

Oliver Sacks

# Tudo em seu lugar

Primeiros  
amores e últimas  
histórias



*Título original*  
Everything in Its Place: First Loves and Last Tales

*Capa*  
Hélio de Almeida  
sobre ilustração de Zaven Paré

*Preparação*  
Laura Folgueira

*Revisão*  
Carmen T. S. Costa  
Jane Pessoa

*Índice remissivo*  
Luciano Marchiori

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

Sacks, Oliver, (1933-2015)  
Tudo em seu lugar : Primeiros amores e últimas histórias  
/ Oliver Sacks ; tradução Laura Teixeira Motta. — 1ª ed. —  
São Paulo : Companhia das Letras, 2020.

Título original: Everything in Its Place : First Loves and  
Last Tales.

Bibliografia.  
ISBN 978-85-359-3328-4

1. Neurociência 2. Neurologistas — Inglaterra — Biografia  
3. Sacks, Oliver W., 1933-2015 I. Título.

20-32949 CDD-616.80092

Índice para catálogo sistemático:  
1. Neurologistas : Vida e obra 616.80092  
Maria Alice Ferreira — Bibliotecária — CRB-8/7964

[2020]  
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  
www.companhiadasletras.com.br  
www.blogdacompanhia.com.br  
facebook.com/companhiadasletras  
instagram.com/companhiadasletras  
twitter.com/cialetras

## SUMÁRIO

### PRIMEIROS AMORES

Filhotes da água.....	
Recordações de South Kensington.....	
Primeiro amor.....	
Humphry Davy: poeta da química.....	
Bibliotecas.....	
Viagem pelo cérebro.....	

### RELATOS CLÍNICOS

Congelado.....	
Sonhos neurológicos.....	
O nada.....	
Ver Deus no terceiro milênio.....	
Soluços e outros comportamentos curiosos.....	
Viagens com Lowell.....	
Impulso.....	
A catástrofe.....	
Perigosamente bem.....	
Chá com torradas.....	
Dizer.....	
O cérebro idoso.....	
Kuru.....	
Loucura de verão.....	
As virtudes esquecidas do asilo.....	

### A VIDA CONTINUA

Tem alguém aí?.....	
---------------------	--

## CONGELADO

Em 1957, quando eu estudava medicina sob a orientação de Richard Asher, conheci um paciente dele, o “Tio Toby”, e fiquei fascinado por esse estranho encontro entre fato e fábula. O dr. Asher às vezes se referia a ele como “o caso Rip van Winkle.\* Lembrei-me vivamente dele, por várias vezes, quando meus próprios pacientes pós-encefálicos foram “despertados” em 1969, e ele assombrou meu inconsciente por anos.

O dr. Asher foi visitar uma criança doente. Enquanto explicava o tratamento à família, notou uma figura silenciosa e imóvel num canto.

“Quem é?”, ele perguntou.

“É o Tio Toby — faz sete anos que ele quase não se mexe.”

Tio Toby tornara-se uma presença fixa que nada exigia na casa. Sua desaceleração de início foi tão gradual que a família nem notou; quando, porém, foi se agravando, os parentes, e isso foi inacreditável, aceitaram sua condição, sem mais. Todos os dias lhe davam de comer e de beber, mudavam-no de posição, às vezes faziam sua higiene. Ele não era muito trabalhoso, era parte da mobília. A maioria das pessoas nunca reparava nele, imóvel e silencioso no canto. Não o consideravam doente, ele apenas havia desacelerado até parar.

O dr. Asher falou com aquela figura que parecia de cera. Não obteve resposta nem reação. Foi lhe tomar o pulso e encontrou uma mão fria, quase como a de um cadáver. Mas havia

---

\* Personagem de um conto de Washington Irving publicado em 1819, no qual um homem adormece e só acorda vinte anos mais tarde. (N. T.)

uma pulsação débil, lenta: Tio Toby estava vivo, aparentemente suspenso em algum estupor gelado e estranho.

