

Melissa Soares Medeiros
Deborah Pedrosa Moreira
Organizadoras

MESTED *Talks*

Histórias que ensinam a cuidar



Melissa Soares Medeiros
Deborah Pedrosa Moreira
(Orgs.)

MESTED TALKS:

histórias que ensinam a cuidar

MESTED Talks volume 1



Fortaleza
2026

MESTED Talks: histórias que ensinam a cuidar – MESTED Talks volume 1 © 2026 by Melissa Soares Medeiros e Deborah Pedrosa Moreira (Orgs.)

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Christus
R. João Adolfo Gurgel, 133 – Cocó – Fortaleza – Ceará
CEP: 60190 – 180 – Tel.: (85) 3265-8100 (Diretoria)
Internet: <https://unichristus.edu.br/editora/>
E-mail: editora01@unichristus.edu.br

Editora filiada à



UNIVERSIDADE CHRISTUS

Reitor

José Lima de Carvalho Rocha

EdUnichristus

Diretor Executivo

Estevão Lima de Carvalho Rocha

Conselho Editorial

Carla Monique Lopes Mourão
Edson Lopes da Ponte
Elnivan Moreira de Souza
Fayga Silveira Bedê
Francisco Artur Forte Oliveira
César Bündchen Zaccaro de Oliveira
Marcos Kubrusly
Régis Barroso Silva

Ficha catalográfica elaborada por Antônia Karine Paz Brito - Bibliotecária – CRB 3/1727

M586 MESTED Talks: histórias que ensinam a cuidar [recurso eletrônico] / Melissa Soares Medeiros, Deborah Pedrosa Moreira (organizadores) – Fortaleza: EdUnichristus, 2026.
107 p.
2,95 MB; E-book PDF. – (MESTED TALKS; v. 1)
ISBN 978-85-9523-099-6
1. Storytelling. 2. Narrativas. 3. Educação em saúde. I. Medeiros, Melissa Soares. II. Série.

CDD 610.711

Créditos da edição

MESTED Talks

Histórias que ensinam a cuidar

Organização

Melissa Soares Medeiros e Deborah Pedrosa Moreira

Textos

Autores identificados na abertura de cada capítulo

Origem

Relatos apresentados no MESTED Talks em 2026, no contexto do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais da Unichristus.

Preparação editorial e projeto gráfico

Revisão, organização e diagramação com apoio de inteligência artificial (ChatGPT Astra).

Imagens

Fotografias e ilustrações fornecidas no manuscrito pelos autores. Capa desenvolvida com inteligência artificial a partir da arte fornecida.

Os relatos expressam experiências e pontos de vista de seus autores. As informações de saúde são apresentadas em contexto narrativo e educacional e não substituem avaliação individualizada.

Dedicatória

A quem nos confiou uma história. Aos pacientes, familiares, estudantes e professores que nos ensinaram a escutar, a perguntar e a cuidar.

“A educação não deve ter como objetivo deixar as pessoas confortáveis; sua finalidade é fazê-las pensar.” Hanna Holborn Gray

Agradecimentos

Este livro reúne experiências e vivências dos alunos do mestrado, que só puderam acontecer pelos encontros com outras pessoas que ajudaram a traçar esse caminho de formação educacional. Agradecemos aos autores que transformaram lembranças e inquietações em narrativas e aos estudantes que nos convidam, todos os dias, a rever nossas formas de ensinar.

Aos pacientes e às famílias, nossa gratidão pela confiança e pelas perguntas que ampliam o sentido do cuidado. Às equipes de saúde, pelo trabalho compartilhado e por sustentarem a aprendizagem nos cenários da prática.

À comunidade acadêmica do MESTED e da Unichristus, agradecemos o espaço de diálogo entre ensino, saúde e tecnologias educacionais. Que estas páginas prolonguem as conversas iniciadas nos encontros e inspirem outras histórias. Afinal, são as histórias que passamos através dos séculos que nos fizeram avançar até o presente.

Apresentação

Como uma experiência se transforma em aprendizagem? Às vezes, tudo começa com uma pergunta de um paciente, uma lembrança da infância ou um encontro que permanece conosco muito depois de terminar. Os relatos deste livro partem desses momentos para pensar o cuidado, a formação profissional e o uso das tecnologias na saúde.

MESTED Talks reúne 26 narrativas de profissionais que se dispuseram a olhar para suas próprias trajetórias. São histórias de inquietação, descoberta, vulnerabilidade e mudança. A unidade entre elas está na disposição de aprender com a experiência e de compartilhar o que essa experiência fez nascer.

A abertura, “Colecionadoras de histórias”, apresenta o storytelling como prática de comunicação e de ensino. Em seguida, cada capítulo preserva uma voz e um percurso. As fotografias dos encontros e as ilustrações acompanham os textos, aproximando o leitor da origem oral das narrativas.

Este livro pode ser lido em sequência ou a partir do tema que mais desperta sua curiosidade. Ao final, reunimos perguntas para prolongar a reflexão em sala de aula, em grupos de estudo ou na prática profissional. Nosso convite é simples: leia, reconheça os encontros que marcaram sua vida e pergunte o que eles ainda podem ensinar.

Melissa Soares Medeiros e Deborah Pedrosa Moreira

Sumário

Colecionadoras de histórias.....	9
01 Quando a UTI me ensinou a educar.....	13
02 Muito além da puberdade precoce.....	16
03 Vence quem melhor se adapta: lições do desenvolvimento infantil para a vida.....	21
04 Como aumentar seu risco de demência em 7 passos.....	24
05 Dom Casmurro e suas projeções.....	28
06 Nós estamos ensinando errado nossos alunos?.....	32
07 O outro lado do leito.....	35
08 O que Dostoiévski pode nos ensinar sobre contato.....	38
09 Sol, girassóis e colestase: o amarelo que separa a beleza da urgência.....	41
10 O peso de um olhar.....	44
11 O rosto por trás do diagnóstico.....	47
12 Reencontrado.....	50
13 O real impacto da atenção básica na comunidade.....	52
14 O amor que vive em um quarto de hospital.....	55
15 A interface entre o jaleco e a IA.....	58

Sumário continuação

16 O paradoxo da geração pronta.....	61
17 O padrão traz conforto.....	63
18 Doutor, eu vou acordar?.....	66
19 Os encontros da vida que me levaram a cuidar de mulheres.....	69
20 O aluno que transformou minha forma de ensinar.....	72
21 O clone.....	75
22 E o menino “vingou”.....	78
23 Vá ao oftalmologista!.....	81
24 Minha avó e uma lição de vida.....	84
25 Humanização.....	87
26 Seleção natural da tecnologia.....	90
Para continuar a conversa.....	93
Fontes de apoio à leitura.....	94
Sobre os autores.....	95
Colofão.....	101

Colecionadoras de histórias

Melissa Soares Medeiros e Deborah Pedrosa Moreira

Era uma vez...

Atualmente, cada vez mais, enquanto professores e formadores de opinião, enfrentamos uma dificuldade imensa em captar o foco das pessoas para a ideia que precisamos transmitir. O modelo de storytelling trouxe-nos algumas ideias e conceitos importantes.

Vamos então falar sobre storytelling. O que é isso?

Começemos por pensar:

“qual foi a última história que realmente prendeu a sua atenção?”

Hoje, vemos uma infinidade de micro-histórias, os vlogs no Instagram. Assistimos a filmes, principalmente nos serviços de streaming, que captam cada vez mais a nossa atenção, chegando a tirar as pessoas do cinema. Às vezes, é muito mais confortável estar deitado na cama, no sofá, com a comida que se pede ou se prepara em casa, a beber um bom vinho e a assistir a um programa superinteressante, com todo o conforto.

Que história você ouviu, leu ou viu que prendeu a sua atenção ultimamente? Pensemos um pouco...

Parece simples, mas não é. Chamar a atenção das pessoas é muito difícil. Sabem-no melhor do que eu. Principalmente porque precisamos nos restringir ao tempo. Toda a vez que peço o tempo das pessoas para que me deem atenção, preciso oferecer algo em troca. E desde o início da humanidade, contar histórias sempre foi uma forma de chamar a atenção. Lembram-se das primeiras histórias que visualizamos? As pinturas rupestres, esculpidas em pedra, que trouxeram um pouco da história dos primórdios da humanidade.

Alguns autores, como Yuval Noah Harari, destacam a importância das narrativas compartilhadas para a cooperação humana. Histórias nos permitem imaginar projetos, sustentar vínculos e mobilizar pessoas em torno de uma ideia. Essa perspectiva nos convida a pensar no papel das narrativas também na educação.

Uma narrativa compartilhada pode aproximar pessoas que nunca se encontraram. Na sala de aula, nosso desafio é construir esse encontro em uma escala menor: fazer com que o conteúdo se relacione com a vida de quem aprende.

Ao mesmo tempo, é importante ter em mente a ideia de Herbert Simon: a informação consome a atenção das pessoas. Uma riqueza de informações gera uma pobreza de atenção. Não adianta querer trazer todo um conteúdo para a sala de aula, achando que conseguiremos que os alunos aprendam um tema importante da nossa especialidade. Precisamos apenas de

lançar a isca para que eles busquem o aprofundamento. Não conseguimos prender a atenção das pessoas por muito tempo. Aulas longas, completas e complexas não retêm a atenção, o que se torna prejudicial, inclusive para nós mesmos. É muito desgastante competir pela atenção das pessoas.

