

CURIOSIDADE MÓRBIDA

A CIÊNCIA E A VIDA
SECRETA DOS CADÁVERES

Mary Roach

Tradução

DONALDSON M. GARSCHAGEN

BR
BR
BR
BR

Copyright © 2003 by Mary Roach

A Editora Paralela é uma divisão da Editora Schwarcz S.A.

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

TÍTULO ORIGINAL Stiff: The Curious Lives of Human Cadavers

CAPA Tamires Cordeiro

ILUSTRAÇÃO DE CAPA Gabriel Silveira

PREPARAÇÃO Silvia Massimini Felix

REVISÃO Julia Barreto e Renato Potenza Rodrigues

CRÉDITO DAS IMAGENS

pp. 3, 141, 177, 223, 249: Corbis/ Latinstock

pp. 15, 31, 101, 117, 149, 197: Getty Images

pp. 53, 77: Photofest

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

Roach, Mary

Curiosidade mórbida: a ciência e a vida secreta dos cadáveres / Mary Roach ; tradução Donaldson M. Garschagen. — 1ª ed. — São Paulo : Paralela, 2015.

Título original: Stiff: The Curious Lives of Human Cadavers.

ISBN 978-85-65530-95-8

1. Dissecção humana 2. Experimentação humana na medicina 3. Mortos I. Título.

15-01305

CDD-611

Índice para catálogo sistemático:

I. Cadáveres : Experimentação humana 611

[2015]

Todos os direitos desta edição reservados à

EDITORA SCHWARCZ S.A.

Rua Bandeira Paulista, 702, cj. 32

04532-002 — São Paulo — SP

Telefone (11) 3707-3500

Fax (11) 3707-3501

www.editoraparela.com.br

atendimentoaoleitor@editoraparela.com.br

Sumário

Introdução	9
1. Não se desperdiça uma cabeça	16
2. Crimes anatômicos	32
3. A vida após a morte	54
4. Mortos ao volante	78
5. Além da caixa-preta	102
6. O cadáver que se alistou no Exército	118
7. O santo cadáver	142
8. Como saber se você está morto	150
9. Cabeças que rolam	178
10. Devora-me	198
11. Sai o fogo, entra a compostagem	224
12. Os despojos da autora	250
Agradecimentos	261
Bibliografia	263

1. NÃO SE DESPERDIÇA UMA CABEÇA

Treinamento cirúrgico com mortos

A cabeça de uma pessoa tem mais ou menos o peso e o tamanho de um frango pronto para assar. Eu nunca tivera ocasião de comparar, porque nunca tinha visto uma cabeça numa assadeira. Mas aqui há quarenta cabeças, cada qual em sua assadeira, com o rosto virado para cima, pousadas sobre uma coisa parecida com um pequeno comedouro de cachorro. As cabeças estão ali para treinamento de cirurgias plásticas — dois por cabeça. Estou assistindo a um curso de atualização em anatomia facial e lifting, patrocinado pelo centro médico de uma universidade do sul dos Estados Unidos e ministrado pelos mais requisitados especialistas em cirurgia estética facial do país.

As cabeças foram arrumadas em assadeiras descartáveis de alumínio pela mesma razão que as galinhas são postas em assadeiras: para coletar fluidos. A cirurgia, mesmo com pacientes mortos, é uma atividade muito organizada. Cada uma das quarenta mesas dobráveis cobertas de tecido plástico lilás tem no centro uma assadeira. Afastadores e retratores de pele estão alinhados de maneira precisa, como os talheres num restaurante. Tudo aquilo lembra um bufê de coquetel. Comento com a moça encarregada de organizar o seminário daquela manhã que o tom lilás confere ao salão um ar de festa de Páscoa. Ela se chama Theresa. Responde que o lilás foi escolhido por ser uma cor calmante.

Fico surpresa ao saber que homens e mulheres que passam a vida esticando pálpebras e fazendo lipoaspiração precisam de coisas calmantes, mas cabeças cortadas podem ser desconcertantes até mesmo para profissionais. Sobretudo cabeças frescas (“frescas” quer dizer que não foram embalsamadas). As quarenta cabeças pertenceram a pessoas que morreram havia poucos dias e por isso ainda têm muito do aspecto que tinham quando essas pessoas estavam vivas. (O embalsamamento endurece os tecidos, tornando as estruturas menos elásticas e a experiência cirúrgica, portanto, menos parecida com uma operação real.)

