



Entrevista Prof. Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff*



O Prof. Dr. Paulo Hoff, Professor Titular de Oncologia e Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Presidente de Honra do XXIX Congresso Médico Universitário da FMUSP, concedeu entrevista à Revista de Medicina. O Prof. Dr. Paulo Hoff possui graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (1991), Doutorado e Livre-docência em Oncologia pela FMUSP, fez residência em Medicina Interna na Universidade de Miami e fellowship em Hematologia e Oncologia na Universidade do Texas, em Houston. Foi Professor Associado e Vice-chefe de Departamento na Universidade do Texas, Professor visitante da Yale University e Professor Voluntário da Universidade de Miami. Nessa entrevista, o maior expoente da Oncologia no Brasil comenta porque se tornou médico, sua formação, o ensino médico no Brasil e o compara às universidades no exterior. Também fala sobre a pesquisa no cenário brasileiro e sua relação com a graduação em Medicina, além das perspectivas para o futuro da Oncologia.

R.M.: Quais foram suas influências e motivações para escolher a carreira médica?

Paulo Hoff: O que me levou a escolher a carreira de Medicina foi o apelo da ciência, algo de que eu sempre gostei muito; agradava-me ler sobre pesquisas e sobre as pessoas que fizeram com que o campo evoluísse. Além disso, eu gostava muito de biologia,

química etc., acho que foi natural que isso tenha me levado a escolher a Medicina. Eu também não sou uma pessoa que já tenha “nascido médico”, como há pessoas que desde pequenos sonham em exercer essa carreira: tive outras aspirações profissionais, acabei decidindo pela Medicina no que na época se chamava 2º grau, basicamente pela atração da ciência.

* Entrevista realizada por Gabriel Engel Becher, Luísa Frerichs Chiavenato e Talita Rodrigues de Oliveira





Entrevista.

R.M.: E como foi seu período de Graduação em Medicina?

Paulo Hoff: Minha Graduação foi conturbada, para dizer o mínimo. Existe um período de tempo entre nós que faz com que vocês tenham crescido em um Brasil muito diferente – eu cresci durante a Ditadura Militar, e embora não notássemos isso no dia-a-dia, é evidente que havia influência e impacto em todas as atividades no país, incluindo a Academia. Quando entrei na Faculdade, em 1985 (aos 16 anos de idade), estávamos saindo do período ditatorial, tendo sido um período no qual o brasileiro se reencontrou com a cidadania, logo um período dotado de coisas simultaneamente maravilhosas e difíceis. Minha época na Faculdade foi marcada por muitas greves, um direito reconquistado cuja prática estava sendo reaprendida pelas pessoas, possivelmente tendo sido até abusado. Este período também foi marcado por um momento de hiperinflação, em que os salários dos professores e dos pais dos alunos era achatado diariamente, algo difícil de imaginar hoje em dia. Paradoxalmente, talvez isso tenha me ajudado. Eu fiz minha Graduação em Brasília e tinha um Orientador encarregado de me ajudar a fazer minhas escolhas de matérias a serem cursadas a cada semestre, e quando estava na transição entre o 2º e o 3º ano, procurei-o para dizer que estava muito preocupado com o nível da minha formação – para se ter uma idéia, naquela época havia greve semestral, era como se a greve entrasse no calendário, e me perguntava como poderia ser um bom médico se na minha formação eu tinha tantas interrupções. Não que eu fosse contra as aspirações demandadas pelo ideal da greve, mas aquilo estava afetando a minha formação. Eu era muito jovem, nessa época devia ter por volta de 18 anos, e disse ao meu Orientador que pensava em desistir da Graduação em Brasília e vir para São Paulo, para tentar o vestibular para a USP, que era e continua sendo considerada a melhor Faculdade de Medicina da América Latina. No entanto, ele me aconselhou que terminasse até o 5º ano e aplicasse para uma Bolsa de Estudos no exterior – existe o programa latino-americano da Universidade de Miami, que aceita alunos de Medicina para estudar por 1 ano no local. Recebi a bolsa, tirei boas notas nas provas, e fui para Miami em 1990 para cursar o Internato obrigatório, que na época era de 12 meses; todavia, acabei cursando 18 meses de Faculdade, pois além de fazer as rotações do Internato fiz novamente parte da Graduação. Foi uma experiência muito boa comparar o que eu tinha na época no Brasil com o que estava sendo oferecido em uma Faculdade norte-americana. Retornei ao Brasil, mas já com o

convite para voltar e realizar minha Residência em Clínica Médica na Universidade de Miami. Com isso, já falo sobre a parte de Pós-Graduação *latu sensu*, em que fiz 3 anos de Clínica Médica, sendo especialista em Clínica Médica pelo *American Board of Internal Medicine*, e fiz minha subespecialização – chamada nos EUA de *fellowship* – em Hematologia e Oncologia em Houston, e quando finalizei fui convidado para permanecer como docente da Universidade do Texas, onde fiquei por um longo período, até retornar definitivamente ao Brasil, em 2006.