Agora, imaginemo-nos como um diretor de cinema. Como prendemos a atenção do público? Já sabemos que uma das formas mais eficazes é através da emoção. Este vínculo emocional é extremamente importante. Não basta trazer uma história interessante; ela precisa de gerar empatia, despertar emoção, seja ela qual for. Se pensou num filme de terror, numa aventura, numa distopia, ou até mesmo num dorama, o que eles têm em comum? Despertam emoções diferentes em cada pessoa. Esse envolvimento pode nos aproximar da apresentação, do vídeo e do conteúdo. A palavra mágica é “emoção”.

Medo, surpresa, alegria, tristeza e curiosidade podem nos envolver de maneiras diferentes. Uma situação de perigo pode despertar atenção; uma cena de acolhimento pode nos fazer lembrar de alguém. Não precisamos provocar sofrimento para comunicar uma ideia. Precisamos compreender que experiência desejamos compartilhar e tratar com respeito quem nos escuta.

Histórias de afeto também nos aproximam. Reconhecemos nelas desejos de pertencimento, de companhia e de cuidado. Cada pessoa chega à narrativa com suas próprias experiências; por isso, uma mesma história pode despertar sentidos diferentes.

O uso de histórias para comunicar ideias atravessa épocas e contextos. Está na literatura, no cinema, na vida política e nas conversas cotidianas. Na educação, interessa-nos compreender como uma narrativa pode abrir espaço para perguntas e para a construção de conhecimento.

Uma experiência que nos envolve pode permanecer na memória e dar sentido ao que aprendemos. Como educadoras, queremos que nossos alunos levem consigo mais do que informações: queremos que encontrem razões para voltar a elas, compreendê-las e aplicá-las.

Uma história pode dar contexto e significado a uma informação. Ao contar uma história, precisamos de um personagem. Quem é o personagem da minha história? Sou eu? Uma pessoa que conheço? Um paciente? Um fato histórico? Este é o primeiro passo.

Depois de escolher o personagem, temos de pensar no seu desejo, na sua missão. Pensemos num filme do Tom Cruise: ele começa já com uma missão que parece impossível. Entre a apresentação do personagem e a conclusão da sua missão, o que há no meio? Um obstáculo. Um filme onde a mocinha se apaixona pelo mocinho e eles não vivem nenhum drama não tem história. Eles conhecem-se, apaixonam-se, casam-se, têm filhos, cachorros e vivem felizes para sempre numa casinha branca. Esse filme atrai? Não, porque a vida não é assim. A vida está cheia de obstáculos, e as pessoas precisam de se identificar com eles para chegarem à superação.

Essa superação do obstáculo para alcançar o desejo é a transformação. A transformação é o que leva ao desfecho, aquele final que nos faz dizer: "Que final fantástico!". Tínhamos um personagem com um drama, que enfrentou um obstáculo e precisou de sofrer uma transformação para que o seu desejo se realizasse. Ou não, pois há filmes frustrantes cujo final não é o que esperamos, mas que, ainda assim, geraram uma emoção, mesmo que seja frustração.

Às vezes, pensamos: "eu não tenho uma história para contar." Todo o mundo tem. Às vezes, não estamos abertos a contá-las, e isso trava-nos. Porque, quando conto uma história pessoal, quando desperto a conexão e a emoção, estou a abrir um pedaço de mim. Muitas vezes, vestimo-nos de uma armadura que nos engessa e esconde a pessoa e as histórias que ela vive. Não é necessário contar sempre uma história pessoal. Elas ajudam na conexão, mas pode escolher outro personagem, até mesmo um alter ego, se não se sentir à vontade.

Contar uma história exige escolher o que importa, perceber relações e assumir um ponto de vista. Ferramentas de inteligência artificial podem ajudar a organizar um roteiro, mas a responsabilidade pelo que comunicamos continua sendo nossa. É a experiência humana que dá sentido à narrativa que desejamos compartilhar.

Lembre-se que o objetivo é a comunicação. Preciso de levar a minha ideia ao público. E para isso, preciso de me conectar. As emoções podem contribuir para essa conexão. A comunicação precisa de estar pautada na emoção que mais combina consigo ou com a sua história: alegria, tristeza, reflexão. O importante é encontrar essa emoção.

Pense como apenas uma imagem já pode despertar uma emoção. Mesmo para quem não gosta de café, uma imagem de uma xícara pode trazer uma memória afetiva. Para quem gosta, ao olhar para a xícara, já começa a sentir o sabor, quase a visualizar a fumacinha quente a subir. Uma xícara de café traz emoção; a imagem, por si só, já fala.



Outro ponto interessante são os arquétipos. Quando olha para uma imagem do governante, vê o Obama. Uma pessoa criativa, e pensa no Tony Stark. O mago, o sábio, e vem-nos à mente o Gandalf, do Tolkien, ou o Yoda. Aquele tipo de camisa xadrez, "esse é um tipo comum". Existem vários personagens, e eles são estereótipos. Vocês também são

estereótipos. Se perguntar a alguém: "Com que estereótipo eu pareço?", pode surpreender-se. Muitas vezes, queremos vender uma imagem que não é a que está a ser mostrada. Posso querer passar a imagem de uma pessoa séria, intelectual, mas não é isso que as pessoas veem. Você acaba por passar uma imagem pelo que fala e pelo que mostra. Como gosto muito de tecnologia, as pessoas começaram a identificar esse lado, pois as minhas apresentações sempre tinham algum efeito visual. Hoje, quando vou dar uma aula num grande evento, a minha maior preocupação não é o conteúdo, mas qual será o efeito especial ou o desfecho de impacto, porque as pessoas já esperam algo. Isso deixa-me mais ansiosa do que preparar a apresentação.



Se quiser mudar o seu arquétipo ou não se sentir à vontade com ele, terá de criar um personagem. Muitos palestrantes fazem isso. No seu dia a dia, a pessoa tem uma característica, mas quer gerar um arquétipo diferente durante uma apresentação, seja de humorista, de apresentador comum, de ostentação ou de imponência.

Uma imagem como a de alguém a acordar com o despertador cria identificação. A maioria de nós passa por isso. Por isso, imagens de crianças ou de animais de estimação são tão usadas; criam identificação e emoção. Ao criar uma cena, é mais importante mostrar do que apenas falar. As cenas que criar terão mais força. Os slides não precisam de texto, mas precisam de mostrar uma emoção.

O mais importante é começar com um roteiro. Vocês serão os seus próprios roteiristas, cineastas e atores da história que querem contar. Comece por escrever o que quer mostrar.

Quando a UTI me ensinou a educar

Alberto Hil Furtado Junior



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Alberto, sou médico intensivista. Quero descrever uma cena que todo profissional da minha área conhece.

Eram 2h37 da manhã, de sábado para domingo, em uma UTI lotada de um hospital universitário. Um paciente com choque circulatório, cuja pressão começava a estabilizar. E a plateia... Uma imensidão de gente, como é comum em hospitais universitários: estudantes da graduação, internos, residentes, a equipe multiprofissional.

Enquanto todos olhavam para mim, minha cabeça estava em outro lugar. Eu pensava: o que estes jovens vão tirar de aprendizado daqui? E ali, naquele momento, descobri que eu precisava, que eu necessitava ser professor. Vim para o mestrado em Educação e Saúde.



Falar de cuidados paliativos não é fácil para nenhum profissional, mas principalmente para os médicos e para os profissionais da saúde. Conheço profissionais brilhantes que sabem tudo sobre sua área. Sabem ventilar um paciente, tratar um choque, um infarto, fazer uma reanimação cardiopulmonar com perfeição. Mas na hora de sentar, de olhar olho no olho para a família e dizer que aquele paciente pode morrer... Na hora de perguntar sobre os valores, as crenças, o que aquele paciente desejava... esses profissionais se perdem.

Como ensinar isso? Como passar isso para eles?

Dessa ideia, dessa reflexão, nasceu o PaliArte, uma plataforma, um ecossistema sobre cuidados paliativos. Eu via isso todos os dias: os residentes sendo excelentes na parte técnica, mas deixando de lado essa parte empática, humana, que complementa o conhecimento.

O PaliArte nasceu de uma conversa com a professora Melissa. Eu disse a ela: "Como consigo passar isso para eles, depois de mais de duas décadas de UTI?". Nessas conversas, fomos percebendo que era preciso transmitir muita coisa. Era preciso fazer programação, usar tecnologia, incluir questões, infográficos, vídeos. Até casos clínicos simulados precisávamos criar, para que eles tivessem uma verdadeira experiência.

Lembro-me exatamente do dia em que, às duas e meia da manhã, eu estava tentando programar em Java. Eu tentava criar a programação para a minha plataforma, mas não sou desenvolvedor. Sou intensivista e queria transmitir um conhecimento, mas para isso tive que aprender. Cheguei a propor algo mais simples, mais seguro, mas aí a Melissa disse: "O seu produto tem que ser a sua identidade". E a minha identidade é essa: é inovação, é tecnologia, é transformar o novo em mais novo. E assim nasceu o PaliArte.

