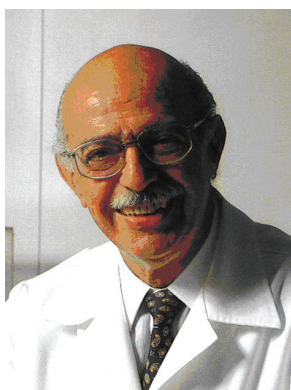


ENTREVISTA: PROF. DR. ADIB DOMINGOS JATENE*



O Prof. Dr. Adib Domingos Jatene, ex-ministro da Saúde, ex-diretor e professor emérito da FMUSP e atual diretor do Hospital do Coração (HCor), formado pela Faculdade de Medicina da USP, é, sem dúvida, um dos maiores nomes da medicina brasileira e mundial. Nesta entrevista concedida à Revista de Medicina, Dr. Jatene fala sobre sua carreira, sua experiência política, sobre as dificuldades enfrentadas pela classe médica atualmente e sobre o ensino médico no Brasil.

R.M.: Gostaríamos de saber um pouco do Dr. Adib Jatene pelo próprio Adib Jatene. O senhor poderia nos contar um pouco da sua história e o que o fez escolher a carreira médica?

Dr. Adib Jatene: Eu sou do Xapuri, no Acre, e venho de uma família pequena. Aos dois anos perdi meu pai. Ele era comerciante e fornecia os seringais. Um dia ele foi visitar os seringais e, quando voltou, estava profundamente icterico, e morreu em dois dias. Então ficou minha mãe, viúva, aos 28 anos com quatro filhos. E ela pôs na cabeça que iria educá-los. Quando nós terminamos o curso primário no Acre, viemos para Uberlândia, onde eu fiz o ginásio e o primeiro científico. Depois eu vim pra São Paulo, estudar no Colégio Bandeirantes, porque eu estava destinado à engenharia. Eu sempre fui muito bom aluno em matemática e aluno bom em matemática naturalmente faz engenharia. No terceiro científico eu resolvi fazer

medicina e o meu projeto de vida era fazer, depois do curso, um ano de saúde pública e voltar para o Acre. Esse era meu projeto quando eu entrei na faculdade. Mas depois do quarto ano, quando eu comecei a adquirir alguma vivência em cirurgia, entrei no grupo do professor Zerbini, inclusive em maio de 1951, quando ele operou o primeiro doente de estenose mitral fui eu que instrumentei. Ele me solicitava muito para buscar peças na anatomia patológica, artigos para revisão, etc. As coisas foram acontecendo e, então, acabei ficando na cirurgia. Eu não estudei medicina para fazer cirurgia cardíaca, ela foi uma coisa que aconteceu ao longo da formação. Eu fiz toda a minha pós-graduação no Hospital das Clínicas, com o professor Zerbini (eu não fui para o exterior) e eu estive dois anos e meio em Uberaba, onde fui professor de anatomia topográfica em 1957.

Lá em Uberaba eu construí meu primeiro modelo de coração-pulmão artificial e quando o professor

* Entrevista realizada em 26 de junho de 2008 por Mateus Rozalem Aranha (acadêmico do 2º ano da Faculdade de Medicina da USP) e Rodolfo Truffa Kleine (acadêmico do 2º ano da Faculdade de medicina da USP). Revisada e editada por Alan Saito Ramalho (Acadêmico do 3º ano da Faculdade de Medicina da USP).

Zerbini soube, ele disse “você vai voltar para São Paulo, porque nós estamos trabalhando com isso e você podia ajudar”. Eu voltei e montei, no Hospital das Clínicas, uma pequena oficina (que, inicialmente era na casa de máquinas do elevador do lado da Rebouças). Lá eu fiz o primeiro modelo de coração-pulmão artificial do Hospital das Clínicas, que utilizava um oxigenador de disco e uma bomba de rolete. Depois arranjaram uma área na manutenção e eu montei o que eu chamava de “Oficina Experimental e de Pesquisa”, e produzimos e sistematizamos a circulação extra-corpórea. Depois eu me transferi para o Instituto Dante Pazzanese, que era o Instituto de Cardiologia do Estado, onde passei a trabalhar em tempo integral e dedicação exclusiva. Lá eu desenvolvi, além de um novo modelo de coração-pulmão artificial com oxigenador de bolhas, uma válvula artificial de Star Edwards em 1964. Também fizemos um marca passo implantável, desfibrilador, etc. Tudo o que nós usávamos era produzido na nossa oficina experimental. Mais tarde fizemos convênios com empresas, para produzir os oxigenadores descartáveis que foram ali desenvolvidos e dos quais eu tinha patente. Tinha muita coisa que eu fiz e que era patenteável, mas que eu não patentei. Patentei o oxigenador de bolhas descartável, o oxigenador de membranas descartável e uma válvula de disco vasculante, que passaram a ser produzidos pela indústria e exportados, até, para países da Europa, com grande sucesso.