R.M.: E, comparativamente, pela experiência que você teve como aluno de Graduação no Brasil e nos EUA, quais são as principais semelhanças e diferenças detectáveis?

Paulo Hoff: Inicialmente, devo dizer que não sei se a minha experiência passada se aplica a vocês, pois há um período de 25 anos de diferença, e acredito que nesse tempo o Brasil tenha mudado muito. Na época, o que notei foi uma diferença muito grande no nível de aplicação e maturidade dos alunos: o norte-americano faz 4 anos de *College*, sendo a Escola de Medicina, nos EUA, tida como um Doutorado; no Brasil, primeiramente se faz a Medicina, para depois se buscar um Mestrado e um Doutorado; o título de médico, nos EUA, é como uma Pós-Graduação, pois após o período de *College* pode-se optar entre um M.D. (Doutorado em Medicina) e um J.D. (Doutorado em Ciências Jurídicas). Nesse momento, meus colegas eram muito mais velhos que eu – se eu já era considerado jovem aqui no Brasil por ter ingressado na Faculdade aos 16 anos imagine lá, onde eles já haviam passado pelo *College*; e eu enxergava neles uma maturidade muito grande, pois após esse período de 4 anos, o indivíduo que foi buscar uma Faculdade de Medicina extremamente competitiva, como o é nos EUA, tem uma grande dedicação. Sempre conto que a minha primeira prova, na Faculdade, foi uma prova de Hematologia: o Professor nos levou até o laboratório, sentou-nos em duplas nas bancadas com os microscópios para podermos fazer a avaliação das lâminas, deu-nos a prova e disse que voltava dentro de 1h; sem nenhum preceptor cuidando do local de prova, ninguém colou! Há uma visão diferenciada: o norte-americano é também muito competitivo, pois sabe que sua nota em relação aos seus colegas terá impacto sobre o local onde poderá realizar uma futura Pós-Graduação, e não tem o menor interesse em colaborar com os outros nesse sentido. Por outro lado, esse comportamento pode ser ruim, pois resulta em menos coleguismo e torna as relações entre colegas mais tensas. Quanto à formação, acho que o aluno brasileiro tem muito mais contato com o paciente do



que o aluno norte-americano, tendo uma visão muito mais humanística da Medicina; o norte-americano é muito mais pragmático no sentido de preparar o aluno para, como médico, resolver problemas. Acho que, nesse ponto da humanização, a Faculdade brasileira é melhor. Quanto à parte de exposição a riscos e contato com o paciente, gosto mais da relação que temos no Brasil do que nos EUA. Porém, o que eles têm de melhor é o profissionalismo: são extremamente profissionais, preparam muito o aluno para resolução de problemas e têm essa dedicação da qual falei, essa maturidade, que ajudam bastante. Os currículos eram diferentes, mas hoje são muitos parecidos, pois a globalização acabou com aquela grande diferença que existia antigamente entre países, não existindo informação misteriosa que esteja disponível em um local do mundo e não no outro. Os livros-texto são praticamente os mesmos, os currículos médicos são semelhantes; a metodologia talvez seja um pouco divergente, mas o aluno brasileiro recebe uma carga de conhecimento muito boa. Na Universidade de Miami, tive colegas que estudaram em diversas Faculdades no Brasil, sendo importante notar que os alunos brasileiros estavam sempre entre os melhores residentes da Faculdade, assim eram bem avaliados e reconhecidos. Outro ponto, obviamente, é que os professores americanos são mais bem remunerados que os brasileiros, o que lhes é bastante favorável, sendo possível uma dedicação integral ao ensino, o que é muito difícil no Brasil, onde grande parte dos professores necessita realizar outras atividades para complementação financeira.

R.M.: Dentro do contexto médico no Brasil, você acha que a pesquisa é negligenciada em relação ao exterior?