Na avaliação de usabilidade relatada em nosso projeto, o PaliArte alcançou 86 pontos na System Usability Scale (SUS). Mas o que mais me orgulha é o relato de uma estudante: ela passou a se sentir mais segura para conversar com uma família sobre valores, crenças e desejos de um paciente, inclusive diante da morte. Esse retorno reforçou minha percepção de que precisamos ampliar o espaço dos cuidados paliativos na formação. E o PaliArte já não era mais meu único projeto.

Depois veio o segundo: o PaliScreen, uma ferramenta de triagem paliativa que hoje está na Google Play, acessada de diversas partes do mundo por médicos e estudantes reais, com pacientes reais. Já há até um hospital real, não simulado, começando um projeto piloto para melhorar a triagem e oferecer uma melhor educação.

Quando aquela estudante me disse que, pela primeira vez, tinha se sentido segura para abordar um tema tão difícil com uma família, eu senti: é isso que acontece quando a educação funciona.

Mas a jornada não parou por aí. Revendo minhas etapas passadas, quando comecei no PBL, quando dava aula na graduação, eu era aquele tipo de professor que simplesmente falava enquanto os outros ouviam. Eu era um repetidor, um transmissor de informação. E educar não é só isso. Educar é transformar as pessoas. E é isso que o PaliArte e o PaliScreen estão fazendo.



Com isso, acredito ter descoberto, principalmente neste mestrado e no estágio supervisionado, o nosso verdadeiro eu educacional. Quando a Melissa me mostrou os vídeos de como seria o estágio, a princípio não entendi bem. Mas depois eu vi: produto se copia, prática reflexiva não. Ao longo desse processo, eu me revi e entendi que já não era mais aquele Alberto, médico intensivista com mais de vinte anos de prática. Agora, depois deste estágio supervisionado, posso dizer que sou professor, educador e desenvolvedor de novas tecnologias.

Muito além da puberdade precoce

Alessandra Lima Veras de Menezes Cavalcante Girão



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Olá a todos. Meu nome é Alessandra, sou médica endocrinopediatra e hoje vou conversar com vocês sobre um tema que considero um dos mais relevantes dentro da minha especialidade.

Para começar, gostaria de trazer esta foto histórica. Alguém já viu esta imagem, ouviu o relato desta menina em algum documentário, talvez no History Channel? Para quem não conhece, permitam-me apresentar a história dela. O nome desta menina é Lina Medina, e sua história se passa no interior do Peru, em 1939.

Pouco depois de Lina completar cinco anos, seus pais notaram algo diferente. Perceberam um aumento progressivo em seu volume abdominal. A barriga crescia, e eles, achando aquilo muito estranho, suspeitaram que a filha estivesse com um tumor. Decidiram, então, procurar auxílio médico. A menina foi avaliada por um doutor chamado Gerardo Lozada. Ele a examinou e chegou a um diagnóstico. Acontece que o diagnóstico o deixou tão perturbado que ele decidiu levá-la para uma segunda avaliação com outros colegas na capital do Peru, em Lima.

E assim ele fez. Lina foi avaliada por mais dois médicos, que, após examiná-la, confirmaram o diagnóstico. A menina não tinha um tumor na barriga. Ela estava grávida. Lina tinha apenas cinco anos. A fotografia apresentada a seguir registra um momento posterior dessa história.



A menina foi submetida a um parto cesariano, já que sua pélvis era pequena, e deu à luz um menino. Esta foto histórica foi tirada em maio de 1939. Ela não está segurando seu irmãozinho; está segurando seu filho. O bebê nasceu saudável e recebeu o nome de Gerardo, em homenagem ao médico que acompanhou a história da menina desde o início.

É um caso chocante: uma gravidez aos cinco anos de idade. A história de Lina também nos obriga a olhar para a vulnerabilidade de uma criança e para a necessidade de proteção diante da violência sexual. Desenvolvimento físico precoce não significa maturidade emocional nem capacidade de consentir.

Agora, saindo do Peru de 1939 e avançando quase noventa anos, para 6 de agosto de 2026, eu gostaria de perguntar: hoje, existem meninas que, de certa forma, têm histórias semelhantes à de Lina? O pior é que sim. Ainda hoje, temos casos de meninas que iniciam a puberdade antes do tempo, que demoram para ter uma avaliação diagnóstica e para receber um tratamento. E há casos em que, infelizmente, elas sequer chegam a ser tratadas. Elas têm a primeira menstruação precocemente e ficam expostas a uma série de efeitos negativos, o que inclui a vulnerabilidade à violência sexual e à gravidez na infância. O cuidado deve incluir proteção, acolhimento e acompanhamento adequado.

Gostaria de sair do Peru e ir agora para o sertão do Ceará, para o município de Pedra Branca, para contar outra história. Pedra Branca é um município a quase 300 quilômetros da nossa capital. Quero apresentar a vocês duas outras personagens: Júlia e Dona Sônia. Júlia,

esta menininha, tem hoje seis anos e meio. Dona Sônia, sua mãe, é uma dona de casa de 40 anos, muito dedicada, com cinco filhos — três meninas e dois meninos. A Júlia é a caçulinha.



Dona Sônia é uma mãe cuidadosa e atenciosa, que leva seus filhos para as consultas de rotina no postinho. Ela percebeu que, após Júlia fazer seis anos, algo estava estranho. A menina começou a ter um aumento progressivo das mamas. No início, pensou: "Ah, ela deve ter batido em algum lugar". Mas não, as mamas continuaram a crescer. Paralelamente a isso, a menina deu um estirão a olhos vistos. Até o ano anterior, ela crescia em um ritmo regular; a farda do colégio servia o ano todo. Mas, nos últimos meses, a menina cresceu tanto que a calça já estava ficando curta. Dona Sônia pensou: "Não, isto não está certo", e decidiu procurar auxílio médico.

Elas foram à porta de entrada do SUS. Dona Sônia entrou em contato com o agente de saúde, que marcou uma consulta com o médico da equipe de saúde da família em Pedra Branca. A menina foi avaliada, e o colega a encaminhou para um serviço de referência — um ambulatório de crescimento e puberdade aqui em Fortaleza — e resolveu pedir um exame complementar: um ultrassom de mamas.

E aqui, gostaria de abrir um parêntese, não para criticar o colega. Quem acompanha pacientes com puberdade precoce, sejam pediatras ou endocrinologistas, sabe que este exame não faz parte do protocolo de investigação, pois a presença de tecido mamário é perceptível no exame físico. Mas não estou aqui para criticar. Os colegas da atenção básica precisam dar conta de uma enormidade de patologias, e é natural que, invariavelmente, surja uma lacuna no conhecimento. Provavelmente foi isso que aconteceu.

Dando prosseguimento à nossa história, chegou a véspera da tão esperada consulta com o endocrinopediatra em Fortaleza. Por volta das dez da noite, o carro da prefeitura passou na casa de Dona Sônia e Júlia. Dona Sônia conseguiu um dinheiro emprestado com a tia para fazer o ultrassom que o colega havia pedido. As duas entraram naquele transporte coletivo, repletas de expectativa. Seria uma noite longa, mal dormida, mas elas finalmente chegaram no dia seguinte para a consulta aqui em Fortaleza.

Quando a menina chegou para ser consultada por mim, algumas coisas eram evidentes. Ao avaliá-la na curva de crescimento e comparar com as medidas dos anos anteriores — que Dona Sônia mantinha em dia, com as consultas anuais de puericultura —, percebemos que ela de fato havia tido um estirão.

Mas havia um problema. Júlia e Dona Sônia chegaram sem os exames básicos do meu protocolo de investigação. Eu trabalho em um centro do SUS aqui em Fortaleza, o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, que é um dos locais onde acompanhamos essas pacientes e onde se dispensa a medicação para o tratamento. É uma medicação de alto custo, e o SUS, felizmente, a fornece para essas crianças. Contudo, existe um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) específico, que exige exames como idade óssea e análises laboratoriais. E Júlia e Dona Sônia não tinham nenhum desses exames.

O que aconteceu? Tive que solicitar os exames. Elas tiveram que retornar a Pedra Branca para tentar consegui-los e, em outra data, voltar ao meu ambulatório. Só então eu poderia dar entrada nos papéis para liberar a medicação e, enfim, iniciar o tratamento.

Foi atendendo casos como o da Júlia que me perguntei: quantas Júlias existem nos interiores do Ceará? Quantas famílias têm trajetórias semelhantes? E, além disso, quantos profissionais, nos interiores e fora deles, gostariam de ter um material de apoio sobre essa condição?

Fui atrás desses dados. Fiz uma pesquisa qualitativa com pediatras, perguntando como se sentiam ao atender uma paciente com suspeita de puberdade precoce. O que eles me disseram? "Tenho muitas dúvidas na avaliação diagnóstica. Não sei quais exames pedir, quando encaminhar, o que é patológico e o que é uma variante da normalidade." Muitos relataram a barreira do acesso: a dificuldade de conseguir uma consulta com o especialista, o desafio para a família arcar com o custo dos exames. E, o mais importante, quase 90% deles me disseram que seria muito útil ter um material de suporte, algo prático e visual, que pudessem consultar rapidamente caso chegasse esse perfil de paciente.

E aqui está a ideia principal, o produto do meu mestrado: um almanaque interativo sobre puberdade precoce central. A ideia é que ele sirva como um suporte prático para a tomada de decisão clínica de pediatras e médicos de família que fazem o primeiro atendimento dessas crianças.