Na parte propriamente cirúrgica eu também me dediquei muito. No começo trabalhávamos muito com problemas congênitos, depois começou a cirurgia de problemas adquiridos, e em 1962 eu tive a oportunidade de fazer a primeira troca de válvula por prótese de Hufnagel no Brasil. Há, ainda, algumas contribuições que eu fiz na cirurgia de cardiopatias congênitas. Desenvolvi várias técnicas, terminando com a cirurgia de transposição de grandes artérias, que eu, pela primeira vez na medicina mundial, consegui realizar com sucesso, pois todas as tentativas, até então, haviam fracassado. Foi em 1975 que eu fiz essa operação, que ficou conhecida como “Cirurgia de Jatene”. Depois eu introduzi, em 1975, um conceito nos aneurismas de ventrículo esquerdo, que também teve grande repercussão mundial: o conceito de que a operação de aneurisma de ventrículo esquerdo não era uma ressecção, era uma reconstrução da geometria da cavidade. Então os feixes musculares deviam ser repostos na posição original e apenas uma pequena área, correspondente à área de infarto, é que ficaria acinética. Isso teve uma repercussão enorme, mudou a cirurgia do aneurisma de ventrículo esquerdo no mundo inteiro. Em 1984, eu fui convidado para falar na “Honored Guest Address” (Conferência do Membro Honorário),

da American Association for Thoracic Surgery. Eles imaginavam que eu falaria sobre a cirurgia de transposição das grandes artérias, que a essa altura já estava bastante difundida no mundo todo. Porém eu resolvi falar sobre “Left Ventricle Aneurism: Resection or Reconstruction?”, fiz uma conferência conceitual, e esse conceito foi inteiramente absorvido.

Depois disso eu tive a oportunidade de trabalhar também na administração pública. Fui secretário estadual da saúde em São Paulo, de 1979 a 1983. Elaborei o Plano Metropolitano de Saúde, que propunha a construção de 490 centros de saúde na área metropolitana e 40 hospitais locais. Fui ministro duas vezes: numa fase final do governo Collor (por 8 meses) quando ele tentava se recompor e constituir um ministério diferente, e depois com o Fernando Henrique Cardoso (por 22 meses), quando eu tive a oportunidade de colocar o esquema financeiro na agenda nacional. Até então, ninguém discutia muito o esquema financeiro, e eu discuti isso fortemente. Propus a CPMF como um recurso adicional para a saúde, que iria elevar o seu orçamento em 50%. No entanto, houve uma frustração, porque a área econômica retirou das fontes que o Ministério da Saúde possuía mais do que a CPMF trouxe, o que esterilizou completamente o processo e me levou a deixar o Ministério. Eu imaginava que eles iam cumprir o que tinham combinado, ou seja, manter o orçamento que o Ministério tinha, mas isso não aconteceu.

Em 1983 eu substituí o professor Zerbini como Professor Titular de Cirurgia Torácica da FMUSP. Houve um concurso, mas eu não tinha os títulos universitários, porque eu fiz a minha carreira no serviço público (no Instituto Dante Pazzanese), mas a congregação me deu o reconhecido saber e eu pude fazer o concurso e assumir o cargo.

R.M.: O que é a Cirurgia de Jatene e o que levou o senhor a desenvolvê-la?

Dr. Adib Jatene: A transposição das grandes artérias é uma doença incompatível com a vida, porque o sangue que chega do corpo inteiro volta para o corpo inteiro (a aorta sai do ventrículo direito) e o sangue que chega do pulmão volta para o pulmão (a artéria pulmonar sai do ventrículo esquerdo). A correção desta inversão sempre desafiou os cirurgiões. E nas tentativas imediatas o sujeito pensa “ok, eu corto os vasos, costuro a porção proximal da pulmonar na porção distal da aorta e a porção distal da pulmonar na porção proximal da aorta e corrijo”. No entanto, as coronárias ficam na circulação pulmonar. Por isso, todas as tentativas feitas tiveram insucesso total. Os cirurgiões usavam as crianças com comunicação interventricular e hipertensão pulmonar para que a

situação pudesse ser mantida por mais tempo. Aí entraram num outro tipo de idéia: se a aurícula direita jogar o sangue no ventrículo esquerdo e o ventrículo esquerdo jogar na artéria pulmonar e a aurícula esquerda jogar o sangue no ventrículo direito e aí sair pela aorta, está corrigido. Estas são as operações no plano atrial, que é a inversão atrial, são técnicas que passaram a ser utilizadas no mundo inteiro, mas sempre ficou a idéia de fazer a correção de uma forma mais adequada.