A conversa com a família foi peculiar e perturbadora. Eles demonstravam pouquíssima preocupação com o Tio Toby, mas se podia ver que eram solícitos e íntegros. Como às vezes acontece com uma mudança insidiosa e imperceptível, haviam se acomodado a ela à medida que fora acontecendo. No entanto, quando o dr. Asher sugeriu levarem o Tio Toby para o hospital, prontamente concordaram.

E assim o Tio Toby acabou internado em uma unidade de tratamento metabólico especialmente equipada, e foi lá que o encontrei. Era impossível medir sua temperatura com um termômetro clínico normal, por isso foi providenciado um específico, reservado para hipotérmicos. A temperatura dele era de 20°C, estava dezesseis graus abaixo da média. Formou-se uma hipótese, logo testada e confirmada: Tio Toby praticamente não tinha função tiroidiana, e sua taxa metabólica se encontrava reduzida próximo a zero. Quase sem função tiroidiana, sem estimulador metabólico ou “fogo”, ele havia mergulhado nas profundezas de um coma hipotiroideo (ou mixedema): vivo, mas não vivo; suspenso, congelado.

Era evidente o que deveríamos fazer: o problema de saúde dele era simples, bastava dar o hormônio da tireoide, tiroxina, e ele se reanimaria. Só que o reaquecimento, o reacender do metabolismo, teria de ser feito com extrema cautela e lentidão; as funções e os órgãos do paciente tinham se adaptado ao hipometabolismo. Se seu metabolismo fosse estimulado com demasiada rapidez, o paciente poderia ter complicações cardíacas ou de outro tipo. Por isso, devagar, muito devagar, começamos a administrar tiroxina, e lentamente ele começou a se aquecer...

Uma semana se passou. Nenhuma mudança, embora a temperatura do Tio Toby agora fosse pouco mais de 22°C. Só na terceira semana, com temperatura corporal já perto de 27°C, ele começou a se mover... e a falar. Falava devagarinho, com a voz baixa e rouca — como um disco de fonógrafo roufeno que fizesse só uma rotação por minuto (parte da rouquidão resultava

de um mixedema das cordas vocais). Seus r... estavam inchados e rígidos em razão do mixedema, ficando mais leves e flexíveis graças à fisioterapia. Depois de um mês, embora ainda frio e com movimentos, o Tio Toby claramente havia mostrado animado, acordado e preocupado.

“O que está acontecendo?”, ele perguntou no hospital? Estou doente?” Replicamos perguntando se ele vinha sentindo. “Ah, ando meio friorento, preguiçoso.”

“Mas, sr. Oakins” — só entre nós o chamamos de Tio Toby — “o que aconteceu no meio-tempo entre o começo e o fim, lerdo e descobrir que está aqui?”

“Nada de mais”, ele respondeu. “Não quero que eu tenha ficado muito doente, desmaiado, e apanhado para cá.”

“E por quanto tempo o senhor ficou desmaiado em tom neutro.”

“Quanto tempo? Um ou dois dias — não por minha família sem dúvida me traria para cá.”

Ele perscrutou nossos rostos.

“Não há nada mais do que isso, nada fora do comum.”

“Nada”, nós o tranquilizamos, e batemos a porta de sua retirada.

O sr. Oakins, ao que parecia, a menos que eu não tivesse entendido mal, não tinha noção de que o tempo que ele havia passado em hospital não tinha sido muito estranho; agora estava melhor — simples, natural, e que ele acreditava mesmo nisso?