Para finalizar, quero retomar a história de Dona Sônia e Júlia. No fim, não se trata apenas de um diagnóstico. É sobre reduzir distâncias, diminuir atrasos e apoiar outros profissionais de saúde. É para que meninas como a Júlia possam ter o cuidado certo, na hora certa.



E sabem por quê? Porque, quando intervimos no momento oportuno em uma condição como essa, não estamos apenas tratando um diagnóstico. Estamos mudando toda a trajetória de uma infância.

Vence quem melhor se adapta: lições do desenvolvimento infantil para a vida

Francisca Andrinny Vasconcelos Quariguasi Alves



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Apresento-me a vocês: meu nome é Andrinny, sou pediatra.

Gostaria de começar este momento falando sobre alguém muito importante para quem eu sou hoje: a pequena Andrinny, a criança que fui. As experiências que vivi moldaram meu caráter e me fizeram chegar aqui, no dia 6 de agosto de 2026, para a última apresentação do mestrado.

Desde criança, pelo meu próprio modo de operar, fui condicionada a antever eventos. Por questões familiares, eu precisava observar os comportamentos para saber como lidar. Criei o hábito de estudar antes das aulas para, ao chegar, já conseguir impressionar meus professores. Assim cresceu uma criança que não conhecia a palavra "ansiedade", mas que, desde sempre, se preocupava demais.



Como mecanismo de defesa – e se lembrarmos das nossas aulas de biologia, já que mencionei que gostava de estudar antes –, recordamos o mecanismo de seleção natural. Uma coisa que a vida me ensinou é que nem sempre o melhor, o mais bonito, o mais inteligente ou o mais rico se sobressai; mas, sim, aquele que melhor se adapta. Precisei passar a minha vida me adaptando.

Até que cresci. Comecei a ter sonhos e decidi fazer medicina. Não passei de primeira, nem de segunda. E essa lição sobre adaptação começou a se tornar mais forte. Para além de mensagens motivacionais, quero compartilhar o que aprendi com essa experiência. A principal mensagem que desejo deixar aqui é: não adianta se preocupar. Não dá. Enquanto estamos dentro de nós, antevendo cenários e pensando nas piores possibilidades, não estamos olhando para fora, para o ato, para o que precisa ser feito. Estamos aqui, dentro da nossa cabeça, talvez perdendo tempo, talvez rememorando algo que não vai adiantar. Quando comecei a trabalhar dentro de mim a ideia de que antever não me acrescentava muito, em comparação com o agir, as coisas começaram a mudar.

Prosseguindo na trajetória, veio a faculdade de medicina e, com ela, uma paixão irrebatível pelo cuidar. E veio a paixão pela pediatria, no quinto semestre, na primeira experiência que tive com saúde da criança na UFC.

Tornei-me médica. A vida ia acontecendo e, se comecei falando da Andrinny criança, aqui eu já era a Andrinny criança que virou mulher, que virou médica. Veio a residência de pediatria. As responsabilidades chegaram com força: a responsabilidade do cuidar e a de antever riscos dentro da minha especialidade. Além de médica, sou mãe, esposa, filha e amiga. Esse cuidar sempre me acompanhou.

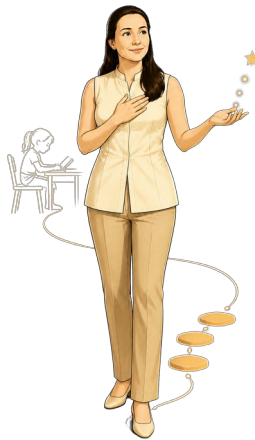
Quando tive meu primeiro filho, ainda na residência, comecei a viver a dualidade de ser mãe e aprendiz de pediatra. Senti na pele, e com mais força, a dupla responsabilidade pelo desenvolvimento infantil, a responsabilidade de não deixar passar. O tempo foi passando. Virei médica de consultório, fui ganhando a confiança dos meus colegas e hoje sou pediatra geral. Comecei a acompanhar filhos de neuropediatras e de outros especialistas, e uma inquietação muito grande caía sobre mim: a de não deixar passar, de saber triar, de conseguir

fazer a melhor intervenção no melhor momento para que aquela criança se tornasse um adulto funcional.

Desse sentimento, veio o desejo de entender melhor essa angústia, de estudar e aprender. Resolvi fazer o mestrado para que, dentro dele, eu pudesse me sentir especialista em desenvolvimento infantil.

Considero essa jornada uma honra. Fui escolhida pela Doutora Ana Maria – e só quem é pediatra sabe a sumidade que ela representa em nível nacional, com seus projetos incríveis e inenarráveis criados aqui no Ceará. Pensei que encontraria nela acolhimento, e de fato encontrei. Mas também encontrei maior inquietação. Quando mostrei meu projeto para ela, ela disse: "Andrinny, isso é ótimo, mas podemos ampliar". Ampliamos o espaço amostral e veio a responsabilidade de criar um manual digital. A escolha do manual se deu por nos parecer um projeto que se tornava fácil, palpável, à mão de especialistas em vários lugares do Ceará, com o mínimo de tecnologia possível. O objetivo era que pudéssemos rastrear as fragilidades, fazer as intervenções adequadas e trazer para essas crianças uma maneira digna, honesta e séria de antever riscos e oferecer a elas o melhor futuro.

Foi assim que nasceu meu trabalho de mestrado. E, novamente, para além de frases motivacionais, observando minha própria trajetória, meu próprio caminho, percebo que os momentos em que estive mais entregue ao meu trabalho foram aqueles em que deixei de olhar para dentro e olhei para o outro, para o momento, para conseguir colocar em prática e executar o que era necessário.



A lição que ficou para mim desse mestrado transformador é que, antes de pensar em mim, devo pensar no que posso fazer para oferecer o melhor. A vida, ela bate muito forte. Nem sempre vamos conseguir controlar as situações; na verdade, controlamos muito pouco. Então, é importante que a gente faça o nosso melhor, execute o que fazemos de melhor e confie no processo.

Como aumentar seu risco de demência em 7 passos

Átila Pereira Alencar



Registro da apresentação no MESTED Talks.

É difícil. Toda vez que seguro um microfone, lembro-me um pouco do que eu queria ser antes de me tornar o profissional que escolhi. Uma das coisas que eu pensava era ser humorista, e o fato de falar ao microfone me recorda um pouco disso. Às vezes, acho que ainda é algo que posso, eventualmente, vir a ser. Quem sabe, na geriatria, eu não trabalhe um dia com algum stand-up para idosos? É bom já ir treinando.

Vamos, então, ao nosso MESTED Talks. O que eu queria trazer hoje? É até difícil fazer a última apresentação depois de tantas outras tão boas. A da Jamille, aliás, foi realmente emocionante, pensar no processo pelo qual ela passou.

Da minha parte, o que desejo falar? A minha linha de pesquisa é justamente sobre o processo de ensino e aprendizagem de tecnologias educacionais em saúde. Nós, assim como alguns alunos aqui, estamos tentando entender como aplicar as tecnologias para gerar algum tipo de aprendizado. E acabamos notando que, por vezes, existe uma grande dificuldade em levar a mensagem ao paciente, à pessoa, ao amigo — a quem quer que desejemos comunicar aquela informação.



Isso, muitas vezes, gera uma enorme frustração. Talvez alguém aqui já tenha sentido isso em uma consulta clínica, em um ambulatório, quando repassamos uma orientação ao nosso paciente. Com todo o cuidado, explicamos, repetimos, enviamos por WhatsApp, imprimimos um documento e, na consulta de retorno, reforçamos tudo de novo. E, com frequência, sentimo-nos frustrados ao perceber que a pessoa não necessariamente não entendeu, mas simplesmente não segue o que orientamos.

Não precisamos ir muito longe — pelo menos, eu não preciso. Queria trazer o breve exemplo da minha mãezinha querida, dona Terezinha, uma pessoa excelente, a melhor confeitadeira de Fortaleza (Terezinha Bolos, fica a dica para quem estiver assistindo a isto no futuro). Minha mãe é uma pessoa maravilhosa: simpática, educada, um amor de mãe. Mas, quando o assunto é saúde, ela tem doutorado em teimosia. Eu explico para ela, e ela concorda: “É verdade, meu filho”. Mostro a evidência científica, trago os dados, e ela afirma: “Você está certo”.

Peço para ela fazer, e ela responde: “Eu vou fazer”.

E, quando chego na semana seguinte, ela está tomando exatamente as mesmas atitudes de antes.

Isso gera muita frustração. Às vezes, dá vontade... não sei se vocês sentem isso, talvez não com nossos queridos pacientes, mas com algum familiar. Talvez as mães sintam mais isso ao falar com um filho, pensando em dizer o contrário na esperança de que ele faça o que se quer.

A ideia que trago hoje é falar um pouco sobre esse processo de ensino-aprendizagem dentro da geriatria. Pode soar como uma aula, mas vou tentar trazer a informação de uma maneira diferente, mais ou menos nesse sentido de "não faça isso", para ver se, ao fazer o oposto, a mensagem se fixa melhor. O tema da nossa conversa é: Como aumentar o seu risco de demência em sete passos. Um pouco mórbido, eu sei. Vamos chamar de uma experiência de aprendizagem baseada em trauma didático. Talvez a minha ideia seja traumatizá-los um pouco, de maneira didática, para que algo se fixe.