Até o momento, não se veem os rostos. Estão cobertos por panos brancos, à espera da chegada dos cirurgiões. Quem entra na sala vê apenas os cocurutos, raspados com máquina zero. É como se víssemos fileiras de velhos reclinados nas cadeiras de uma barbearia, com uma toalha quente no rosto. A situação só começa a ficar sinistra quando você vai passando entre as fileiras. Agora se veem cotos, e não estão cobertos. São sangrentos e irregulares. Eu esperava algo cortado com cuidado, como a borda de um presunto de delicatessen. Olhei para as cabeças, depois olhei para as toalhas lilases. Eu me horrorizei, me acalmei, me horrorizei.

Eram bem curtos, esses cotos. Se eu fosse encarregada de cortar as cabeças, deixaria o pescoço junto e daria um jeito de cobrir o sangue. Essas cabeças pareciam cortadas logo abaixo do queixo, como se o cadáver estivesse usando uma gola rulê e o decapitador não quisesse estragar a roupa. Fiquei imaginando quem teria feito esse trabalho.

“Theresa?” Ela estava distribuindo guias de dissecação entre as mesas, cantarolando baixinho.

“Hein?”

“Quem corta as cabeças?”

Theresa responde que as cabeças são decepadas na sala em frente ao vestíbulo por uma mulher chamada Yvonne. Fiquei me perguntando se esse aspecto do trabalho de Yvonne não a perturbaria. Como o de Theresa, que era quem trazia as cabeças para ajeitá-las em seus pequenos suportes. Perguntei-lhe sobre isso.

“Sabe o que faço? Penso nelas como se fossem de cera.”

Theresa está praticando um método tradicional para lidar com situações difíceis: a coisificação. Para as pessoas que lidam habitualmente com cadáveres, é mais fácil (e supostamente mais exato) pensar neles como objetos e não pessoas. Para muitos médicos, a coisificação é aprendida no primeiro ano da escola de medicina, no laboratório de anatomia macroscópica, ou “macrolab”, como é chamado informalmente e com alguma propriedade. Para ajudar a despersonalizar a forma humana que os estudantes deverão cortar e eviscerar, os funcionários do laboratório de anatomia costumam envolver os cadáveres com gaze e recomendar aos estudantes que os descubram pouco a pouco, conforme o trabalho avança.

O problema dos cadáveres é que eles se parecem demais com as pessoas. É a razão pela qual quase todos nós preferimos uma costeleta a uma fatia do leitão inteiro. É a razão pela qual certas pessoas preferem dizer “carne suína” e “carne bovina” em lugar de “porco” e “vaca”. A dissecação e o aprendizado cirúrgico, assim como o hábito de comer carne, exigem um apurado conjunto de ilusões e negações. Os médicos e estudantes de anatomia precisam aprender a pensar nos cadáveres como algo totalmente desvinculado das pessoas que eles foram um dia. “A dissecação”, diz a historiadora Ruth Richardson no livro *Death, Dissection and the Destitute* [Morte, dissecação e indigentes], “exige de seus praticantes a efetiva suspensão, ou supressão, de muitas reações físicas e emocionais que seriam normais diante da mutilação intencional de outro ser humano.”

As cabeças — ou, mais precisamente, os rostos — são sobremaneira inquietantes. Na escola de medicina da Universidade da Califórnia em San Francisco (UCSF), em cujo laboratório de anatomia em breve eu passaria uma tarde, a cabeça e as mãos são mantidas cobertas até que chegue o momento de o aluno dissecá-las. “Assim não fica tão chocante”, comentou mais tarde um estudante. “Porque é isso o que se vê de uma pessoa.”

