

Varela D. *O médico doente*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007. 129 p.

Nelson Filice de Barros

Laboratório de Pesquisa Qualitativa em Saúde, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp

Ele que sabe muito, entendeu pouco...

O livro *O médico doente*¹, escrito por Drauzio Varella e publicado pela Companhia das Letras, em 2007, compõe a importante literatura produzida por médicos enquanto pacientes. Vários profissionais da medicina juntaram o desejo à necessidade de expressar-se, para produzir textos reveladores dos alcances e limites do modelo da prática médica. Entre eles, talvez o mais conhecido seja Oliver Sacks, que relatou após o acidente que lhe fraturou uma perna, [...] *a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muitos dos seus direitos, não se é mais livre*².

O livro de Varela é de muito fácil e agradável leitura, pois entremeia percepções do médico às do paciente, em meio à intensa viagem temporal entre presente e passado. Inicia sua narrativa com o retorno à cidade de São Paulo, após uma expedição no Rio Negro, entre as mais de cinquenta de que já participou, onde é desenvolvido um projeto de pesquisa botânica, com o fim de produzir fitoterápicos, sob sua coordenação. Segue a narrativa na forma de um diário em que relata minuciosamente os sentidos e sentimentos trazidos pela doença, que, ao levar dias para ser diagnosticada, causou intenso sofrimento. Já internado e em processo de investigação diagnóstica, relata o suplício que é receber visitas de pessoas pouco próximas e pergunta ao leitor: “Existe constrangimento maior do que passar mal na presença de pessoas com quem não temos intimidade?” Com isso, a família e ele restringem as visitas com a enfática afirmação da mulher: “No seu estado, não tem cabimento ser obrigado a fazer sala para visitantes”.

Outro fato que se percebe no relato do “médico doente” é a presença constante e próxima do núcleo familiar do autor, formado pela mulher e duas filhas, sendo a mais jovem médica residente, à época. Alguns momentos cruciais da narrativa passam-se exatamente nas percepções diferentes dos dois conjuntos formados pelos membros da família, médicos e leigos. Assim, vários fatos mos-

tram a cumplicidade com a filha médica, em oposição a certa “ingenuidade” da mulher e da filha mais velha, como, por exemplo, quando a mulher afirma sorrindo:

– Tenho uma boa notícia. Descobriram o que você tem: febre amarela.

– Isso é grave – foi o que pude dizer:

Para ela, o diagnóstico trazia o fim das incertezas; para mim, o risco de morte.

Ou ainda, no relato das últimas páginas do livro: *O pessimismo não se restringiu a mim e ao infectologista. Todos os médicos que me assistiram consideraram o coma hepático seguido de óbito a hipótese mais provável. Minha filha Letícia e diversos colegas que me visitaram ou acompanharam a evolução à distância, também. Apenas Regina, Mariana [filha mais velha] e minha irmã Maria Helena deixaram de levar em conta essa eventualidade.*

No fim, as três que não eram médicas foram as únicas a prever o desfecho.

Sabe-se que a narrativa literária é um importante elemento para análises sócio-antropológicas, tornando-se inclusive um método de coleta e análise de dados, pois *a compreensão do adoecer não ocorre apenas a partir dos enunciados das narrativas dos sujeitos da doença. Esses enunciados, em específico, e a narrativa, em geral, devem ser entendidos como recortes de uma realidade que os contém, sem, contudo, a eles se reduzir: [...] [Assim] as narrativas problematizam a relação entre cultura ou formas simbólicas e experiência. [...] [Sendo] uma forma na qual a experiência é representada e recontada e os eventos são apresentados como tendo uma ordem significativa e coerente*³.

Portanto, não é estranho afirmar que do livro é possível compreender importantes aspectos da sociologia da profissão médica e do modelo biomédico. No entanto, um aspecto específico chama atenção, devido a uma possível contradição entre o relato e o conceito de ruptura biográfica. De acordo com Varela, *A doença infecciosa tem o poder de expor a fragilidade do corpo humano como nenhuma outra. [...] Infelizmente, em meu caso a ameaça de perder a vida não trouxe transformações filosóficas, iluminações espirituais, nem mudanças práticas significativas. [...] Das duas uma: ou me faltou sensibilidade para viver em plenitude a experiência transformadora de chegar à beira do abismo, ou a metamorfose ocorre somente com os que não levam a sério a finalidade da própria existência.*

Todavia, na literatura da sociologia da saúde, as investigações sobre a “experiência de qua-



se-morte”⁴ tem se dado mais com as doenças crônicas e menos com as agudas. Sobretudo, porque elas são as principais responsáveis pelo processo de ruptura na vida das pessoas, pois a ausência da perspectiva de cura leva o indivíduo a negociar e gerenciar seu estado alterado, para identificar e obter o suporte físico, psíquico, social e religioso necessário^{5,6}. Certamente, a *metamorfose* se dá por exigir da pessoa em condição crônica processos, como: de *adaptação* - experiência cognitiva desenvolvido pelo portador da cronicidade para sustentar sua autoconfiança para lidar com as alterações promovidas no corpo e na vida; de definição de *estratégias* - ações envolvidas no gerenciamento da condição e seus impactos nas interações e mudanças da vida; e de definição de um *estilo de vida* - adoção de estilo ou de ajustamento à nova condição, que requer a decisão individual sobre as relações de temor e identidade que serão construídas⁷.

Embora o autor tenha tido experiências de cunho profissional, inclusive relatadas no livro “*Por um fio*”, publicado em 2004, e pessoal de proximidade com a morte, certamente o tempo de três semanas de exposição e sofrimento não foi o suficiente para registrar transformações existenciais; ou, quem sabe, a sua mente racional e biomédica não lhe permite realizar essas passagens. Assim, concluo que *ele, que sabe muito, entendeu pouco* e ele sumariza afirmando que *Embora tenha sido decepcionante não ter enxergado a luz do fim do túnel, de certa maneira foi uma descoberta tranquilizadora emergir da febre amarela com a consciência de que estava disposto apenas a modificar o horário de trabalho. Não pretendia trocar de mulher nem de profissão, nem abandonar o atendimento na cadeia, os programas educativos na TV, as viagens para o Rio Negro e a mania obsessiva de pensar em escrever sobre tudo o que me acontece.*

Referências

1. Varella D. *O médico doente*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
2. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1999 [acessado 2009 jan 14]. 15(3):[cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000300023&lng=en&nrm=iso
3. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2009 jan 14]. 18(5):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000500013&lng=en&nrm=iso
4. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness* 1982; 4(2):167-182.
5. Moody Jr RAR. *Vida depois da vida - a investigação do fenômeno de sobrevivência à morte corporal*. Rio de Janeiro: Nórdica; 1986.
6. Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness* 1991; 13(4):451-468.
7. Gabe J, Bury M, Elston M, editors. *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage; 2004.