

# MUSEU DA PESSOA



Museu da Pessoa

Uma história pode mudar seu jeito de ver o mundo.

Memorial do Incor - 25 anos (INC/ISP)

## A vida de um coração

História de [Sérgio Almeida de Oliveira](#)

Autor: [Museu da Pessoa](#)

Publicado em 25/07/2018

---

Projeto Memória do Incor  
Depoimento de Sérgio Almeida de Oliveira  
Entrevistado por José Carlos Vilardaga e Ricardo Guanabara  
São Paulo, 13 de outubro de 2000.  
Código da entrevista: INC003\_Sérgio Almeida de Oliveira  
Transcrito por Cristina Eira Velha  
Revisado por Erick Vinicius de Araujo Borges

P/1 - A primeira pergunta que vou fazer é pedir para o senhor

(PROBLEMA COM A GRAVAÇÃO)

R - ... Precisa contestar, investigar mais, ir a fundo. Esse rigor, essa investigação, com as limitações da época, nós não tínhamos uma propedêutica como se tem hoje. Hoje você faz um ultrassom de abdômen, uma tomografia, mil exames que são muito precisos para definir as coisas internas, do tórax ou do abdômen. Naquela época se dava grande importância ao que a gente tinha na semiótica, que é a escuta, a história, o fato, como ele aconteceu, como veio, para se correlacionar as coisas, de onde vem o paciente, quais são os entornos do problema. Também o exame físico. Você tem que examinar o cidadão inteiro, da unha ao cabelo. A textura do cabelo é importante para você suspeitar alguma coisa. Esse convívio com esse pessoal acho que foi muito útil, mesmo sendo cirurgião, quer dizer, hoje sou um cirurgião, acho que tenho um espírito clínico bastante forte. Porque o cirurgião pratica uma terapêutica muito específica. Então, geralmente, quando o paciente vem para o cirurgião, ele vem já depois de uma triagem muito boa. Ele passou pelo clínico, por vários métodos diagnósticos, aí dizem: "Há uma indicação cirúrgica." Chama o cirurgião para discutir o caso e aceitar ou não e executar o procedimento. Ele pode ser um excelente cirurgião, realizar uma operação muito bem do ponto de vista técnico, perfeita, mas às vezes a indicação não está correta. Ou a oportunidade não está correta. Ele precisa participar da outra fase, não deve ficar fazendo a história, o exame, nem tratando clinicamente, porque ele não é competente para isso, mas precisa participar desse raciocínio para que possa fazer aquilo que lhe foi indicado com consciência, quer dizer, com absoluta segurança de que esse é o melhor momento, o melhor procedimento. Senão ele é um executor de ordens. Ele não contribui para o avanço da medicina e nem contribui para o bem estar do doente. Quer dizer, tem que ter o espírito crítico para saber o que ele é, o que pode fazer, qual o benefício disso. Essa participação com esses professores acho que me ajudaram muito nesse sentido de ser muito crítico frente as coisas. A tendência nossa é se decepcionar, ou se entusiasmar muito com o fracasso, ou com o sucesso. Mas o médico precisa ser extremamente cauteloso na avaliação, tanto do sucesso como do insucesso. Às vezes você aprende mais com o insucesso. Aquilo que a gente chama de insucesso pode nem ser um insucesso. Pode ser um fluxo normal da própria evolução que tem ciclos.

P/1 - O senhor lembra o nome desses clínicos?

R - Me lembro, o professor Romeu Cansado, foi um cirurgião cardíaco, recebi carta dele há poucos dias, o professor Caio Benjamim Dias, depois foi reitor, acho que foi o primeiro reitor da Universidade de Brasília, se não foi o primeiro, foi o segundo, foi logo na fase inicial, foi convidado pelo \_\_\_\_\_ governo Juscelino, ele tinha sido convidado, um pouco mais tarde, para ser reitor, um homem bastante aberto, bastante culto. O outro se chama Galizzi, João Galizzi, um cidadão de muito bom senso, muita cabeça. Vários outros professores. Havia um oftalmologista, o Rocha, o doutor Rocha, homem muito... Isso é interessante, porque hoje nós estamos vendo, sempre comento isso aqui. O

doutor Zerbini teve a lucidez, a visão clara da criação desse Instituto, a criação da Fundação, uma Fundação de apoio, não tinha o nome dele na época, chamava-se de apoio à bioengenharia, à biomedicina. Era criar uma estrutura que permitisse ao ambiente universitário ser ao mesmo tempo criador de recursos, para poder manter o atendimento, melhor num país onde existe dificuldades econômicas e financeiras nós nunca vamos poder estar dependendo de verbas para a Universidade do Estado. É preciso gerar. Quer dizer, a Universidade, com a força que tem do conhecimento, tem que gerar esses recursos, ou pelo menos deve contribuir nesse sentido. Com isso mantém o Hospital Universitário vivo, quer dizer, um hospital com grande força de produção. Não apenas um lugar onde existem as idéias, mas existe pouca prática, precisa haver as duas coisas. Esse professor de oftalmologia faleceu recentemente, foi um líder médico, foi um líder de classe, foi o presidente da Associação Médica Brasileira. Ele era um homem de bastante visão econômica clara, muito inteligente, brilhante professor. Trabalhava num hospital anexo, quer dizer, o complexo chamado Hospital das Clínicas tinha, além do Hospital das Clínicas que tinha sido construído como tal, o Hospital de Pediatria, o Hospital de Urologia, o Hospital de Oftalmologia e Hospital de Doenças Tropicais, acho que eram os que compunham o anexo. Algumas clínicas ainda funcionavam na Santa Casa. Nessa clínica oftalmológica, trabalhava, naquela época, tempo integral, uma coisa que não era muito comum para 1950, 1960. Fazia o atendimento pela manhã, do chamado indigente, que era o habitué das faculdades, até para se internar no Hospital Universitário precisava um atestado de indigente. Se você quisesse internar uma pessoa que tivesse seguro, por exemplo, um assegurado do Banco do Brasil, ou um advogado, ou um médico tinha que declarar o interesse científico. Porque pela organização, pelo estatuto, só podia internar aqui no Hospital das Clínicas o indigente. Porque as outras pessoas tinham o seu hospital, dos comerciários, dos bancários, dos transportadores e assim por diante. Ele fazia isso: de manhã atendia os doentes do Hospital das Clínicas e à tarde atendia a clínica social dele, personalidades de fora, de outros países, da alta cúpula do poder. Era um ambiente inteiramente interessante. Havia certa crítica já a isso, dizendo: "Mas como mistura as duas coisas?" O hospital era um modelo que estava vigente já em 1955. Acabou sendo destruído, porque mais tarde houve uma reforma do ensino, na Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, Federal, aonde se tentou ou se estabeleceu uma prioridade para o chamado ensino generalista, aquela idéia de que precisava formar um médico que fosse competente para atender à população brasileira, ou seja, a do Amazonas, do Acre, do interior do Ceará, do interior de Minas e a da capital. Chamava o generalista, aquele médico de família, aquelas coisas antigas, que são úteis, são necessárias, mas vai ser destruída toda uma tradição e começar uma coisa nova. Nessa reforma acho que ele se magoou um pouco, porque o hospital, você tem um hospital oftalmológico, de repente tem lá uma parturiente sendo internada, porque se tem um leito vago e chega uma pessoa no hospital, ela interna em qualquer lugar, independente do que é a clínica. Então isso tumultuou um pouco o ambiente e essa Instituição acabou sendo não interrompida, mas perdeu um pouco do brilho. Ele acabou, acho que, ou aposentou-se, ou renunciou, depois fez uma Fundação que levou o nome dele, onde se desenvolveu bastante. Mas era praticamente o modelo que aqui se fez um pouco mais tarde. Também no início ficou muita reação, havia muita... O Zerbini lutou muito para impor o Instituto como tal. Porque diziam: "Mas é um luxo, é um exagero!" Isso é assim mesmo. Quando se fez o transplante, foi em 1968... Há poucos dias um dos nossos assistentes trouxe aqui uma coletânea dos jornais que ele montou como sendo um álbum, isso vai estar no museu, contando a história do primeiro transplante, do João Boiadeiro. Na imprensa saía frequentemente as notícias: "Doutor Zerbini vai ser processado por isso (riso), por violação, não sei o que." Contestações desse tipo: "Mas um país pobre como o Brasil fazendo transplante! Melhor não é tratar criminosos!" Uma coisa não depende da outra. Depois hoje a gente está vendo que você, quando trata, faz um transplante, está economizando, está reestabelecendo saúde das pessoas. Quanta gente voltou a trabalhar, deixou de ser pensionista, deixou de ser um habitué. Porque nos últimos anos antes de morrer, um candidato ao transplante passa maior parte do tempo dele internado. Internado na UTI, gastando uma fortuna. Na realidade você não está desperdiçando dinheiro, está salvando pessoas e contribuindo para que possa vencer. Você vê hoje a quantidade de pessoas que receberam rim, fígado, pulmão, coração, córnea, \_\_\_\_\_ isso não precisa nem contar. Mas a reação é sempre \_\_\_\_: "Pô, coisa de ponta num país de pobre!" Não, não é. Mas tem que fazer, cada um tem que fazer o seu trabalho! É lógico que você não vai ter todos os hospitais fazendo transplante, mas tem que ter alguém que faça as coisas modernas.

P/1 - A cirurgia, como é que ela começou a surgir para o senhor, em que momento isso ficou muito claro, o senhor gostaria de ser um cirurgião, ir por esse campo?

R - As coisas acontecem por acaso. Estava fazendo cirurgia geral, pós-graduação em cirurgia geral. Nessa cadeira onde trabalhava, um dos assistentes do meu professor era um cirurgião cardiovascular. Ele é ainda, está vivo, doutor Sebastião Corrêa Rabello. Já fazia a cirurgia cardíaca, mas fazia a chamada cirurgia fechada, a cirurgia clássica. Naquela época, aqui em São Paulo, o doutor Felipozzi, da Santa Casa hoje, o professor Hugo Felipozzi, tinha começado a fazer a cirurgia com o coração artificial, coração-pulmão artificial. Ele foi o primeiro aqui na América do Sul. Logo depois o doutor Zerbini, o doutor Domingos Junqueira no Rio de Janeiro, quem mais? Bom, foram os primeiros que começaram aqui no Brasil. Este, o doutor Hugo Felipozzi, o chefe de clínica dele era o professor Aduino Barbosa, foi diretor da Santa Casa, aqui da Faculdade de Medicina. Ainda era colega dele, desse cirurgião com quem ele trabalhava. Então ele tinha muita influência sobre o grupo mineiro, esse grupo daqui, do doutor Felipozzi produzia também o coração-pulmão artificial, como aqui produzia, lá também na Fundação Sábado D'Angelo Nós compramos uma bomba coração-pulmão artificial e, como era aula de laboratório, nós fazíamos duas vezes por semana a cirurgia experimental, no fim da tarde a gente ia operar cachorro, para usar o coração-pulmão e aprender a manusear aquilo. Fazia parte da cirurgia geral e porque lá naquela cadeira tinha o serviço de cirurgia cardíaca. Quando fui fazer a pós-graduação em cirurgia geral, na cadeira também tinha o serviço. Eu ajudava esse cirurgião como ajudava outros. Então estava envolvido na cirurgia cardíaca, mas do mesmo jeito que estava envolvido nas outras especialidades. Até que, terminando os dois anos da pós-graduação, estava no mês de janeiro de 1963, vim passar as férias aqui em São Paulo. E tinha na minha agenda passar uma semana com o doutor Zerbini, uma semana com o doutor Felipozzi, uma semana na praia e voltar para a minha atividade. Inclusive já tinha sido nessa época nomeado assistente, porque houve uma lei, o Jango, João Goulart era presidente, baixou um decreto-lei efetivando todo mundo que estivesse lá, para regularizar a situação, porque tinha contratados de todo tipo. Como pós-graduando, eu era bolsista, ganhava uma bolsa de 10 mil cruzeiros, devia ser, para ser bolsista e fazer a pós-graduação. Como morava no hospital, reduziam quatro ou cinco que era a taxa e eu recebia quatro ou cinco. Então isso era meu pagamento. Quando, em janeiro de 1963, o Jango baixa esse decreto, efetivou todo mundo, virei assistente da faculdade. Passava a ganhar 75 mil cruzeiros só para trabalhar quatro horas, estava um cara importante. Minha vida estava garantida. Naquela época você virava funcionário público federal, não largava mais, era para o resto da vida. Estava na cadeira onde gostava, me dava bem com as pessoas, mas cheguei aqui num momento interessante, porque havia pouca gente interessada em cirurgia cardíaca. Porque naquela época em São Paulo o doutor Zerbini operava aqui de manhã, no Hospital das Clínicas se fazia duas cirurgias por dia. Nem todo dia se faziam duas. Mas na sala C, que era a nossa sala, fazia uma cirurgia de manhã, uma cirurgia de tarde. Ele

tinha um serviço na Beneficência, um serviço privado, onde uma, duas, três vezes por semana ele operava um paciente. Ele não tinha seguro, eram clientes particulares, operava um ou outro. Era o chefe também do Dante Pazzanese, do Instituto Dante Pazzanese. Não tinha hospital ainda, só tinha aquele ambulatório lá na \_\_\_\_\_, e a cirurgia era feita na Beneficência, as terças e às quintas à tarde. Existiam duas cirurgias do Dante Pazzanese à tarde, o doutor Zerbini com os assistentes faziam. Tinham duas cirurgias por dia aqui no Hospital das Clínicas (HC). Esporadicamente uma ou outra operação na Beneficência, da clínica privada e o doutor Felipozzi também operava nessa época, já não mais na Beneficência, acho que era no... Não sei que hospital ele operava, no Samaritano, uma ou outra cirurgia. No Rio de Janeiro se fazia uma ou outra cirurgia por semana, no Rio Grande do Sul uma ou outra, em Recife uma ou outra. O que havia de expectativa para um jovem cirurgião que quisesse ser cirurgião de coração? Sendo que aqui, com o doutor Zerbini e os outros já tinham uma porção de gente estruturada, tinha vários assistentes, o professor Adib era assistente do professor Zerbini. Antes aqui, depois no interior, tinha ido para o Dante Pazzanese, mas era assistente dele, doutor Bittencourt, doutor San Juan, era chefe dos servidores, que me esqueci de comentar, que tinha sido também daqui, doutor Rubens Arruda, doutor Magnus Rosa de Souza, doutor Seigo Suzuki, tinha vários cirurgiões, Euclides Marques, eram cirurgiões da casa. Mas para tocar aquela parte pesada faltava gente. Aí apareço no dia 2 de janeiro, uma segunda-feira, e falei com o doutor Zerbini. Puxa, queria participar, acompanhar as atividades, ficar passando uma visita. "Ah, ótimo! Perfeito." Ele já chamou lá o assistente e disse: "Acompanha aqui esse menino, vai mostrando as coisas para ele." Aí fiquei aqueles dias, isso na segunda-feira. Na quarta e na quinta já me falou: "Você não quer ficar conosco?" Não que tivesse mérito, é que faltava gente. Aparece um sujeito mocinho, aparentemente trabalhador, que já tinha alguma experiência, vale a pena reter, porque não era fácil e comecei a trabalhar, fiquei como estagiário, depois fiz \_\_\_\_\_ em 1966, fui nomeado... O doutor Bittencourt, era esse mais, um dos mais antigos da equipe, o doutor Verginelli que esqueci, até hoje está aqui conosco. Então professores já com muito boa formação. Mas o doutor Bittencourt teve um acidente, nós fomos inaugurar o serviço do Hospital dos Bancários, hoje é aquele hospital da Lagoa, hospital do Niemeyer, tinha sido criado para os bancários. Dois rapazes que passaram aqui, eram assistentes do professor, do chefe do serviço e quando terminaram o estágio o doutor Zerbini foi lá fazer um curso. Aquelas aulas clássicas sobre cirurgia cardíaca. A gente operou alguns pacientes. No sábado doutor Bittencourt foi até à praia com os rapazes do Rio e teve um acidente, quebrou o joelho. Ele deu uma rodada de perna, teve uma fratura cominutiva do joelho e precisou ficar muitos meses no hospital, em cama, casa e recuperação. Ele tinha uma vaga, fui nomeado interinamente para aquela vaga, depois para o fim do ano fiz concurso, fiquei assistente do Hospital das Clínicas. Depois de já ter feito três anos de nova residência, começando tudo de novo. No final não fiz a residência clássica formal que já tinha feito, fiz o chamado curso de especialização que existia, também era tempo integral, como hoje a gente tem. Quer dizer, hoje aqui nós recebemos o residente, o residente oficial do hospital, ele entra no Hospital das Clínicas, faz a parte geral e depois vai fazer a especialidade. Esse é o residente oficial, está fazendo a residência da Universidade de São Paulo, mas tem médicos que já tiveram formação em outros lugares e vêm aqui fazer um curso de especialização. Também ficam três anos, mas saem residentes do Instituto do Coração.