Os cirurgiões começam a se reunir na entrada do laboratório, preenchendo formulários e conversando animadamente. Saio para espia-los. Ou para não ver as cabeças, não sei bem. Ninguém presta muita atenção em mim, a não ser uma mulher baixinha de cabelos

pretos que está de pé do lado de fora olhando para mim. Tem cara de poucos amigos. Resolvo pensar nela como se fosse de cera. Falo com os cirurgiões, a maior parte dos quais parece achar que faço parte do quadro de funcionários. Um homem com um matagal de pelos brancos saindo pelo decote V de seu traje de cirurgia pergunta: “Vocês injetaram água nelas?”. O sotaque texano faz uma salada de sílabas. “Já incharam?” Muitas das cabeças de hoje estão ali há vários dias e, como qualquer carne refrigerada, começaram a secar. Ele explica que se usam injeções de solução salina para revigorá-las.

De repente, a mulher de cera de olhos duros está ao meu lado, querendo saber quem sou eu. Explico que sou convidada, como observadora, do cirurgião responsável pelo simpósio. Não é uma interpretação muito correta da realidade. Uma interpretação totalmente correta da realidade exigiria palavras como “bajulação”, “súplica” e “tentativa de suborno”.

“O setor de publicações sabe que você está aqui? Se não passou pelo escritório de publicações, vai ter de ir embora.” Ela marcha para dentro de seu escritório, disca um número, olhando fixo para mim enquanto fala, como um segurança de filme de ação um pouco antes que Steven Seagal chegue por trás e lhe dê com um porrete.

Um dos organizadores do seminário se aproxima de mim. “Yvonne está dando uma dura em você?”

Yvonne! Minha algoz não é senão a decapitadora de cadáveres. É também, como eu soube depois, a administradora do laboratório, a pessoa responsabilizada se as coisas dão errado — por exemplo, se escritoras desmaiam ou passam mal, vomitam e depois vão para casa a fim de escrever livros em que se referem aos administradores de laboratórios de anatomia como decapitadores. Yvonne sai do telefone. Ela se aproxima para confirmar suas preocupações. O organizador do seminário a tranquiliza. Para mim, o fim da conversa ocorre apenas em minha cabeça e consiste numa única frase: *Você corta cabeças. Você corta cabeças. Você corta cabeças.*

Nesse ínterim, perdi o descobrimento dos rostos. Os cirurgiões já estão trabalhando, quase encostados em suas respectivas peças, olhando para monitores de vídeo instalados sobre cada estação de trabalho.

Na tela estão as mãos de um narrador invisível que demonstra os procedimentos numa cabeça só dele. A tomada é feita de muito perto, o que torna impossível dizer, sem conhecer previamente, que tipo de carne é aquela. Poderia ser Julia Child tirando a pele de um frango em seu programa de culinária na tv.

O seminário começa com uma revisão da anatomia facial. “Levantar a pele num plano subcutâneo, da lateral para o meio”, declama o narrador. Obedientes, os cirurgiões enfiam os bisturis nos rostos. A carne não oferece resistência, nem sai sangue.

“Isolar a sobrancelha como uma ilha de pele.” O narrador fala devagar, num tom monocórdio. Tenho certeza de que a intenção é não parecer estar achando graça na perspectiva de criar ilhas de pele, muito menos demonstrar consternação. O efeito é que ele soa como se estivesse quimicamente sedado, o que não me parece má ideia.

Ando para cima e para baixo entre as fileiras. As cabeças parecem máscaras de borracha como as que se usam nas festas de Halloween. Também parecem cabeças humanas, mas meu cérebro não tem registro de cabeças humanas sobre a mesa, ou numa assadeira, ou em qualquer outro lugar que não seja em cima dos ombros de uma pessoa, por isso acho que ele preferiu interpretar o que via de uma maneira mais aceitável. *Aqui estamos, na fábrica de máscaras de borracha. Vejam como esses homens e mulheres legais trabalham nas máscaras.* Já tive uma máscara de Halloween de um velho desdentado e com os lábios chupados. Há muitas delas aqui. Há um Corcunda de Notre-Dame, com focinho de porco e dentes inferiores à mostra, e um Ross Perot.

Os cirurgiões não aparentam sentir náuseas ou repugnância, mas depois Theresa me contou que um deles tinha saído da sala. “Eles odeiam isto”, diz ela. “Isto” quer dizer trabalhar com cabeças. Eu percebo neles apenas um pequeno desconforto com a tarefa. Quando me detenho junto às mesas para observar, os cirurgiões se voltam para mim com um olhar vagamente irritado, constrangido. Você já viu esse olhar se tiver o hábito de entrar no banheiro sem bater. O olhar diz: “Por favor, vá embora”.