Paulo Hoff: Existem dois fatores importantes que deixam a desejar na forma como são apresentados no nosso currículo: o primeiro é o fato de que os alunos são pouco expostos à pesquisa, o que faz falta. Embora os alunos não precisem sair da faculdade pesquisadores, precisam sim saber a metodologia científica para evitar dificuldades em se fazer uma análise crítica do que é apresentado em revistas, congressos etc.. Se não souber o que é o valor do *p*, ou o que é um estudo bicaudal, haverá dificuldade em se perceber quando se está sendo enganado ao ler um artigo, e acho que a valorização desses conceitos deveria ser maior na graduação - no curso de oncologia do 4º ano, temos tentado introduzir as bases da pesquisa oncológica, a fim de, quem sabe, atraí-los e fazer com que os alunos estudem esses tópicos. Um segundo ponto é que, considerando-se que a oncologia trata da doença que é a segunda

maior causa de morte hoje no país e será a principal em um futuro não muito distante, a carga que é dedicada a essa disciplina é muito pequena. De forma geral, creio que a carga horária de oncologia poderia ser maior.

R.M.: Por essa razão, você acha que os alunos tendem a sentir uma atração menor pela oncologia ou fato de a mídia ressaltar bastante a especialidade contorna essa questão?

Paulo Hoff: Há vários pontos que levam um aluno a se interessar por uma especialidade em relação às outras. Um deles é, obviamente, ter tido experiência ou contato prévio com ela e ter gostado; outro é o interesse acadêmico, não necessariamente tendo realizado atividades práticas, mas sim a partir da leitura e estudo; alguns têm histórico familiar como influência para a escolha da especialidade médica (por exemplo, um filho de cardiologista que resolve seguir a carreira do pai); por fim, há as flutuações de mercado, que por vezes são difíceis de comentar. Ninguém faz medicina apenas para ganhar dinheiro, mas a realidade é que a expectativa de trabalho e remuneração também contam. Isso pode ser visto com muita facilidade ao longo dos anos: o mercado acaba direcionando e atraindo os alunos. Por exemplo, há uma década, um grande número de alunos desejava aprimorar-se em cirurgia cardiotorácica, porque operar o coração era interessante, era a vanguarda científica e atraía bons empregos. Hoje o interesse nessa área diminuiu muito porque outras especialidades colocam *stents*, fazem angioplastia, e o cardiologista intervencionista faz muito do que os cirurgiões faziam antes. Oncologia, nesse momento, é uma especialidade que tem atraído muitos alunos, apesar da pouca exposição no currículo de praticamente todas as Faculdades no Brasil. Uma razão, em minha opinião, é o próprio mercado, já que se tem um grande número de pacientes que tem ou terão câncer no futuro; um segundo motivo importante é a atração pela ciência, pois quem gosta de fazer pesquisa tem na oncologia um campo de interesse e atuação enorme, já que há muito a ser descoberto, ser feito, e, mais importante, com possibilidade de financiamento crescente em todo o mundo. Aqueles que gostam de fazer pesquisa têm atualmente uma satisfação muito grande nessa área. Portanto, não acho que a falta de exposição à especialidade possa gerar uma falta de candidatos, pois isso não se tem configurado um problema. Acredito que esse pouco contato possa vir a fazer falta não para aqueles que pretendem fazer oncologia, mas para os que querem seguir outras especialidades, que se beneficiariam de um conhecimento mais profundo em uma área

Entrevista.

que interage com praticamente todas as outras no exercício da Medicina.

R.M.: Ainda na relação entre a pesquisa e a oncologia, quais são as perspectivas da pesquisa oncológica?

Paulo Hoff: Hoje, 60% dos casos de câncer apresentados em nossos hospitais são passíveis de cura, a maior parte deles por se apresentarem em estágio precoce, sendo que aqueles em estágio avançado têm taxa de cura bem inferior. A histologia do câncer também influencia muito, por exemplo, linfomas e cânceres de testículo são altamente curáveis, enquanto outros tumores, como o de pâncreas, têm mortalidade muito elevada, e não sabemos exatamente por que se comportam de maneira tão distinta. Portanto, ainda há muito espaço para pesquisa. A junção de um problema sem uma solução imediata com um grande número de pacientes que dele sofrem atrai, obviamente, verbas do governo e da indústria privada para o desenvolvimento de novos medicamentos: o governo, tentando resolver um problema de saúde pública; a indústria, tentando entrar em um mercado que vai ser muito rentável. Para quem faz pesquisa, isso abre possibilidade de acesso a verbas tanto institucionais e governamentais, como da iniciativa privada. Acredito que, hoje, a Oncologia é uma das áreas da Medicina que mais atrai investimento para pesquisa, e continuará sendo por um bom período de tempo. O principal fator para esta certeza é que, nos EUA, em 2020, o câncer passará a ser a principal causa de morte. Nos últimos 30 anos acumulamos um conhecimento muito grande sobre os mecanismos de desenvolvimento da doença; agora é a hora de aplicar esse conhecimento na pesquisa para a descoberta de tratamentos eficazes para a doença. Eu sou um otimista, e acho que vamos continuar tendo um campo muito forte de pesquisa até descobrirmos todas as causas e curas para o câncer.