P/1 - O senhor comentou dessa pequena quantidade de operações cardíacas, quer dizer, uma aqui, outra ali. Quer dizer, por que isso? Da onde é que vinha essa carência?

R - Primeiro o custo, porque para fazer isso, ou seja, aqui em São Paulo, tinha a Santa Casa, a Escola Paulista que me referi naquela época \_\_\_\_\_, também tinha sido assistente do doutor Zerbini. Lá se fazia pouca cirurgia cardíaca. Aqui se fazia pouca. Na Santa Casa se fazia pouca. Todos os lugares, por quê? Porque os hospitais não tinham muito recurso, porque dependiam de vaga. Não tinha muita vaga, não tinha muito recurso. O \_\_\_\_\_ não tinha nem o hospital ainda, só tinha o ambulatório. Tinha um número de leitos que eles ajudavam na Beneficência e tinha a sua parte clínica. A Fundação Sabadão D'Ángelo tinha tido algum problema, se fechou naquela época, ou diminuiu muito a dotação de verbas. Era ligado a uma companhia de cigarros chamada Sudan, suportava essa Fundação, onde o doutor Felipozzi produziu esse trabalho muito bonito na fase inicial, dada essa possibilidade que é um suporte financeiro grande. Quer dizer, depois ficou sem. Os Institutos Bancários que tinha na Beneficência, com o doutor San Juan e o Hospital dos Servidores também tinha, mas tudo trabalhando em ritmo bem lento. Também os recursos não eram muitos para fazer muita cirurgia, os recursos até de diagnóstico, de possibilidade de tratamento. Até a aceitação, você indicava uma cirurgia cardíaca, as pessoas relutavam, tinham medo. Foi uma coisa que cresceu muito. Veja que o doutor Zerbini fez a primeira cirurgia cardíaca aqui em 1958. Em 1960, acho que teve... Não participei ainda, mas teve um Congresso no Rio de Janeiro, um Congresso Interamericano e ele compareceu com a experiência do Instituto que eram cento e poucos casos operados. Ele levou dois anos para operar cento e poucos. Em 1964, já estava trabalhando na equipe, ou no fim de 1963, houve um jantar que nós tivemos isso documentado, saiu nas revistas da época, em que ele estava comemorando o milésimo caso. Isso contando o Dante Pazzanese, porque era ligado a ele, era diretor, o HC e a Beneficência, a sua clínica particular. Somando os três deram mil casos.

P/1 - De 58 a 64?

R - Isso. Milésimo caso com coração artificial. Daí para frente as coisas progrediram. Depois o ritmo começou a crescer, passou a ser cirurgia diária. Diária, mas nós não tínhamos espaço, nós tínhamos uma sala. Podíamos operar dois, às vezes um terceiro à noite. Foi a ideia de que precisava fazer um Instituto do Coração. Ele começou a trabalhar muito intensamente nessa ideia. Evidente que a realização do transplante em 1968 o colocou em muita evidência. Quer dizer, não evidência médica que ele já tinha, mas o tornou uma pessoa conhecida do grande público, admirada, dos políticos também. Com esse canal aberto, aproveitou essa força e, com os governadores da época, conseguiu primeiro um espaço, aqui em frente não tinha esse edifício ainda dos ambulatórios, havia uma área grande aberta aqui, entre a Rebouças e o Hospital das Clínicas. Mas tinham muitos projetos. Todos os professores tinham um projeto para ocupação dessa área. Um (Instituto do Cego?) era mais antigo, o Instituto do Câncer, Instituto disso, daquilo, então havia muita dificuldade. Ele conseguiu que o governador fizesse um... Mandasse para a Assembléia um projeto doando a parte posterior do Emílio Ribas, que era esse barranco que entrava aqui, aqui era um barranco para a criação, a localização do Instituto do Coração. Uma lei também criada, mostra bem a figura do Instituto do Coração. Depois ele começou a trabalhar, ainda acabou sendo inaugurado em 1977, 1978. Veio a primeira dificuldade, o Instituto ficou pronto e precisava funcionar. Recebi aqui há poucos dias, o dia foi 26 do 10 de 1978. Ele operou uma senhora de 36 anos, numa disfunção da \_\_\_\_\_, aqui nesse hospital, no Instituto do Coração. Foi a primeira cirurgia, 26 de outubro. Daqui a pouquinho. Quase que dá para fazer a primeira do bloco B no mesmo dia, mas está havendo ainda hoje alguma dificuldade. Só que aqui foi: dia 26 teve uma, dia 27 teve outra, dia 29, 28 e ficou nesse ritmo, de uma a duas, lentamente. Mas o hospital tinha capacidade para mais que isso, faltava dinheiro para contratar pessoas, ter o equipamento material. Foi aí que resultou a ideia da Fundação. Ele

dizia que, desesperado com a carência de verba, foi conversar com as pessoas que tinham vivência com dinheiro, os industriais. Foi onde era a Federação das Indústrias, aprender um pouco, dizia: "Puxa, como é que vou conseguir?" "Não, tem que fazer uma Fundação de apoio" Usando elementos de apoio, as indústrias que organizaram toda a legislação, acho que a que segue \_\_\_\_\_ das Fundações de Direito Privado, com o uso no ambiente público e conseguiu fazer essa Fundação. A partir daí o Instituto cresceu muito. Hoje a média desses últimos anos todos, a média de cirurgias por ano, passa de 3 mil, 3 mil e 500 operações do coração, aqui, todo ano. Isso é um volume considerável em relação àquela época em que a gente fazia duas por dia. Duas por dia de segunda a sexta. Quer dizer, eram dez, não sei, 40, 50 cirurgias por mês. Ia dar 400, 500 por ano, passou para 3 mil e 500. Não sei se nós vamos conseguir dobrar com o outro, mas pelo menos aumentar uns 50%.

P/2 - Tenho uma coisa: como é que era o ambiente universitário na sua época de graduação, mesmo época de pós, como é que era o ambiente universitário? \_\_\_\_\_?

R - O ambiente era menos agitado que hoje. A pós-graduação, com o sentido que existe hoje, não tinha sido criada ainda. Porque existia aqui na carreira universitária que você era... Ainda existe hoje uma separação, porque os médicos do Hospital das Clínicas (HC) pertencem à Faculdade de Medicina, que chama Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, mas era suportado financeiramente através da Casa Civil. E a Faculdade suportada pela Universidade, acho que vinha pela Secretaria da Educação, se não me engano, ou por outra via. Os assistentes da Faculdade trabalhavam no Hospital das Clínicas. Mas muitos dos médicos que trabalhavam no Hospital das Clínicas lecionavam, davam aula, como sempre fizeram, porque é um ambiente de ensino, mas não pertence ao corpo da Faculdade. Só agora, nessa administração, o reitor está conseguindo ampliar a figura do chamado médio colaborador. Aqueles profissionais que têm titulação, são doutores, ou docente que exercem a profissão, que dão aula, orientam aluno, orientam pós-graduando, possam receber uma titulação, não o vínculo empregatício, mas ter um reconhecimento dessa postura profissional. Porque, a rigor, só são professores da Faculdade os que pertencem ao quadro da Faculdade. Você pode ser docente ou doutor, mas não pertencer ao quadro. Na carreira, o que se existia é que a gente fazia a tese inaugural, chamada tese de doutoramento que não precisava ter o curso de pós-graduação, você preparava uma tese, se inscrevia, defendia, se aprovado você ficava doutor em medicina ou cirurgia. Porque era clínica ou... Não tinha ainda, você ficava doutor em cirurgia torácica e cardiovascular, você ficava doutor em cirurgia ou em medicina. Depois fazia a carreira de docência, também você teria que ter determinados pré-requisitos, como currículo aprovado pela Congregação. Se o seu currículo fosse aprovado, você se inscrevia e fazia uma prova. Uma prova onde você teria que dar uma aula, escrever sobre um ponto sorteado ou dentro de uma série de pontos, fazer uma demonstração cirúrgica, ter o seu currículo arguido e a sua tese - tem uma tese também. Não só a análise do currículo, como uma tese, você tem que escrever um trabalho e submetê-lo à banca. Com isso você ficava docente-livre, chamava professor livre-docente. Ainda na carreira, na hierarquia tinha a figura do professor adjunto, era um concurso por título, já não fazia na escola, mas você se inscrevia, seu currículo era analisado. Havendo vaga na posição, porque já era um "funil", você podia ficar professor adjunto. Existia, para cada professor titular, um professor associado. Também entre os adjuntos você poderia concorrer por título àquela vaga, caso ela existisse. Só essa sequência que te dava direito a se inscrever para a cadeira de titular, a menos que você tivesse o seu currículo aprovado pela Congregação. Quer dizer, aqueles que tivessem dentro dessa hierarquia poderiam normalmente se inscrever, outros poderiam também, mas desde que tivessem uma equiparação, como aconteceu com o professor Adib, o professor Adib, ele foi aqui no início da carreira, depois foi para o Instituto Dante Pazzanese e não era nem doutor, nem docente. Mas tinha uma postura de professor, porque a vida inteira no Dante fez um ensinamento também, tinha um corpo de estagiários e residentes que se formavam, era uma figura reconhecida. Então ele não tinha a titulação, mas o Conselho reunido reconhece a ele a capacidade de disputar, ele concorreu devido ao professor. É um processo que ainda está aberto, mas não é um processo normal, é preciso que você tenha aprovação. Então é interessante que naquela época fiz o meu doutoramento em 1972, isso invertido, meu pai defendeu a tese de doutoramento dele aqui em 1927, você vira isso dá 1972. (riso) Eu fiz em 1972, depois, em 1975, fiz a tese de docência. Ai, na década de 80, fiquei professor adjunto, depois professor associado este ano, nem falei o ano passado, mas fiz esse ano. Fiz concurso aqui para titular, assim é a trajetória. Você perguntou: "Como é que mudou daquela época para cá?" O que mudou é que hoje, por exemplo, aqui na Instituição tem muitos médicos fazendo pós-graduação. Procurando obter o título de mestre no início, que depois acabou sendo incorporado aqui, hoje se faz a carreira para doutor, então existem muitos médicos, ex-alunos aqui da casa, ex-residentes, ou que vêm de fora, de outras Universidades ou de outras Instituições daqui. Tanto que eram, \_\_\_\_\_ aprovação, ele faz a pós-graduação, em que ele precisa preencher alguns créditos, que são: atender cursos básicos de cidadania, de didática, de estatística, de metodologia científica, então, tem alguns módulos, alguns cursos que são obrigatórios e outros que são opcionais. São todo um leque que a Universidade oferece de cursos, o orientador geralmente decide o que deve fazer para permitir uma visão mais ampla. Ao completar os créditos, ele fica apto a fazer um exame de suficiência que é a tese dele já pronta, mas não defendida ainda, ela vai ser apresentada a uma comissão nomeada aqui pela casa, que julga a posição dele, se ele está preparado para defender: aquilo é um pré-julgamento. Se ele tiver a tese aprovada nesse exame de qualificação, faz um dia a tese clássica, que é muito formal onde ela se faz, no recinto da faculdade, ou aqui, quer dizer, mas com os professores usando as túnicas \_\_\_\_\_, aquelas coisas tradicionais. Que dava certa... Um respaldo, porque na realidade o que Vale é a contribuição que a gente está fazendo, mas cria-se um evento solene, dá um pouco mais de importância para o fato para premiar um pouco o indivíduo que gastou dois, três anos da sua vida lutando como um danado para redigir um trabalho. Então ele precisa se sentir importante naquele dia e é mesmo importante.

P/2 - Na qualificação você já o indica para o doutoramento?

R - É, na qualificação ele fica apto, passa para uma banca que o Conselho indica, que deve examinar. Pode durar ou não ser aprovado, mas geralmente, se ele chegou naquele estágio, é muito pouco provável que alguém vá encontrar uma deficiência muito grande para o trabalho, cuidadosamente analisado. Mas o que queria dizer é que antigamente, quando a gente tinha uma tese de doutoramento, eram poucas. Quando fiz a tese, ou quando os outros todos fizeram, em 70, parava a cirurgia aqui. Quer dizer, todo mundo ia, todos os assistentes, todos os residentes, chamavam as pessoas ligadas a clínica, a família, era uma festa, a sala enchia, para uma tese de doutoramento. Hoje uma tese de docência já tem meia dúzia de pessoas assistindo, vão os familiares. Porque já existem muitos, o processo se multiplicou, este ano aqui tem pós-graduandos da área de cardiologia, área de cirurgia, da área de fisiologia, da área de pneumologia, da área de investigação relacionada à biologia molecular ou à cirurgia experimental, até da bioengenharia. Existe ao todo perto de 300 pós-graduandos. Isso gera um fluxo de tese muito alto, é uma das razões pelas quais estão só as pessoas realmente interessadas, porque virou um fato frequente. A importância não é só que você está formando pessoas

para o exercício, a finalidade é uma tese para formar o indivíduo para que ele possa aprender a metodologia científica, aprender a investigação, aprender a julgar as coisas e ser um bom orientador para outros pontos do país ou da cidade. Paralelamente a Instituição ganha muito com isso, porque essas pessoas geralmente são suportadas com uma bolsa, eles vão na Fapesp (Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo), se você tem uma boa idéia hoje, a Fapesp é uma fonte importantíssima da investigação. Você tem um projeto de estudo que está bem feito, bem estruturado, você encaminha à Fapesp, ou a outros órgãos, pode ser a Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) ou alguma Instituição de apoio, eles apoiam com verbas adequadas, desde que você preste declarações regulares do andamento do projeto. Isso resulta primeiro em auxílio para a investigação. Eles apoiam na compra de material, de equipamento, de contratação de pessoas que você precise para o desempenho daquela tese e para a Instituição. É uma força viva, trazendo ideias, resulta em publicações, em trabalhos, em comunicações a Congresso e depois em publicações na Revista. Isso é que dá a força da Instituição, também nessa leva de gente que vem alguns poderão produzir um trabalho bem feito, mas que não tenha nenhuma repercussão, vem gente que tem ideias muito claras. Ou às vezes a idéia pode não ser brilhante no início, mas no desenvolvimento do procedimento, você motiva muitas outras investigações. Então é um... Tanto que, quando você está julgando uma tese, um dos pontos interessantes é que você tem o objetivo da investigação. Depois você tem a dinâmica do processo, como você a realizou, depois como você encontrou os resultados, como comentou esses resultados e as conclusões que devem responder aquelas perguntas que você fez. No final dos comentários, geralmente um trabalho não termina, ele não está pronto. Respondeu algumas coisas e abriu uma porção de outras investigações que você deixa como interrogações, ou como sugestões de novos trabalhos. Então isso é uma máquina que não pára.

P/1 - O próprio desenvolvimento da pesquisa.

R - Sim, lógico.

P/1 - O trabalho do senhor com as suas teses como é que foi, quer dizer, o senhor teve financiamento, teve apoio?