Apesar de ficar claro que os cirurgiões não sentem prazer em dissecar a cabeça de um morto, é evidente também que eles apreciam a

oportunidade de praticar e explorar em alguém que não vai acordar e se olhar no espelho a qualquer momento. “Você fica olhando uma estrutura [durante a cirurgia] mas não sabe direito o que é aquilo, e tem medo de cortar”, diz um dos cirurgiões. “Vim aqui com quatro perguntas.” Se ele for embora com respostas, os quinhentos dólares terão valido a pena. O cirurgião ergue a cabeça e volta a baixá-la, ajustando sua posição como uma costureira que faz uma pausa para acertar a peça em que está trabalhando. Ele destaca que as cabeças não são cortadas por morbidez. São cortadas para que outras pessoas possam utilizar as demais partes: pernas, braços, órgãos. No mundo dos cadáveres doados, nada se perde. Na segunda-feira antes do lifting, as cabeças de hoje tinham sido submetidas a plásticas no laboratório de rinoplastia.

Cismeí com a plástica de nariz. Sulistas generosos que legaram o corpo para o aperfeiçoamento da ciência acabaram servindo de cobaias para plásticas de nariz? Será isso correto, uma vez que os sulistas generosos, uma vez transformados em generosos sulistas defuntos, não têm como saber que isso está acontecendo? O engodo não agrava as circunstâncias? Mais tarde falei sobre isso com Art Dalley, diretor do Programa de Anatomia Médica da Universidade Vanderbilt em Nashville e especialista em história da doação de corpos. “Acho que há um número surpreendente de doadores que na verdade não se importam com o que vai acontecer com eles”, disse-me Dalley. “Para eles, trata-se apenas de um meio prático de dar destino a um corpo, um meio prático que por sorte tem um componente de altruísmo.”

Embora seja mais difícil justificar o uso de um cadáver para treinamento de plásticas de nariz que para treinamento de pontes coronarianas, esse uso é, no entanto, justificável. A cirurgia estética existe, para o bem ou para o mal, e é importante, em benefício daqueles que se submetem a ela, que os cirurgiões estejam capacitados a fazê-la direito. Embora talvez devesse existir no formulário de doação um campo que as pessoas pudessem marcar ou não: *Concordo com o uso para propósitos estéticos.**

* Sou partidária da doação de órgãos e tecidos (ossos, cartilagens, pele), mas fiquei abismada ao saber que a pele doada e não utilizada para enxerto em queimados,

Parei na estação 13, com uma cirurgiã canadense chamada Marilena Marignani, de cabelos escuros, olhos grandes e pômulos salientes. Sua cabeça (a que estava sobre a mesa) é angulosa, com ossos do mesmo tipo que os dela. É uma maneira estranha para o encontro na vida de duas mulheres; a cabeça não precisa de um lifting, e em geral Marilena não faz isso. Sua especialidade é a cirurgia plástica restauradora. Ela só fez dois liftings até agora e quer aperfeiçoar sua técnica antes de submeter uma amiga ao procedimento. Está usando uma máscara sobre a boca e o nariz, o que é surpreendente, já que uma cabeça cortada não corre risco de infecção. Perguntei se era mais para sua própria proteção, uma espécie de barreira psicológica.

Marilena responde que não tem problema nenhum com as cabeças. “Para mim, difíceis são as mãos.” Ela levanta os olhos do trabalho. “Porque quando você segura essa mão solta, é como se ela segurasse a sua também.” De vez em quando, os cadáveres dão uma impressão de humanidade acidental que pega o profissional desprevenido. Conversei uma vez com uma estudante de anatomia que me falou de um momento no laboratório em que ela percebeu que o braço do cadáver estava em volta de sua cintura. Em circunstâncias como essa, fica difícil manter o distanciamento profissional.