Para organizar esta reflexão, tomo como referência a Comissão da Lancet sobre prevenção da demência, atualizada em 2024. Ela discute 14 fatores de risco potencialmente modificáveis ao longo da vida. Aqui, vou reuni-los em sete provocações, usando o humor para convidar ao cuidado.



Sete passos para aumentar o seu risco de demência

Primeiro passo: pare de aprender. O cérebro se vira com aquele livro de *Crepúsculo* que você leu há quinze anos. O primeiro passo para quem deseja um quadro demencial é cessar as novas atividades cerebrais. Se você para no tempo e acha que a leitura que fez há dez, vinte anos, é suficiente para a sua cognição, você está errado. Então, se quer este problema no seu futuro, simplesmente pare de aprender. Quanto maior a nossa educação, menor o risco. A mensagem é clara: manter o cérebro sempre ativo.

Segundo passo: adote o "meu normal". "Minha pressão é 16 por 10, minha glicemia é 300 — esse é o meu normal." Quem nunca ouviu algo parecido? Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia (colesterol elevado, principalmente o LDL) são fatores de risco associados à demência. Se achamos que é normal manter esses níveis, estamos, aos poucos, contribuindo para o desenvolvimento da doença. Não é porque não sentimos nada que não há repercussões.

Terceiro passo: considere que enxergar e ouvir é superestimado. O mundo que aumente a fonte e fale mais alto. Isso é algo que falamos muito na nossa prática com os idosos, principalmente sobre a redução da acuidade auditiva e visual. Lembre-se: os olhos e os ouvidos são as portas de entrada para o nosso cérebro. Os estímulos externos passam por eles. Se não temos uma audição e uma visão adequadas, estamos limitando o acesso à informação. Cuidar da audição e da visão também faz parte dessa atenção à saúde.

Quarto passo: não avalie seu humor. Chame tudo de "fase" e tenha amigos apenas no grupo silenciado do WhatsApp. Esta é uma reflexão não apenas para quem sofre de depressão, mas sobre como, muitas vezes, minimizamos os transtornos psiquiátricos. Depressão e isolamento social estão entre os fatores associados ao risco de demência.

Transtornos de humor precisam ser identificados e tratados. Fomos criados para viver em sociedade, por isso é importante estarmos juntos de amigos e familiares que nos amam.

Quinto passo: case-se com o sofá. Negocie com o seu metabolismo e beba "socialmente" — ou seja, todos os dias. Talvez identifiquemos um amigo assim. Quando perguntamos sobre sua rotina de exercícios, ele responde: "Eu vou para a geladeira, levanto, vou para o sofá, depois volto e deito na cama". Um triatlo dentro de casa. E a bebida? "Ah, só socialmente." Mas, na segunda-feira, é vinho para relaxar; na terça, cerveja com os amigos; na quarta, aniversário; na quinta, a "nova sexta"; na sexta, é sexta; no sábado, fim de semana; e, no domingo, um digestivo. Inatividade física, obesidade e o uso excessivo de álcool estão associados ao risco de demência.

Sexto passo: respirar fumaça já ajuda, mas, se puder pagar por ela, melhor ainda. Algumas pessoas não se contentam com a poluição ambiental, que já é um risco. Elas pagam uma "mensalidade plus" e consomem cigarros, aumentando ainda mais o seu risco. O tabagismo e a poluição ambiental também estão entre os fatores de risco considerados.

Sétimo passo: se for andar de moto, lembre-se: use capacete para proteger o órgão mais vital do corpo humano: o cotovelo. Vemos muito isso no nosso dia a dia. A pessoa está andando de moto com o capacete no cotovelo. A mensagem — "use capacete" — foi recebida. Mas a forma não foi bem compreendida. Ela sabe que tem que usar, mas não entendeu que o órgão a ser protegido é o cérebro. O traumatismo craniano está associado ao risco de demência.

Conclusão

A Comissão da Lancet de 2024 estima que atuar sobre 14 fatores de risco poderia prevenir ou adiar cerca de 45% dos casos de demência no mundo. Essa é uma estimativa populacional, não uma garantia individual. A forma como comunicamos o cuidado importa: precisamos compreender as dificuldades de cada pessoa e construir caminhos possíveis para a mudança.

Não basta explicar o risco. É preciso fazer com que o risco possa ser sentido.

Dom Casmurro e suas projeções

Denise Geovana Bezerra de Amorim



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Capitu, Bentinho e o abismo que nos olha

Oi, gente.

Eu sou Geovana Amorim, aluna do MESTED e, pelo que me parece, talvez a única psicóloga por aqui. Hoje eu queria conversar com vocês sobre algo que nos atravessa há séculos. Uma pergunta que já fizemos a amigos, que já respondemos em alguma conversa, que talvez já tenha aparecido numa mesa de bar, numa sala de aula ou até no meio de um flerte.

Eu mesma costumava perguntar isso quando estava flertando com alguém, porque, para mim, a resposta dizia alguma coisa sobre o caráter da pessoa.

Então eu pergunto a vocês: Capitu traiu ou não traiu Bentinho?

Quem acha que Capitu traiu?

E quem acha que não traiu?



O que mais me interessa, pensando nesta apresentação, é perceber que esse livro foi escrito no século XIX e, ainda hoje, continuamos falando sobre ele. Ainda hoje fazemos essa pergunta. Ainda hoje ela reverbera nas nossas relações, mesmo quando acreditamos ter uma resposta muito direta.

Machado de Assis escreveu esse livro há mais de um século, e ele continua nos atravessando. Eu, Geovana, trago essa pergunta quase como uma lente: uma forma de observar o que as pessoas pensam, como elas leem o mundo, talvez até como elas são.

E eu queria propor uma pergunta antes da resposta: o que veio à mente de vocês quando eu perguntei se Capitu traiu Bentinho?

É muito comum que venha Capitu. A imagem dela. Os “olhos de cigana oblíqua e dissimulada”, como Machado escreveu. É comum que venha a mulher como vilã da história, essa figura que a literatura e a cultura tantas vezes venderam: mulheres manipuladoras, perigosas, quase feiticeiras, capazes de enfeitiçar os homens apenas por existirem.

Mas e se a gente mudasse um pouco essa perspectiva?

E se, em vez de pensarmos primeiro em Capitu, pensássemos em Bentinho?

Ou melhor: e se pensássemos em Dom Casmurro?

Porque vale lembrar que esse livro não é narrado pelo Bentinho jovem, ingênuo, apaixonado, vivendo aquele romance de juventude com Capitu. Quem nos conta essa história é Dom Casmurro: um homem mais velho, atravessado por frustrações, por experiências, por inseguranças e por marcas da vida.

É esse o narrador que temos.

Não é o menino vivendo a juventude. É o casmurro olhando para trás.

Então talvez a pergunta mais importante não seja apenas: “Capitu traiu?” Talvez seja: quem nos conta essa história? Quem está falando? De onde essa voz olha? O que ela escolhe lembrar? O que ela esquece? O que ela transforma em certeza?

A perspectiva que recebemos é a dele, de Dom Casmurro, não a de Capitu. Capitu não tem uma voz própria ali. Ela aparece filtrada pelo olhar dele, pela memória dele, pela dor dele, pela verdade dele.

E, se é a verdade dele, é dele.

Isso não significa que seja uma verdade absoluta. Aliás, quando cada um carrega uma verdade, o que seria, afinal, uma verdade absoluta? O que temos no livro é a verdade de Dom Casmurro, construída a partir da perspectiva dele.

E se essa pergunta não tem resposta definitiva, se não há uma verdade absoluta, se temos apenas a verdade de um narrador, por que ela importa tanto?

Ela importa porque a nossa resposta diz muito menos sobre o livro e muito mais sobre nós mesmos.

E aqui entra uma perspectiva mais pessoal minha.

Como psicóloga, atendendo mulheres, homens, crianças, idosos, pessoas em diferentes fases da vida, percebo o quanto projetamos. E isso é humano. Não estou dizendo que é certo ou errado. Todos nós fazemos isso, todos os dias.

Projetamos no outro nossas inseguranças, nossos medos, nossas dores. Muitas vezes, o discurso aparece assim:

“Porque ele fez isso.”

“Porque ela agiu assim.”

“Porque ele, ele, ele.”

“Porque ela, ela, ela.”

E então vem a pergunta que, na clínica, precisa aparecer em algum momento:

Qual é a sua responsabilidade diante da sua queixa?

Qual é a sua responsabilidade diante do que você sente?

Diante daquilo que atravessa você?

Diante das suas escolhas?

Do seu comportamento?

É quando deslocamos o olhar do “ele” e do “ela” para o “eu”.

Por isso, talvez, em vez de nos perguntarmos apenas se Capitu traiu, deveríamos nos perguntar quantas vezes somos Bentinho também.

Quantas vezes nos tornamos esse narrador que fala a partir da própria verdade e a apresenta como se fosse uma verdade absoluta?

Quantas vezes silenciemos os outros porque já decidimos quem eles são?

Quantas vezes encerramos alguém dentro de uma narrativa que nós mesmos criamos?

Achei interessante que, quando fiz a pergunta, muita gente respondeu de imediato. Sem hesitar. Como se a resposta já estivesse pronta.

E talvez esteja.