Tivemos uma clara confirmação disso mesmo no mesmo dia, quando a enfermeira nos procurou, dizendo que ele estava bem animado agora”, ela disse. “Tem muito que conversar — está falando sobre amigos, trabalho, a doença do rei, o ‘novo’ sistema de saúde e coisas assim. Não tem ideia do que está acontecendo hoje. Parece como se fosse em 1950.”

de um mixedema das cordas vocais). Seus membros também estavam inchados e rígidos em razão do mixedema, mas foram ficando mais leves e flexíveis graças à fisioterapia e ao uso. Depois de um mês, embora ainda frio e com lentidão na fala e nos movimentos, o Tio Toby claramente havia “despertado” e se mostrava animado, acordado e preocupado.

“O que está acontecendo?”, ele perguntou. “Por que estou no hospital? Estou doente?” Replicamos perguntando o que *ele* vinha sentindo. “Ah, ando meio friorento, preguiçoso, lerdo.”

“Mas, sr. Oakins” — só entre nós o chamávamos de Tio Toby — “o que aconteceu no meio-tempo entre sentir-se friorento, lerdo e descobrir que está aqui?”

“Nada de mais”, ele respondeu. “Não que eu saiba. Talvez eu tenha ficado muito doente, desmaiado, e a família me trouxe para cá.”

“E por quanto tempo o senhor ficou desmaiado?”, indagamos em tom neutro.

“Quanto tempo? Um ou dois dias — não pode ter sido mais, minha família sem dúvida me traria para cá.”

Ele perscrutou nossos rostos.

“Não há nada mais do que isso, nada fora do comum?”

“Nada”, nós o tranquilizamos, e batemos depressa em retirada.

O sr. Oakins, ao que parecia, a menos que o tivéssemos entendido mal, não tinha noção de que o tempo passara — certamente não sabia que havia transcorrido tanto tempo. Sentira-se estranho; agora estava melhor — simples, nada de mais. Será que ele acreditava mesmo nisso?

Tivemos uma clara confirmação disso mais tarde, naquele mesmo dia, quando a enfermeira nos procurou, preocupada. “Ele está bem animado agora”, ela disse. “Tem muita necessidade de conversar — está falando sobre amigos, trabalho. Sobre Attlee, a doença do rei, o ‘novo’ sistema de saúde e coisas do gênero. Ele não tem ideia do que está acontecendo *hoje*. Pensa que estamos em 1950.”

Tio Toby, como pessoa, entidade consciente, desacelerara até parar, como se tivesse entrado em coma. Tinha estado “fora”, “ausente” por um tempo enorme. Não dormindo, não em transe, e sim profundamente submerso. E agora que emergira, todos aqueles anos eram um vazio. Não era amnésia, não era “desorientação”; suas funções cerebrais superiores, sua mente, estivera “desligada” por sete anos.

Como ele reagiria ao saber que perdera sete anos e que grande parte do que lhe parecia animador, importante ou precioso tinha ficado irrecuperavelmente para trás? Que ele próprio não era mais um contemporâneo, e sim um pedaço do passado, um anacronismo, um fóssil preservado de alguma forma peculiar?

Certo ou errado, decidimos optar pela evasão (e não só evasão, mas mentira pura e simples). É claro que o plano era que a medida fosse temporária, até que ele tivesse força física e mental para se conformar com a situação e suportar um tremendo choque.

Assim, a equipe do hospital não fez nenhum esforço para desenganá-lo da ideia de que era 1950. Nós nos policiávamos atentamente, para não nos traírmos; evitávamos conversas descuidadas e o enchíamos de jornais e revistas de 1950. Ele os lia com avidez, embora de vez em quando se surpreendesse com a *nossa* ignorância sobre as “notícias” e também com o estado dos exemplares, amarelados e amarfanhados.

Passadas seis semanas, sua temperatura estava quase normal. Ele parecia sadio e bem, e consideravelmente jovem para um homem da sua idade.

Foi quando se deu a derradeira ironia. Ele começou a tossir e a cuspir sangue, numa acentuada hemoptise. Radiografias do tórax mostraram uma massa em seu peito, e uma broncoscopia revelou um carcinoma de pequenas células altamente maligno e em rápida proliferação.