Observo como Marilena explora com cuidado o tecido exposto da mulher. Basicamente, ela está se certificando de suas capacidades, aprendendo — de uma maneira detalhada, com as mãos na massa — o que é cada coisa, e onde fica cada coisa na complicada superposição de camadas de pele, gordura, músculo e fâscia que compõem a face humana. Antigamente, o lifting se limitava a descolar a pele, esticá-la e reposicioná-la. O lifting atual mexe com quatro camadas anatômicas. Isso significa que todas elas têm de ser identificadas, separadas cirurgicamente das camadas contíguas, reposicionadas e costuradas — tudo isso com o cuidado de não seccionar um nervo facial importante. Com

por exemplo, pode ser processada e usada para fins cosméticos, no preenchimento de rugas e no aumento de pênis. Embora eu não tenha ideias preconcebidas sobre o *post mortem*, estou firmemente convencida de que não se deve ir parar sob as calças de outra pessoa.

o advento dos procedimentos estéticos endoscópicos — que consistem em introduzir instrumentos minúsculos através de incisões minimamente invasivas —, o conhecimento anatômico é ainda mais essencial. “Com as técnicas antigas, eles iam abrindo e viam tudo diante de si”, diz Ronn Wade, diretor da Divisão de Serviços Anatômicos da Escola de Medicina da Universidade de Maryland. “Agora, quando entramos com uma câmera e ficamos bem em cima de alguma coisa, é mais difícil para nós mantermos a orientação.”

Os instrumentos de Marilena estão explorando as beiradas de uma massa brilhante cor de gema de ovo. Os cirurgiões plásticos chamam essa massa de coxim adiposo malar. “Malar” se refere às maçãs do rosto. O coxim adiposo malar é a parte alta e macia da bochecha, aquela que as avós gostam de beliscar. Com os anos, a gravidade desloca a gordura de seu lugar original e ela começa a deslizar para baixo, acumulando-se junto à primeira barreira que encontra, as dobras nasolabiais (os sulcos em forma de parênteses que vão do nariz de uma pessoa de meia-idade até os cantos da boca). O resultado é que as maçãs do rosto começam a ficar ossudas e emaciadas, e parênteses adiposos acentuam os sulcos nasolabiais. Na cirurgia de lifting, os cirurgiões repõem o coxim adiposo malar no lugar.

“Isto é ótimo”, diz Marilena. “Maravilhoso. Exatamente como é de verdade, mas sem sangramento. A gente pode ver direitinho o que está fazendo.”

Embora a possibilidade de treinar novas técnicas e novos equipamentos em peças cadavéricas beneficie cirurgiões de todas as especialidades, é difícil obter peças novas para o treinamento em cirurgia. Quando liguei para Ronn Wade em seu escritório de Baltimore, ele explicou que, da forma como a maioria dos programas de doação de corpos está organizada, os laboratórios de anatomia têm prioridade. E mesmo quando há uma sobra, pode não haver infraestrutura disponível para transportar o cadáver da escola de medicina até o hospital onde estão os cirurgiões — e talvez não haja lugar no hospital para um laboratório de prática cirúrgica. No hospital de Marilena, os cirurgiões normalmente só recebem peças do corpo humano quando há uma amputação. Dada a raridade das amputações de cabeça, uma

oportunidade como a de hoje é praticamente impossível fora de um seminário.

Wade está tentando mudar esse sistema. Na opinião dele — e é difícil discordar —, uma cirurgia ao vivo é o pior momento para a prática de uma nova técnica. Por isso, ele se reuniu com os cabeças — perdão, com os *chefes* — dos departamentos de cirurgia dos hospitais de Baltimore para criar um novo sistema. “Quando um grupo de cirurgiões pretende se reunir para treinar, digamos, uma nova técnica endoscópica, eles me chamam e eu organizo.” Wade cobra uma taxa simbólica pelo uso do laboratório, além de uma pequena taxa por cadáver utilizado. Agora, dois terços dos corpos que Wade consegue estão sendo usados para o treinamento em cirurgia.

Fiquei surpresa ao saber que mesmo no período de residência em cirurgia normalmente os médicos não têm oportunidade de treinar operações em cadáveres doados. Os alunos aprendem cirurgia da mesma forma que sempre aprenderam: observando o trabalho de cirurgiões experientes. Em hospitais ligados a escolas de medicina, os pacientes submetidos a cirurgias normalmente são atendidos por residentes. Depois de observar algumas cirurgias, o residente é chamado a intervir e tentar por si mesmo, primeiro em manobras mais simples, como o afastamento das bordas e a sutura, e gradualmente em passos mais complicados. “É na prática que se faz o treinamento”, diz Wade. “Aprende-se fazendo.”