Mas pronta onde? No livro? Ou em nós?

Para encerrar, eu queria trazer uma frase de Nietzsche. E preciso confessar uma coisa: eu nunca leio Nietzsche. Cheguei a essa frase quase por desvio. Eu estava lendo Stephen King, porque adoro uma história policial, uma tensão, essas coisas, e Stephen King citou Nietzsche. A frase ficou na minha cabeça. Ela está em Além do Bem e do Mal:

“Quem luta contra monstros deve cuidar para que, no processo, não se torne também um monstro. E, se você olhar longamente para um abismo, o abismo também olha para você.”



Talvez seja isso.

Quando olhamos para Capitu, para Bentinho, para Dom Casmurro, para a traição ou para a dúvida, também estamos olhando para alguma coisa em nós.

E, às vezes, aquilo que julgamos no outro é justamente o abismo que começa a nos olhar de volta.

Nós estamos ensinando errado nossos alunos?

Henrique Pires Moreira



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Bom dia. Sou Henrique, médico intensivista e professor na Unichristus. Voltar à instituição onde me formei há cerca de dez anos me dá uma perspectiva dupla: a do ex-aluno que percorreu o caminho e a do professor que hoje caminha ao lado dos alunos — no quarto e sexto semestres, no internato e na residência, dentro do hospital.

O que vejo, com o tempo, é uma mudança clara no padrão dos estudantes. O acadêmico chega com uma visão diferente, muitas vezes mais jovem, às vezes mais maduro, e carrega uma certeza nova. Já no internato e na residência, há uma outra postura, também marcada por convicções — e, não raro, por uma confiança que excede a experiência. No dia a dia, isso cansa: dá vontade de sair correndo. Falta paciência para o formato atual de estudo, para o uso de ferramentas inadequadas, para a sensação de domínio total do conhecimento. Sabemos que não é verdade. A confiança sem respeito ao professor desgasta. Quase desistimos.



Na minha experiência, muitos estudantes se apoiam principalmente nos slides e reproduzem condutas sem discutir seus fundamentos. No internato e na residência, isso também aparece em prescrições herdadas. A reposição de potássio é um exemplo: exige avaliação clínica e atenção à apresentação disponível, à diluição, à via e à velocidade de administração. Quando perguntamos por que uma conduta foi escolhida, às vezes ouvimos: “Porque me ensinaram”. Precisamos romper esse ciclo de repetição sem reflexão.

Precisamos de alunos que questionem. E, claro, também nós carregamos nosso “na minha época era melhor”. Íamos ao livro, ao artigo. Hoje, o aluno consulta a inteligência artificial, copia a resposta e reproduz. Talvez não seja o melhor caminho. Mas também não sei se o nosso era melhor. Posso perceber, inclusive, que outras áreas já enxergaram a mudança: há cerca de dez anos, o Departamento de Ortopedia da USP, em vez de discutir fratura, discutiu como ensinar uma nova geração. Há uma transformação em curso. Demoramos a acolhê-la.

Dentro do hospital, ainda tratamos o ensino como sacerdócio. O aluno aprende o que aparece: um caso clínico, o que o preceptor decorou e decide transmitir. Não há desafio claro, objetivo novo, trilha concreta. O estudante repete uma evolução, uma prescrição. O professor se irrita. Na sala de aula e no hospital, falta atenção, falta interesse. Os alunos têm um celular, um tablet, múltiplos estímulos. A janela de concentração encurtou. E o resultado aparece: muitas instituições não atingem proficiência adequada. Avaliações como o Enade e o Enamed ajudam a examinar a qualidade da formação e a orientar melhorias nos cursos.

Então, como formar alguém que saiba o teórico e o prático, que lide com tecnologia sem ser dominado por ela? Não podemos ficar para trás. Devemos incorporar a inteligência artificial — não proibi-la. Guiar o uso, não punir o aluno por usar. Foi daí que nasceu nosso programa de Aprendizagem Significativa no Internato (PASI), começando com um piloto na UTI. Queremos ensinar de forma diferente: não apenas pegar o caso, discutir e impor “o que eu acho importante”, mas construir objetivos claros de aprendizagem e conduzir o aluno ao que ele de fato precisa saber.

Sabemos que muitos se formam com preparo insuficiente. O internato, em geral, não tem objetivos nítidos: o aluno roda em ginecologia, obstetrícia, clínica médica e aprende o que

houver. Não necessariamente o que precisa. O resultado? Recém-formados inseguros, incapazes de trabalhar com confiança, entrando muitas vezes diretamente em emergências. Comprometemos a segurança do paciente. Eu vejo isso diariamente, recebendo casos críticos.

Nosso objetivo é avaliar melhor, com ferramentas. Usamos o Mini-CEX e, na UTI, uma adaptação própria: o ICU-CX. Procuramos uma avaliação 360 graus, com feedback da equipe multidisciplinar. É fundamental formar pessoas que saibam lidar não só com médicos ou com pacientes, mas com toda a equipe. E, para isso, precisamos aprender a dar feedback adequado. Na “nossa época”, feedback era crítica pública. Hoje, os estudantes são outros. Devemos nos adaptar.

Os pilares do PASI são simples e exigentes:

Objetivos de aprendizagem claros, eventualmente guiados por inteligência artificial, mas com direção humana.

Ferramentas adequadas ao ensino e à prática — não copiar prescrição, mas entender o porquê.

Avaliação correta, para além da impressão do professor ou do caso “interessante”, com métricas e feedback estruturado para o aluno e para a instituição.



O ponto mais difícil, contudo, é ensinar a lidar com a dúvida. O aluno percorre anos aprendendo verdades absolutas: o que viu no slide, o que leu no livro. Não está preparado para a realidade do hospital. Porque, muitas vezes, nós não sabemos. Falamos bonito, parecemos saber. Mas, com honestidade, não sabemos o que acontece na maioria dos casos. Um professor meu da residência em terapia intensiva dizia: “Se eu souber o que está acontecendo com pelo menos um paciente, já estou feliz.” Repito aos alunos a frase do professor Marcelo Parque. Eles se espantam: como é possível não fazermos ideia do que ocorre com tantos pacientes? É possível. É real. E é nesse terreno, de incerteza e humildade, que trabalhamos todos os dias.

Formar médicos para a incerteza é, talvez, nossa tarefa mais urgente. Obrigado.

O outro lado do leito

Jamille Vasconcelos Lundgren



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Olá. Eu sou Jamille, aluna do MESTED, professora da Unichristus e médica intensivista. Gostaria de começar a nossa apresentação perguntando: algum de vocês já foi paciente numa UTI?

Eu já fui. Eu já estive do outro lado.

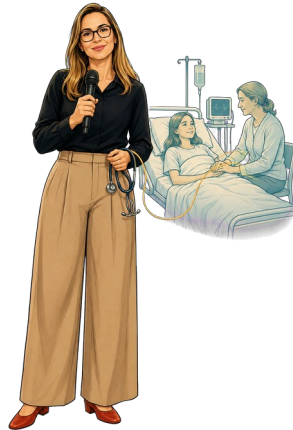
O ano era 2007. Em Sobral, houve um surto de dengue. Eu fiquei grave. Passei cerca de cinco dias na enfermaria, entrei em choque e fui para a UTI. Convulsionei. Tinha minha mãe como acompanhante, porque na época eu tinha quinze anos, e vi tudo o que hoje eu vejo como profissional.

Lembro que, ao lado do meu leito, havia uma paciente idosa. Naquela época, a bomba de infusão era conectada à tomada por um fio enrolado. Ao lado dela, havia um monitor. E ela passava o dia gritando, perguntando quem tinha deixado o telefone lá, dizendo que o telefone estava tocando e que queria assistir à televisão.

Outra coisa que me marcou foi que, durante uma visita do meu pai, poucos minutos depois que ele chegou, eu convulsionei. E isso ficou na minha cabeça, hoje, como profissional.

Busquei alguns ensinamentos disso. Primeiro: minha mãe foi minha acompanhante, um direito que tive por ser menor de idade. Hoje, quando um acompanhante me pede: "Doutora, posso ficar?", eu digo: "Fique mais um pouco, extrapole o tempo da visita". Porque eu sei o

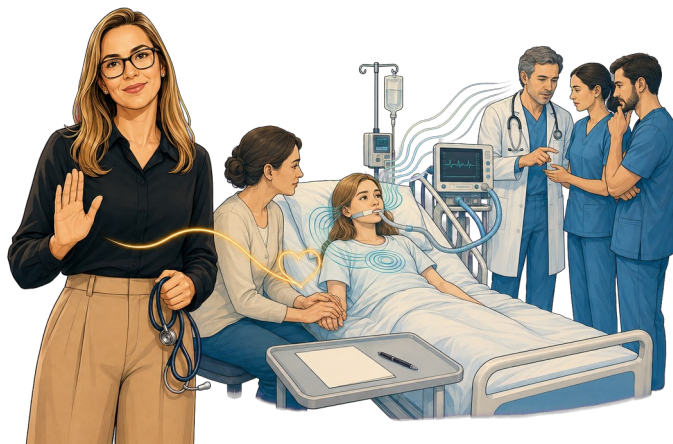
quanto aquilo foi importante para mim. E eu sabia o quanto a minha vizinha de leito sofria quando perguntava pelo telefone. Hoje, vejo o paciente idoso na UTI, gritando, chamando por um bode — como aconteceu no meu último plantão. O paciente chamava por um bode porque morava no interior e os criava, e queria saber onde estava o seu animal. Isso ficou na minha cabeça e me tornou uma profissional melhor.