Conseguimos encontrar imagens do tórax, radiografias de rotina que ele fizera em 1950, e nelas vimos, pequeno e desconsiderado na época, o câncer que ele agora apresentava. Carcinomas altamente malignos e fulminantes como aquele tendem a crescer depressa e a ser fatais em meses — no entanto, ele

o guardara por sete anos. Parecia evidente que o como todo o resto dele, ficara suspenso, congelado, ele estava reaquecido, o câncer grassava furioso, faleceu, num acesso de tosse, alguns dias depois.

Sua família havia deixado que ele mergulhasse que lhe salvou a vida; nós o reaquecemos, e em ele morreu.

o guardara por sete anos. Parecia evidente que o câncer, assim como todo o resto dele, ficara suspenso, congelado. Agora que ele estava reaquecido, o câncer grassava furioso, e o sr. Oakins faleceu, num acesso de tosse, alguns dias depois.

Sua família havia deixado que ele mergulhasse no frio, o que lhe salvou a vida; nós o reaquecemos, e em consequência ele morreu.

## O NADA

A natureza abomina o vácuo. Nós também. A ideia de um vázio — de vácuo, nada, ausência de espaço e de lugar, todas essas “inexistências” — é ao mesmo tempo abominável e inconcebível, e no entanto nos persegue de um modo muito estranho e paradoxal. Como escreve Beckett, “nada é mais real do que o nada”.

Para Descartes, não existia espaço vazio. Para Einstein, não existia espaço sem campo. Para Kant, nossas ideias de espaço e extensão eram as formas que a “razão” dá à experiência, por meio da operação de uma “síntese a priori” universal. Kant concebia o sistema nervoso intacto e ativo como uma espécie de transformador que formava a idealidade a partir da realidade, a realidade a partir da idealidade. Uma noção assim tem a virtude — raríssima em formulações metafísicas — de poder ser testada instantaneamente na prática; para ser mais específico, na prática neurológica e neurofisiológica.

Se um paciente recebe anestesia espinhal que interrompa o tráfego neural na metade inferior do corpo, por exemplo, ele não sente apenas que essa parte está paralisada e insensível: sente que ela é “inexistente”, de um modo absoluto e impossível, que ele foi cortado pela metade e que a outra parte está faltando — não no sentido muito conhecido de estar em outro lugar, e sim no estranho sentido de *não ser*, de não estar em local algum. Pacientes que recebem anestesia espinhal podem dizer que parte deles está “faltando” ou “sumiu”, que parece carne morta, areia ou pasta; que não tem “vida” ou “vontade”. Um desses pacientes, tentando formular o informulável, por fim disse que seus membros perdidos não estavam “em lugar nenhum” e que

não se pareciam “com nada neste mundo”. Quando desse tipo, me lembro das palavras de Hobbes: “Corpo não é parte do Universo; e porque o Universo que dele não é parte é *Nada*; e conseqüentemente *lugar nenhum*”.

A anestesia espinhal fornece um exemplo notável de uma “aniquilação” transitória, mas há inúmeros casos simples de aniquilação em nosso cotidiano. Todos nós dormimos em cima de um braço, o que comprime e extingue por um instante o tráfego neural; essa experiência, embora muito breve, é estranha, pois o braço parece não ser “nosso”, e sim um nada inerte, insensível, que não nos pertence. Wittgenstein alicerça a “certeza” na certeza do fato de que você puder dizer *aqui está uma mão*, nós lhe admitiremos que *o resto*. No entanto, quando acordamos depois de dormirmos, os nervos do braço, não somos capazes de dizer “esta é a minha mão” e nem mesmo “esta é uma mão”, exceto no sentido estrito. Algo que sempre foi tomado por certo, ou ao menos revelava-se radicalmente duvidoso ou contingente; ter certeza de *qualquer coisa*, depende dos nossos nervos.