R - Não, naquela época não. Tive uma bolsa da Capes quando, no ano 1969, ganhei uma bolsa da Capes para passar cinco, seis meses, nos Estados Unidos vendo vários serviços para... Que eu tinha interesse em ver área de transplantes, cirurgia pediátrica, nós estávamos em desenvolvimento aqui, então fiz. Já era um cirurgião, tinha vários anos de trabalho, não tinha interesse de ficar trabalhando no campo o dia inteiro, queria ver como as coisas funcionavam e ver mais \_\_\_\_\_ para aprender. Fui com o objetivo mais claro de ver o desenvolvimento da cirurgia pediátrica e dos transplantes. Nesta época a cirurgia do transplante estava entrando no esfriamento, porque foi aquele entusiasmo do início dos anos... De 1968, 1969 começou a esfriar, porque os resultados deixavam muito a desejar, em função da rejeição que era mal dominada naquele momento. Uma coisa estava explodindo, era a cirurgia coronária. Em poucos centros, mas a cirurgia das coronárias estava crescendo e tive a oportunidade nessa época de passar pela \_\_\_\_\_, conhecer o \_\_\_\_\_ e ver um pouco do serviço que estava fazendo, outro cirurgião lá perto. Aquilo me entusiasmou muito, então, retornando aqui, nós já fazíamos a cirurgia coronária, mas me entusiasmei muito por ela. O meu primeiro, minha tese de doutoramento foi exatamente a análise de uma série inicial, quer dizer, os primeiros 300 ou 400 pacientes que tinham sido operados aqui na casa. \_\_\_\_\_ Quer dizer, analisei esse material e apresentei a análise desta experiência como tese de doutoramento. Como desdobramento, isso em 1975, a tese de docência já foi outro detalhe, um aprofundamento de uma análise do material de coronária. Com isso me liguei muito à cirurgia de coronária que cresceu no mundo inteiro. Quer dizer, ela era um pequeno apêndice, de repente ocupou aqui para nós aproximadamente 50%, 60% do volume de cirurgia às vezes, em alguns locais, às vezes 60% chega a ser cirurgia coronária. Quer dizer, hoje a Instituição aqui, como é muito variada, nós trabalhamos na base de mil casos de cirurgia de coronária por ano, por um movimento de três mil, quer dizer, a gente está na base de 30%. Isso porque o hospital tem uma diversidade muito grande, então tem muita cirurgia de \_\_\_\_\_ (congenite?), muita cirurgia de válvula, muita cirurgia de aneurisma, muita cirurgia de arritmia, muita coisa que diversifica. Em muitos hospitais, fora do Hospital Universitário e sobretudo na Europa, nos Estados Unidos, cirurgia coronária é 60%, 70% do movimento da cirurgia do hospital. É um grupo de grande importância.

P/1 - O senhor acabou pegando um campo que foi se abrindo.

R - É. Não peguei esse campo, mas minhas teses foram nisso. Porque, como cirurgião hoje a subespecialização acaba ocorrendo, mas você não faz obrigatoriamente só isso. Todos fazem. Agora vou sair daqui e vou operar um aneurisma de aorta daqui a pouco. É outra doença degenerativa.

P/1 - A primeira, o senhor lembra a primeira cirurgia do senhor?

R - A minha?

P/1 - A primeira cirurgia?

R - Lembro.

P/1 - Ela foi cardíaca, não? Ou foi?

R - Foi. Não. Ah, a primeira cardíaca?

P/1 - As duas.

R - A primeira não me lembro que teria operado, a primeira, não sei. A gente começa operando coisas pequenas, abrindo uma infecção de mão, panarício, que chama, abrindo um furúnculo, tratando, operando fimose, são cirurgias mais simples, depois um nódulo de tireóide. Essas coisas

veem dessa maneira, apendicite. Não me lembro exatamente qual teria sido. Cesária... Mas a cirurgia cardíaca me lembro muito bem, porque uma doença frequente e bem simples é chamada "comunicação interatrial". É um defeito congênito em que entre os dois átrios, entre a parte superior do coração, o septo, aquela parede que separa os dois átrios permanece com um pequeno orifício, ou grande, que comunica as duas câmaras. A operação é relativamente simples, consiste em colocar um remendo ou simplesmente fechar aquele orifício. Às vezes ela tem uma complexidade maior, que fica na parte baixa do septo, aí se junta com a válvula e é outra doença. É bem mais complexa. Veja que interessante: a primeira vez que fui operar me falaram: "Ah, hoje você vai operar." O doutor Bittencourt era um dos mais experimentados assistentes, ia me ajudar. Quando nós abrimos o coração, não tinha \_\_\_\_\_, o septo estava fechado. O diagnóstico estava errado. (riso) Aí tive que deixar o campo, ele passou para o meu lado, fiquei ajudando, ele olhou, olhou, olhou, olhou e realmente não achou. Chamou todo mundo, subindo os clínicos para ver, e olharam, olharam, discutiram, olharam a chapa. Não tinha o diagnóstico. Hoje a gente faz o diagnóstico pela ultrassonografia, pelo eletrocardiograma, pelo cateterismo, pela ressonância, tem 500 métodos de fazer. Naquela época esses diagnósticos se faziam pelo diagnóstico clínico, pela radiografia, pelo eletro, pelo escuta e às vezes fazia o cateterismo. O cateterismo também era... Que o cinema, aquele cinema, era bem mais precário do que hoje. Não se achou. \_\_\_\_\_ fechava o doente e ele foi reestudado. Depois no estudo se verificou o que ele tinha, era uma das veias do pulmão que é um defeito que se associa: quando tem esse buraco, quando ele é muito alto, às vezes as veias que trazem o sangue do pulmão de retorno para o lado esquerdo do coração podem ter uma conexão anômala e drenar no lado direito. Então ela está indo do direito para o pulmão, deve voltar para o lado esquerdo, ela volta para o direito. Fica um ciclo vicioso. Então isso, do ponto de vista funcional, é a mesma coisa que um orifício no septo, porque o sangue está rodando perdido do direito para o esquerdo, ou do esquerdo para o direito. Essa veia estava numa localização alta, anômala, o acesso era reduzido, a gente tinha dificuldade. Ele foi reoperado, um outro cirurgião operou e ficou tudo bem, algum tempo depois. Passaram-se uns dias, uma tarde, a tarde é que geralmente tinha os casos mais simples, tinha marcado para mim uma outra "comunicação interatrial". A gente: "Bom, hoje vai sair, né?" (riso) Todo mundo foi embora, fiquei à tarde para operar o doente aqui no HC. E quando eu abri não era a CIA (Comunicação Interatrial) simples, era a CIA complicada, aquela lá de baixo. Já estava um pouco mais treinado, operei e tal, ficou bom. Veja que as primeiras: a primeira não era, mas a segunda era, mas era do tipo complicada. Mas já tinha... Estava bem treinado. (riso)

P/1 - E esse aparelho da máquina de circulação, como é que era? Como que ela funcionava?

R - Isso aí era uma coisa interessante, porque a cirurgia cardíaca... Bom, o coração-pulmão artificial, para você trabalhar dentro do coração você precisa interromper o batimento, parar o processo. O pulmão e o coração estão em continuidade, quer dizer, o sangue no lado direito do coração vai ao pulmão e volta pelo lado esquerdo. São dois órgãos separados, mas a circulação é uma só: coração direito - pulmão - coração esquerdo e aí o corpo outra vez. Para parar o coração você está interrompendo também o pulmão. Muitos anos se tentava encontrar uma máquina que fizesse as duas coisas, a oxigenação do sangue e bombeasse o sangue. A bomba e o oxigenador, o trocador de oxigênio. A primeira cirurgia com o coração artificial que deu certo foi em 1953, mas esse cirurgião, o doutor John Gibbon, tinha trabalhado durante muitos anos, fez várias tentativas e perdia todos os pacientes. Ele fez dez cirurgias para poder ter um sobrevivente, isso nos anos 50. Tinha outras técnicas que se faziam, mais complexas, mas isso ficou como um procedimento que foi registrado como um sucesso (PAUSA) ...

Se consigo completar para você esse raciocínio. Essa máquina era perigosa, por causa da alta mortalidade que tinha até então, 1963. Eu falei 1963, mas 1953. Doutor Gibbon, mas no ano de 1954 foi um ano crucial para a cirurgia cardíaca, porque um médico chamado C. Walton Lillehei, trabalhava na Universidade de Minnesota em Minneapolis e ele usou uma técnica que se chamou "a circulação cruzada". O que ele fez? Ele pôs na mesa o paciente, uma criança, na outra mesa ao lado, o pai, ou a mãe, que tinham compatibilidade com a criança. Ele cruzava a circulação arterial e venosa do pai com a mãe. Então ele estava fazendo o que? Usando a bomba, que era o coração do pai, usando o pulmão, que era o coração do pai ou da mãe, para suportar a criança enquanto ele interrompia a circulação. Quer dizer, ele pinçava a aorta, pinçava as cavas, parava, esvaziava o coração da criança, o coração do pai e da mãe e o pulmão estavam circulando ao contrário, fazendo um auxílio, como se fosse um corpo em paralelo. Essas crianças que nasceram hoje cruzadas. É mais ou menos isso que ele estava fazendo e ele operou uma série grande de pacientes, fez correção total de defeitos congênitos dentro do coração, fechando parede, abrindo, fechando. Isso foi um sucesso tremendo, porque modificou completamente. Todo mundo fazia coisas por fora, tentando enfiar o dedo, abrir, dilatar, mas ninguém via o defeito direito, como fazia, ele abriu, corrigiu. Isso produziu um tremendo impacto, mas tinha um custo muito alto que era o custo de você pôr em risco o pai e a mãe. \_\_\_\_\_ você pega uma pessoa sadia e liga. É lógico que o pai e a mãe sempre se expõem a esse risco, mas... Fez com que no ano seguinte, em 1955, ele também e outro, também um clínico, as duas clínicas são muito perto, 50 quilômetros entre \_\_\_\_\_, eles fizeram praticamente no mesmo tempo os dois pegaram aquele sistema que vinha sendo desenvolvido, criaram modificações, aperfeiçoaram aqueles aparelhos e começaram a fazer com o coração-pulmão artificial. Isso foi 1955. Aqui no Brasil o doutor Felipozzi começou em 1956 e o doutor Zerbini em 1958, o doutor Domingos acho que em 1957 no Rio, o doutor Junqueira, mas veja que a coisa andou muito rápido. Os brasileiros tiveram o grande mérito, que o doutor Felipozzi fez na Fundação Sabadido D'Ángelo, depois o doutor Zerbini fez aqui no HC e o doutor Adib lá no Hospital Pazzanese, que é montar uma oficina, fazer o seu próprio equipamento. Com modificações, com idéias novas, com adaptação, para tornar as coisas baratas, realizáveis, porque se nós dependêssemos de importação de equipamento não tinha como progredir. Aí se passou a produzir válvulas artificiais, marca-passos, oxigenadores e todo tipo de equipamento que era essencial para o desenvolvimento da cirurgia. Aí você pergunta: "Bom, mas e essas cirurgias com o coração batendo?" É que toda vez que você tiver que trabalhar dentro do coração é evidente que você vai ter que usar o coração artificial, ou nos grandes vasos, que vão para a cabeça, isso é preciso. Mas a cirurgia das coronárias é feita nos vasos que estão por fora do coração, essa é uma cirurgia muito interessante, porque aqui isso é uma idéia antiga, já se fez há muitos anos, mas nos anos 80 o doutor Enio Buffolo, aqui da Escola Paulista de Medicina e o doutor Benetti na Argentina, que foi um ex-residente daqui, nos anos 80 eles batalharam muito fazendo cirurgias \_\_\_\_\_. Com muita dificuldade, dada a carência de equipamentos e recursos, mas batalharam nessa técnica muitos anos. Até que no final, na segunda metade dessa última década, apareceram uma porção de inovações que tornaram essa cirurgia bastante confiável. Hoje um número muito grande de pacientes que opera cirurgia de revascularização, para fazer pontes chamadas de safena, de mamária, radial e outras artérias, pode ser feita hoje sem o coração artificial com boa segurança, mas ele está sempre disponível na sala. Fica num canto, se a gente precisar, usa. É uma rede que você guarda no caso de dificuldades. Mas é um avanço, isso aí é um importante avanço, porque torna o procedimento mais benigno e barato. Economiza muito em gastos, também economiza em agressão. É chamado... É o que a gente está procurando fazer hoje, chamada cirurgia menos agressiva. Hoje, antes de vocês saírem, saiu daqui a

doutora Ana Nery, ela está dizendo que vai dar alta hoje para um senhor que operei há três dias, é um médico de 75 anos que veio do exterior para operar uma ponte. Essa a gente faz com um mini acesso a um pequeno orifício aqui, expõe, diseca um pedacinho da artéria, tem um aparelhinho especial que segura aquele pedaço do coração, a gente faz a ponte, então ele está pronto para ir embora. Tem três dias que ele operou.

P/1 - É uma evolução...

R - Então, economiza bastante para o paciente, para o hospital, para tudo. Essa é a chamada \_\_\_\_\_ ("mini acesso sin sec"?), mas pode fazer o acesso normal e fazer três, quatro, cinco pontes também sem o coração artificial.

P/1 - Como é que se dá o processo de difusão dessas técnicas novas?

R - Hoje a coisa ficou muito simplificada, isso é que está acelerando o desenvolvimento. Você viu o projeto genoma aqui da (\_\_\_\_?), (\_\_\_\_ castidiosa?), que rapidez se fez aqui integrando 30 e poucos centros. Muita gente trabalhando ao mesmo tempo, você tem uma central que controla, ou um pesquisador que coordena, e se transfere informações diárias. Tudo que você está fazendo aqui você põe on-line, para as pessoas acessarem e hoje você acessa todas as revistas. Nós temos assinadas aqui no Incor, nós assinamos 109 títulos de revistas ligadas à cardiologia ou a algumas ciências correlatas, outras Universidades, outras Escolas assinam outros tantos. Nesse momento está começando a ser implantado aqui um projeto patrocinado pela Fapesp, que é da Biblioteca Eletrônica Integrada. Aqui está, daqui a pouco vai chegar aqui no meu computador que estou mudando para cá esses dias e posso acessar todas essas assinaturas via eletrônica, via internet. Posso ter uma assinatura eletrônica desses números, mas como vou ficar integrado, eu posso acessar também as bibliotecas da Faculdade de Química, de Fisiologia, da Engenharia, de Saúde Pública, quer dizer, fica tudo integrado. Você primeiro, esperava, antigamente, para receber uma revista médica, ela chega com cinco, seis meses de atraso, por causa de chegar até aqui. O número de janeiro está saindo lá, nós só recebemos aqui em abril. Quer dizer, hoje por via eletrônica você recebe no mesmo dia. Que sai, que é editada, às vezes até antes de chegar nos leitores do próprio país. Segundo, a própria publicação. Você mandou escrever um trabalho, mandava, ele fica lá meses sendo julgado, se vai ou não vai ser aceito e depois você editar. Entre você mandar para a revista e sair, de um modo geral, sete, oito, nove meses de intervalo. Algum artigo de grande importância, relevância, ou muito bem feito, pode ser publicado logo, porque a revista quer ter prioridade de lançar, mas isso quando você tem uma idéia importantíssima, não é todo dia que acontece. Um ou outro trabalho sai muito rápido, mas hoje essas informações são obtidas. Primeiro, os Congressos são múltiplos, tem Congressos demais até, mas todo mundo vai, frequenta. A difusão do conhecimento é muito rápida. Antes de você ler numa revista você já ouviu, porque ele já fez uma apresentação, uma palestra, uma conferência. Sem contar as trocas de correspondência que se faz, hoje é muito rápido a difusão disso. Nada que está acontecendo demora para que as pessoas se inteirem e possam fazer.

P/1 - Isso em relação à questão da técnica.

R - Tudo.

P/1 - Em relação à arte da cirurgia, de cada um ter o seu... Como é que isso se coloca na cirurgia?

R - A cirurgia tem duas coisas importantes, uma é a técnica. Você tem uma técnica, está descrito, sei como faz, publico, ponho uma fotografia, escrevo os ditados. Só que aquele mesmo procedimento pode ser feito por dez, quinze, vinte técnicas diferentes, então posso tratar um determinado defeito de diferentes maneiras. Só que prefiro este por isso, prefiro esse por isso, qual é que prefiro? Tenho que ter em mente a característica do cidadão, qual é a que serve melhor para ele? Isso é o que chama tática, é você aplicar a técnica correta para aquela situação. É num campo de batalha a mesma coisa, o sujeito planeja que vai atacar tal cidade entrando pelo norte, porque ali é a zona mais fraca, mas no meio do caminho tem informações que o indivíduo está mais fortificado naquele... Ou porque teve alguma denúncia. Ele inverte no sistema, ou sente dificuldade em alguma coisa, essa é a tática. É a mudança da aplicação da técnica para aquela situação especial, para aquele doente. Outra é a habilidade, algumas pessoas são mais elegantes, outras são menos elegantes, mas isso não tem muita importância. O importante é a eficiência, quer dizer, o fundamental na cirurgia é que você faça a coisa correta e eleja o procedimento correto, eleja o momento adequado e termine corretamente. Outro é a integração, hoje é muito difícil você ser um bom profissional rodeado de pessoas que não sejam igualmente boas, o seu trabalho estará perdido. Você ajuda o grupo como grupo, ou seja, quem não tem um time bom não ganha batalha hoje, porque uma operação, ela começa no preparo, num diagnóstico bem feito, precisa um grupo de diagnóstico, precisa um grupo clínico, a indicação, o momento, depois a anestesia, se usa o coração-pulmão artificial, os técnicos, as pessoas que cuidam do equipamento, a qualidade do equipamento, depois os auxiliares, porque cada um faz um pedaço. Depois ele vai para a UTI, você tem os intensivistas que cuidam do cidadão nas primeiras horas. É toda uma sequência, alguém leva a fama, diz: "Não, fulano operou." Ele é um dos que operou, são muitos.