R.M.: E já que fica bastante clara essa relação entre Medicina e verbas em aplicação para pesquisas, você acha que o médico, por si, está perdendo o assistencialismo e ajuda ao paciente em detrimento das questões científicas?

Paulo Hoff: Acho muito importante que o médico saiba separar interesses, lembrando sempre que a obrigação primeira do médico é para com o seu paciente. Algumas vezes, os interesses são sinérgicos: se tenho um paciente cuja doença eu sei curar, seria antiético procurar fazer alguma pesquisa com ele; mas quando tenho um paciente com uma doença incurável, para a qual não se tem tratamento medicamentoso, o melhor tratamento para ele pode

ser um estudo clínico que lhe de uma chance de tentar um tratamento que possa ter impacto na sua doença. Penso, então, que, na Oncologia, o que acontece é isso — há uma sinergia de objetivos. O nosso primeiro objetivo como médicos é cuidar bem do nosso paciente e fazer com que ele melhore, e o objetivo da pesquisa que está sendo conduzida é exatamente esse. Há uma carência de tratamentos efetivos que precisa ser suprida, o que só ocorrerá via pesquisa.

R.M.: E já que falamos bastante em Oncologia, qual a sua relação com a morte?

Paulo Hoff: Espero que venha a demorar bastante (*risos*). Essa é a parte mais difícil da especialidade: o paciente oncológico é um paciente que demanda muita atenção; deve ser visto frequentemente — não é aquele paciente que frequenta o consultório a cada seis meses ou a cada um ano — vem ao consultório a cada duas, três semanas. Acaba-se conhecendo o paciente, a esposa ou esposo, os filhos, os irmãos, os tios, toda a família vem à consulta. Se a evolução do relacionamento médico-paciente ocorrer de maneira apropriada, é inevitável que se desenvolva um sentimento de carinho recíproco. Pode-se fazer o melhor e infelizmente nem sempre se obter a cura: muitas vezes, o paciente acaba vindo a falecer, e é a perda de um amigo. O médico tem que aprender a sublimar esse sentimento de perda, aprender as lições que foram passadas nesse caso e tentar melhorar sempre, mas a perda do paciente ainda se constitui como uma situação de difícil compreensão pelo médico. A parte mais difícil da minha especialidade é dizer ao paciente que ele tem uma doença terminal, e depois enfrentar o momento junto com o paciente e sua família. O que nos ajuda a enfrentar a morte é o fato de que nós muitas vezes ajudamos o paciente a se curar e, quando não há cura, ajudamos com que ele viva por mais tempo. Serve-nos de conforto saber que o paciente recebeu tudo o que havia para viver mais tempo, ficar junto da sua família. As pessoas costumam minimizar o fato de o paciente viver mais alguns meses com o tratamento, mas esses poucos meses de vida a mais às vezes representam a possibilidade de ir ao casamento de um filho, de participar de um batizado, de ir à formatura de um neto, de poder colocar seus problemas em ordem, de se despedir, de fazer as pazes com algum familiar... Esse tempo muitas vezes é a diferença entre uma passagem traumática e uma passagem mais tranqüila. Considero que faz parte da obrigação do oncologista, e de todo médico, tentar fazer com que o fim do paciente seja o mais digno e o mais confortável possível, e isso é feito à exaustão; a morte faz parte da vida (o americano tem

num ditado que só existem duas certezas na vida: a morte e o imposto). Se pudermos fazer com que a morte seja o mais distante possível, faremos isso pelos nossos pacientes. A minha brincadeira inicial é verdadeira: quando digo que gostaria que ela fosse o mais distante possível, não é só para mim, mas para os pacientes também. A morte não pode ser evitada, pois todos nós vamos morrer um dia, mas ninguém está com pressa e ela não precisa ser traumática.