Há inúmeras outras situações — fisiológicas e psicológicas — comuns ou incomuns — nas quais ocorrem aniquilações prolongadas ou permanentes. AVCs, tumores, lesões, especialmente na metade direita do cérebro, tendem a causar aniquilação parcial ou total do lado direito — uma condição conhecida por vários termos, como “impercepção”, “inatenção”, “negligência”, “agnosia”, “anosognosia”, “extinção” ou “alienação”. São todas elas experiências do nada (ou, para ser mais preciso, de privações da experiência de alguma coisa).

Um bloqueio da medula espinhal ou de grandes nervos de membros pode produzir situação similar, muito embora o cérebro esteja intacto, pois ele é privado de informações das quais formar uma imagem (ou uma “intuição” kantiana). Aliás, pode-se mostrar, medindo potenciais elétricos nos membros durante bloqueios espinais ou regionais, que há uma gradativa da parte correspondente da representação cerebral de “imagem corporal” — a realidade empírica requerida na

não se pareciam “com nada neste mundo”. Quando ouço frases desse tipo, me lembro das palavras de Hobbes: “O que não é Corpo não é parte do Universo; e porque o Universo é Tudo, o que dele não é parte é *Nada*; e conseqüentemente não está em lugar nenhum”.

A anestesia espinal fornece um exemplo notável e eloquente de uma “aniquilação” *transitória*, mas há inúmeros casos mais simples de aniquilação em nosso cotidiano. Todos nós às vezes dormimos em cima de um braço, o que comprime seus nervos e extingue por um instante o tráfego neural; essa experiência, embora muito breve, é estranha, pois o braço parece não ser mais “nosso”, e sim um nada inerte, insensível, que não é parte de nós. Wittgenstein alicerça a “certeza” na certeza do corpo: “Se você puder dizer *aqui está uma mão*, nós lhe admitiremos todo o resto”. No entanto, quando acordamos depois de comprimir nervos do braço, não somos capazes de dizer “esta é minha mão” e nem mesmo “esta é uma mão”, exceto no sentido formal estrito. Algo que sempre foi tomado por certo, ou axiomático, revela-se radicalmente duvidoso ou contingente; ter um corpo, ter *qualquer coisa*, depende dos nossos nervos.

Há inúmeras outras situações — fisiológicas e patológicas, comuns ou incomuns — nas quais ocorrem aniquilações breves, prolongadas ou permanentes. AVCs, tumores, lesões, especialmente na metade direita do cérebro, tendem a causar aniquilação parcial ou total do lado direito — uma condição conhecida por vários termos, como “impercepção”, “inatenção”, “negligência”, “agnosia”, “anosognosia”, “extinção” ou “alienação”. São todas elas experiências do nada (ou, para ser mais preciso, privações da experiência de alguma coisa).

Um bloqueio da medula espinal ou de grandes plexos de membros pode produzir situação similar, muito embora o cérebro esteja intacto, pois ele é privado de informações com as quais formar uma imagem (ou uma “intuição” kantiana). Aliás, pode-se mostrar, medindo potenciais elétricos no cérebro durante bloqueios espinais ou regionais, que há uma morte gradativa da parte correspondente da representação cerebral da “imagem corporal” — a realidade empírica requerida na realida-

de kantiana. Aniquilações similares podem ser produzidas perifericamente por dano nervoso ou muscular em um membro ou até quando ele é engessado, medida que, mescla de imobilização e acondicionamento, pode fazer cessar de forma temporária o tráfego e os impulsos neurais.

O nada, a aniquilação, nesse sentido, é uma realidade essencialmente paradoxal.