P/1 - O trabalho multiprofissional que surge, como o senhor trabalha com esse...?

R - Isso é uma coisa boa e ao mesmo tempo cria algumas dificuldades. Num trabalho de grupo, em equipe, você nunca pode fazer aquilo que você acha que é absolutamente correto, porque os outros, às vezes, acham diferente. Você tem que, para trabalhar em grupo, você precisa estar afinado com essa história. Quer dizer, você tem que exercer a sua presença, fazer valer a sua opinião, mas tem que acatar a dos outros. Senão é um ditador, só faz as coisas que você quer, só fala "sim" porque você é chefe, isso é muito ruim. Você tem que ser liberal, mas também não pode ser liberal ao ponto de você deixar estabelecer uma anarquia, uma \_\_\_\_\_. Então precisa exercer um pouco de poder moderador, insistir numa coisa, gerar reuniões para acertar o compasso, é um problema de convivência. Para a cirurgia cardíaca é importante isso, quando a gente está treinando as pessoas, os residentes, você tem que transmitir a eles o seguinte: primeiro precisa ter boa formação, senão não funciona. Agora só isso não basta, porque você não trabalha sozinho, você trabalha em grupo. Você tem que aprender a conviver. Porque o casamento, que é uma coisa supostamente mais simples, porque tem uma atração forte entre as pessoas, são duas pessoas, a gente aprende que é preciso apurar, treinar, modificar conceitos e fazer concessões constantemente, de todos os lados, porque as pessoas mudam, a situação é extremamente

dinâmica, extremamente agradável, mas extremamente dinâmica e precisa estar sendo cuidada para você não deixar haver deterioração. Também no exercício da cirurgia isso é vital, porque você depende de muita gente, a harmonia entre as pessoas é fundamental e é aonde muitas vezes as pessoas fracassam. Muitos cirurgiões aqui, brilhantes, terminam a residência e saem, começam um serviço, daí a pouco você pergunta: "Ah, se indispos, brigou, foi para outro lugar." Fica às vezes dando cabeçada a vida toda, porque falta às vezes um pouco de agressividade, um pouco de humildade. Essas duas coisas são importantes, você tem que ter... Não pode se intimidar diante das dificuldades, mas também não pode ser um sujeito que se julga um indivíduo capaz de resolver todas as coisas e se põe a fazer o que não deve. A gente tem que saber a hora de parar, a hora de atacar, isso é vital.

P/2 - O senhor falou que alguns são mais elegantes, outros menos elegantes. O que é elegante na cirurgia?

R - Quando você assiste uma operação, você pode gostar, achar que ela foi bonita, ela foi uma jogada bonita. É como um jogo de futebol, tem jogadores que são elegantes, fazem uns dribles fantásticos, sempre têm a precisão do momento, tem outros que não são, mas o que vale é o gol. (riso) Aqui também o que vale é o resultado, no fim o sujeito tem que sair vivo e bem. Se ele sai vivo e bem o cirurgião é bom. Agora ele pode fazer isso de maneira muito agradável, sem gritar, tem cirurgiões que gritam, são nervosos e agredem as pessoas, é o jeito dele e tal, mas se o resultado termina bem você tem que aceitar, mas tem outros que não, conseguem levar a cirurgia com um ambiente de harmonia, de calma. Então às pessoas: "Ah, você gosta de operar comigo?", adoro música clássica, boto no fundo da sala, deixo tocar. Aquilo ajuda a relaxar as pessoas, faz muito bem. A gente fica com um espírito melhor, um humor melhor.

P/2 - Você sempre opera ouvindo música?

R - Sempre que posso opero ouvindo música. Infelizmente não dá para ouvir em todos os lugares, mas podendo eu ouço.

P/1 - E a convivência com o Zerbini e com o doutor Bittencourt?

R - Bom, os dois fizeram uma parceria fantástica, porque eram duas pessoas brilhantes, cada um no seu campo. O professor Bittencourt até hoje continua com a sua sala aqui, ele nos brinda com a sua presença, uma pessoa fantástica, tem uma cultura humanística enorme, um homem de enorme respeito, muito íntegro. O professor Zerbini também, uma pessoa diferente, são colegas de turma os dois, que sempre trabalharam juntos e criaram esse espírito que eles chamavam de harmonia entre as partes. Felizmente se manteve, depois na segunda geração, que foi o professor Fúlvio Pileggi, o professor Adib também conviveu aqui em grande harmonia, hoje eu e o Ramiro estamos nos dando muito bem. Somos da mesma casa. \_\_\_\_\_ todos éramos. Mas é importantíssimo, não pode alguém querer dizer que isso aqui é um Instituto de cirurgia e outro é da clínica. Ninguém é sozinho, todo mundo se depende. Nós nos dependemos um do outro, isso é muito importante.

P/1 - Como é que é o seu cotidiano hoje, o dia a dia efetivamente no Incor?

R - É essa brincadeira que começa cedo e acaba tarde. (riso) A gente tem que fazer muitas coisas juntas, ao mesmo tempo. E qual é a atividade? A atividade é: você precisa primeiro continuar estudando igual fazia antigamente, porque a gente também tem que aprender. Quer dizer, quem leciona tem que aprender. Diz que no fim da classe o único que aproveitou mesmo foi o professor. (riso) É verdade, você tem que rever as suas coisas para poder lecionar, tem que fazer a atividade assistencial, que é isso de fazer as cirurgias do dia, tem que dar aulas em curso de graduação, de pós-graduação, tem palestras, tem viagem, tem muita jornada, a gente é muito convidado para falar em algum outro lugar. O Instituto está muito envolvido em projetos, agora mesmo essa semana que vem, na terça-feira e quarta, vou para Chicago, tem uma reunião de um grupo internacional que está se organizando já há dois, três anos, para um trabalho de investigação sobre um tratamento, uma das maneiras de tratar em ciência cardíaca com cirurgia. É um projeto que provavelmente virá a ser apoiado pelo NIH (National Institutes of Health), que é o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos. Essa viagem dessa semana é para participar desse comitê que está finalizando o processo de aprovação desse projeto. O Instituto deverá participar e é importante para a gente. Na área clínica também tem muitas parcerias desenvolvidas, investigações que são feitas em várias séries. Isso é uma parte muito dinâmica.

P/2 - O senhor com a parte de docente, de cirurgião e de administrador?

R - A única coisa que mudou, quer dizer, todo o resto é igual, não muda nada. Muda um pouco de atividade administrativa. Aqui nesse momento sou diretor científico do Incor, então a gente tem as reuniões científicas e a direção da área de cirurgia. Todos os processos de organização, de administração, ligada à área de cirurgia tenho que participar. Também das decisões do comitê científico, da direção que a gente participa, porque o comitê diretivo do Incor é dado pelo professor de cardiologia e professor de cirurgia. Tem um auxiliar, que é o professor administrativo, que é o doutor José Manoel. Nós três formamos o tripé da direção do chamado Conselho Diretor, ao qual nós temos três convidados, que são sub... Não são membros do Conselho, mas participam, um da cirurgia, um da clínica, das referentes áreas, como membro associado desse comitê. Da Fundação, que a gente participa da direção, só que a cardiologia e a cirurgia pertencem a um departamento que se chamou de cardio-pneumologia, porque é ao qual se incorporou a cardiologia. É ao qual se incorporou também a fisiologia ligada ao coração, ao qual se incorporaram outros professores, o professor da cirurgia, da anestesia, o professor da área de investigação em lipídes. Tem vários professores titulares que pertencem a este tratamento, que é o departamento de cardio-pneumologia, que tem reuniões regulares, ainda tem a Fundação, que nós somos do Conselho Curador da Fundação. Na realidade você tem uma porção de reuniões que são da administração da Fundação, administração do departamento, administração do Incor e administração da atividade específica, que é a cadeira que tenho. Isso acumula em termos de trabalho, você não pode fazer todas as coisas ao mesmo tempo. Quando você faz mais uma, acaba diminuindo um pouco a atividade, ou então estendendo o dia até mais tarde, na noite, que é o que a gente acaba fazendo.

P/2 - Tem hora para entrar, mas não tem hora para sair.

R - É.

P/1 - Esse período da presença do senhor no Incor, que momentos o senhor considera mais marcantes, olhando um pouco essa trajetória aqui, que momentos o senhor guarda com mais forte lembrança?

R - A fase inicial, sem dúvida, é uma fase entusiasmante. Quando tive que tomar a decisão de largar a cirurgia geral e me associar ao professor Zerbini, acho que isso aí, quer dizer, quando você faz você faz de corpo e alma. Então fui colaborador, trabalhei com ele, na clínica particular dele durante 15 anos. Além daqui. Quer dizer, \_\_\_\_\_ aqui e \_\_\_\_\_ fora. Tive uma vida profissional muito intensa, muito ativa, muito perto. Depois quando montei o meu serviço, em 1969, 1979, ainda continuei trabalhando com ele aqui igual, até a aposentadoria foram muitos anos de convivência. Isso aí deixa uma marca muito clara, ele é uma figura que todo mundo admira e respeita pela sua persistência. O pioneiro é muito mais admirado do que os outros, porque se tudo está feito você está seguindo uma trilha e era uma trilha que não tinha sido ainda desbravada como foi. Quer dizer, é lógico que não fez uma coisa sozinho, tinha muita gente trabalhando, mas é uma abertura incrível que ele deu para a cirurgia, aqui na América toda. Ele formou gente na América do Sul inteira.

P/1 - E o cotidiano fora daqui, Sérgio, como é que é, o dia a dia, lazer, descanso, como que você administra isso?

R - Bom lazer é o mais simples, a forma mais simples de ser obtido, encontrado, é você fazer as coisas que você gosta. Isso já está dito e reconhecido há muito tempo, quer dizer, quando você trabalha naquilo que você gosta, aquilo vale a ser lazer. Não me sinto cansado porque estou trabalhando, quer dizer, ou sinto um cansaço que uma noite de sono restabelece. O que cansa a gente às vezes são problemas que você tem que não resolve, por exemplo, na parte assistencial é o insucesso. Quer dizer, o insucesso, você tentar recuperar um paciente, fazer um esforço grande e tem um resultado negativo. Isso é um pouco deprimente. Por mais que você viva, tenha experiência e tenha vivido situações parecidas, é sempre um momento ruim, o momento cansativo é aquele em que o doente anda mal. Você não pode se deprimir com isso, tem que aceitar aquilo e entender que faz parte da atividade, da profissão, tirar a lição que o caso deu e começar de novo. No dia seguinte o próximo paciente não tem nada que ver com o \_\_\_\_\_, você tem que entrar com a cabeça boa. Não é que você deixou de sentir o problema, mas você tem que se recompor e ir em frente.

P/1 - O senhor é casado, tem filhos?

R - Sou casado, isso é um ponto importante. Me casei em 1969 e estou casado até hoje com a mesma esposa. Estou contente, não há nenhum problema, tenho quatro filhos... Não, tivemos quatro filhos, perdi um, que não chegou a... Nasceu morto. Depois tivemos mais duas cunhadas que moraram conosco pouco tempo, cunhadas meias irmãs da minha mulher. Meu sogro faleceu, ele casou-se uma segunda vez e faleceu logo depois e deixou duas filhas do segundo casamento. Essas meninas durante um bom tempo moraram conosco, depois já estão independentes, já têm vida autônoma, mas se associaram. Quer dizer, além dos três filhos, uma época tive em casa cinco pessoas morando como filho. Isso é muito bom, família grande.

P/1 - O senhor conheceu a sua esposa aonde?

R - Olha, médico sempre conhece a esposa no hospital. (riso) Ela estava acompanhando o avô que estava enfermo e a conheci, nos conhecemos. Depois a gente passou um bom tempo sem se ver, até que voltamos a nos encontrar em 1968 e nos casamos em 1969. Ela depois se formou em psicologia e trabalha também na área, trabalha ligada à cardiologia, tem um trabalho bonito.

P/1 - Trabalho com psicologia?

R - Ela faz psicologia em cardiologia, quer dizer, ela faz a preparação psicológica dos pacientes para a cirurgia e suporte, no transoperatório, um trabalho de terapia rápida, mas é muito interessante.

P/2 - Aonde?

R - Isso ela fez sempre na minha clínica privada, quer dizer, nunca trabalhou aqui no Incor. Aqui também nós temos um serviço de psicologia bastante ativo, intenso. Ela sempre trabalhou comigo, porque ela tem que conciliar as coisas, a atividade. O trabalho da casa, de mãe, chefe de família e de trabalho. Ela concilia isso bastante bem fazendo esse trabalho, um serviço curtinho, na Beneficência.

P/1 - E os filhos \_\_\_\_\_?

R - Os filhos, o mais velho está no quinto ano de medicina em Sorocaba. Em Sorocaba, está terminando esse ano o quinto ano. A segunda menina faz duas atividades, está formando esse ano em administração e a idéia que ela apresentava desde o início era de fazer uma criação artística e trabalhar com moda, com fashion, ter sua própria criação, desenha muito bem, gosta de coisas de arte. Queria fazer arquitetura para trabalhar nesse setor. Entrou na arquitetura, mas no primeiro ano ela desistiu, porque disse que não tinha nada que ver com aquilo. Aí foi fazer administração e entrou na Faculdade de Modas da Santa Marcelina, aqui perto. Ela está terminando as duas faculdades paralelamente. Vai fazer pós-graduação em Milão, em Londres, em algum lugar, acho que esse é o projeto dela. Está bem realizada dentro da sua atividade. A menor faz, termina esse ano Marketing na ESPM e agora está pensando o que vai fazer, é muito menina ainda, tem 21 anos, dá para fazer outras atividades como complementação, talvez ligada ao mesmo setor. Essa é a família.

P/1 - O senhor, olhando para a sua trajetória, sua vida pessoal e profissional, se o senhor tivesse que começar de novo, o senhor mudaria alguma coisa?

R - Não, repetiria todos os erros. (riso) Acho que não. O Borges, o Luís Borges, fez uma frase que parece jocosa, mas ele deve ter as suas razões. Não cheguei a ler muito Borges, mas disse que se repetisse essa pergunta, ele faria mais erros. Não é isso que ele fala? (riso) É melhor... Isso é uma brincadeira, mas a gente, se tivesse as mesmas chances, certamente faria tudo igual. Cada pessoa tem a sua maneira de ser, de agir. Sei que a gente não deve interferir na formação das pessoas, fiz isso com meus filhos, o mesmo que fiz comigo. Quer dizer, foram escolhendo as coisas espontaneamente, conversam bastante com a gente, mas... Até porque a atividade, por exemplo, como é que iria indicar para uma filha fazer marketing? Não faz parte da minha atividade. Ela está entusiasmada, já está dentro dessa atividade, encontrando outros caminhos. Hoje eles têm muita facilidade, viajam muito, conhecem o mundo inteiro, dominam bem o inglês, que é uma coisa importante. Já começam a dominar outras línguas, porque as pessoas já não estão contentes, na minha geração, se você falasse inglês já estava perfeito, já seria um gênio. Hoje todos eles falam inglês desde pequeno, eles precisam aprender agora francês, alemão, espanhol, italiano, coisas que vão dando uma certa abertura, porque estão se preparando para o século XXI.

P/1 - Sonhos, projetos de futuro?

R – Sonho estou começando a sonhar agora, porque de repente me vejo substituído do professor Zerbini, do professor Adib, isso é uma tarefa difícil, assumir uma parte da direção aqui do Incor. Então é um... Acho que isso é rejuvenescedor, não acho ameaçador não, ao contrário, acho que dentro dessa visão bem realista das coisas, não imagino ninguém hiperdotado, mas também não me considero burro. Sempre trabalhei na faixa média, acho que é o melhor, você se mistura com o povo, sou um deles. Acidentalmente estou sentado aqui, mas poderia estar do outro lado, como sempre estive e não mudou nada.

P/2 - O senhor é uma pessoa otimista?