R.M.: E já que estamos colocando a Medicina de uma forma humanizada, em novembro de 2007, você fez uma citação para a Revista Veja, na qual segue a seguinte fala: “é verdade que o uso indiscriminado de exames altamente sofisticados pode reduzir a qualidade do atendimento. A relação médico-paciente deve, necessariamente, incluir uma boa conversa e um bom exame físico, que exige tempo e concentração.” Você ressaltou bastante a questão da relação médico-paciente em detrimento da tecnologia. Você acha que a humanização da Medicina está sucumbindo diante do uso da tecnologia atualmente; e o currículo médico, especialmente, opta por passar aos alunos a tecnologia em detrimento da humanização?

Paulo Hoff: Gostaria de ressaltar que não sou contra a tecnologia; pelo contrário, acho que a tecnologia é fundamental ao bom exercício da Medicina. O que não se pode fazer é usá-la como um substituto para a prática médica. Não adianta o aluno saber tudo a respeito de ecocardiograma e não saber fazer um exame adequado com estetoscópio, distinguir um sopro sistólico de um sopro diastólico, por exemplo. Quando estiverem em sua prática, verão que há uma pressão muito grande de todas as partes para que vejam o maior número de pacientes no menor tempo. Há pressão dos gestores, pressões financeiras etc., e o médico, para avaliar o paciente mais rápido, tende a abandonar parte da sua anamnese para se basear puramente no que foi achado nos estudos de alta tecnologia, o que está errado. O que tentei enfatizar naquela entrevista é que, uma vez visto o paciente, feito a anamnese em suas minúcias clínicas, pedem-se os exames para confirmar ou descartar a hipótese clínica, essa sim que é realmente importante. A máquina tem que ser vista como uma ferramenta adicional de avaliação. Todavia, respondendo claramente à pergunta, realmente há esse risco de substituição da humanização pela tecnologia na prática médica, o que infelizmente já é uma realidade em alguns lugares. Muitos médicos optam por fazer uma bateria de exames em vez de dedicar um tempo maior em contato direto com o paciente, o que muitas vezes não é o suficiente para se fazer

o diagnóstico corretamente. No entanto, a incorporação de tecnologia é irreversível, mas deve-se tomar cuidado para que essa incorporação seja feita sem afetar a parte humana do tratamento, e até mesmo a porção mais básica da ciência da nossa profissão, que é a anamnese clínica.

R.M.: Então a ideia principal é conciliar a humanização à tecnologia para o exercício da medicina...

Paulo Hoff: Isso é fundamental, e a tecnologia tem que ser utilizada sempre que disponível e adicional ao tratamento, mas não pode ser a única base da decisão por parte do médico.

R.M.: Falando um pouco sobre Saúde Pública: como você acha que se manifesta o desprezo, tanto por parte da classe política como da classe médica, por tais questões?

Paulo Hoff: Não diria que há desprezo; o que se observa é que Saúde Pública no Brasil (e em qualquer lugar do mundo) é algo muito caro. Um gestor, seja político ou da área de saúde, tem de efetuar escolhas e, infelizmente, nem sempre a saúde tem sido priorizada. Creio que o Brasil possui alguns aspectos que são fantásticos e, ao se ter a oportunidade de viajar pelo mundo e analisar os sistemas públicos de saúde, percebe-se que o Brasil é uma exceção. Poucos países cobrem integralmente a sua população como o Brasil se propõe a fazer com o SUS; se funciona como deveria ou não já é outra questão, mas a idéia do nosso sistema de saúde é tremendamente inovadora. Existem alguns países, como a Inglaterra, que já conseguiram concretizar essa teoria com êxito: a população inglesa tem cobertura do Sistema Nacional de Saúde de maneira similar à nossa, mas é um país muito menor tanto geograficamente como em termos de população, além de ser muito mais rico *per capita* do que o Brasil. Então, para um país como o nosso - emergente e com uma enorme extensão territorial e populacional -, propor-se a oferecer um serviço patrocinado pelo governo para todos os habitantes é algo que deve ser respeitado; e acho, ainda, que todos nós médicos devemos defender a idéia da cobertura integral. O problema reside nos detalhes: falta ainda a viabilização do SUS com o mínimo necessário para o atendimento dos pacientes. A verba destinada ao SUS no Brasil fica muito aquém do que seria ideal. No Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), por exemplo, acreditamos que oferecemos um atendimento que não é inferior ao de nenhum outro grande centro; ainda não conseguimos fazer absolutamente todo o necessário, mas fazemos o essencial de modo