Nos países mais avançados já existia a especialização em cirurgião pediátrico, que tratava das cardiopatias congênitas, e o cirurgião de adultos, que tratava, por exemplo, das coronárias. Aqui, no Brasil, nós todos fomos formados pela escola do professor Zerbini, que começou com as cardiopatias congênitas e depois entrou nas adquiridas. Então nós, cirurgiões brasileiros, principalmente os mais antigos, sempre operamos problemas congênitos e adquiridos, e eu comecei a cirurgia de coronária. O primeiro paciente de ponte de safena fui eu que operei em setembro de 1968. Nós tivemos uma enorme experiência em cirurgia de coronária e ao mesmo tempo tínhamos uma enorme experiência na cirurgia de congênitos. E o problema na cirurgia de transposição das grandes artérias era transferir as artérias coronárias. Os doentes que tinham comunicação interventricular e hipertensão pulmonar tinham uma taxa de mortalidade muito alta com as operações no plano atrial, então se justificava buscar uma outra alternativa. Eu fui estudar na anatomia patológica de mais de 60 corações de transposição, e achei que era perfeitamente possível transferir as coronárias da aorta para a pulmonar e fechar os dois orifícios deixados e aí cortar os vasos e costurar com inversão. Costura-se o coto proximal da aorta ao distal da artéria pulmonar e o proximal da pulmonar, já com as coronárias transpostas ao distal da aorta. Eu consegui realizar esta operação pela primeira vez no mundo e deu certo, e ela começou a ser testada internacionalmente. E eu tinha a idéia de que o ideal era fazer essa operação no período neonatal, nas primeiras duas semanas, quando o ventrículo esquerdo ainda luta contra a resistência pulmonar e ainda está suficientemente forte para sustentar a circulação sistêmica. Porém, nós não tínhamos, aqui no Brasil, estrutura para fazer pós-operatório de neonatos submetidos a uma cirurgia extracorpórea e por isso eu procurei estimular e desafiar os cirurgiões que, no exterior, só faziam congênitos, como o Dr. Castanheda, no *Children Hospital* de Boston, a fazer

“A Medicina não tem vínculo com remuneração e com capacidade de ganho. A Medicina deve proteger as pessoas que precisam ser protegidas.”

isso no período neonatal, na transposição simples, sem CIV (comunicação interventricular). Eles começaram a fazer e deu certo, e hoje é uma operação que todo mundo faz e que mudou a perspectiva dos portadores de transposição das grandes artérias. Mas isso foi uma questão de oportunidade, se eu não tivesse feito, outro cirurgião faria logo adiante, então o importante não é você ter feito, é você ter tido a oportunidade de fazer. E hoje isso tem reconhecimento internacional.

R.M.: Quais são, na sua opinião, as áreas mais promissoras da Medicina? Como é, atualmente, a carreira em cardiologia na Faculdade e no InCor? E quais são as perspectivas profissionais de um cardiologista recém-formado?

Dr. Adib Jatene: Eu sempre me recuso a apontar quais são as áreas mais promissoras porque quando se fala em área mais promissora a idéia que fica é aquela em que o indivíduo pode ser mais bem remunerado, ter mais condição de exercer a profissão. Eu sempre achei que a Medicina não tem vínculo com a remuneração e com a capacidade de ganho. Ela deve proteger as pessoas que precisam. Entretanto é uma preocupação para quem está estudando saber o que ele vai fazer, como vai se inserir, como vai se manter. Então, eu apontaria as especialidades que são mais dependentes de tecnologia ou as especialidades que estão na moda. Dermatologia e Estética são especialidades que estão na moda. Especialidades dependentes de tecnologia como imagens, ultra-som, também estão. Agora, a Cardiologia é uma especialidade fantástica porque a população está envelhecendo e as doenças cardiovasculares, principalmente o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral, são doenças da velhice e, portanto, o número de pacientes é crescente.

A dificuldade que você enfrenta é que, hoje em dia, a remuneração é raramente feita pelo paciente. Ela é feita por sistemas de pré-pagamento ou pelo governo. E a remuneração feita pelo governo, todos nós sabemos, é muito baixa. Com relação aos convênios, você tem a possibilidade de trabalhar para o convênio ou de ser credenciado dele. Para ser credenciado você precisa ter especialidade e o mínimo de prestígio profissional. Prestígio profissional se faz com competência na formação, com dedicação e com capacidade de sacrificar-se e de estar disponível. De maneira que eu acho que qualquer das áreas que o indivíduo exerça, se ele é competente,

teve treinamento adequado, for dedicado e tiver um relacionamento com os pacientes também adequado, qualquer uma das áreas é muito boa. Medicina é uma profissão muito boa, o problema é que ela, hoje, está sendo manobrada não pela relação médico-paciente, mas pela relação do convênio, seguradora ou governo com o médico.