Isso é assim desde os primórdios da cirurgia, com o ensino da arte ocorrendo em grande parte dentro da sala de operações. No entanto, só no século passado o paciente começou a tirar proveito da experiência. Os “teatros” de operações do século XIX tinham muito mais a ver com a instrução médica que com salvar vidas. Se você pudesse, ficaria longe deles a qualquer preço.

Para começar, você seria operado sem anestesia. (As primeiras operações em que se usou éter só ocorreram a partir de 1846.) Os pacientes do fim do século XVIII e começo do seguinte sentiam cada incisão, cada ponto de sutura, cada dedo explorador. Muitas vezes ti-

nham os olhos vendados — isso poderia ser opcional, como usar um capuz diante do pelotão de fuzilamento — e eram invariavelmente amarrados à mesa de operação para evitar que se contorcessem, se dobrassem ou, ainda que pareça impossível, saltassem da mesa e saíssem correndo para a rua. (Talvez pela presença de uma plateia, os pacientes eram operados quase completamente vestidos.)

Os primeiros cirurgiões não eram esses heróis superpreparados e salvadores que são hoje. A cirurgia era um campo novo, com muito o que aprender e erros frequentes. Durante séculos, os cirurgiões, equiparados aos barbeiros, faziam pouco mais que amputações e extrações de dentes, enquanto os médicos, com suas poções e beberagens, cuidavam de tudo o mais. (Curiosamente, a proctologia foi a especialidade que contribuiu para pavimentar o caminho da aceitação da cirurgia como um ramo respeitável da medicina. Em 1687, o rei da França ficou livre de uma persistente e dolorosa fístula anal por métodos cirúrgicos, e ao que parece ficou grato pelo alívio e falou muito sobre isso.)

O nepotismo, mais que a perícia, garantia um lugar nos hospitais escolas do século XIX. A edição de 20 de dezembro de 1828 da revista *The Lancet* traz excertos de um dos primeiros julgamentos por imperícia cirúrgica, baseado na incompetência de um certo Bransby Cooper, sobrinho do afamado anatomista Sir Astley Cooper. Diante de um público de cerca de duzentos colegas, estudantes e curiosos, o jovem Cooper demonstrou além de qualquer dúvida que sua presença no teatro de operações se devia apenas ao mérito de seu tio e não a seu talento. A operação era uma simples extração de cálculo da bexiga (litotomia), realizada no Guy's Hospital, em Londres. O paciente, Stephen Pollard, era um trabalhador robusto. Embora as litotomias terminassem normalmente em questão de minutos, Pollard ficou na mesa de operação durante uma hora, com os joelhos na altura do pescoço e as mãos atadas aos pés, enquanto o médico inepto procurava em vão localizar a pedra. “Um grosso gorjal também foi introduzido, além de uma cureta e diversos pares de fórceps”, relata uma testemunha. Outra testemunha fala do “horrrível esmagamento do períneo pelos fórceps”. Depois que vários instrumentos falharam na busca da pedra, Cooper “introduziu

com força o próprio dedo [...]”. Foi nessa altura que a resistência* de Pollard se esgotou. “Deixe assim mesmo!”, consta que ele disse. “Por favor, deixe-a onde está!” Cooper continuou, amaldiçoando o períneo profundo do homem (a autópsia mostrou que o períneo tinha proporções normais). Depois de cavoucar sem piedade com o dedo durante um tempo, ele se levantou da cadeira e começou a “comparar seu dedo com o de outros cavalheiros, para ver se algum deles tinha um dedo mais longo”. Por fim, voltou a apelar para seus instrumentos e, com fórceps, conquistou a pedra recalcitrante — relativamente pequena, “não maior que uma fava”, e brandiu-a no ar, acima da cabeça, como o ganhador de um Oscar. A massa trêmula e exaurida a que Stephen Pollard estava reduzido foi levada de maca para a cama, onde ele morreu de infecção e sabe Deus de que mais 29 horas depois.