R - Ah, sim, sem dúvida, acho que a gente tem que ser. Quando comecei a falar para você, que falei do SUS, quer dizer, vejo as pessoas hoje com uma crítica contundente ao sistema de saúde brasileiro, digo: "As pessoas não têm memória." Quer dizer, há 20 anos a situação brasileira era caótica, 30. Quer dizer, só que infelizmente acho que a nossa constituinte de 1988 exagera um pouco, ela é romântica, cria uma porção de coisas que tornam o país difícil de ser governado e nós temos muitas crises. Se hoje a gente olhar e ver a miséria que está aí, a violência, isso é terrível, mas não é razão para você ficar pessimista, achar que o país não tem solução. Ao contrário, se vocês viram, acho que era otimismo, foi entrevistado há pouco tempo no Roda Viva. Ele dizendo: "O Brasil tem algumas características importantíssimas para o futuro." Se essa convivência, miscigenação que aqui... Não vou dizer que não há segregação, existe ainda muita, mas isso vai existir a vida inteira, porque tem pessoas que são patológicas, já nascem com uma visão racista ou segregacionista, mas em termos gerais, vendo uma visão do país, a convivência racial, social é fantástica. Não tem um lugar que a gente possa ter tido essa capacidade, vocês viram recentemente os nossos nisseis que foram para o Japão. Eles foram segregados, mas são filhos de japoneses ou netos, falam a língua, tem todos os caracteres raciais e chegaram lá, tiveram um tratamento não privilegiado. Quer dizer, foram, ganharam alguma coisa, a maioria voltou, aqui no Brasil nós os consideramos como um dos nossos. Aqui há pouco tempo faleceu o doutor Ariê, era um dos nomes mais brilhantes aqui da nossa casa, uma figura linda, quantos outros de diferentes nacionalidades trabalham aqui, não tem nenhuma distinção, isso é lindo, não é aqui, isso é no país inteiro.

P/1 - Em relação ao que o senhor acha de um projeto de memória do Incor e de ter dado o seu depoimento, o que isso representa para o senhor?

R - Ah, acho que essa ideia do Memorial é fundamental, porque uma das coisas que a gente lamenta num país subdesenvolvido é a falta de memória, falta de arquivar as coisas. São vários projetos que ocorreram e que a gente não fica sabendo. Quando comecei a relatar, você me perguntou da experiência da faculdade onde me formei, dizia: "Essa experiência da oftalmologia é de lá." Era um pré-Incor. Exatamente um pré-Incor, mas que, ao invés de ter sido guardado, absorvido, multiplicado e ampliado, ele acabou sendo... Submerso em parte. Não totalmente, as pessoas que estão lá são muito competentes, mas o modelo não vingou, era o modelo que precisava ter vingado. Esse aqui é um modelo moderno dessa ideia e o Museu tem essa característica, agora vamos ver se a gente guarda um pouquinho dessas informações que poderão servir para outros.

P/1 - Eu acho que... Por hoje acho que a gente fez

R - É depois a gente continua? Senão o pessoal lá em cima briga comigo. (riso)

P/1 - Eu acho que a gente tem que fazer depois um retorno.

## PARTE II

Projeto Memória do Incor

Depoimento de Sérgio Almeida de Oliveira

Entrevistado por José Carlos Vilardaga e Ricardo Guanabara

São Paulo, 23 de outubro de 2000.

Código da entrevista: INC003\_Sérgio Almeida de Oliveira\_Parte 2

Transcrito por

Revisado por Erick Vinicius de Araujo Borges

P/1 - Acho que da nossa última conversa ficou um pouco a discutir, o senhor contar um pouquinho, esse começo do Incor, quer dizer, essa história um pouco do cotidiano, de como que vocês foram aumentando essa estrutura do hospital e organizando o hospital.

R - Bom, o Incor começou efetivamente, lhe disse, aqui no dia... Eu tinha até guardado o papel da (PAUSA)... Ele começou efetivamente em 1978. Com muita dificuldade, porque era um anexo do Hospital das Clínicas funcionando aqui. Nós tínhamos uma sala de operação, que era a sala C e aqui tínhamos sete salas de cirurgia, mas não tínhamos meios financeiros para tocar a instituição, para manter o ritmo que se desejava. Aqui continuou funcionando o primeiro ano, uma cirurgia de manhã, uma cirurgia à tarde, às vezes uma cirurgia por dia. Quer dizer, num ritmo muito pequeno, porque essa era a realidade e foi nessa época que o professor Zerbini, um pouco desesperado e até recebendo alguns comentários jocosos... Aqui uma vez veio um cirurgião francês que visitou a instituição, achou muito bonita, e disse: "É, mas parece ser um instituto do pericárdio. Porque só tem a capa." Quer dizer, não tinha o miolo, faltava a vida científica, a vida acadêmica e faltava a vida assistencial, num ritmo que fosse necessário pelo tamanho da instituição. Nessa época é que ele teve essa ideia de fazer, de criar a Fundação, a Fundação que hoje se chama Zerbini, na época tinha outro nome de apoio à investigação ou coisa parecida. Era uma investigação que pudesse gerar recursos, porque a instituição poderia primeiro atender pacientes privados, convênios e à própria seguridade social, mas recebendo por ela. Quer dizer, coisa que a instituição Hospital das Clínicas não podia fazer na época, era uma autarquia. Mesmo que houvesse doações ou recursos gerados aqui, esse dinheiro tinha que ser devolvido ao órgão específico do governo, que o incorporaria no orçamento do próximo ano. Ele acabaria sendo envolvido dentro de... Quer dizer, seria um desafio para o orçamento do próximo ano, mas não como um acréscimo, não ia acrescentar nada. A Fundação era uma Fundação de direito privado que teria capacidade de gerar e usar os recursos, fiscalizados evidentemente pelo governo, mas ter essa força de manter isso aqui como uma instituição viva. No início houve muitas objeções, é fácil de imaginar que uma instituição ligada à Universidade estivesse gerando recursos aqui dentro, atendendo privados, mas isso fazia parte da filosofia de atendimentos. Quer dizer, se você tornar a instituição dinâmica, competente para agir, tiver recursos para sustentar esse atendimento, você vai ter recursos também para sustentar as pessoas que vão trabalhar. Precisava manter o funcionário, o enfermeiro, o médico, os técnicos, até com algum critério de atendimento salarial que correspondessem aos níveis praticados dentro do mercado. Senão você tem aqui uma enfermeira, que faz o curso superior de enfermagem, passa a trabalhar numa unidade de terapia intensiva, ou num pós-operatório, ou num centro cirúrgico. Ela já vem com uma base boa de competência, ela se educa, faz uma formação excelente, só que o salário dela é diferente do salário praticado pela rede privada. Ela sai e vai trabalhar na rede privada, a gente está apenas formando o pessoal, preparando, à medida que fica preparado é atraído por uma atividade fora e o mesmo acontecendo com os médicos. Foi preciso que a Fundação existisse, desse certo, no sentido de poder fazer esses acordos econômicos, financeiros, para se gerar os recursos que pudessem manter as pessoas aqui. Assim aconteceu, quer dizer, rapidamente, após a instituição da Fundação, houve recursos para manter o hospital ativo, a partir daí a cirurgia cresceu, hoje nós fazemos média de 3.500 cirurgias por ano. São 10 mil procedimentos de hemodinâmica, um número enorme de consultas no ambulatório, os laboratórios também de investigação se desenvolveram. Seja da bioengenharia, que é onde se fazem as válvulas, marca-passos, aparelhos de coração-pulmão, agora o ventrículo-auxiliar está sendo desenvolvidos e muitos outros equipamentos necessários para o desenvolvimento. Também se fez muitos programas em investigação, na cirurgia experimental, vários laboratórios aqui se instalaram, não só de cirurgia, mas de clínica também, para o desenvolvimento da cardiologia. Isso é que deu essa vida que o Instituto tem hoje, esse modelo que hoje é imitado, porque mais tarde a própria Faculdade de Medicina fez a sua Fundação, chamada Fundação Faculdade de Medicina, dá um aspecto semelhante ao hospital. O estudo da criança, a ortopedia, a psiquiatria, hoje tem várias fundações de fora, vários hospitais que seguiram esse modelo, isso é um modelo eficiente, porque você imagina: 70% do atendimento ao SUS, ao Serviço Único de Saúde, é dado pela rede privada, todos os hospitais que estão espalhados pelo Brasil. Eles atendem o SUS, mas recebem do SUS, o Hospital Universitário atende o doente do SUS e não recebe do SUS. Quer dizer, é um absurdo, mas hoje recebem do SUS, como recebem das Companhias Seguradoras particulares, ele é um hospital que compete com os outros também nesse aspecto, com isso ele tem força, depois de ser mantido. Existe um ponto muito importante, que você acaba privilegiando um pouco de certo modo o doente que vem de uma seguradora privada, ou o doente particular, tem uma instalação diferente, tem um acompanhante, tem uma facilidade para internar, tem uma fila menor, tem dois sistemas. Isso poderia parecer uma discriminação que você está discriminando o doente assegurado da Previdência Social, só que o hospital tem mantido ao longo desses anos uma distribuição em torno de pequenas oscilações, mas mais ou menos 30% da atividade assistencial são prestadas às seguradoras privadas ou particulares e 70% ao Serviço Único de Saúde. Então veja que o atendimento é na base de 2/3 para a Seguridade Social para 1/3 para a Segurança Particular, Privada. Só que a receita desses dois atendimentos é o oposto, você tem hoje 60, quase 70% da receita gerada por esses 30% da Seguridade Privada, é esse recurso que faz você poder atender o outro. Senão você cai na vala comum de todos os hospitais públicos hoje que têm a intenção de atender a Seguridade Social exclusivamente, sem distinção, mas que não pode atender, porque não tem recurso, passa a atender num ritmo muito lento. É essa existência desse pequeno componente pagante que permite você fazer o resto, isso acabou sendo entendido, mas custou a ser um pouco interpretado pela população, porque pode ser explorado politicamente, no sentido de dizer: "Bom, isso é um hospital público, um hospital universitário que está atendendo prioritariamente os outros." Não, não está atendendo prioritariamente, ele apenas tem que criar algumas facilidades para o indivíduo privado, senão ele não vem. Porque se você quiser fazer um estudo, nós temos equipamentos, diagnósticos e de primeiríssima linha. Por exemplo, a ressonância magnética, a eletrocardiologia dinâmica, uma porção de coisas que se faça aqui, a hemodinâmica, esses serviços são oferecidos à população como a rede privada oferece. Se o indivíduo que vai pagar por esse exame tiver que aguardar aqui um mês na fila, ele vai ao hospital privado e faz na mesma tarde. Você tem que dar a ele uma chance de chegar e ser atendido prioritariamente. Essa que é a chamada segunda porta, que alguns procuradores discutiram muito há um, dois anos, ainda estão discutindo, dentro do hospital universitário, público, se é permitido ou não. Não passa pela cabaça de ninguém que não possa ser de outra maneira, senão você está condenando sobre o pressuposto ou a suposição enganosa de que você vai dar a igualdade a todos, mas na realidade você não \_\_\_\_\_, você está é tirando a chance do assegurado da Previdência Social de ser atendido prioritariamente. Porque se nós atendemos aqui 3.500 operações, se 70% são do SUS, isso aqui representa 2.100 operações por ano. Se fosse um hospital que só atendesse o SUS dificilmente nós faríamos aqui esse número de operações, mesmo que você quisesse fazer só... Atender o doente do SUS, nós iríamos atender 500, 300, 200 pacientes por ano, isso que é um tratamento desigual. Uma desigualdade que na realidade procura corrigir um defeito.

P/1 - O salário dos médicos...

R - São complementados.

P/1 - São compatíveis com o salário...

R - Não, ninguém tem salário hoje considerado ideal, sempre há reivindicações para melhoria salarial, mas a Fundação Zerbini complementa o salário dos funcionários que são do Hospital das Clínicas. Quer dizer, aqui existem alguns funcionários que são do quadro do Hospital das Clínicas ou da Faculdade. São funcionários que estão originariamente contratados pelo Hospital das Clínicas ou pela Faculdade, mas que prestam serviço aqui. Esses funcionários são complementados com um adicional de trabalho, para poder manter esse nível salarial compatível com o mercado e poder reter o funcionário qualificado aqui. Isso fez com que essa Instituição, ao longo desses 25 anos, não tivesse enfrentado nenhuma greve, por motivos de reivindicação salarial, não quero com isso dizer que todos estão contentíssimos, que os salários sejam perfeitos, mas existe um nível mais condizente com a realidade. Só é possível por causa da Fundação, aqui também, num outro aspecto, é que desafoga o orçamento do hospital central que seria o Hospital das Clínicas. Seria, não, que é. Porque nós temos um número muito grande de funcionários, em todas as categorias, sejam médicos ou funcionários empregados, enfermeiras, trabalhadores que são contratados diretamente pela Fundação.

P/1 - Diretamente pela Fundação?

R - Isso é a maioria e o 1/3 que é contratado pela Universidade ou pelo Hospital das Clínicas tem uma complementação salarial.

P/2 - É o caso dos médicos?

R - Não, aqui muitos médicos são contratados pela Fundação, mas os médicos que são contratados do Hospital das Clínicas podem ter um segundo turno aqui, pode ter um complemento de salário, por uma tarefa, podem ganhar por uma tarefa. Muitas atividades do nível médico hoje já se fazem... Tem muitos médicos que têm contrato com a Fundação Zerbini por produção, por produtividade, eles têm um salário simbólico, inicial, e ganham uma produtividade. Produtividade em função do que eles exercem.

P/1 - Tem a permanência do médico em tempo integral no Incor, a dedicação integral?

R - Aqui tem também a dedicação exclusiva, são alguns médicos e funcionários que têm contrato de permanência integral. Esses têm um salário mais alto e recebem um fixo pela Fundação, premiando essa dedicação exclusiva.

P/1 - \_\_\_\_\_. Existe alguma taxa? Você sabe quanto...

R - Valores?

P/1 - Não, não. Quanto que ele permanece no Incor, quer dizer, o médico que entra no Incor, existe algum tipo de...?

R - Tem, porque na Faculdade tem os chamados turnos. Tem o pessoal de turno parcial e de turno completo, turno completo seria dedicação de oito horas e tem dedicação exclusiva, que é o médico que não tem outra atividade, ele pode... Não é que ele tenha que ficar aqui 24 horas, mas ele tem que se dedicar exclusivamente à Instituição. Então 24 horas por dia ele só tem um pensamento, que é aqui, ele pode estar trabalhando em casa, ou no seu laboratório, mas ele está com dedicação exclusiva. A dificuldade da dedicação exclusiva é que você, para atendimento de demanda salarial é sempre difícil e, sobretudo agora, felizmente, nos últimos anos, a inflação ficou num ritmo menor, então as coisas são mais fáceis de serem levadas, mas mesmo assim há uma corrosão de salário, é muito difícil.

P/1 - No começo do Incor, quer dizer, quando estava se pensando ou se montando ele, tentando erguer o sonho, ou construir esse sonho, qual que era o grande diferencial que se imaginava? Entre vocês, qual era a perspectiva ou: "Isso o Incor vai ser diferente." Que tipo de sonhos, de modelos se pensava naquele momento?