Por isso que o profissional precisa ser muito bem formado, porque ele sendo bem formado ele atende bem, e ele atendendo bem a tendência é ele atender cada vez mais, e a possibilidade de ele se desvincular dos convênios e fazer o atendimento direto é maior. Agora, o médico que se limita a fazer um atendimento burocrático não vai se diferenciar e se ele não se diferenciar, ele vira assalariado mesmo. Os que se diferenciam, conseguem uma situação melhor. Mas, mesmo numa situação de assalariado, há aqueles que são mais reconhecidos e aqueles que são menos reconhecidos. O que dá satisfação na profissão é o reconhecimento, não é especificamente o quanto o profissional ganha, é a gratidão dos doentes, isso que é a grande conquista. Infelizmente hoje isso mudou, porque o aspecto material assumiu um papel importante e preocupa os estudantes. No meu tempo, os estudantes estavam preocupados em atender bem. Mas era um tempo diferente, porque era uma relação do médico com o paciente. Na época, lá pela década de 50, o sujeito vendia casa para pagar o médico, hoje não. Hoje o atendimento é gratuito.

R.M.: O que por outro lado é bom para o paciente...

Dr. Adib Jatene: É bom para o paciente, só que essa remuneração precisa ser condizente para que o profissional não faça um voto de pobreza, ela precisa ter um nível compatível com a situação da profissão.

R.M.: Com o assalariamento da atividade médica, os profissionais são obrigados a trabalhar em diversos empregos, a baixos salários. Isso entra em conflito com a constante necessidade de atualização do conhecimento científico do profissional. Afinal, este muitas vezes não tem tempo ou dinheiro para fazer cursos de atualização, participar de congressos, etc. As entidades médicas (CFM, CRM, ABM, entre outras) estão somando esforços para que haja melhorias na qualificação dos médicos. Uma das medidas que contribuiria para isso é a revalidação dos títulos de especialistas através de um sistema de créditos. Como funciona esse sistema? O senhor acha que essa medida tem uma eficácia real na melhoria da qualificação dos médicos?

Dr. Adib Jatene: Esse é um problema importante porque antes o indivíduo conseguia a especialização e a partir daí ele podia não estudar, não ir a congressos, não publicar, ele não fazia nada e continuava especialista. A tendência mundial é rever a especialidade a cada cinco anos. Claro que você não vai submeter o indivíduo a um exame para checar se o médico está atualizado (o que pode até ser feito), mas você pode fazer isso indiretamente, por exemplo: a participação em congressos dá um determinado número de créditos, cursos que o indivíduo faz dão um determinado número de créditos, ou seja, tem uma série de coisas que demonstram que ele está acompanhando a evolução e isso é contabilizado como créditos. É assim no mundo inteiro. De maneira que basta que o indivíduo acompanhe o que está acontecendo, que ele participe de congressos, de jornadas, de cursos de atualização, etc. Assim ele obtém os créditos necessários para revalidar o seu título de especialista.

Agora, o sujeito que não vai a congressos, que não faz cursos, etc. vai ter que ser submetido a um exame para se verificar se ele está atualizado e, caso não esteja, ele perde o título de especialista. Nós ainda não temos isso bem estabelecido, ainda estamos começando. Mas, nos outros países, isso já é condição absolutamente tranqüila. Tanto que a participação em congresso e em cursos é grande, porque o médico precisa dos créditos para manter o título de especialista.

R.M.: O senhor, enquanto estava no Ministério da Saúde, propôs medidas que levassem os médicos recém-formados para as regiões periféricas, onde a necessidade de atendimento médico é, geralmente, maior. Quais são os problemas enfrentados para levar o médico para a periferia e que medidas estão sendo tomadas para superar esses problemas?

Dr. Adib Jatene: Essa é uma questão complicada, porque na verdade você tem dois tipos de doente: um tipo que é o doente coberto pelo SUS e outro tipo de doente que é o coberto pelos convênios. Bem, para aqueles cobertos pelos convênios, mesmo pelos mais simples, não se tem tido tantas dificuldades para conseguir médicos. Agora, para a parcela da população coberta pelo SUS, a situação é mais complicada. Uma parte dessas pessoas é atendida nas partes melhores da cidade, que têm ambulatórios, hospitais, etc. Agora, quando se trata de atender na periferia, o problema começa a aparecer, principalmente porque a periferia foi composta por uma população que tem baixo nível educacional, que tem baixa capacidade tecnológica e de conhecimento e, por isso, que tem

baixa remuneração. É onde os outros serviços essenciais como saneamento, segurança e transporte são deficientes, o que gera um ambiente de insegurança. Muitos médicos têm sofrido agressões na periferia, por isso que eles têm medo de ir para lá. O problema de se arrumar médicos não pode ser separado do resto.

