisa estar formado em paliativos, porque tem muita gente que recusa simplesmente porque não aguenta mais. Não é que a pessoa realmente não queira ou não acredite que não vai dar certo - é porque ela está tão exaurida, está sofrendo tanto, que não aguenta mais. Há um estudo muito legal feito na Holanda, onde o suicídio assistido é permitido em alguns casos. Numa instituição, a equipe avaliava e sedava profundamente por 24 a 48 horas todo paciente que pedisse a morte. Depois tiravam a sedação, a pessoa acordava e perguntavam se ela queria mesmo se matar. Se ela quisesse, recebia o instrumental. Mais de 90% das pessoas mudaram de ideia depois dessa sedação. Ou seja, você está cansado, mas não da vida: está cansado e quer morrer porque não aguenta mais. Mas aí você faz “ctr+alt+del”, desliga da tomada, espera um pouquinho... Quando a pessoa está descansada e seus sintomas aliviam, ela acha que vale a pena ficar mais um pouquinho. Nenhum ser humano quer morrer pelo prazer de morrer. Quer morrer porque está doente, está cansado, com medo, com dor, ou porque não se sente ouvido, se sente abandonado... É por isso que você quer a morte: porque aí para todo o seu sofrimento. Se esse sofrimento é aliviado, você fica para fazer a “saideira”.

Você pode citar casos que foram marcantes na sua trajetória?

AC - É difícil escolher. Cada um é de uma história mais bonita e importante, cada um teve seu momento luz. Duas pessoas que me marcaram muito foram o Charlie e a Irene, que eram absolutamente fáceis de se falar sobre a vida e sobre a morte. Muitas vezes eu tenho que ter muitos dedos, muitos olhos, muitos ouvidos para poder sacar se é hora de falar disso ou não, e eles sempre foram muito abertos. A Irene chegou aqui e eu perguntei por que ela havia me procurado, se ela estava com um médico tão bom. Ela disse: “Eu estou cansada de ser paciente de encaixe. Eu queria ter um médico que cuidasse do que eu tenho, e o que eu tenho é uma doença sem cura, que está avançando. Com o oncologista, era sempre ‘eu vou encaixar você’”.

E o Charlie?

AC - No início foi bastante difícil, porque ele queria que eu abreviasse o seu tempo. Ele teve metástase cerebral e não queria ficar hemiplégico (*com paralisia num dos lados do corpo*) ou precisar de alguém para trocar fralda e lhe dar comida. Foi um trabalho muito legal de aos poucos mostrar que você deixar alguém limpar o seu traseiro não é uma humilhação - na verdade é um ato de coragem. Ele foi vendo desse jeito, e sempre me falava: “Olha o sol; ele nasce, vem o dia e ele morre no pôr-do-sol”. E o

Charlie morreu no dia 13 de março de 2010 às 6h02 da tarde, a hora do pôr-do-sol. Foi incrível. E o filho da mãe dizia que não acreditava em Deus! O terceiro que me marcou muito foi o meu pai.

Como foi?

AC - Eu digo que esse trabalho acaba voltando e brinco que não estou fazendo isso porque sou legal - eu quero é me dar bem! Quando chegar a minha vez, quero alguém que me cuide direito, porque eu vou dar trabalho. Fui trabalhar numa instituição de longa permanência, onde me receberam muito bem, numa unidade com moradores muito dependentes ou em condições muito graves, a maior parte em cuidados paliativos. Por dois meses e meio fiz um trabalho de alinhamento da equipe e treinamento, explicando o que é suporte avançado de vida, o que é manutenção, que cuidados paliativos não são abandono, pelo contrário - se o paciente está em paliativos, você dobra a escala para ele, porque a demanda vai ser muito maior. Alinhei com as famílias as diretivas antecipadas, ou seja, expliquei os quadros e perguntei: no caso x ou y, você vai querer que leve para hospital, que vá para a UTI? Existe algum limite de cuidados excepcionais a partir do qual a gente não avance mais? Esse treinamento incluiu desde a copa, faxina, portaria, segurança, enfermagem, tudo... E meu pai foi o primeiro paciente a receber isso. Para mim foi padrão ouro. Quando ele chegou, me ligaram da portaria e o porteiro, o Adriano, falou: “Doutora Ana, vosso pai já está na casa e está tudo bem”. Quando ouvi isso, pensei: estou no céu. O jeito que ele falou ecoa na minha cabeça, é uma coisa que vou lembrar para sempre. Foi tudo liso, perfeito. Quando a gente fala que os cuidados de fim de vida marcam a família para sempre, é porque marcam. Ele ficou lá 48 horas, e nessas últimas 48 horas dele tudo foi feito com tanto cuidado... O técnico de enfermagem que deu o banho parecia que estava num ritual. Fez tecnicamente todos os passos, mas com um respeito por aquela pessoa... Claro que provavelmente estava misturado o fato de que eles gostavam de mim. Constatado o óbito, passaram-se uns dez minutos e chegou a copeira com duas xícaras de chá. Cada um fez o seu papel e sabia o que fazer. O paciente que recebeu cuidados paliativos de primeira linha foi meu pai. Ele morreu no dia 12 de maio de 2010.

Você dá cursos de formação para quem vai cuidar dos outros. Quem cuida de você?

AC - Ah, eu tenho um monte de gente que toma conta de mim (*risos*). E eu me cuido muito. Fiz terapia, corro, estudo, tenho um blog de poesia... Então, eu vivo. Em

cuidados paliativos, um cuida do outro. Quando você tem um caso mais delicado e difícil, tem sempre alguém que diz: “Ei, vamos tomar um café?” É a “senha”. No Einstein, eu comecei na pediatria. Quando eu a Cris (*a psicóloga Cristiane Prade*) íamos para o café e pedíamos a mesa do fundo, o Francisco, um garçom que está lá até hoje, já sabia que era pra gente chorar mesmo. Eu só perguntava: Francisco, tem mesa lá no fundo? “Tem, doutora, pode ir...” Como não tenho garganta de amianto, eu pedia um copo com gelo para colocar no chá. Na segunda vez que aconteceu da gente ir lá pro fundo, não precisou nem pedir. Ele já levou o bolo e o chá com o copo de gelo. Aí a gente ficava lá e chorava, chorava...

Você disse antes que nos tempos de faculdade era “carola”. Como é a sua relação com a religiosidade hoje?

AC - Quando eu me encontrava “carola”, achando que devia mudar o mundo, acreditava que estava no caminho certo em direção a Deus. Mas agora descobri que não existe um caminho certo para encontrar Deus, porque a gente já está dentro d’Ele. A vida é Deus. Nós fazemos parte d’Ele. Perdemos a conexão com Ele e a religiosidade talvez possa ajudar as pessoas que ainda não sabem disso a se “religar” com Deus. Mais do que dogmas, práticas, cultos ou rituais, o que a gente precisa é se dar conta de que o único mundo que pode ser mudado é o nosso mundo interno. Aprendi e tive todas as chances de colocar isso à prova. A conexão com Deus nos aproxima do fluxo da vida, do fluir das relações, das bênçãos de todos os tamanhos e com grandes significados, da solução de conflitos, da libertação dos pesares e dos temores. Um estado de conexão com Deus nos coloca frente a frente com o amor, e onde tem amor não tem medo, não tem morte. Minha fé me diz que o estado de amorosidade do ser humano deveria se tornar algo como a temperatura ou o pH do sangue: perene, necessário ao bom funcionamento de todos os nossos sistemas, internos e externos. É isso que eu vivo.