R - Acho que essa ideia foi bem atingida, esse objetivo foi atingido, que era você criar uma instituição que tivesse não só a parte cardiológica, porque aqui tem outros laboratórios que são necessários como suporte. O que você imagina era isso: você ter um serviço de radiologia que fosse dedicado especificamente ao coração. Você tivesse um serviço de hemodinâmica dedicado a isso, tivesse a parte de radiologia especial, de ressonância, de tomografia, enfim, um laboratório de experimentação só dedicado a ela. Isso para criar espaço, porque nós sempre tivemos, por exemplo, a cirurgia experimental no laboratório da faculdade, mas era um laboratório de cirurgia experimental muito amplo. Quer dizer, era usado por muitas pessoas, o espaço disponível era pequeno e nós passamos a ter aqui um serviço de cirurgia experimental, que depois foi agregado ao serviço de fisiologia cardíaca, também experimental, mas com condições de você poder conduzir pesquisas de longo prazo, de poder fazer várias intervenções simultâneas em termos de investigação. Isso foi criado aqui, há esse espírito. Veja depois a produtividade do Instituto do Coração, na realidade um Instituto que no início era a cadeira de cirurgia torácica cardiovascular e a cadeira de cardiologia. O número de trabalhos, o número de teses, o número de participação em Simpósios Nacionais e Internacionais, e publicações de livros cresceram tremendamente, sem dúvida, cresceu por causa desse ambiente que possibilita essa estrutura. Veja que interessante: aqui nós temos esse bloco que é chamado bloco 1, agora foi inaugurada, está sendo iniciada a atividade no bloco 2. O bloco 2 é maior do que este bloco 1, nós temos, 45, 47 mil metros quadrados. Aqui já estava funcionando perto de 390 leitos e no outro edifício, apesar do tamanho, nós temos apenas 3 andares de internação. Existe um andar de UTI inteiro são quatro andares de internação em um edifício de 17 andares, onde tem várias plantas, vários níveis que são de laboratórios de investigação, ou da parte administrativa, da parte acadêmica. Quer dizer, mostrando que é importante, a Instituição cresce, não pode encher só de leitos. É preciso encher de coisas que vão fazer contribuição para o progresso no prédio novo há dois andares, os dois últimos andares são laboratórios de investigação, da parte moderna da medicina, que é genética, a biologia molecular, imunologia, o laboratório de experimentação de bioengenharia também vai ganhar um espaço muito mais amplo. Ainda no anexo do anexo vai ter um novo centro de cirurgia experimental, para todos os laboratórios de cirurgia experimental, da nefrologia, da hipertensão, da cardiologia, da fisiologia e da cirurgia também. Uma visão muito mais ampla de espaço para o desenvolvimento das investigações, das pesquisas que aqui se fazem, também a parte didática, criar salas suficientes para que você possa fazer Simpósios simultâneos. Tem muitos estudantes que passam aqui, sejam da graduação ou da pós-

graduação. Para atender esse pessoal você tem que ter um espaço, tem que ter muitas salas onde você possa fazer reuniões simultâneas dos diferentes grupos. Agora a Faculdade está criando uma imagem, uma figura, que é o tutor, a chamada tutoria, as pessoas podem se dispor a ser tutores de um grupo pequeno de alunos, mas para você ser um tutor você precisa de uma sala onde você possa se reunir com os seus alunos, seus tutorados, periodicamente para conversar com eles, discutir os projetos. É interessante como as coisas se expandem, aqui tem um número muito grande relativamente de doentes de tratamento, porque existe a unidade de choque, a unidade de terapia intensiva cardiológica, num sentido chamada unidade coronariana, existe a unidade de transplante, existe a unidade pós-cirúrgica pediátrica e adulto. Existe a unidade pós-cateterismo, pós-intervenção e são muitos leitos dedicados a um tratamento intensivo. Isso é um leito que exige muito equipamento, exige muita gente e se gasta muito, porque é extremamente dinâmico. É diferente do leito da internação, que é aquele quarto onde a pessoa interna, fica no pós-operatório ou no tratamento clínico alguns dias, mas num ritmo lento. O doente de tratamento intensivo ou de terapia intensa é um doente de muita atividade, de muito consumo.

P/1 - Esse caráter de centro de excelência, de referência que o Incor é, quer dizer, ele atrai não só pessoal médico e estudantes, mas atrai essencialmente paciente do Brasil todo e da América Latina, enfim, como é que se lida com isso?

R - Essa dissociação, que aqui talvez o Incor tenha restabelecido, ou estabelecido aqui no Brasil, mas que sempre foi a tônica existente no mundo, no primeiro mundo, o mundo civilizado. O que acontece? Os hospitais universitários são os hospitais de referência, porque eles são grandes, bem equipados e têm geralmente as melhores cabeças, vamos chamar assim, as pessoas que são líderes nos seus campos, especialmente num lugar onde existe uma enorme flexibilidade de trocar pessoas. Na universidade americana, por exemplo, as pessoas que têm produção, que têm ideias, são logo incorporadas. Como eles fazem com os atletas: você se destaca na natação, do esporte, eles arranjam uma vaga para você na universidade, porque eles interessam ter um corpo de uma representação esportiva importante. Isso também em todos os outros campos de atividade. Seja do direito, da medicina, da engenharia, se o indivíduo se destaca, a universidade quer tê-lo no seu corpo, eles têm muita agilidade para contratar as pessoas. Aqui um pouco a máquina é mais lenta, mas mesmo assim, ou apesar de tudo isso, a universidade é um centro de excelência, se você tem não um, mas um número enorme de pessoas em todos os campos que são reconhecidamente competentes, têm prestígio, quer dizer, por que que eles não devem atender as pessoas aqui nesse hospital? Porque não tinha condições de internamento. No início até, quando comecei a trabalhar na Universidade de São Paulo, para internar uma pessoa que não fosse indigente no Hospital das Clínicas, a gente tinha que conseguir com o professor um atestado de interesse científico. Era preciso justificar aquela internação de uma pessoa que fosse assegurada de qualquer instituição, até da própria universidade, ou um assegurado do Estado, ou público, não podia. Porque existia um hospital específico para as pessoas. Ou era um hospital particular, ou um hospital específico daquela categoria de trabalho. Para internar um indivíduo no Hospital das Clínicas, nós criamos uma figura jurídica, não sei como é que chama isso, um documento que dizia, um atestado de que havia real interesse científico, era uma aberração. Hoje não, isso aqui é um hospital que você interna a pessoa pela urgência, pela prioridade e pelo interesse científico e o interesse científico é em tudo. Porque quando você tem um movimento muito grande, no meio dessa massa, cada um desses pacientes tem um interesse científico. Sempre tem alguém estudando o curso, a evolução, a aplicação de tratamento nesse grupo, hoje aqui na Instituição tem perto de 270, 280 pós-graduandos. Pós-graduandos em cardiologia, em fisiologia, em cirurgia, em fisioterapia, em pneumologia, gente que está investigando, está fazendo o trabalho. O trabalho é feito no laboratório ou é feito com o próprio movimento do paciente, ou às vezes até com o ambulatório, que é o doente que vem para consulta externa. Houve depois uma modernização que está vindo, que é hoje todo mundo procura reduzir ao máximo o tempo de permanência no hospital, quer dizer, agilizar a internação, o tratamento e a alta. Hoje se procura preparar o paciente externamente, quando ele chega para a internação, tudo que você puder fazer antes de interná-lo deve ser feito. Se ele vai para uma cirurgia, por exemplo, ele deve internar o mais próximo possível da data da operação, isso tem inúmeras vantagens: a primeira é que reduz os custos, a terceira reduz até os riscos, porque o indivíduo, no ambiente hospitalar, acaba se contaminando de uma população de bactérias que existe. As pessoas pensam que é uma contaminação grosseira, não é! Fica num ambiente onde existe, ele traz também, ou ele se contamina com uma população de germes que se desenvolve em hospital, que geralmente é um germe resistente a antibióticos, aos tratamentos. Quanto menos tempo ele permanecer no hospital melhor, também agilizar a alta, hoje, com os recursos modernos e as novas técnicas cirúrgicas, nós temos diminuído muito a permanência do paciente até na UTI. No passado era \_\_\_\_\_ o indivíduo se operava e ficava 48 horas na UTI para depois voltar para o quarto, hoje muitos dos pacientes ficam apenas um dia na UTI. Aí ou vão direto para o quarto onde estava originariamente, ou ficam numa entidade chamada Unidade Intermediária de Tratamento, onde os recursos são menores, o ambiente é mais ameno, menos barulhento, também mais agradável, mais rápido para o doente. Ou às vezes já vai direto embora da UTI para casa, que é outra possibilidade, agilizar ao máximo. Alguns hospitais, muitos hospitais no exterior já têm as chamadas Clínicas, os Hotéis, meio Hotel, meio Clínica, que chama (Clinic \_\_\_?) em inglês. É um hotelzinho ligado à clínica, fica muito próximo, onde você tem o paciente que está no pré e que está no pós. Ele veio, fez aquilo que é urgente, que precisa do atendimento hospitalar, retorna para um \_\_\_\_\_ (almirade?), onde ele tem o conforto de um hotel, que é mais barato do que o hospital, embora mais confortável no sentido da humanização do ambiente e que está próximo. Quer dizer, qualquer emergência, qualquer consulta que ele necessite fazer, é cruzar a rua, isso no futuro provavelmente todos os grandes hospitais deverão ter essas unidades de apoio. Nós não temos ainda, mas isso possivelmente vem a ser.

P/1 - O Incor tem, a algum tipo de rede ou de convênio com hospitais de outros Estados brasileiros, alguma forma de difusão dessas...?

R - Não, no sentido de convênio não. O Incor já tem hoje aqui na cidade hospitais... A Instituição Hospital das Clínicas tem hospitais de apoio, o Hospital Auxiliar de Cotoxó, tem vários hospitais aqui na vizinhança que servem para indivíduos que têm necessidade de uma complementação do tratamento, que são doentes crônicos, ou então que para não ficar ocupando leito no hospital eles ficam num hospital da própria Instituição, onde são atendidos enquanto aguardam ou enquanto complementam o tratamento. A Instituição tem hoje ambulatórios, existem consultórios aqui do outro lado da Rebouças, existem mais três ou quatro ambulatórios ao longo da cidade, onde os pacientes estão sendo atendidos descentralizadamente. Não são convênios, são Postos avançados da Instituição para facilitar o atendimento e o seguimento desses pacientes, isso já existe em funcionamento. Hoje se fala muito no Incor Brasília, que os jornais noticiam, quer dizer, na realidade não existe ainda nem... Existe uma carta de intenções do Incor de dar apoio a um hospital, o serviço médico da Câmara e do Senado tem interesse em ter em Brasília um hospital, ou parte de um hospital, administrado financeiramente por eles, quer dizer, que tivesse sido equipado, montado, administrado e apenas a parte médica seria, do ponto de vista da cardiologia, supervisionada pelo Incor, através da administração do Incor e dos médicos do Incor. Isso

nos pareceu interessante, foi firmado aqui há um mês e pouco, dois meses, uma carta de intenções, de dar esse tipo de apoio, mas o Incor não está envolvido na construção, nem no preparo, nem na montagem. Existindo essa Instituição em Brasília, o Senado e a Câmara demonstrou interesse em ter o Incor como um parceiro na parte de atendimento, seria um Posto nosso avançado, a gente poderia também usar essa Instituição como ampliação das nossas instalações, que serviriam para formação, para ocupação do pessoal e também para estabelecimento de um atendimento no padrão Incor em uma outra cidade.

P/2 - Como que é feita a renovação dos quadros no Incor? Suponho que tenha contratados. Os professores é concurso público feito pela Faculdade e os contratados, como é que feito...?

R - Aqui o corpo médico, o corpo clínico da Instituição, quer dizer, os professores são basicamente da Faculdade de Medicina. Professores titulares e alguns assistentes pertencem ao quadro da Faculdade de Medicina, outros pertencem ao quadro do Hospital das Clínicas que estão aqui. Um terceiro grupo, que são contratados na Instituição. Dentro da carreira universitária, para você ser professor-assistente, professor-doutor, professor-docente, professor-associado ou professor-titular, você tem que estar ligado à Faculdade de Medicina, que é um corpo menor, é um grupo bastante menor, mas que é o grupo dirigente da Instituição. Os médicos do Hospital das Clínicas, embora o hospital pertença à Faculdade, é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, muitos dos médicos foram contratados pelo hospital, que estavam ligados a outra autarquia, que foi a Casa Civil, depois a Secretaria da Saúde, mas não à Universidade, que é independente. Esses médicos eram médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, muitos tinham titulação de doutor, ou tem docência, mas não pertencem ao quadro. Eles são professores na prática, porque lecionam, orientam pessoas, atendem as pessoas, mas não estão no quadro da Faculdade. Para suprir essa falta, agora a Universidade criou uma figura do chamado professor-colaborador. Então ele passaria... Esse professor que tem titulação, que exerce a sua atividade didática, porque faz tudo que o professor da Faculdade faz, passaria a ter o direito a usar o título de professor-colaborador. Ele não vai ter uma compensação salarial, nem nada, nem vai estar ligado empregaticamente à Universidade, mas tem o reconhecimento da sua posição. Também isso não impede a ele que no futuro se candidate a ser um assistente da Faculdade ou a ser um professor da Faculdade. Apenas é um reconhecimento ao trabalho, por essa legião de médicos que já têm essa atividade, na Instituição tem médicos que têm função didática também. São contratados, prestam auxílio na educação, na formação dos estudantes na graduação e na pós-graduação. Tem médicos que são contratados para serviços de apoio, por exemplo, tem anestesistas, alguns cirurgiões, médicos que trabalham no ambulatório, fazem o atendimento externos, há plantonistas no Pronto-Socorro. Tem muitos médicos que têm um contrato para prestação de serviços, sem ter o vínculo com a parte acadêmica da Instituição, embora essas separações não são muito claras, porque não há um impedimento de que uma pessoa de um tipo de atividade, por exemplo, alguém que está contratado como plantonista do Pronto-Socorro ou do ambulatório pode ao mesmo tempo estar fazendo a pós-graduação. Existe uma íntima relação entre um, outro e as pessoas podem passar de um lado para outro rapidamente, alguns médicos que pertencem às duas categorias, são contratados pela Fundação naquela complementação, tudo isso, e são médicos da Universidade. O contrato pelo Hospital das Clínicas e pela Faculdade é sempre feito através de concurso. Por exemplo, agora alguns docentes aqui da casa, porque já tinham concurso, havendo uma vaga na Faculdade, eles se inscreveram, fizeram concurso e as vagas foram ocupadas através de concurso, sempre foi através de concurso público. Só para contratação na Instituição a sistemática é menor, é mais simples, nem sempre se faz, abre um concurso, aparecem as pessoas e são contratadas. Esse contrato tem as vigências normais da CLT, ninguém tem mais a estabilidade do funcionalismo público de antigamente, estou contratado aqui pelo HC a primeira vez em 66, já foi pelo sistema da CLT.

P/1 - A relação dos médicos com as entidades de classe, como é que ela se faz, \_\_\_ do senhor como ela se fez? Essa relação com as entidades, como é que se incentiva isso, como é que se participa?

R - Hoje todas as atividades existem as suas sociedades específicas. Então, por exemplo, na cirurgia cardíaca, existiu no início um departamento dentro da cardiologia, porque a cirurgia cardíaca sempre esteve muito ligada à cardiologia, dentro da cardiologia nós fazemos a nossa atividade de representação científica. Os Congressos da cardiologia sempre tinham a participação dos cirurgiões, inclusive alguns cirurgiões foram presidentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. O professor Zerbini foi presidente da Sociedade, o professor Adib foi presidente da Sociedade, o doutor Nilson, da Bahia, foi presidente da Sociedade e são cirurgiões. Quer dizer, eles acidentalmente estavam ao nível da Sociedade, da presidência da Sociedade, mostrando que existe uma harmonia entre cirurgião cardiovascular e cardiologistas. Mas com o crescimento da especialidade, especificamente da cirurgia cardiovascular, houve a criação inicialmente de um departamento de cirurgia cardiovascular dentro da Sociedade e que cresceu mais ainda e, em 1972, se criou a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, quer dizer, que era o que? Era a mesma, filiada, associada à Sociedade Brasileira de Cardiologia, mas como uma entidade independente, que tem o seu jornal, inclusive, tem a sua revista, a Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular e que passou a ser o órgão que coordena a atividade no Brasil. Para você hoje ser cirurgião cardiovascular, você precisa ter o título de especialista e esse título é dado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, reconhecendo que você fez uma residência em cirurgia geral, você fez uma residência em cirurgia cardiovascular reconhecida e fez as provas. As provas são de título, provas de demonstração prática, você deve fazer uma operação na frente de uma Comissão nomeada. Ainda tem uma prova escrita e oral que você se inscreve durante os eventos anuais da Sociedade para conseguir o título de especialista. Com esse título de especialista, você se torna apto a exercer a atividade e a ser reconhecido. Por exemplo, o Serviço Único de Saúde, para credenciar um cirurgião a trabalhar pelo SUS, o SUS é o grande comprador de serviço, ele precisa... Você precisa ter o título de especialista. Nós estamos intimamente ligados à Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, que é o órgão que coordena a credencial, o reconhecimento da credencial, que é o título de especialista.

P/1 - A Sociedade congrega cirurgiões do Brasil todo?

R - Todo. Hoje a Sociedade tem acho que o teto de mais de 500 médicos, de cirurgiões. Existem três categorias: os aspirantes, os associados e os titulares, dependendo do tempo de formação, da experiência e das provas realizadas. Você imagina que nós devemos ter hoje já beirando os 600 cirurgiões na Sociedade. E ainda tem os residentes de primeiro e segundo ano que não são nem associados ainda, nem aspirantes, porque ainda não chegaram ao patamar de ser aspirante. Tem muita gente envolvida, é uma Sociedade bastante forte.