O desenvolvimento urbano que nós fizemos foi equivocado, porque colocamos as atividades produtivas numa área da cidade e as pessoas que trabalham numa outra área, geralmente longe, porque o terreno é mais barato e a unidade habitacional sai mais barata. E aí se cria o problema do transporte, entre muitos outros. Uma sociedade só se equilibra quando ela tiver todos os componentes funcionando na mesma área geográfica. Quer dizer, onde eu tenho uma fábrica eu tinha que ter, morando perto, os empregados dessa fábrica, o comércio local, etc. Ou seja, deveriam existir núcleos de desenvolvimento, mas nós não fizemos assim. Nós fizemos um desenvolvimento em que você tem, de um lado, o bairro industrial e de outro, lá adiante, as pessoas morando. Essa inexistência de núcleos de desenvolvimento gerou sociedades que não possuem todos os profissionais necessários convivendo num mesmo ambiente. São áreas onde os profissionais de que a população precisa não aceitam morar, e se o profissional aceitar, a família dele não aceita. Esse é o problema que nós estamos enfrentando. É por isso que você abre concurso para unidades da periferia e não tem candidato. O indivíduo prefere ficar trabalhando nas áreas mais centrais numa posição subalterna, fazendo atividades de auxiliar, não de médico propriamente dito, a ter que ir para periferia. Essa é uma situação de solução complexa, porque não se trata de mandar o médico trabalhar na periferia, se trata de criar para ele um ambiente em que ele possa exercer a sua atividade, e isso implica em cobertura de especialistas, em leitos na área, em segurança, transporte, implica em todo um complexo de ações para que você consiga equilibrar aquela sociedade.

Uma idéia que o Ministro da Educação está desenvolvendo e que eu achei muito interessante é a seguinte: existe o programa de financiamento do curso para que o profissional pague depois de formado. Se o profissional for para os lugares em que realmente ele está sendo necessário, cada mês que ele trabalha no lugar, abate 1% do valor que ele deve pagar. Ou seja, se ele trabalhar 50 meses, ele ficará devendo apenas metade do financiamento do seu curso. Você não pode criar obrigatoriedade, por exemplo, dizendo que o profissional que se forma em um determinado estado tem que ficar nesse estado durante 2 ou 3 anos. O que você pode fazer é criar condições (como melhor remuneração, melhores condições de habitação, de transporte, de segurança, de cobertura profissional,

etc.) para que ele fique. Assim você consegue levar o profissional para os locais onde a presença dele é necessária. Agora, se você quiser simplesmente que o profissional vá lá e fique lá sozinho, não vai conseguir. É isso que as pessoas precisam entender. Por isso que o sistema precisa de muito mais recursos, porque não é simplesmente pagar o salário do médico, é criar condições para que o médico possa trabalhar, e para criar essas condições há uma série de situações que precisam ser atendidas e que custam caro.

E esse problema de levar os médicos para trabalharem na periferia não afeta os pacientes cobertos pelos convênios porque essas empresas privadas, mesmo as mais simples, criam essas condições essenciais para que o médico trabalhe na periferia, porque o convênio constrói ambulatório ou o hospital e cuida dele.

R.M.: O senhor acha que o exame para os alunos egressos das Faculdades de Medicina é uma medida válida para a melhoria da classe médica em atuação no país? Há necessidade e condições de ele ser aplicado? Qual seria a principal função dele?

Dr. Adib Jatene: O que está acontecendo no ensino médico é um escândalo. Até 1995 nós tínhamos 80 escolas médicas, hoje nós temos 175. É absolutamente impossível, em qualquer país do mundo, que num prazo de 10 ou 12 anos se consiga corpo docente para tocar mais de 90 faculdades de medicina, consiga ter locais de treinamento, hospitais, etc. Impossível. Então estamos tendo uma formação muito desigual. Tem aluno que se forma e nunca esteve num pronto-socorro. Não pode! Há requisitos mínimos que precisam ser obedecidos. Muitas dessas novas escolas estão fazendo coisas inacreditáveis, porque, como a mensalidade é elevada, elas não conseguem alunos o suficiente, então elas estão trazendo alunos da Bolívia, do Paraguai, de outros países para preencherem as vagas. Quer dizer, é um risco tremendo que nós estamos correndo. Eu sempre defendi a idéia de que o diploma não garante a qualificação. Ocorre que os Conselhos Regionais de Medicina (CRM) não têm competência para avaliar o aluno antes de lhe dar a carteira profissional. Os CRM funcionam como um cartório. O aluno chega com o diploma e recebe a carteira profissional. Eu, quando fui diretor da Faculdade de Medicina da USP, presidi 4 formaturas. Nós dávamos um canudo vazio, simbólico. O CRM entregava, no dia da formatura, a carteira profissional para o formando. Não pode!

Porém, fazer essa avaliação, dar essa competência aos Conselhos, é um processo legislativo complicado. O que o Conselho está tentando fazer é

se antecipar. Ele está procurando fazer uma avaliação para saber em que pé nós estamos. As grandes escolas têm se saído muito bem, não há problemas. Claro que mesmo nas grandes escolas há um percentual pequeno de alunos que vai mal. Mas nas más escolas esse percentual é enorme. Então isso servirá para instrumentar uma política posterior, e isso faz parte do processo de aprimoramento dos cursos médicos.