Entrevista.

que eu não sinto nenhuma vergonha de trazer um professor de uma Universidade estrangeira para observar o que está sendo realizado aqui. No entanto, a verba para este instituto vem predominantemente do tesouro do Estado de São Paulo - se fôssemos contar apenas com recursos do SUS, não poderíamos concretizar tudo o que conseguimos de fato. O SUS é eminentemente bom, o que falta é mais investimento. Acredito que possivelmente falte uma conscientização da classe política de que o pagamento do custeio dos hospitais e do atendimento não rende tantos votos como à construção de novos hospitais e outras obras, mas é o muito importante para a população - não sou contra construir hospitais ou realizar obras, mas acho importante que se aumente o custeio da saúde de forma consistente. Um dos problemas é que a classe política normalmente não faz uso do SUS; logo, o que não é vivenciado é mais facilmente ignorado.

R.M.: Você menciona que a classe médica acompanha o desinteresse da classe política no tocante à adesão à cobertura integral proposta pelo SUS...

Paulo Hoff: A classe médica cria essa restrição em relação ao SUS porque como acabamos de discutir, eu tenho um emprego como professor universitário e tenho consultório particular, dicotomizando o exercício da minha prática médica. Preciso disso para manter a qualidade de vida que desejo oferecer à minha família. Como o SUS paga uma remuneração aviltante aos médicos, e nem sempre dá condições adequadas de trabalho, é natural que a classe médica tenha restrições em relação ao programa. É muito difícil se concordar ideológica e filosoficamente com um projeto quando não se recebe a compensação financeira adequada. Quem quer ser médico para ganhar três reais por uma consulta? Ou então ter um salário que não permita que o profissional realize um curso de especialização ou não possa pagar pela educação dos filhos... Por conseguinte, há uma restrição natural que vem do conjunto dos médicos pelas condições que lhes são dadas. Contudo, ao se conversar com eles, vê-se que nenhum é contrário à idéia da cobertura universal - ainda não encontrei médicos que tenham dito que é uma má idéia; todos têm suas restrições contra o modo pelo qual o sistema está sendo implantado. Porém, acho importante separar o conceito da cobertura universal do SUS da sua implantação, a qual apresenta problemas, visto que o governo deveria aumentar substancialmente o gasto *per capita* em saúde no Brasil; o conceito de cobertura universal em um país como o nosso, que tem uma sociedade tão desigual, não pode ser abandonado. Imagine se nossa população não tivesse acesso universal ao atendimento médico...

R.M.: Nós sabemos que o ICESP é a grande referência da oncologia no contexto da Saúde Pública. Quais são as suas medidas como diretor clínico para garantir que o acompanhamento dos pacientes seja tão humanitário?

Paulo Hoff: Quando nós planejamos e inauguramos o Instituto, houve um interesse em se efetuar um atendimento diferenciado e humanizado — existe todo um programa de humanização sendo desenvolvido dentro do Instituto do Câncer. Seria bastante longo explicar tudo o que é realizado nesse sentido, mas tentarei resumir algumas das atividades que são feitas: Todo paciente e familiar que chega à 1ª visita ao ICESP passa por um ponto que chamamos de “Acolhida”, onde encontra assistente social, enfermagem e administração, que explicam ao paciente a que ele tem acesso no contexto do Instituto, a que ele tem direito no contexto da lei, o que pode ser feito para ajudar a ele e a seus familiares; é oferecido apoio psicológico, tanto ao paciente quanto aos seus familiares; faz-se um esforço muito grande para que o paciente seja sempre acompanhado pelo mesmo médico - sabemos que em um hospital de ensino como o nosso é impossível que isso aconteça sempre, mas o paciente tem a noção de qual é o seu médico de referência. Possuir um médico encarregado, ainda que eventualmente seja um aluno ou um residente, é algo que dá dignidade ao tratamento. Possuímos uma ouvidoria muito ativa, e procuramos responder a todas as dúvidas e queixas dos pacientes. Certamente temos problemas como todas as instituições têm; apesar de procurar acertar, eventualmente erramos, e o que tentamos fazer é mudar e melhorar, e aceitamos muito essas recomendações e queixas dos pacientes como algo a ser levado em conta. Outro ponto importante sobre a humanização é o atendimento que o paciente recebe dos funcionários, de modo que dentro dos limites possíveis nós temos tentado educar os nossos funcionários nesse sentido: proporcionamos a eles sessões de cinema com discussão de conteúdo; concedemos apoio psicológico — existe uma área aos funcionários para que eles possam interagir e relaxar um pouco, porque se para o médico é difícil lidar com a morte, imagine para alguém que não fez treinamento especificamente nessa área. No início, tivemos muitos enfermeiros que desistiram de trabalhar porque não aguentaram lidar com os pacientes sofrendo com o câncer, a dor e a morte. Nossa missão primeira é amenizar o sofrimento do paciente, concedendo-lhe conforto; depois pensamos em educação, pesquisa e desenvolvimento acadêmico.