P/1 - É centralizada também, quer dizer, você tem um médico, um cirurgião que quer fazer parte dessa associação, ele tem que fazer essa cirurgia aonde? Ele é de Pernambuco, por exemplo, como que ele faz isso?

R - É interessante que a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular é uma Sociedade Nacional. Mas hoje existem muitas Sociedade afiliadas, que são as Sociedades locais. Aqui existe a Sociedade de Cirurgia Cardiovascular do Estado de São Paulo, existe a mineira, a paranaense, a gaúcha, a de vários Estados do Nordeste, já tem o seu... Alguns Estados estão reunidos, por exemplo, Goiânia, Brasília e acho que Mato Grosso do Sul se reuniram e fizeram uma Sociedade Brasil-Central ou Centro-Oeste, uma coisa assim. Agora nesse fim de semana eu vou para João Pessoa, vai ter o Congresso da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia. De cardiologia, não de cirurgia cardio... mas é Norte-Nordeste de cardiologia... Ah, de cirurgia cardiovascular! E também ao mesmo tempo está havendo o encontro dos discípulos do professor Zerbini. Então são outras entidades que se formam. É muito intensa a vida associativa hoje.

P/1 - Os discípulos do doutor Zerbini? Conta um pouquinho para a gente como que é isso.

R - Isso foi criado já acho que há mais de 20 anos, se não me engano. Eu tinha aqui o papel, mas há mais de 20 anos se criou a Sociedade... Não se criou a Sociedade, mas se fez um encontro, em encontro anual dos discípulos, que eram já volumosos. E aí se acabou fazendo o segundo, o terceiro, o quarto. Então anualmente há uma reunião que se chama reunião dos discípulos do professor Zerbini. Por dificuldade de data, porque hoje falta espaço no calendário para você localizar um evento, porque sempre uns sobrepõem-se a outros, então ultimamente esses encontros de discípulos têm sido coincidentes com o Congresso regional. Então esse ano é junto com Norte-Nordeste, às vezes aqui no Sul, às vezes no Centro-Oeste, depende da data.

P/1 - É uma Associação com filiados, esse tipo de coisa?

R - Não, acho que a Associação, o Congresso, o Encontro, chamado Encontro dos discípulos, quer dizer, não chegou a ter uma Sociedade caracterizada como tal, apenas é um encontro, que nos primeiros anos contou com a presença do doutor Zerbini, ele estava vivo ainda nos primeiros seis, sete, oito encontros, então isso facilitava muito. E a presença dele era aglutinadora dos discípulos. E depois os discípulos dele são tão volumosos, tão extensos, que quase que eles se superpõem à própria Sociedade. Então na realidade eu acho que é sempre extremamente útil lembrar a figura do grande líder que foi o professor Zerbini, mas é um Congresso que é um pouco redundante, porque a própria Sociedade está muito ligada à imagem dele, quer dizer, não foi ele sozinho o criador da cirurgia no Brasil, mas o peso específico dele foi muito grande. Então, quando se faz um Congresso da Sociedade, já praticamente você está fazendo um Congresso dos discípulos. Então ficou um pouquinho redundante. Quer dizer, não a homenagem, a homenagem é sempre necessária, cabível, por mais que se preste homenagem a ele, acho que nunca estará esgotada essa necessidade ou esse pleito. Mas a outra já existe com essa finalidade. Ele foi o fundador da primeira, foi o presidente muitos anos. Então está bem interligado.

P/2 - Existe alguém que convoca, quem que convoca esse encontro?

R - Esse encontro, o primeiro, me parece que foi organizado pelo (Toni?), professor (Toni Moreira Gomes?), que é professor em Belo Horizonte, que tinha sido um residente aqui. Logo apareceu um que queria convocar um segundo, um terceiro, então sempre houve mais interessados do que a própria data. Mas habitualmente a cada Congresso, a cada Encontro, no final se estabelece uma próxima data e uma próxima comissão.

P/1 - E como é que se... alguém passa a ser considerado um discípulo do professor Zerbini?

R - Esse é um ponto. No primeiro Congresso, eu me lembro, no primeiro Encontro, foram realmente só as pessoas que se formaram aqui no Hospital das Clínicas com ele, e no seu serviço privado. Mas já no segundo o conceito ampliou, porque tinham os discípulos dos discípulos, e os que eram muito próximos. Então esse conceito ficou ampliado. Por exemplo, o professor Zerbini foi também o fundador do serviço de cirurgia cardíaca do Dante Pazzanese. E depois, a partir de 62, por aí, ou 61, o professor Adib passou a se dedicar exclusivamente ao Dante Pazzanese, deixando aqui o Hospital das Clínicas. E com isso, logo depois, quando o doutor Zerbini assumiu aqui a cátedra, em 67, ele deixou a atividade no (Dante?). Ou 68. Então a partir daí, os discípulos do Dante Pazzanese passaram a ser já discípulos do professor Adib, mas que era discípulo do doutor Zerbini, que era o fundador. Então as coisas são muito próximas. Com isso se incorporou, também na Escola Paulista de Medicina, no início, ele trabalhou lá, o doutor Zerbini era assistente do professor (Alípio?), que também era professor lá. E lá ele foi chefe de serviço de cirurgia cardíaca. Então, quer dizer, ele deixou isso também, depois, nos anos 60. Mas fica o vínculo. Então o conceito de filiação é muito amplo. E por isso é que eu digo que uma coisa se confunde com a outra. Eu acho que hoje é um pouco redundante o Congresso não por falta de merecimento, eu acho que se a gente quiser homenagear, estamos sempre fazendo uma coisa extremamente necessária, justa, desejada. Mas é que a outra já é a própria essência da figura do...

P/2 - Mas uma teria um caráter mais científico, a outra mais...

R - Não, é a mesma coisa.

P/2 - Social?

R - É o mesmo. E hoje essas reuniões que se fazem nesses Congressos, existem sempre uma, duas conferências que são pessoas que naquele momento ocupam uma posição de destaque em um determinado tema ou um convidado de fora que faz uma conferência, geralmente uma abertura ou fechamento. Depois existem algumas reuniões que têm um caráter didático, de formação, que são mesas de atualização de temas ou de como se faz as coisas, com pessoas reconhecidamente competentes naquela área, que se reúne por convite da comissão organizadora. E existem as comunicações livres, chamados temas livres, quer dizer, você tem um tema que você estudou ou investigou e quer apresentar, você

inscreve o tema. Esses temas, se são maior número do que os espaços disponíveis, tem uma Comissão julgadora que seleciona os mais atrativos e que é uma contribuição científica específica. Quer dizer, eu tenho um recado, eu mando essa contribuição, ela pode ser aprovada. Então sempre o Congresso é um Congresso composto de conferências magistrais, chamadas, de reuniões de atualização e de temas científicos específicos.

P/2 - Eu imaginei que o Encontro fosse uma coisa mais social. Não é, é científica também

R - É, ele começou um pouco social, um pouco científico. Mas acaba sempre tendendo para... o aspecto científico fica sendo mais forte. Embora estava presente, está sempre presente essa confraternização. Mas acontece que ela já existe, ocorre muitas vezes. Então por isso é que eu digo que pode parecer um pouco redundante. E hoje não é fácil achar uma vaga para marcar um evento científico, porque existem muitos. O que é bom, eu acho que é ótimo que a gente tenha reuniões que tenham um caráter de ensinamento.

P/1 - E Associações dessa natureza, tem algumas mais? Além de associação desse tipo, existem outro tipo de associação de outro tipo, mais voluntária de médicos, do que propriamente de uma entidade de classe?

R - Existe muitas associações hoje, porque a Sociedade Brasileira de Cardiologia, como eu disse, é nacional. Mas existem as Sociedades locais. A Socesp faz um Congresso muito grande hoje, quase que compete, em número de trabalhos, de assistentes, de comparecimento, com a Sociedade. O Congresso da Sociedade é realizado em diferentes pontos do Brasil. E da Sosesp é o do Estado, ele ficou estabelecido estatutariamente que seria realizado no interior do Estado de São Paulo, mas por dificuldades de espaço e de hotelaria, acabou sendo realizado nos últimos anos em Campos do Jordão. Isso é feito em maio. E é um Congresso de muito bom nível científico, que se deduz facilmente pela população médica de São Paulo, seja do interior ou da capital, onde congrega muitos centros cardiológicos de alto nível. Então isso faz com que, dada a proximidade geográfica de São Paulo com o Centro-Sul, onde está a maior parte da população, em Leste e Sudeste, esse Congresso regional adquiriu um vulto tão grande que ele está quase do tamanho do Congresso da Sociedade. Mas existem os Congressos do Sul, do Leste, do Oeste, do Norte, Nordeste, todos eles. Existem os de cirurgia, como eu lhe disse. Depois existem as Sociedades que são sub-divisões da Sociedade de Cardiologia, que é a de Cardiologia Pediátrica, de Geriatria, de Ontologia ou Geriatria, de Atriosclerose, de Hipertensão, o de Metabolismo, de Lípidos. Então são muitas reuniões que ocorrem durante o ano, todas ligadas à cardiologia. De Fisiologia Cardiovascular, de Arritmia, de Arritmologia. É quantidade incrível de atividades acontecendo simultaneamente. Sem contar que nós pertencemos hoje às Sociedades locais, como por exemplo, a (USCAS?), que é a Sociedade Sul-Americana da Sociedade de Cardiologia, a Interamericana, a Mundial, muitos de nós somos \_\_\_\_\_ das Sociedades Americanas. Então é muita atividade.

P/1 - Haja calendário!

R - Muito, um calendário realmente puxado.

P/1 - O senhor já teve algum cargo eletivo...?

R - Nas Sociedade de cárdio não. Nunca presidi nem a Sociedade de Cardiologia nem de cirurgia cardio-vascular. Não fui honrado ainda com essa posição. E também honrado e sobrecarregado, porque é uma honra realmente participar da direção dessas entidades, mas isso exige uma dedicação muito grande, pela parte burocrática, pela parte científica e até pela presença física que te obriga a comparecer nessas reuniões. Então é um ônus muito pesado.

P/1 - E o \_\_\_\_\_, o senhor já recebeu algumas propostas?

R - Não. Não é o meu perfil. Eu não tenho o perfil de político. Político no sentido da militância partidária ou do exercício de cargos executivos. Não que eu tenha nada contra, eu não acho que ter participação política... ao contrário, eu acho que as pessoas competentes e de bem devem participar. Mas na vida de um país, na atividade política, você pode exercer a sua cidadania, os seus direitos ou as suas obrigações de diferentes maneiras. Então se você tiver trabalhando no campo assistencial ou no campo da formação didática intensamente, você está dando a sua contribuição. Se você tiver dando uma assistência a um necessitado, ou tiver contribuindo para o desenvolvimento de alguma coisa, de alguma técnica, ou formando pessoas, isso é uma contribuição importante. E não é menos nobre do que a outra, embora num campo do exercício da atividade política suas ações são de desdobramento muito grande. Então dizem que o que atrai ou que cativa a atividade política é isso: você toma uma atitude e essa atitude tem um desdobramento muito grande imediatamente. Você faz uma coisa e aquilo atinge uma massa muito grande da população, então você se sente compensado por ter contribuído e que a sua contribuição tenha atingido proporções muito grandes. Mas no exercício da atividade quase que individual, se a gente pudesse chamar, porque trabalhando numa instituição grande como essa você está tendo uma atividade política. Apenas numa dimensão menor, embora a profundidade possa ser às vezes até maior.

P/1 - E os desafios do Incor, quer dizer, quais o senhor o considera os grandes desafios \_\_\_\_\_ e da própria medicina, da cardiologia?

R - O desafio primeiro vem da própria renovação dos fatos. Quer dizer, você ocupa uma posição que anteriormente foi ocupada por outras pessoas. Especificamente a que eu tenho hoje foi ocupada inicialmente pelo doutor (Zebini?), depois pelo doutor (Adib?), indiscutivelmente dois líderes da cardiologia e da cirurgia no Brasil e duas pessoas com características muito especiais, de poder de liderança e de criatividade. Então isso já é uma situação honrosa por um lado, e por outro lado desafiante, que você queira ou não o seu trabalho será comparado com o de seus anteriores. E se chegar perto do que eles fizeram já seria uma glória, se conseguir passar, eu acho que é um desafio que não passa pela cabeça de ninguém. Mas a gente tem que exercer aquilo que nos compete num determinado momento. Então não perder a noção da perspectiva. Por outro lado, os momentos ou o momento que nós estamos vivendo é um momento de enorme perplexidade, perplexidade porque a medicina toda passa por uma revolução. E aí as coisas acontecem muito rapidamente. E você precisa identificar o progresso real e o caminho certo. Nós não podemos ficar esperando que as coisas aconteçam, você tem que se antecipar. Então você tem que exercer a habilidade de identificar, dentro dessas

multiplicidades de panoramas que se interpodem, qual o melhor. Evidentemente que ninguém vai ter a bola de cristal de adivinhar e nem tomar uma decisão solitária. Quer dizer, a Instituição tem lideranças, mas a liderança se apoia nas bases. Então existem Comitês, grupos diretivos e reuniões periódicas que procuram tomar a temperatura da situação e indicar o caminho correto. Então isso é o que a gente está fazendo, é o trabalho coletivo. Então nunca a gente deve hoje imaginar uma administração isolada, aquele sujeito que sozinho vai dar as diretrizes, porque a gente não tem. Mas trabalhando em grupo é mais fácil de acertar. E a Instituição tem procurado se manter sempre na posição de liderança. Quer dizer, ela é uma Instituição reconhecida internacionalmente e essa posição não pode ser perdida. Então nós temos que participar intensamente. Agora, essa semana, eu deveria ter ido para os Estados Unidos participar de uma reunião junto ao Serviço Nacional de Saúde, o (NAH?), que deverá ser o patrocinador de um estudo sobre... é um tópico, são vários acontecendo ao mesmo tempo... De um estudo de aplicação de uma técnica cirúrgica para o tratamento da insuficiência cardíaca. Um estudo (multicêntrico?), do qual o Incor foi convidado a participar, quer dizer, na minha pessoa, e nós fomos os únicos convidados da América Latina, que é uma posição de grande importância. É um estudo que está sendo coordenado nos Estados Unidos, ele é (multicêntrico?), é internacional, envolverá centros da Europa, poucos centros da Europa, um centro do Japão, a maioria são centros americanos, e nós aqui. Então veja que isso é um convite e uma posição de mundo importante. Do ponto de vista da clínica e da própria cirurgia, há outros estudos (multicêntricos?) em que o Incor participa diretamente. Então nós estamos na linha de frente da investigação. E participando de Comitês que estão procurando tomar pé na situação. E dizer até onde nós vamos. Um outro ponto é equipar o Instituto com as coisas chamadas de primeira linha, de tecnologia moderna. Então a Instituição está fazendo parcerias com várias organizações de grande vulto, para tornar viável, porque uma das coisas não é só você desejar, precisa ter os recursos para equipar a Instituição. Depois precisa fazer essas coisas modernas produzirem trabalhos modernos, produzir investigação, produzir conhecimento. No campo da cirurgia tem alguns desafios importantes, além da... Hoje nós falamos muito em redução de custos, em redução de invasão, quer dizer, tornar a cirurgia mais benigna, reduzir a agressividade. Então é a cirurgia chamada minimamente invasiva. Operar com pequenas incisões, ou se possível deixar de usar o coração artificial, ou melhorar progressivamente a qualidade do coração artificial, reduzir as necessidades de sangue, uma cirurgia sem sangue. Isso é possível em muitos pacientes hoje, um número progressivamente maior de pacientes não toma sangue durante todo o procedimento cirúrgico e durante toda a permanência. Muitos recebem o seu próprio sangue, que todos, durante a operação, nós fazemos auto-transusão, reusamos todo o sangue que se perde. Então isso traz reduções importantes de custos, redução importante do aspecto logístico, que é a carência de sangue, quer dizer, há momentos \_\_\_\_\_ falta sangue nos Bancos de Sangue, é importante. Então você tem que reservar aquilo para as pessoas que realmente não podem prescindir da transfusão. Enquanto a gente espera que haja o sangue artificial, quem sabe daqui a pouco a gente vai ter isso de maneira prática. Um outro aspecto importante será no futuro a utilização dos robôs. O que que é a utilização do robô? É usar braços mecânicos ou equipamentos conduzidos por um computador, mas comandados pelo homem, que possam realizar procedimentos à distância, à curta distância ou à longo distância. Mas isso parece uma fantasia. E já é uma prática, está começando. Olha: "Scientific America", de outubro de 2000. "Cirurgia robótica, novos equipamentos para operar o coração batendo." Então, o robô.