Agora mesmo nós estamos com alguns casos que são inacreditáveis, veja: existe uma “Associação Presidente Antônio Carlos”, em Minas Gerais. Lá, quem autoriza os cursos é o Conselho Estadual de Educação, o que é contra a lei, mas eles puseram isso na Constituição do estado. Então essa associação foi para o Tocantins e se chama “Associação Tocantinense Presidente Antônio Carlos” e lá fez uma faculdade de medicina. Aí foi para Pernambuco e conseguiu uma autorização do Conselho Estadual de Educação para fazer um curso em Garanhuns. O Conselho Estadual da Educação não tem competência para isso, mas autorizou. O Ministério da Educação entrou com recurso na Justiça Federal pedindo uma liminar para caçar o concurso Vestibular que eles tinham marcado. O Juiz federal concedeu a liminar. Na sexta-feira retrasada (13/06/08), um desembargador do Tribunal de Justiça de Pernambuco cassou a liminar e, no sábado de manhã, realizou-se o Vestibular. Essa escola é ilegal, mas ela vai acabar começando. Então, o Ministério da Educação entrou no Supremo Tribunal Federal e eu recebi hoje (27/06/08) um papel do Ministério dizendo que o ministro Eros Grau, do STF, que está com o processo, vai pedir informações ao desembargador de Pernambuco. Quer dizer, são protelações na justiça. Aí nesse meio tempo eles começam o curso e dizem que não podem parar por causa dos alunos. É um negócio maluco. Tem vários cursos que estão funcionando com liminar.

O Ministério da Educação está fazendo o ENADE, que é um exame nacional dos cursos, e comparando o ingressante com o concluinte para saber o que ele obteve. A faculdade que tirar média menor que 3 neste exame, será submetida a uma avaliação direta. Agora mesmo são 17 faculdades que serão avaliadas, para verificar se elas realmente estão em condições de oferecer um curso de medicina minimamente aceitável.

Por isso, eu acredito que interessa aos estudantes de uma escola boa uma avaliação adequada, porque senão eles terão que competir com gente mal treinada, e gente mal treinada faz qualquer negócio, o que degrada a profissão. Mas há uma idéia do estudante de que ele não deve se submeter a uma avaliação externa. Não! O estudante tem que entender que há escolas que preparam muito mal, e se os

alunos das escolas boas são contra o exame, eles acabam defendendo as escolas ruins.

R.M.: E como está o panorama geral do ensino médico no país?

Dr. Adib Jatene: Muito heterogêneo! Há escolas que têm tradição, têm corpo docente, têm instalações, equipamentos e têm condições de oferecer um bom curso. Mas há escolas que não estão adequadas, que não têm hospital e fazem convênio com hospitais particulares, que não têm supervisão docente. O papel aceita tudo, quer dizer, no papel está tudo legal, mas, quando vamos olhar, a situação não é boa. Isso, evidentemente, contribui para rebaixar o nível, e o nosso interesse não é baixar o nível, mas sim subir o nível, para que o médico seja um profissional respeitado. O médico ainda tem prestígio na sociedade, mas se nós não tomarmos cuidado, isso vai piorar.

R.M.: E quais são os critérios que o Ministério da Educação avalia para permitir que um curso de medicina seja aberto? Como esses critérios eram antigamente e como eles estão hoje?

Dr. Adib Jatene: Há alguns anos esses critérios eram muito frouxos. É por isso que há muitas escolas, pois muitas conseguiram cumprir as exigências. Nós temos hoje uma comissão de especialistas, a qual eu presido, e nós estabelecemos uma série de apertos nos critérios para autorização dos cursos, e o fato mais importante é que nós colocamos um requisito eliminatório: a instituição que se propuser a fazer um curso de medicina precisa demonstrar que ela tem um complexo médico-hospitalar-ambulatorial que seja referência regional e que esteja funcionando há pelo menos dois anos com um número de leitos igual ao dobro dos alunos de 2 classes. Ou seja, se a faculdade tiver 100 alunos por turma, seu complexo hospitalar precisa ter 400 leitos, além do complexo ambulatorial e serviço de emergência. E essas são exigências fundamentais, porque hoje existe escola que não tem hospital e não tem emergência. Como é que se pode ensinar medicina se não se tem o doente? É impossível! Então um dos argumentos que nós colocamos foi esse: não se ensina informática sem computador e não se ensina medicina sem doente. Os critérios estão muito mais rigorosos hoje. É pouco provável que alguma instituição consiga preencher os critérios atuais. E, se conseguir preenchê-los, é porque deve ser autorizada. Agora, o problema são as escolas que não preenchiam esses critérios atuais e foram abertas antes deles. Elas serão submetidas ao Reconhecimento, e nesse processo é que elas podem não passar. Existe um site na internet que se chama

“Escolas Médicas” (www.escolasmedicas.com.br), lá tem tudo sobre as escolas médicas: quando elas foram abertas, a situação atual, etc. E aí se vê que existe um número de escolas, que não é pequeno, que ainda não chegou ao sexto ano, porque o ENADE só avalia as escolas que já têm a primeira turma formada. E o que nós estamos procurando agora é fazer com que o MEC avalie essas escolas novas para ver se elas estão preenchendo os novos critérios e tentar eliminar o problema antes que ele seja grande demais.

