

# ESCOLHA DO MÉDICO: ELO DE CONFIANÇA

Prof.Dr.HC João Bosco Botelho

A doença não existe só em si mesma; em certo instante pode ser entendida como abstrata, por ser nominada e classificada pelas pessoas, como história de longa duração.

A conjunção simultânea dos sinais e sintomas que determina doença determina no corpo humano - a síndrome -, impõem a observação pelo médico ou outro curador da doença como mal. Essa situação assume na prática como o ponto de partida para retirar as doenças das construções teóricas abstratas.

A consequência da enfermidade, entendido como mal que deve ser extirpado, constitui o principal pilar que alicerça a abordagem do doente, estruturando o elo de confiança entre o enfermo e o médico, não somente como fenômeno biológico, mas também parte da totalidade sociocultural de ambos, do curador e do doente. O controle das endemias sempre esteve diretamente ligado a essa realidade. O historiador Jaques Le Goff é enfático: "A doença não pertence somente à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos, mas à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, instituições, representações e mentalidades."

Um dos exemplos mais marcantes é a hanseníase. Essa doença começou a desaparecer da Europa, no século 17, trezentos anos antes do início do tratamento efetivo. Aqui reside um dos pontos cruciais do atual entendimento da medicina enquanto prática social: é preciso que as escolas de medicina repensem as metodologias para que os alunos compreendam a dimensão social da doença.

A análise cultural das doenças pode contribuir também para esclarecer como se processa a escolha que o doente faz na procura do médico ou do curandeiro, consolidando o elo de confiança. Em determinadas culturas distante milhares de quilômetros entre si, esse encaminhamento é concretizado de modo semelhante, isto é, as pessoas se baseiam no sistema referencial dos amigos e não somente em indicadores objetivos do êxito profissional.

Após a escolha do curador-popular, não necessariamente do médico, as práticas se distanciam rapidamente. Em certo sentido, em especial na construção do elo de confiança, a medicina popular é mais integral que a medicina das universidades. O médico tende como resultado da sua formação desvinculada do sociocultural, abordar exclusivamente a doença em compartimentos corpóreos, enquanto que o curador-popular se envolve com o dominante cultural e o utiliza no objetivo de curar.

A milenar crença de que a doença é castigo divino ainda é marcante em muitas culturas. Nas grandes religiões judaica, cristã e muçulmana, em certas circunstâncias, continua sendo utilizada como instrumento de controle social.

A compreensão das enfermidades como forma de desvio social foi teorizada Parsons em 1951, foi marcada pelo etnocentrismo americano da década de cinquenta que acabou legitimando os Relatórios Flexner ao defender: "O paciente tem a obrigação de buscar ajuda técnica competente (fundamentalmente um médico) e cooperar no processo de recuperação".

A compreensão de Parsons estabeleceu o pressuposto de que as pessoas não podem se ajudar mutuamente e transformou todos em seres passivos e obedientes que devem se submeter inteiramente ao poder médico e da Medicina.

Essa conduta fortaleceu a medicina e a morte

hospitalar e fixou relação de absoluta dependência entre o doente se o médico. É evidente que o estudo de Parson só poderia ser aplicado nos países industrializados com grandes recursos disponíveis para empregar na saúde. É inaceitável nos países subdesenvolvidos, onde a maioria esmagadora da população não tem acesso à medicina hospitalar. Nessa situação, na qual o doente sobre forte influência da mídia descrevendo, diariamente, os “sucessos da tecnologia curando doenças temidas” se transforma em duro confronto com a realidade vivida, sem cuidados primários à saúde, torna impossível a construção dos elos de confiança entre doente e médico.