Como se não bastasse ter um almofadinha inepto, de colete e gravata-borboleta, com as mãos enfiadas até os punhos no trato urinário do paciente, havia também uma plateia — não apenas os rapazes da escola de medicina, mas, a julgar pelo relato de outra litotomia realizada no Guy’s Hospital, publicada pela *Lancet* em 1829, estava lá meia Londres:

cirurgiões e amigos de cirurgiões [...] visitantes franceses e intrusos lotavam o espaço que havia em torno da mesa [...] Em pouco tempo, uma gritaria tomou conta da galeria e das fileiras superiores — gritos de “tirem o chapéu” e “abaixem a cabeça” [...] eram vociferados em diversos pontos do teatro.

* Ao que parece, o ser humano de séculos atrás era outro tipo de gente no que se refere à tolerância à dor. E quanto mais se recua no tempo, maior a resistência. Na Inglaterra medieval, o paciente sequer era amarrado: sentava-se numa almofada junto da cadeira do médico, apresentando a parte doente para o tratamento. Numa ilustração do livro *The Medieval Surgery* [Cirurgia medieval], vemos um homem bem penteado pronto para ser tratado de uma incômoda fístula facial. Tranquilamente, quase com prazer, o paciente ergue a face afetada em direção ao médico. A legenda diz: “O paciente é instruído a desviar os olhos e [...] as raízes da fístula são cauterizadas usando-se um tubo de ferro ou bronze através do qual se passa um ferro incandescente”. O redator da legenda acrescenta: “Nesta foto, o médico parece canhoto”, como se tentasse distrair o leitor dos horrores que acaba de ler, técnica paliativa tão eficaz quanto pedir a um homem que tem um ferro em brasa se aproximando de seu rosto que “desvie os olhos”.

A atmosfera de cabaré dos primórdios do ensino da medicina começara séculos antes, nas salas de dissecação das renomadas academias de medicina de Pádua e Bolonha. Segundo a biografia do grande anatomista renascentista Andreas Vesalius, escrita por C. D. O'Malley, durante uma dissecação praticada por Vesalius e assistida por uma multidão, um espectador entusiasmado, decidido a conseguir uma posição melhor, inclinou-se tanto que acabou despencando de seu banco em cima da plataforma de dissecação. “Por causa de sua queda acidental [...] o pobre mestre Carlo está impossibilitado de comparecer e não passa muito bem”, dizia a nota lida na palestra seguinte. O mestre Carlo, com certeza, não procurava tratamento médico no lugar onde assistia a palestras.

Sem exceção, as únicas pessoas que se internavam em hospitais escolas eram os muito pobres, que não podiam pagar por uma cirurgia particular. Em troca de uma operação que tinha muito mais probabilidade de levá-los à morte que de curá-los — a extração de um cálculo vesical tinha uma taxa de mortalidade de 50% —, os pobres basicamente se doavam como material vivo para treinamento. Não só os cirurgiões eram despreparados, como muitas das operações que se faziam eram puramente experimentais — ninguém esperava que elas curassem. A historiadora Ruth Richardson escreveu em *Death, Dissection and the Destitute* que “o benefício [para o paciente] era quase sempre secundário em relação ao experimento”.

Com o advento da anestesia, ao menos os pacientes ficavam desacordados enquanto o jovem residente treinava um novo procedimento. Mas é provável que não dessem autorização para que um estudante assumisse o leme. Nos tempos emocionantes em que ainda não existiam termos de consentimento e processos judiciais a torto e a direito, os pacientes não tinham ideia de onde estavam se metendo quando se submetiam a uma cirurgia num hospital escola, e os médicos tiravam proveito desse fato. Quando o paciente já estava lá, o cirurgião podia convidar um aluno a praticar uma apendicectomia. Não importava que o paciente não tivesse apendicite. Uma das transgressões mais frequentes era o exame ginecológico desnecessário. O primeiro Papanicolau de um auspicioso doutor em medicina — moti-

vo de muita ansiedade e medo — era muitas vezes feito em pacientes do sexo feminino que estavam inconscientes. (Hoje em dia, escolas de medicina mais esclarecidas contratam uma “educadora ginecológica”, espécie de vagina de aluguel com a qual os estudantes praticam e ainda obtêm dela uma resposta personalizada. Pelo menos em minha opinião, é uma candidata à beatificação.)

