

ÉTICA E DEFESA PROFISSIONAL

ASSAF HADBA - TSBCP

A ética como sabemos é a teoria do comportamento humano que reúne em normas codificadas, o que a moral de cada época determina. A moral representa os valores que a sociedade respeita como princípios fundamentais baseados na consciência humana.

Assim como a moral, a ética é também temporal, pois dela depende. Por isso, a moral de hoje é que deve ditar os valores sociais e as técnicas para a codificação da ética moderna, que buscamos para a medicina moderna. Realmente a ética moderna, revolucionada pela tecnologia, seria um capítulo à parte e de longo debate, pois, abordagem de assuntos como reprodução artificial, clonagem, aborto e muitos outros não cabe neste pequeno tempo, e, o que consta no momento em nosso código de ética, hoje, está praticamente sepultado pela doentia sistemática de assistência médica imposta aos médicos e pacientes. Vejamos alguns desses pontos, pois o tempo é exíguo para tratarmos aqueles outros assuntos, também de muita importância.

No capítulo I que trata de normas fundamentais, assim reza o artigo 2º do nosso código de ética “o médico tem o dever de exercer tão nobre atividade com exata compreensão de sua responsabilidade e tem o direito de receber remuneração pelo próprio trabalho, que constitui seu meio normal de subsistência”.

Entretanto a atividade hoje é exercida sob pressão, em que a responsabilidade é do patrão, e a remuneração foi substituída pelo salário vil. Haveria muito para se discutir.

O artigo 3º diz: “O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e aquele que o presta e não deve ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político”.

O que fez o Governo, senão explorar politicamente o médico, oferecendo assistência médica a toda população à custa do sacrifício econômico e técnico do médico? O que faz a medicina de grupo? Não é exploração comercial?

O artigo 4º em seu parágrafo C dita: “É dever do médico abster-se de atos que impliquem na mercantilização da medicina e combatê-lo quando praticados por outrem”.

Entretanto, quantos médicos se absterem de trabalhar para as medicinas de grupo e a combatem? Quantos outros no próprio SUS? E, seria preciso argumentar? Sabemos que são pouquíssimos, já que os demais, para sobreviver se submetem.

O artigo 5º no seu parágrafo M diz: “Colaborar em planos de serviço com entidade em que não tenha independência pro-

fissional ou que não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos”. Entretanto, com raras exceções, qual médico não vem colaborando para os serviços que ferem os princípios éticos estabelecidos, e, entregando a sua independência? Que independência tem o médico que precisa de fazer greve para aumento de salário?

Rossini, filósofo Italiano do século passado, pregava que: “O direito brilha com esplendor invulgar quando violado”. Parafrazeando o ilustre filósofo diremos nós: “A ética médica jamais brilhou tanto por violada e vilipendiada em seus fundamentos”.

Como que para coroar todas essas e outras deturpações da ética médica foram elas “Constitucionalizadas”. Realmente o Mundo civilizado não possui em suas constituições o capítulo saúde, pois o médico como qualquer outro profissional está regido pelos códigos e regulamentos que norteiam a sociedade.

Coube aos nossos constituintes de 1988, iluminados pela Constituição de Cuba, a única que consagrava o capítulo saúde em todo mundo, colocarem em nossa constituição uma cópia semelhante.

O artigo 197º da Carta Magna Brasileira estatui “São de relevância pública as ações e serviços de saúde. Cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Em flagrante desrespeito aos profissionais médicos, únicos realmente responsáveis pela assistência médica, os nossos iluminados constituintes os transformaram em simples objetos do Governo e de toda sociedade, em absurda discriminação. Como se não bastasse englobaram saúde e assistência médica em um mesmo “pacote”, quando na realidade “saúde” é um direito do cidadão e um dever do estado, para tanto pagamos tributos, porém, assistência médica, ou seja, a doença cabe ao médico, único capaz de legalmente autorizado a dela cuidar e não ao Governo, ou a uma esclerosante estrutura governamental.

Como falar em ética, quando o médico está inserido e subalternizado pela Constituição e não é um profissional independente como os demais? Não há ética sem liberdade. Só profissionais livres podem ser éticos.

A defesa profissional questiona desde a conduta do ser humano médico, até os erros que no exercício possa cometer.

Os erros grosseiros que caracterizam a incompetência são, em sua maioria, ocasionados pelo poder público que autoriza o exercício ao despreparado. Estes profissionais que fazem o que não devem, porque não sabem o que deveriam, precisam ser levados aos órgãos censórios com condições de julgá-los e puni-los.

Ao revés, os erros profissionais causados pelas incertezas da própria medicina, em que técnicas inconclusivas podem levar o médico a confundir-se, gerando em muitas oportunidades sérios danos ao paciente, não caracterizam qualquer tipo de infração. Estes profissionais devem e precisam ser defendidos não só junto aos órgãos corporativos de julgamento como na justiça comum.

A defesa profissional, que nos foi passada, creio eu, e que todos desejamos é aquela que coloca o médico no pedestal de respeito e entusiasmo aos olhos da sociedade, e não esta desfigurada imagem que hoje nos marca.

Sejam quais forem as razões que possam determinar a defesa da profissão, somente um único caminho nos parece o ideal, ou seja: a competência profissional.