Há coisas que eu costumava escutar e que ainda escuto. Como paciente, eu trouxe esta imagem: estamos à beira do leito, a paciente intubada, acordada — o que é bem comum, inclusive —, e alguém diz: "Vamos ligar a bomba, em seguida chama o raio e reza para ela aguentar". Mas vocês já pararam para pensar que esses pacientes estão escutando o que vocês falam? Eles podem não conseguir se comunicar, mas aquilo tudo é escutado. E internalizado.

Durante minha internação, senti mais empatia da equipe da UTI do que da equipe que me acompanhara na enfermaria. Esse acolhimento, em um momento tão crítico, me marcou muito.

Fiquei internada na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante a crise de dengue que atingiu a cidade. Minha mãe contava que eu queria papel para escrever uma carta, mas ela temia que fosse uma despedida. E a única certeza que eu tinha ali era que ia morrer. Felizmente, sobrevivi.



Tempos depois, entrei na faculdade de medicina em Sobral e fui interna na mesma UTI onde havia sido paciente. Percorrer aquele corredor me permitiu reconhecer o lugar por outra perspectiva. Na universidade, fiz grandes amigos; uma delas foi Andrinny, que reencontrei mais tarde no mestrado.

Hoje, sou intensivista, trabalho na UTI. Trouxe para vocês algumas fotos, alguns momentos que passamos lá. E vejo a importância desses profissionais que estão conosco, da equipe multidisciplinar, em trazer ao paciente o conforto que senti naquela época. Um ambiente crítico, mas onde me senti cuidada, amparada.

Agora, faço uma reflexão, trazendo para a parte da educação. O meu produto do mestrado é relacionado à terapia intensiva. Vamos criar uma plataforma para o ensino da terapia intensiva, especificamente sobre drogas vasoativas. Mas uma coisa que eu traria dessa minha experiência para a situação atual do mestrado é: será que nós, como tutores e professores, estamos nos colocando no lugar dos nossos alunos, lembrando de como nós fomos alunos naquela época? Porque eu lembro que a terapia intensiva era extremamente difícil de aprender. Eu olhava para o ventilador e não sabia nem o que fazer com aquela máquina. E "droga vasoativa" era um grande ponto de interrogação na minha cabeça.

E aí eu me pergunto: será que estamos nos colocando no lugar dessas pessoas? Não só como profissionais, professores ou médicos. Será que eu, Jamille, consigo me colocar no lugar daquele paciente que está deitado, que às vezes tem em mim a sua única esperança? E do meu aluno, que está ali querendo aprender, querendo que eu passe algum conhecimento de forma didática?

Esta figura, eu acho, é o mote principal desta reflexão: a gente tentar se colocar no lugar do outro, em vários âmbitos da nossa vida — não necessariamente só na vida médica, mas na vida pessoal também, na vida do MESTED. Esta figura representa exatamente isso: o olhar do professor sob a ótica do aluno. Será que ele entende o que você fala? Será que você se coloca no lugar daquela pessoa que, naquele momento, não tem nenhuma experiência profissional?

Aí você vê como é importante, por exemplo, nas plataformas que discutimos em 5 de agosto de 2026, trazer experiências clínicas. Como Vanessa e Lara disseram: "Nós vamos colocar casos clínicos que são integrados à prática, para que eles consigam se sentir no lugar de um profissional e assim conseguir aprender". E essa também é uma das coisas que vou trazer na minha plataforma.

Também levo esse aprendizado para os encontros de tutoria com meus alunos da Unichristus.

O que Dostoievski pode nos ensinar sobre contato

José Maria Santiago da Silva Júnior



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é José Maria Santiago, sou médico psiquiatra. Hoje, gostaria de falar sobre algo que transcende o meu projeto individual e toca o de todos nós, não apenas como pesquisadores, mas como pessoas: o projeto de vida que é ensinar, que é educar. Nosso mestrado trata de tecnologias educacionais.

É curioso. Em 5 de agosto de 2026, quando a professora listou na lousa os tipos de tecnologia que estávamos desenvolvendo, lembrei-me de um conceito que aprendi durante a residência: o de tecnologias leves. E uma das mais leves que existe é o contato, é a presença.

Para ilustrar isso, gostaria de trazer uma história que vivi há poucas semanas. Em 22 de julho de 2026, eu estava voltando de Porto Alegre, onde passei uma semana no Brain, um congresso de psiquiatria, neurologia e psicologia. No voo de volta, quis ler algo. Abri a mochila e encontrei um livro curto que uma paciente me havia dado de presente. Ele conta a história de um homem que vivia em São Petersburgo, um homem que costumava andar pela cidade e conversar com as casas. Ele conhecia tudo o que estava ali, mas não tinha contato com as pessoas, apesar de conhecê-las.



Gostaria de fazer uma pergunta para provocar uma reflexão: quem aqui se lembra de uma pessoa que marcou sua vida?

Talvez, ao ouvir essa pergunta, lembremos de um professor, de um médico, de nossos pais, de tios e tias — aquelas pessoas que nos inspiraram a ser quem somos. Mas, muito provavelmente, há inúmeras outras que marcaram nossas vidas e das quais sequer lembramos que um dia existiram. Isso não torna a marca que deixaram menos importante.

E esse homem do livro, o narrador — que, por coincidência, não tem nome, para que possa ser qualquer um que o lê — conhece uma moça, Nástienka. Durante quatro noites, ele a encontra nas ruas de São Petersburgo. Ele conversa com ela, desenvolve um afeto por ela, e essa moça marca a sua vida. O livro de que falo, para quem não conhece, é *Noites Brancas*. E aquele homem, antes invisível, passa a existir, porque naquele momento ele começou a ter contato, começou a ser alguém para alguém.

Nós também somos pessoas na vida dos outros. Muitas vezes, uma frase que dissemos, um diagnóstico que demos, um conselho que oferecemos... Lembro-me de uma frase que um preceptor disse na residência e que repito até hoje. Talvez aquele professor, Henrique, nem se lembre daquela frase. Talvez ele nem saiba que eu a repito, mas o que ele falou marcou a minha vida, e talvez ele não saiba disso. Isso é algo extremamente relevante: a forma como marcamos a vida das pessoas sem sequer sabermos que o fazemos. Porque é o contato que faz essa marca, é ele quem imprime o que podemos ser na vida do outro.

Não vou contar o final do livro, porque quero que vocês o leiam. É um livro curto, vale a pena.

Quando terminei a leitura, fiquei pensando nas mudanças que Nástienka provocou na vida do narrador e nas mudanças que o narrador provocou na vida dela. No contato, as duas vidas são transformadas. E então, decidi fazer uma coisa. Peguei o meu exemplar do livro e escrevi na primeira folha:

As pessoas passam por nossas vidas e deixam marcas que podem ser positivas ou negativas, a depender da forma como permitimos que sejam. Seja sempre uma presença

positiva na vida de alguém. Quando terminar de ler este livro, assine seu nome, a cidade de onde você é e a data em que o leu. E dê de presente a um desconhecido.



Assinei meu nome, coloquei "Fortaleza, julho de 2026" e entreguei de presente ao comissário de bordo enquanto desembarcava do avião. Não falei nada, apenas entreguei. Não sei se ele vai ler, se vai colocar no bolso, se vai jogar e alguém vai encontrar, ou se vai dar de presente sem ler. Isso não importa. O que importa é saber que, com aquela ação, eu tentei mudar a forma de alguém ver a vida a partir daquele momento.

É isso que fazemos quando construímos tecnologias educacionais: tentamos mudar a vida das pessoas que se beneficiarão de nossos projetos. Emocionei-me, por exemplo, quando Livia falou do pescador. Talvez ele nem se lembre do nome dela, mas isso não importa. A vida dela foi mudada pela vida dele, e a vida dele foi mudada pela dela. Pelo contato. Pela presença.

Lembro-me da primeira vez que vi a morte de um paciente. Eu estava no primeiro semestre do internato, na cirurgia. O que um interno pode fazer? Nada. Mas eu ouvia aquele paciente — talvez já tivesse um pé na psiquiatria, já gostava de ouvir. Eu ouvia seu medo, o medo de ir para a cirurgia. O cirurgião que iria operá-lo era o Dr. Wiggins, um dos nomes mais competentes do nosso estado. E o paciente disse: "Dr. Wiggins, eu deixo o senhor me operar, mas só se o José Maria estiver presente." Eu, que não era nada. O máximo que podia fazer era ficar em pé, assistindo. Mas ele pediu a minha presença, porque eu havia estabelecido contato com ele.

A mensagem que eu gostaria de deixar é que não sabemos quais histórias já mudamos e que se tornaram inesquecíveis. Baseado nisso, sempre que você entrar na vida de alguém — seja por um minuto, um dia, quatro noites, como Nástienka entrou na vida do narrador, ou para o resto da vida, como entramos na vida de nossos filhos e pais —, que sejamos presenças positivas.

Porque o que importa não é a duração do contato, mas o quão positivo ele pode ser na vida das pessoas.