Os procedimentos médicos desnecessários ocorrem muito menos que antes graças à maior conscientização do público. “Atualmente os pacientes estão mais informados e as coisas mudaram bastante”, diz Hugh Patterson, que dirige o programa de doação de corpos da Escola de Medicina da UCSF. “Mesmo num hospital escola, os pacientes pedem que sua cirurgia não seja feita por residentes. Eles querem ter certeza de que quem vai operar é o médico. Isso dificulta bastante o treinamento.”

Patterson gostaria que a prática em laboratório de anatomia cadavérica fosse incorporada à grade curricular do terceiro e do quarto anos e que não se deixasse o ensino da anatomia relegado ao primeiro ano, “ministrado todo num só bolo”. Ele e seus colegas já acrescentaram uma dissecação dirigida, similar à realizada no laboratório de anatomia facial em que estou hoje, ao currículo das subespecialidades cirúrgicas. Instituíram também uma série de sessões na morgue da escola de medicina para ensinar procedimentos de emergência a estudantes de terceiro ano. Antes que um cadáver seja embalsamado e entregue ao laboratório de anatomia, passa uma tarde submetido a entubações e cateterismos. Algumas escolas usam cães anestesiados para esse fim. Dada a urgência e a dificuldade de certos procedimentos de emergência, é de bom alvitre treiná-los primeiro com cadáveres. No passado, isso se fazia de modo menos formal, com pacientes do hospital que acabavam de morrer, sem consentimento — prática cuja validade volta e meia se debate em reuniões privadas da Associação Médica Americana. Eles podiam simplesmente ter pedido permissão: segundo um estudo da revista *New England Journal of Medicine* sobre o tema, 73% dos pais de crianças mortas, quando consultados, autorizavam o uso do corpo da criança para o ensino de técnicas de entubação.

Perguntei a Marilena se ela pretendia doar seus restos. Sempre achei que um senso de reciprocidade levaria os médicos a doar — como retribuição pela generosidade das pessoas que eles dissecaram na escola de medicina. Marilena, pelo menos, não vai doar. Dá como motivo a falta de respeito. Fico surpresa ao ouvir isso. Até onde sei, as cabeças estão sendo tratadas com respeito. Não ouvi piadas, nem risos, nem comentários de mau gosto. Se é que pode haver uma maneira respeitosa de “desenlugar” um rosto, se soltar a pele da testa de uma pessoa e repuxá-la para cima pode ser um ato respeitoso, acho que essa gente está fazendo isso. É trabalho sério.

O que Marilena condena é o fato de alguns cirurgiões fotografarem a cabeça de seus cadáveres. Quando se fotografa um doente para uma revista de medicina, diz ela, é preciso ter uma autorização assinada por ele. O morto não pode recusar-se a assinar autorizações, mas isso não significa que ele estivesse de acordo. É por isso que os cadáveres que aparecem em revistas de patologia e medicina legal trazem uma tarja preta sobre os olhos, como as mulheres das páginas de Sim e Não da revista *Glamour*. Deve-se partir do princípio de que as pessoas não querem ser fotografadas mortas e desmembradas, da mesma forma que não querem ser fotografadas peladas no chuveiro ou dormindo de boca aberta no avião.

A maior parte dos médicos não se preocupa com falta de respeito por parte de outros médicos. A maioria dos médicos com quem falei talvez se importasse, no máximo, com a falta de respeito de estudantes do primeiro ano no laboratório de anatomia macroscópica — minha próxima parada.

O seminário está no fim. Os monitores de vídeo ficaram em branco, e os cirurgiões arrumam tudo e se reúnem no corredor. Marilena repõe o pano branco sobre o rosto de seu cadáver, o que cerca da metade dos cirurgiões faz. Ela é conscientemente respeitosa. Quando perguntei por que motivo os olhos da morta não tinham pupilas, ela não respondeu, mas fechou-lhe as pálpebras. Ao afastar a cadeira, ela olha para a forma coberta e diz: “Que descanse em paz”. Achei que ela tinha dito “em partes”, mas isso é coisa da minha cabeça.