R.M.: Como é o desafio de exercer funções

administrativas em instituição privada – Hospital Sírio-Libanês – e pública – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP)?

Paulo Hoff: São propostas muito diferentes. O Sírio-Libanês tem um centro de oncologia já bem estabelecido, com uma estrutura administrativa muito forte, então minha tarefa passa a ser a de dar um direcionamento acadêmico aos colegas, num sistema menor e um pouco mais simples. Existe uma vantagem muito grande no sistema privado, que é a disponibilidade de verba para que se realize o desenvolvimento do centro. Contrastando com o que discutimos em relação ao SUS, a disponibilidade de recursos é muito mais tranquila, já que todos os pacientes do sistema privado têm seguro ou algum tipo de cobertura. Por outro lado, é muito gratificante trabalhar no sistema público e vivenciar algo como o nascimento do ICESP em tamanho pequeno, e presenciar essa ativação gradual, mas constante, e o grande número de pacientes que se beneficiam e que não teriam onde receber atendimento se não fosse pelo ICESP.

R.M.: Nesse sentido, como você enxerga o mérito e o ônus de ser o Professor Titular mais jovem da FMUSP?

Paulo Hoff: Não sabia que eu era o mais jovem, mas é uma honra. A USP (Universidade de São Paulo) sempre teve a fama merecida de ser a melhor Escola de Medicina na América Latina, e fazer parte do seu Corpo de Docentes como Professor Titular é uma honra muito grande. Sinto-me melhor como Professor Titular da USP do que quando era professor da Universidade do Texas, honestamente. Fico muito feliz por estar participando da USP, por achar que tem uma liderança importante no cenário brasileiro. O corpo de Professores Titulares é impressionante, e chego a me questionar se mereço estar em meio a estas pessoas. Espero dar minha contribuição nos próximos anos para manter a USP no nível em que se encontra nos dias atuais.

R.M.: Seu sucesso profissional é evidente, nacional e internacionalmente. Como você conseguiu conciliar isso à sua vida pessoal?

Paulo Hoff: A vida pessoal do médico é muitas vezes negligenciada, o que constitui um problema. Tenho três filhas e adoro ficar com elas, mas nem sempre isso é possível na quantidade de tempo que eu gostaria. O médico normalmente é um pouco *workaholic*, e nesse sentido tem que se policiar: pegar alguns dias de folga, ficar com a família etc. Às vezes,

minhas filhas reclamam que eu fico pouco em casa, porque saio cedo e volto para casa tarde, e depois do jantar ainda tenho de revisar artigos e organizar projetos de cunho científico. No fundo, elas acabarão entendendo, e tento reservar-lhes a maior quantidade de tempo que posso. Uma vez eu ouvi um discurso do presidente Lula em que ele falou que as pessoas que realmente querem atingir sucesso profissional acabam tendo obrigatoriamente que sacrificar um pouco do seu tempo particular; o segredo, talvez, seja aprender a sacrificar o mínimo possível.

R.M.: Constitui-se, então, um desafio paralelo ao sucesso profissional do médico...

Paulo Hoff: Não se preocupem, quando vocês estiverem na residência médica, verão que têm, atualmente, muito mais tempo do que imaginam...

R.M.: Como você encarou a responsabilidade de ser o médico de uma pessoa pública?