Sem competência profissional tudo é nada. Os incompetentes se subalternizam, se submetem e se entregam muitas vezes aos lupanares da comercialização da medicina.

A rigorosa formação do médico desde o início escolar até o final da residência, e a necessária prova de suficiência, me-

lhor dizendo de conhecimento, será indiscutivelmente a grande solução para quase todos os males que envolvem a defesa profissional.

Colegas, o grande desafio que hoje nos confronta, não é outro senão a educação, formação e a excelência do profissional médico. O incompetente se entrega, o capaz resiste.

A ética e defesa profissional são os grandes aliados da competência, sem a qual os valores morais desaparecem.

Para começar, bastaria que com absoluta firmeza, cumpríssemos e exigíssemos que se cumpram pelo menos os artigos 3º, 4º, 5º do nosso próprio código.

Acho que poderíamos resumir: a ética médica nada mais é do que o conjunto de regras ditadas por uma consciência livre em busca da excelência na luta contra a doença, alicerçada por uma assistência médica que tenha como seu valor máximo o paciente e, como o seu mais nobre agente o médico. A ética médica, assim concebida, é, também, a mais sólida e digna defesa profissional.

Sabemos que não é fácil atingir esta posição que a medicina merece, mas, é preciso buscá-la, e toda caminhada de 1.000 km começa com o primeiro passo.

Esta é uma oportunidade.

Setembro, 1997.

ASSAFHADBA

CRITÉRIO DE ALTA AMBULATORIAL PARA DOENTES COM CÂNCER COLORRETAL

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP
JOSÉ HIPÓLITO DA SILVA - TSBCP

O critério de alta ambulatorial visa a descontinuidade do seguimento sistemático dos doentes operados de câncer colorretal, porém, não os excluem de um rastreamento, visto que são de risco elevado para uma segunda neoplasia maligna.

Inúmeros protocolos de seguimento têm sido propostos, com o objetivo de resgatar alguns doentes para tratamento de recidivas e metástases, ainda com intenção curativa^(1,2,5-7). Os doentes beneficiados com operações curativas apresentam um índice em torno de 6%, nos primeiros cinco anos de seguimento, ao passo que aqueles submetidos apenas a operações paliativas chegam a aproximadamente 40% do total de casos⁽⁴⁾. Todavia, o custo operacional do seguimento oncológico ambulatorial é bastante elevado, tornando impraticável em determinadas instituições governamentais, ou então quando o doente arca diretamente com o ônus das consultas especializadas e principalmente dos exames complementares.

O critério de alta ambulatorial realizado em nossos casos e atualmente proposto inclui:

1. Tempo de seguimento mínimo superior a cinco anos;
2. Ausência de doença ativa primária ou metastática, avaliada por meio de exame clínico geral e proctológico, durante o período de seguimento;
3. Normalidade de exames complementares durante todo o seguimento. Esses exames constam de curva de antígenos, como CEA e CA 19.9, radiografias de tórax, ultra-sonografia abdominal, tomografia computadorizada de abdome e pelve e colonoscopia ou enema opaco.

Em relação ao prazo de seguimento não inferior a cinco anos, foi considerado que a grande maioria dos doentes morrem de recidiva antes de completar cinco anos e poucos entre os cinco e 10 anos. Após 10 anos, a recidiva tem um efeito desprezível no índice de cura⁽³⁾.

Nos últimos dois anos, esses conceitos ficaram bem definidos em nosso Serviço e procuramos eleger alguns doentes que preenchessem esses requisitos. Doze doentes tiveram seu seguimento descontinuado, e, conseqüentemente, foram afastados de nosso programa de seguimento. Esses doentes foram cientificados que continuavam fazendo parte de uma população de alto risco para câncer, sendo portanto devidamente orientados.

Acreditamos que essa maneira objetiva de abordar o seguimento de doentes com câncer colorretal traduz um conceito atual, que poderá ser adotado como rotina nos serviços de colo-proctologia.

REFERÊNCIAS

1. American Joint Committee on Cancer. Manual for staging of cancer, 4ª ed., Philadelphia, JB Lippincott, 1992, pp. 75-82.
2. Devesa JM, Morales V, Enriquez JM, Nuño J, Camuñas J, Hernandez MJ, Avila C. Colorretal cancer: the bases for a comprehensive follow-up. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 636-52.
3. Morson BC, Path MC, Bussey HJR. Surgical pathology of rectal cancer in relation to adjuvant radiotherapy. *Br J Radiol* 1967; 40: 161-5.
4. Safi F, Link KH, Beger HG. Is follow-up of colorretal cancer patients worthwhile? *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 636-44.
5. Sousa Jr. AHS, Araújo SEA, Habr-Gama A. Estadiamento do câncer do reto. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1997; 2(supl. 1): 186-9.
6. Vernava AM, Longo WE, Virgo KS, Coplin MA, Wade TP, Johnson FE. Current follow-up strategies after resection of colon cancer: results of a surgery of members of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 573-83.
7. Vieira RAC, Rossi BM, Lopes A, Santos IRB, Mattion EA, Torrico JRO. Rastreamento do câncer colorretal. *Acta Oncol Bras* 1997; 17(1): 40-6.

Endereço para correspondência:

Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276 - 7º andar - Vila Heliópolis
04231-030 - São Paulo - SP