## VER DEUS NO TERCEIRO MIL

Na literatura médica há muitos relatos bem documentados de experiências religiosas intensas durante convulsões epiléticas. Podem ocorrer uma força avassaladora, às vezes acompanhada de uma sensação de bem-aventurança e de um estado extraordinariamente numinoso, sobretudo nas convulsões extáticas, que podem ser provocadas por lesão do lobo temporal.<sup>1</sup> Embora tais convulsões possam ser consideradas como chegando a levar a uma reorientação fundamental, elas não costumam chegar a mudar a vida. Fiódor Dostoiévski tinha propensão a sofrer convulsões desse tipo e descreveu muitos deles, inclusive este:

O ar se encheu de um ruído forte e tentei me mover. Sentia-me como se estivesse flutuando sobre a terra e me engolfava. Eu realmente toquei em mim, em mim mesmo, sim, Deus existe, exclamei, e senti-me mais nada. Todos vocês, pessoas sadias, [...] não podem compreender a felicidade que nós, epiléticos, sentimos durante o segundo ataque. [...] Não sei se essa felicidade dura segundos ou meses, mas, podem acreditar, eu não a trocaria por todos os bens da vida que pode trazer.

Um século mais tarde, Kenneth Dewhurst e A. J. Gray publicaram um relato detalhado no *British Journal of Psychiatry* sobre um motorista de ônibus que teve uma súbita experiência de júbilo enquanto cobrava passagens. Eles escreveram:

<sup>1</sup> Em *A mente assombrada*, discorri com mais detalhes sobre convulsões e experiências de quase morte.

## CHÁ COM TORRADAS

Theresa tinha 95 anos quando foi internada no Beth Abraham, em 1968. Mergulhara em uma demência que avançava gradualmente desde seu nonagésimo aniversário, embora, com a ajuda de uma sobrinha e de uma enfermeira em tempo parcial, continuasse a morar sozinha e a manter uma vida semi-independente. Contudo, sua dieta era pobre — vivia “de chá com torradas”, segundo a sobrinha. E agora estava ficando confusa, com incontinência. Precisava dos cuidados de um lar para idosos.

Não parecia ter sofrido nenhum AVC ou convulsão, e o diagnóstico, por default, foi de “senilidade” ou SDAT (sigla em inglês de demência senil do tipo de Alzheimer, como era chamada na época), uma condição progressiva e incurável. Fora isso, não se encontrou nenhuma anormalidade em sua avaliação neurológica geral, e os exames de sangue de rotina se mostraram dentro dos limites normais. No entanto, quando soube de sua dieta de chá com torradas, tive uma suspeita e pedi um exame que na época não era habitual: uma avaliação do nível de vitamina B12 no soro sanguíneo. A faixa de normalidade é entre 250 e 1000 unidades, mas o nível de Theresa estava em apenas 45.

Essa condição — anemia perniciosa — pode decorrer de um distúrbio autoimune, porém é mais comum que resulte de uma dieta vegetariana. No passado, o tratamento clássico para esse tipo de anemia eram injeções de extrato de fígado, pois nos anos 1920 observou-se que a ingestão de alimentos de origem animal, em especial fígado, podia prevenir, deter ou reverter essa doença, que se supunha ser causada por deficiência — embora não se conhecesse o fator especial que tornava a carne, e sobretudo o

fígado, tão eficaz. (George Bernard Shaw, vegetariano rigoroso, tomava injeções mensais de extrato de fígado e, com a ajuda delas, conseguiu viver até os 94 anos, ativo e criativo até o fim.)

As repetidas tentativas de extrair o princípio antianemia no fígado tiveram êxito em 1948 — logo depois, quando eu estava com quinze anos, fizemos uma visita escolar ao laboratório onde esse princípio fora extraído e concentrado (quase como o rádio fora extraído da pechblenda). Ensinar-nos que o princípio era a vitamina B12, ou cianocobalamina, um composto orgânico complexo com um átomo de cobalto no centro; ele tinha a bela cor rosa-avermelhada característica dos sais de cobalto inorgânicos simples. Essa descoberta possibilitou testar os níveis de B12 no sangue dos pacientes e tratá-los, se necessário, com “a vitamina vermelha”.<sup>1</sup>