Paulo Hoff: No meu caso, há uma situação um pouco incomum: normalmente, as pessoas notórias preferem o anonimato quando estão doentes; o caso específico do nosso vice-presidente (José de Alencar) é uma exceção: ele tem por ideologia política deixar claro absolutamente tudo que lhe ocorre. Tal situação nos ajudou bastante na conscientização de que há tratamentos específicos para a doença, e que a doença não é nada de que as pessoas têm que ficar envergonhadas. Então, acho que ele deu uma colaboração muito grande à comunidade médica e à comunidade dos pacientes com câncer quando enfrentou a patologia e colocou essa luta na frente dos holofotes. Por outro lado, qualquer médico que tenha um paciente notório, famoso, tem que tomar muito cuidado para não cair no que se chama de “medicina vip”: não é o fato de ele ser o vice-presidente do Brasil, um político ou um artista famoso que deva fazer com que se mude a conduta em relação ao tratamento. Deve-se pensar que na hora em que se está junto àquele paciente em consultório, ele é um paciente, e não é o vice-presidente da República; é um paciente que você jurou, no Juramento de Hipócrates, ajudar, tratar com o melhor do seu conhecimento – em se agindo dessa maneira, acho que se leva tal situação com naturalidade. Recentemente, vimos o que aconteceu no caso de Michael Jackson; a CNN, recentemente, apresentou um artigo muito interessante do Dr. Gupta (neurocirurgião e correspondente médico principal da emissora), no qual comentava como um bom médico pode-se tornar um mau médico: chamava a atenção de grande número de médicos que tratavam pessoas



Entrevista.

famosas e acabaram realizando alguma conduta que depois foi considerada errada (e certamente não eram más pessoas, mas se deixaram influenciar pela posição social do paciente). Então, deve-se ter muita tranquilidade para avaliar o caso como outro qualquer: a atenção exagerada pode acabar atrapalhando.

R.M.: Sua palestra no encerramento da XXVIII edição do COMU (Congresso Médico Universitário da FMUSP) foi bastante comentada e apreciada. Quais suas expectativas quanto ao COMU de número XXIX?

Paulo Hoff: Eu fiquei muito feliz por conhecer o COMU. Acho que é uma iniciativa que tem grande impacto na comunidade acadêmica brasileira, não só na comunidade da USP; é um destaque entre os eventos organizados pelos alunos, concedendo a eles não só um grande congresso para participar, mas uma oportunidade maravilhosa de aprender gestão de eventos, algo que é realizado constantemente no curso da carreira médica, dado que o aprimoramento da medicina passa pelos congressos médicos. É uma oportunidade ótima para troca de informação e de conhecimento, especialmente para aqueles médicos que estão longe do meio acadêmico. As pessoas podem ler as revistas médicas e a Internet, mas nada supera uma aula apresentada por uma pessoa que conhece o assunto. Logo, minha expectativa para o XXIX COMU é a melhor possível: o corpo de alunos da USP já mostrou que é extremamente capaz de organizar os eventos, e imagino que será um grande sucesso.

R.M.: É o que esperamos, também, sempre reservando muito empenho à sua organização...

Paulo Hoff: Queremos que o COMU continue um sucesso, e tenho certeza de que a edição deste ano não deixará nada a dever aos eventos passados. .

R.M.: E como professor da Casa, qual sua mensagem para os estudantes de Medicina que um dia chegarão a ser médicos?

Paulo Hoff: Isso é muito difícil... O poeta Mário Quintana, quando idoso, foi homenageado na cidade natal com uma praça com seu nome; enviaram-lhe uma carta: "Caro poeta, gostaríamos que mandasse uma frase original para que coloquemos numa placa de bronze abaixo do seu busto no dia da inauguração da praça.", e ele escreveu: "Um erro em bronze é um erro eterno." Então, enviar uma mensagem aos alunos tem que ser uma coisa bem pensada. Acho que os alunos que estão na USP já demonstraram toda a sua capacidade ingressando na melhor escola, após o que é o vestibular mais concorrido do país. Então, creio que nossos alunos têm toda capacidade de usar a grande infra-estrutura e acúmulo de conhecimento que existe dentro da USP para sua formação médica, auxiliando no desenvolvimento da Medicina brasileira e, quem sabe, mundial. As pessoas têm que aproveitar esse período, pois é um tempo em que estão em sua maior parte com tempo e oportunidade para se dedicar ao estudo — é um tempo que dificilmente repete-se no futuro. Então aproveitem este período, aproveitem toda a pujança da USP para realmente se desenvolverem como excelentes médicos, como é a tradição da Casa. A Casa de Arinaldo hoje é reconhecida pela qualidade dos alunos que dela saem. A USP é só uma edificação, e o que realmente faz a Faculdade de Medicina da USP são os alunos que dela saem e se espalham pelo Brasil, proporcionando atendimento do mais alto nível para os pacientes que dele necessitam.