P/1 - Você pode operar alguém à distância?

R - Não, isso já é rotina. Já está em prática em vários centros. Hoje o centro que começou primeiramente e teve facilidades de iniciar com mais intensidade foi a Universidade de Leipzig, na Alemanha. Depois Munique, Paris, agora os Estados Unidos, o (FDE?) autorizou a investigação e já vários centros estão começando a trabalhar em cirurgia cardíaca com robô. Isso nesse momento representa um enorme investimento em dinheiro, representa um tempo muito longo de procedimento cirúrgico, um gasto excessivo em equipamentos e com pessoas. Mas isso é o início. Daqui a anos, um, dois, três, quatro, isso vai estar simplificado ao máximo, reduzido o custo e beneficiando os doentes no sentido dessa internação rápida, internar, operar e voltar para casa, como se faz hoje para tirar uma vesícula, você tira com laparoscopia. Há dez anos se discutia se seria vantagem ou não. Hoje sempre que possível é feito dessa maneira. Cirurgia cardíaca também vai caminhando nessa direção, para quando nós não sabemos, mas precisa estar atento para não perder a oportunidade de ser atual, de acompanhar o desenvolvimento. E não só esperar que as coisas estejam realmente sedimentadas para tentar instalar, porque tudo isso demanda tempo. O outro campo de desafio é a utilização da genética, as técnicas modernas da engenharia molecular, chama engenharia de tecidos, criar tecidos novos. Isso também já começa a ser uma aplicação bem frequente. Essa semana um dos nossos colaboradores aqui, que é o chefe do laboratório de biologia molecular, foi para os Estados Unidos para ver uma reunião onde se está discutindo a aplicações dessas novas técnicas de biologia molecular para criação de novos tecidos, especialmente de vasos e músculos. Então isso aqui mesmo já existe investigação avançada, em colaboração com o Instituto Butantã, já se isolou gens de crescimento de vasos, só que a passagem desse isolamento para um produto industrial farmacêutico, pronto para ser injetado na pessoa, existem investimentos altos. Então as vezes a gente tem que se associar a outros grupos que já estão mais avançados, fazer parte desses \_\_\_\_\_, dessas investigações multicêntricas. E a ida dele é exatamente isso, é para tentar viabilizar a aplicação mais precoce desses procedimentos. E tudo isso tem que obedecer hoje um fato importantíssimo, que são os ditames aí, as regras da bioética. A bioética hoje é um assunto importante, existem comissões aqui, internas, seja da Instituição central, seja aqui, que discute a cada novo procedimento que se faz se isso tem um embasamento ético-moral. Você não pode fazer as coisas só porque teve uma idéia. É preciso que se obedeça a princípios muito rígidos, que evidentemente são discutidos, são modificados a cada dia, mas sempre em comissões amplas, com a participação da comunidade, para discutir os aspectos bioéticos da aplicação de novos métodos, novas técnicas.

P/1 - Então no Incor tem uma comissão de ética?

R - Sim, o hospital tem a comissão de ética em pesquisa, central, aqui existe a comissão de ética e a comissão científica, que trabalha junto com a comissão de ética, a comissão científica e a comissão de ética. Quer dizer, todo o trabalho passa por essas comissões, que são comissões que precisam ser reconhecidas no Ministério, precisam ser aprovadas pelo Ministério, ela tem uma determinada composição de pessoas, reconhecido autoridade nas suas áreas, para permitir que você faça uma investigação. Quando a investigação é animal, nós temos que seguir os preceitos de proteção ao animal. Você não pode pegar um animal aí na rua e sacrificá-lo, só dizer: "Eu estou fazendo investigação." Quer dizer, é preciso seguir determinadas normas de proteção dos animais. Se isso já é necessário ao nível de investigação animal, imagine o rigor que se precisa ter quando você faz uma investigação. Você não pode fazer uma operação só porque está fazendo uma investigação. É preciso que aquele procedimento seja primeiro do conhecimento do cidadão e que ele seja uma tentativa de melhorar a qualidade de vida dele. Apenas existem métodos que você não tem ainda uma resposta. Mas também se você não fizer nada, você vai deixar o paciente às vezes numa condição pior.

Então você tem que trocar uma condição por outra melhor. E pode ser que essa troca também represente um desconhecido. Mas entre não ter nada e ter um caminho a ser trilhado, você pode seguir isso, desde que com o rigor dos preceitos éticos.

P/2 - E o clube dos cirurgiões?

R - Bom, essa é uma organização que na realidade chama-se clube, porque não pretendia ser uma associação médica mais, que já existe muitas, e todos nós que pertencemos ao clube pertencemos a essa sociedade. Essa idéia nasceu há quase dez anos, e um cirurgião do Chile, um da Argentina e eu, em que nos reunimos pensando em congregar essas pessoas de diferentes países aqui na América do Sul e Central, que pudéssemos nos encontrar uma vez por ano em alguns dos países membros, para discutir problemas do nosso interesse dentro da cirurgia cardíaca. Bom, primeiro um entrelaçamento maior entre as pessoas e segundo trocar pontos de vista que estavam acontecendo, opiniões, experiências locais, e que pudessem ser compartilhadas. Isso num fim de semana de dois, três dias, e que tivesse um caráter científico, mas diferente de um Congresso, onde obedece a determinadas normas muito rigorosas, às vezes reproduzindo coisas que já aconteceram. E aqui a agenda seria um pouco livre, embora o organizador sempre tivesse condições de trocar idéias com outros cirurgiões e estabelecer uma temática prioritária, que seria sempre feita em maneira informal. Quer dizer, nós nos reunimos em torno de uma mesa, uns 16 ou 17 cirurgiões, e discutimos os temas, com enorme liberdade, sem o formalismo de uma reunião científica, mas é uma reunião de estudos. E também tem o caráter de um clube, porque ele não se inscreve, não há eleição. Foram eleitos, então nós três que começamos o clube imaginamos quem poderia ser os nossos parceiros aqui na América e, evidentemente, como era um clube, tinha que ser na base da amizade. Então eram pessoas com as quais nós mantínhamos um bom relacionamento e eram pessoas interessadas no, estudo, no trabalho, na cirurgia cardíaca. E tem acontecido assim já há nove anos, uma reunião anual muito interessante.

P/2 - E vão cirurgiões das três Américas?

R - Não. Na realidade ela tem cirurgiões do México, em dois do México, e depois da América do Sul, tem da Venezuela, do Peru, da Bolívia, do Equador, do Chile, da Argentina, do Uruguai e do Brasil. Então nós somos dois cirurgiões de cada país.

P/2 - Aqui do Brasil além do senhor quem é?

R - Professor (Ênio Búfalo?) da Escola Paulista e eu. Da Argentina tem dois cirurgiões, um da Fundação \_\_\_\_\_, outro de um hospital italiano. Do Uruguai, e assim por diante. Agora já estamos na fase de pensar nas substituições, a gente vai ter que cada um indicar o seu, já estamos começando a atingir a idade limítrofe, o ano passado faleceu um dos colegas. Então já tem uma vaga para ser preenchida.

P/2 - É vitalício?

R - Não, não é vitalício também. Está tudo em aberto ainda. É só uma reunião. Mas é preciso que se mantenha... a primeira coisa é o interesse de participar, a segunda ter coisas para dizer, e servir ao interesse dos outros também.

P/1 - A pessoa tem que estar em atividade.

R - Tem que estar em atividade. Então o limite mais ou menos é a atividade. A hora que você sai da sua atividade, deve sair do clube, se é que o clube vai continuar por muito tempo. Mas a idéia foi interessante. E se ela se expande muito, ela vira uma Sociedade e já existem muitas outras. Mas com esse caráter, isso existe em outras especialidades, existem grupos de pessoas que são geralmente relacionadas a um tema ou a uma origem e que se reúnem regularmente para intercâmbio de idéias. E permite também que você possa mandar pessoas daqui para outros lugares, às vezes tem alguém que está fazendo alguma coisa que te interessa muito, eu posso mandar um auxiliar ficar lá algum tempo.

P/1 - Eu queria fazer uma pergunta em relação à tecnologia. Quais são os limites da participação, no caso, do cirurgião com a tecnologia? De que forma o próprio cirurgião cria a tecnologia, de que forma ele não cria essa tecnologia? É um pouco a participação dele na criação de equipamentos, na utilização, na elaboração de novos equipamentos, recursos?

R - Os recursos, a idéia inicial geralmente parte de algum investigador ou de um cirurgião. Tanto ele pode ser um indivíduo dedicado... Aqui teve... na cirurgia tem uma figura lendária, que chamou-se (Alex Carrel?). Esse era um cirurgião que foi contratado pela Fundação (Rockefeller?), no início do século, para ser um investigador, naquela época não existia ainda o indivíduo tempo integral em investigação. E (Carrel?) era um sujeito extremamente inteligente, com um espírito de investigação muito aguçado, e que teve o suporte financeiro e tecnológico. Então a Fundação (Rockefeller?) deu a ele um laboratório com recursos, ele não tinha outra finalidade. Ele só operava cachorro, animais, ele imaginava transplante, ele fez transplante de tudo, fez suturas vasculares, fez "n" coisas na experimentação. E deu uma contribuição enorme. Pois isso hoje se faz em toda Universidade, todo lugar tem um laboratório de investigação. Mas na realidade talvez o primeiro laboratório grande financiado foi esse. Quando você vai estudar hoje qualquer procedimento cirúrgico, logo logo no início tem lá: "Carrel, \_\_\_ as idéias..." Porque ele propôs tudo que se podia fazer. Então já é a idéia, a semente está aí. Então você tem que ter uma pessoa que pense e que faça as coisas. Quer dizer, hoje o cirurgião, ele tem sempre idéias, ele cria coisas, às vezes coisas muito simples. Então a contribuição vem. E não vem só da tecnologia. Vem também da prática clínica. Esse artigo que está aqui de capa, que diz a cirurgia robótica, ele faz muita referência aqui ao trabalho do professor (Búfalo?), da Paulista, que na década de 80 insistiu muito em operar sem circulação extra-corpórea. Que na época era uma coisa um pouco secundária, porque o número de casos era restrito, o procedimento era muito localizado. Mas foi criando um corpo de informação que mostrou que era possível. E nessa década de 90, especialmente depois de 95, quando um outro cirurgião na Argentina começou a fazer os mini, com pequena recisão, o mini-acesso, e usar o (taroscópio?), isso despertou um grande interesse. Aí a tecnologia veio em cima. Todo mundo tem uma idéia e aplica, os laboratórios aplicando enormes somas de recurso para desenvolver equipamentos, redundou nesse campo que agora é reconhecidamente uma das fronteiras da cirurgia, que é a cirurgia minimamente invasiva, a cirurgia fora de bomba, a cirurgia com robô, e a associação de todas essas

coisas. Então veja que as idéias às vezes começam simples e podem se transformar em coisas complexas. Agora hoje eu não posso criar um robô, mas tem gente que sabe criar. Eu preciso só dizer para que eu preciso dele. Então a associação vem daí: eu digo o que eu preciso e alguém vai fazer o desenvolvimento tecnológico. Os equipamentos para fazer essas coisas todo dia são modificados. E a criação do cirurgião é importante. Ele tem uma idéia, ele leva para a indústria que faz e desenvolve.

P/1 - Os medicamentos e tudo?

R - Em 1988, eu acho, eu era diretor do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Eu falei que nunca tive participação, mas eu estava na diretoria do Departamento de Cirurgia Cardíaca do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. E o Congresso daquele ano, aquela primeira vez, fez Congressos satélites. Então, porque o Congresso Brasileiro de Cirurgiões reúne os cirurgiões gerais. E como gerais entram os ginecologistas, os ortopedistas, os cirurgiões cardíacos. Mas o grosso dos gerais, na realidade, são os cirurgiões de aparelho digestivo, que é a grande massa dos cirurgiões. Então o corpo do Congresso era mais ou menos de cirurgião geral (senso-lato?), aquele que opera a barriga, tórax e trauma. E o doutor Dário, que era o presidente naquela época, nos pediu a cada departamento que fizéssemos um dia ou uma tarde, ou uma tarde e um dia, um Congresso satélite. E eu organizei o módulo de cirurgia cardíaca, que aconteceu paralelamente ao Congresso. E um dos convidados que eu fiz naquela época foi o doutor (Miróvski?), um clínico de Baltimore, e que desenvolveu o chamado ("desfibrilhador implantado?"), esse aparelho que é tipo um marcapasso, que você coloca por dentro do coração e dá um choque, e (desfibrilha?) o coração. Quando se tem a morte súbita, porque a morte elétrica aí a rua o aparelho dá um choque sozinho. Isso hoje é extremamente usado, muito usado, e foi aprovado, reconhecido pelo (FDE?) como sendo um auxílio importante para algumas pessoas que tem alto risco de morte súbita, ou que já tiveram morte súbita e foram recuperadas. Esse aparelho naquela época, isso era 88, estava sendo apresentado como uma idéia, uma sugestão, muita gente dizia se era bom, se não era bom, existiam outros métodos. Até que na década de 90 ele se impôs como uma técnica importante. No início era colocado por fora do coração, mas precisava abrir o peito para colocar as placas em volta do coração. Quer dizer, hoje se coloca (INTERRUPÇÃO NA FITA)

P/1 - O senhor tem alguma questão que a gente não tenha colocado, que o senhor sinta necessidade de falar, e mesmo abrir um pouco o microfone para o senhor emitir homenagens ou...?

R - Essa idéia do Museu, que foi criada, que nasceu agora com as comemorações dos 25 anos... Essa festa dos 25 anos, vamos chamar de festa, tem dois significados básicos: um é registrar um pouco o que passou, não só prestar uma homenagem aos que nos antecederam, reconhecer o seu trabalho, mas registrar um pouco da memória. É essencial que a gente saiba o que aconteceu, porque senão nós vamos nos expor a repetir os erros do passado. Então aproveitar com os acertos e reconhecer alguns erros. Então esse é um ponto: registro do que aconteceu. E também um pouquinho de reflexão sobre o que que se está esperando para o futuro, quais são os planos. É isso que nós comentamos há pouco, quer dizer, essa necessidade de manutenção do nível e de sem dúvida tentar ampliá-lo, tornar mais amplo o campo de ação do Instituto, na parte física, na parte intelectual. E continuar mantendo-a como uma Instituição de ponta. Mas a gente não deve ter a pretensão de ser o melhor sempre. Às vezes a gente tem a obrigação de ter um centro muito bom. Se ele for o melhor ótimo, mas eu acho que esse espírito de competição, assim, a nível de quem é o melhor, isso é uma bobagem. Fazer as coisas boas já está muito bom.

P/1 - Eu gostaria de fazer uma última pergunta, que é: o que que é o coração para o senhor, o que que ele simboliza para o senhor?

R - Ah, eu acho que, quer dizer, para mim significa tudo. (riso) É o meu dia a dia de trabalho, e o trabalho é quase tudo na vida. Mas a simbologia que existe em torno do coração... é muito prática, não é só... quer dizer, aonde está a sede da vida? Você não vive sem o fígado, não vive sem o cérebro, não vive sem o coração, não vive sem muitas coisas. Mas o que caracteriza grosseiramente a vida ou a morte é o batimento cardíaco. A hora que o coração pára de bater, se você não tem um substituto, a morte virá em seguida. É que hoje nós ampliamos o conceito de morte, porque... isso veio até com a era dos transplantes, que é a necessidade de definir a vida útil. Então a morte cerebral na realidade define a utilidade ou não da vida. O indivíduo que não tem mais a identidade... (PAUSA) Então, com a era dos transplantes, o que nós vimos é que precisou ser ampliado o reentendido o significado de vida ou morte. Então com isso a morte cerebral passou a ser determinante da vida. Então quando nós demonstramos objetivamente, e através de mais de uma pessoa, que o cérebro não tem mais atividade, a morte está caracterizada, embora o coração continue batendo. Mas é muito bom para a gente ter uma noção mais clara, porque a outra é mais objetiva: o coração parou, a pessoa está morta passaram-se alguns minutos. Então é esse o conceito de coração: a sede da vida. Não precisa ser verdade, mas atende muitas necessidades emocionais da gente. Acho que é esse o conceito.

P/1 - Então, se houver alguma coisa, eu agradeço demais pela sua entrevista.