Existe a escola de Itaperuna, no RJ, que é uma autorização da Congregação da faculdade de Nova Iguaçu. A faculdade de Nova Iguaçu tem 240 vagas, sendo 120 para o primeiro semestre e 120 para o segundo semestre. E eles abriram um curso em Itaperuna, com a mesma autorização de Nova Iguaçu, e lá tem 170 vagas, mas eles formaram 40% da turma, quer dizer, durante o curso a turma vai saindo e se transferindo para outras escolas. E não está registrada no MEC. É uma franquia. Quer dizer, é um despropósito o que está acontecendo na área, então é preciso um rigor. E o Ministro está disposto a enfrentar o problema.

R.M.: E o mesmo rigor que existe com as más escolas brasileiras existe também com relação às escolas estrangeiras às quais os brasileiros que não conseguem ingressar no Vestibular daqui recorrem para depois voltarem e exercerem a medicina no Brasil?

Dr. Adib Jatene: Esse é outro problema ao qual nós devemos estar atentos. O Ministério está atento, porque senão virá uma enxurrada de médicos formados em outros países para exercer a profissão aqui. A questão não é defender mercado de trabalho, a questão é não permitir que gente mal formada entre nele, porque aí desorganiza o mercado de trabalho e rebaixa o padrão. Esse é o problema que nós estamos enfrentando. Os alunos precisam entender isso, não transformando isso num problema ideológico, achando que isso é feito para penalizar os alunos pelo fato de as escolas não serem boas. Nós não estamos penalizando nem defendendo o aluno ou a escola, estamos defendendo a população, que será atendida por essas pessoas que foram mal formadas. Então nós temos que procurar eliminar a má formação e, enquanto isso, nós temos que defender a população dos médicos mal formados.

R.M.: Qual é a importância de os estudantes conciliarem estudos e lazer?

Dr. Adib Jatene: Isso é uma coisa absolutamente fundamental. Na minha época, todos nós ou uma boa parte da turma fazia esporte. Nós tínhamos a Mac-Med. Eu treinava remo e atletismo, mas eu me dedicava o dia inteiro na escola. O esporte, principalmente o esporte de competição é de uma importância fundamental, porque você aprende a perder e a ganhar, e aprende a respeitar quem te derrota, pois sabe que ele te derrotou porque ele treinou mais do que você, ou porque tem mais aptidão. O esporte de competição é uma coisa que melhora o indivíduo intrinsecamente, melhora a qualidade da pessoa, ela passa a aceitar que tem gente melhor que ela e faz um esforço enorme para chegar lá. Essa é a condição fundamental, quer dizer, o indivíduo não precisa querer ser o melhor, ele precisa querer ser bom no

meio de gente boa, e para ser bom no meio de gente boa é preciso trabalhar e se dedicar. O esporte ensina isso de uma forma fantástica. Você treina três, quatro meses pra correr uma prova, você vai lá, alinha-se com oito atletas e perde. O que você vai dizer? Que o outro ganhou, por quê? Ganhou porque está mais treinado, porque tem mais aptidão. Você passa a reconhecer os méritos dos outros. Essa é uma falha da formação humanista: as pessoas têm uma tendência a diminuir o mérito dos outros, e o esporte de competição corrige esta falha. Você tem que admitir que o outro tem mais aptidão e

treinou mais que você. Isso é uma lição fantástica para o resto da vida. No esporte de competição coletivo, o indivíduo aprende a trabalhar em equipe. Eu, por exemplo, treinava remo, e eu remava numa equipe de oito. São oito indivíduos remando e todos precisam fazer força igual, remar igual. Se um falta, a guarnição não sai. Então você aprende a trabalhar em equipe, aprende que ela depende de você e você, dela. Tira o caráter individualista. Então eu acho que o esporte é uma extraordinária escola de formação de caráter. Percebe-se que a maioria dos estudantes de medicina que foram esportistas no seu tempo de escola teve sucesso na profissão. Teve sucesso porque aprendeu essas coisas, que são fundamentais.

R.M.: E mesmo depois de formado, trabalhando como médico, é possível o profissional conciliar trabalho e lazer?

Dr. Adib Jatene: Todas as pessoas precisam conciliar, porque a mente humana não pode ficar fechada num único tipo de atividade. Ela precisa de relaxamento, ela precisa sair da pressão cotidiana.

“A questão não é defender mercado de trabalho, a questão é não permitir que gente mal formada entre nele, porque desorganiza o mercado de trabalho e rebaixa o padrão.”