Kinnier Wilson, um neurologista de conhecimentos enciclopédicos, observara no começo do século xx que a anemia perniciosa podia causar *apenas* demência ou psicose, sem ser acompanhada de anemia ou de qualquer neuropatia ou degeneração da medula espinhal — e que essa demência ou psicose podia ser revertida, em grande medida, por injeções de fígado, em contraste com as mudanças estruturais irreversíveis que podem ocorrer na medula espinhal quando a causa é um distúrbio autoimune.<sup>2</sup>

Seria o caso da minha paciente? Será que sua demência poderia regredir se lhe déssemos vitamina B12? Para nossa alegria e espanto (pois pensávamos que ela poderia ter doença de Alzheimer *além* de deficiência de B12), ela começou a melhorar com injeções semanais da vitamina. Recuperou sua fluência e memória, começou a ir à biblioteca do hospital todos os dias,

<sup>1</sup> Só nos anos 1970 passou a ser possível *sintetizar* a B12 — um grande feito da química sintética.

<sup>2</sup> O grande psicanalista Sándor Ferenczi começou a desenvolver algumas ideias insólitas no começo dos anos 1930 — por exemplo, que os analistas deviam deitar-se no divã *ao lado* do paciente. Tais ideias, embora um tanto heréticas, de início foram vistas como expressões de sua notável originalidade de pensamento; porém, conforme foram se tornando cada vez mais estapafúrdias, evidenciou-se que Ferenczi tinha uma psicose orgânica, a qual se revelou associada a anemia perniciosa.

primeiro para ler jornais e revistas, depois para ler romances e biografias — suas primeiras leituras de cinco anos. Também voltou a fazer as palavras cruzadas fora viciada. Após seis meses de injeções, ela estava recuperada e era capaz de cuidar de sua vida e de seus pessoais. A essa altura ela quis ter alta, voltar a sua casa.

Concordamos, porém a alertamos para ter uma alta adequada, fazer o monitoramento periódico de seus B12 e tomar injeções caso necessário.

Dois anos depois de ter alta, Theresa, com 97 anos, bem, mas ainda precisava de injeções de B12. Isso ocorre independentemente da alimentação, e muitos idosos, independentemente da alimentação, têm frequência seus níveis de ácido gástrico tendem a ser baixos que pode ser agravado por medicamentos, como os inibidores de bomba de próton muitas vezes prescritos para refluxo ácido podem impedir por completo a secreção de ácido gástrico.

Theresa foi a primeira, e depois dela encontrei muitos idosos casos similares de confusão e demência decorrentes de deficiência de vitamina B12, nem todos reversíveis. Mas teve sorte. “A vitamina vermelha salvou minha vida”, ela

primeiro para ler jornais e revistas, depois para retirar livros, romances e biografias — suas primeiras leituras de verdade em cinco anos. Também voltou a fazer as palavras cruzadas em que fora viciada. Após seis meses de injeções, ela estava totalmente recuperada e era capaz de cuidar de sua vida e de seus assuntos pessoais. A essa altura ela quis ter alta, voltar a morar em sua casa.

Concordamos, porém a alertamos para ter uma alimentação adequada, fazer o monitoramento periódico de seus níveis de B12 e tomar injeções caso necessário.

Dois anos depois de ter alta, Theresa, com 97 anos, passava bem, mas ainda precisava de injeções de B12. Isso ocorre com muitos idosos, independentemente da alimentação, pois com frequência seus níveis de ácido gástrico tendem a ser baixos — o que pode ser agravado por medicamentos, como os inibidores da bomba de próton muitas vezes prescritos para refluxo ácido, que podem impedir por completo a secreção de ácido gástrico.

Theresa foi a primeira, e depois dela encontrei em vários idosos casos similares de confusão e demência decorrentes de deficiência de vitamina B12, nem todos reversíveis. Mas Theresa teve sorte. “A vitamina vermelha salvou minha vida”, ela disse.