O lazer é indispensável para a pessoa. É para isso que servem as férias. Porque existem férias? Para relaxar. Agora, se você conseguir, no exercício da sua atividade profissional relaxamento o suficiente para te manter equilibrado, você não precisa de férias. É este equilíbrio entre a busca da competência, a dedicação para ser um bom profissional e o lazer que te permite relaxar (através de artes, do esporte ou qualquer outra atividade que te tire daquela tensão da profissão), é o que te permite levar a vida com tranquilidade.

R.M.: E o senhor, ao longo da sua carreira médica, precisou abrir mão de muitas coisas da vida pessoal em prol da profissão?

Dr. Adib Jatene: Não só eu, todo mundo. E aí é que entra a arte da profissão, porque, para se exercer uma profissão, é preciso cuidar dos outros aspectos que estão envolvidos nela. O sujeito geralmente se casa e tem família. Ele precisa equilibrar a família com a profissão. Claro que ele precisa sacrificar a família, mas ao sacrificar a família, esta precisa entender que ela está sendo sacrificada porque ele está causando um benefício para alguém. É esse equilíbrio que precisa ser alcançado. Por isso que o indivíduo não pode ser personalista, não pode pensar só nele, ele precisa pensar nele e nos que vivem com ele, porque senão ele vai muito bem, mas destrói os que estão com ele. Você vê que muitos médicos se separam depois de algum tempo, porque não conseguiram fazer o equilíbrio. Este equilíbrio é uma arte e tem que ser buscado. Eu digo sempre que é preciso estar tranquilo para se exercer bem uma profissão, e para se estar tranquilo é preciso estar preparado para perder e estar preparado para exercer esta tranquilidade. Então, o que causa a intranquilidade?

Algumas preocupações que, no fundo, traçam um perfil de vaidade: o indivíduo se preocupa com o que os outros pensam do que ele está fazendo, e muitas vezes faz para mostrar para os outros. Não é por aí. Ele tem que dominar esse sentimento. Ele tem que fazer porque aquilo deve ser feito, e não estar preocupado com o que os outros pensam do que ele está fazendo. Ele também não pode ficar preocupado com o que os outros fazem e sofrer com o sucesso alheio. Você deve procurar exercer sua atividade com a maior dedicação possível e procurar ser competente e, para isso, você tem de estudar, você tem que se dedicar

e se, simultaneamente, você é capaz de reconhecer o mérito dos outros (aí entra o aprendizado que o esporte te dá) você estará centrado não em você, mas no doente que você está atendendo. Porque toda a atividade existe para beneficiar a pessoa que você está atendendo, não pra beneficiar você. Você é o instrumento para atender aquela pessoa que está em dificuldade. Por isso é que o indivíduo precisa ser suficientemente humilde, sem ser servil, para poder exercer bem.

Nos últimos dias nós tivemos um exemplo interessante: a dona Ruth Cardoso morreu. O que foi mostrado na mídia? Uma mulher competente, dedicada, discreta, modesta, trabalhadora e que todo mundo respeita. Ela nunca botou banca como primeira dama, mas procurou resolver o problema das pessoas, fez comunidades solidárias, etc. Todos os partidos foram lá, todos. A imprensa a tratou com o maior respeito. Por isso que

eu digo que o sucesso não tem nada a ver com o patrimônio conquistado, com a posição social conquistada, com a projeção, nada. O sucesso se mede pelo reconhecimento dos seus colegas de profissão. Quando o seu colega diz “olha, aquele cara é bom”, ele sabe. Agora, quando o indivíduo tem bruta sucesso, aparece na mídia, tem carros e iates, e dizer “esse cara não é bom”, é um problema. A ambição precisa ser distinguida da ganância. Na ganância, o indivíduo quer pra si e não quer que os outros tenham o que ele tem. A ambição é você procurar chegar lá. Você tem que ser ambicioso, mas não tem que ser ganancioso. Você não tem que subir à custa dos outros. Esse é todo um processo filosófico que o nosso mundo moderno despreza. Já não tem mais princípios, ética, o que existe são interesses. Então o indivíduo quer atender o interesse pessoal ou de um grupo. Se ele está

atendendo o interesse pessoal ou de grupo, ele está se comportando como um indivíduo personalista, ele não está com a visão ampla que é preciso ter.

R.M.: Há mais alguma coisa que o senhor gostaria de dizer aos nossos leitores?

Dr. Adib Jatene: Apenas que vocês continuem com a tradição da escola, mantenham um nível alto e busquem ser profissionais que atuem com ética, com competência e com educação em benefício das pessoas que precisam.

“O indivíduo não precisa querer ser o melhor, ele precisa querer ser bom no meio de gente boa, e, para isso, é preciso trabalhar e se dedicar.”

“O sucesso não tem nada a ver com o patrimônio conquistado, com posição social conquistada ou com projeção. O sucesso se mede pelo reconhecimento dos seus colegas de profissão.”