Sol, girassóis e colestase: o amarelo que separa a beleza da urgência

Maria Júlia Rodrigues Teixeira de Araújo



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Chamo-me Júlia, sou aluna de mestrado da Unichristus e, hoje, vim conversar sobre algo que temos em comum: o amarelo.

É essa cor vibrante, que salta aos olhos. A cor que ilumina o nosso céu, o céu da Terra do Sol. A cor que nos ilumina, que ilumina o nosso mar, que deixa as nossas praias mais lindas, mais coloridas.

O que temos em comum? O amarelo é a cor da vida, da iluminação. E nós estamos aqui porque temos essa força. Quem de nós não poderia estar agora mesmo aproveitando esse mar maravilhoso? E, no entanto, estamos aqui, dedicando o nosso tempo àquilo em que acreditamos. Na educação. Em passar, da melhor forma, aquilo que podemos dar ao outro e que ninguém pode tomar: o conhecimento. Essa troca na educação é tão rica que motiva a nós, que já temos uma trajetória, uma caminhada, a tentar ser melhores no que fazemos.

É o amarelo da nossa bandeira, o amarelo do nosso ouro. É o amarelo que está iluminando a nossa cidade, independentemente das nossas perspectivas, sejam elas boas ou nem tanto. É o amarelo de Van Gogh, dos seus girassóis. No seu traçado forte, quase raivoso, ele mostra a força do amarelo. E então eu me questionei: como seria a bandeira do Brasil, como seria o nosso amarelo, pintado por Van Gogh?

Foi a assistente virtual quem me ajudou. Ela me deu isto: o meu amarelo forte, brasileiro, de traçado firme, junto ao nosso sol que ilumina todos os girassóis.



Mas eu não contei para vocês que também sou hepatopediatra. E, na minha profissão, tenho contato com um outro amarelo. Não o de Van Gogh, nem o da bandeira, mas o amarelo do João.

Gostaria de contar para vocês a história do João.

João tem quatro meses de idade. Nasceu a termo, em Fortaleza. Já no primeiro mês de vida, algo era diferente em seus olhinhos. Eles transbordavam um amarelo diferente daquele que vimos até agora. Não era um amarelo de vida, não era iluminado. Era um amarelo de preocupação.

Seus pais procuraram assistência. Foram orientados de que aquilo deveria ser normal, coisa de bebê. "Vai passar", disseram. "Dê banho de sol, use o amarelo do sol." E assim eles fizeram, sob orientação. Só que o amarelo não foi embora. Pelo contrário, foi aumentando e tornando aquela história diferente. João estava diferente. Seu abdômen estava mais aumentado do que o dos outros bebês da mesma idade. O cocô do João era diferente. E isso incomodava aquela família a ponto de os fazer procurar assistência insistentemente.

Até que, quando finalmente flagraram algumas alterações, encaminharam-no para um centro de referência. João chegou ao centro com quatro meses. Foi atendido pela doutora Maria.

Os pais traziam nos olhos a esperança. Agora sim, pensavam, agora meu filho vai poder resolver essa icterícia. Agora vou poder ver meu filho crescer com saúde.

Só que a doutora Maria não conseguia esconder a sua preocupação. Ao receber aquela família, ela viu uma história se repetir. E, no transcorrer da consulta, a perspectiva de que pudesse estar errada foi caindo por terra. As esperanças foram diminuindo. Aquela luz se apagou. Eles entraram no deserto – pálido, branco, cinzento, como era a fraldinha do bebê. Quando a doutora Maria a abriu, deparou-se com um cocô tão pálido, tão branco, que ela mal conseguiu esconder a angústia diante do que aquela família certamente iria passar.

A trajetória de João me faz pensar na descida de Dante em *A divina comédia*: a cada demora, a família encontrava um novo sofrimento. Na minha leitura dessa história, a imagem do percurso difícil ajuda a expressar a urgência de reconhecer os sinais de alerta e de oferecer cuidado oportuno.

Mas será que essa história tem um Virgílio, alguém capaz de orientar o caminho e ajudar a família a chegar ao cuidado de que precisa?

Onde, então, estará Virgílio?

Talvez no bolso da bolsinha cheia de fraldas, cremes, pastas e leites que a mamãe traz. Estou falando da nossa cartela colorimétrica de fezes. Será que ela foi abordada? Naquela hora em que a família chegou, com aquele amarelão, será que aquela página foi checada?

Nossos Virgílios são os nossos profissionais que estão na base, na puericultura. Médicos, enfermeiras. São eles que têm contato com essas crianças. Mas, veja bem, ninguém estuda anos a fio, dedica horas da sua vida para ser sommelier de cocô. Venhamos e convenhamos, isso não faz o mínimo sentido.



Mas nem por isso podemos desistir de modificar o rumo dessa história. Temos artifícios simples, concretos. Temos como triar esses pacientes. O que falta, então? Foi isso que me motivou a estar aqui hoje. O que falta? Será conhecimento? Será que falta saber como encaminhar?

Seja o que for, acredito que, com a educação continuada, podemos modificar o rumo dessa história. Podemos transformar aquela cartela colorimétrica de cima em um time vencedor, que vai do amarelo, passando pelo verdinho, até o marrom – os colegas pediatras já conhecem muito bem essa cartelinha. E, assim, podemos vencer e modificar essa estatística que, vejam bem, não é um privilégio nosso, nem só do Brasil. É uma estatística mundial.

No dia 6 de agosto de 2026, quando refletimos sobre isso, podemos nos lembrar de setembro, quando vimos o Cristo Redentor, lindo e esplendoroso, iluminado de amarelo. Que nós também nos iluminemos. Que o amarelo que nos inspira seja também o amarelo que vai salvar e modificar vidas. O amarelo do nosso Alerta Amarelo.

O peso de um olhar

Kézia de Oliveira Sombra



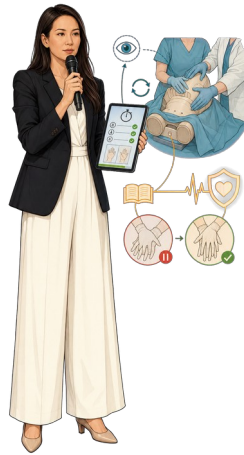
Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Kézia e vou contar-lhes uma história baseada em fatos reais.

Ela chega à maternidade com nove centímetros de dilatação, com bastante dor e contrações. O sonho estava a minutos de se tornar real. Ela confia no médico que a recebe, um obstetra recém-formado. Ele sabia a teoria. Mas, na hora do parto, ocorre uma distócia de ombro e as suas mãos congelam. O conhecimento não se traduz em habilidade técnica e ele não consegue realizar as manobras adequadas. A bebê entra em sofrimento fetal. O resultado... o choro que Maria tanto esperou nunca aconteceu.

Uma vida foi interrompida, e a família precisou enfrentar uma perda devastadora. O relato nos leva a refletir sobre formação, supervisão e segurança na assistência. Como Maria explicaria à filha de quatro anos que a irmãzinha não iria para casa?

Quem aqui é mãe? Conseguiram sentir a dor de Maria? Ao preparar-me para falar, emocionei-me um pouco, porque foram cenas do meu primeiro parto. Cenas reais. É difícil imaginar a dor de perder um filho, quanto mais no momento do parto; o seu bebê pronto para nascer, e ele não vem ao mundo. Como explicar àquela filhinha, que estava tão ansiosa, que a irmã não iria para casa com elas? Por mais que Maria tenha outros filhos, essa perda poderá deixar marcas profundas. Mesmo que venha um terceiro ou quarto filho, ela sempre se lembrará dessa perda.



Quero mostrar-vos por que falhamos na nossa formação. Estes são os três pilares do erro, o paradigma tradicional da nossa educação. O foco é excessivo na teoria, e o aluno não é forçado a desenvolver a capacidade de agir em cenários reais. A isto associa-se a falta de observação, onde a confiança daquele aluno é baseada no número de procedimentos que realizou, e não na qualidade da sua execução. Soma-se também a ausência de feedback. O retorno não imediato sobre a ação do aluno faz com que uma prática errada se torne um vício, difícil de corrigir mais tarde.

Existe a pirâmide de Miller, bastante utilizada na educação médica, que é formada por quatro níveis. Na base, temos o nível mais fundamental da aprendizagem: o saber. É o saber cognitivo, a teoria pura, onde o aluno é testado apenas de forma escrita, através das provas na faculdade e na residência. No segundo nível, encontramos o saber como, onde ele já consegue desenvolver o raciocínio clínico. No terceiro nível, ele tem de demonstrar como. Em práticas de simulação realística — aqui na Unichristus, temos o OSCE —, num ambiente controlado, com atores ou manequins, ele demonstra como realizar os procedimentos. E no topo da pirâmide, vem o fazer: a ação real. Aqui, ele demonstrará o seu conhecimento num cenário prático, num hospital ou numa clínica, realizando o procedimento e provando a sua capacidade de o fazer sozinho.

A observação direta de habilidades em procedimentos, conhecida pela sigla DOPS (Direct Observation of Procedural Skills), permite acompanhar a execução de uma tarefa e oferecer feedback estruturado. O preceptor observa o desempenho, reconhece acertos e aponta aspectos que precisam melhorar. Essa avaliação pode dialogar com matrizes de competências e com as EPAs (Entrustable Professional Activities), atividades profissionais confiáveis para as quais se define o nível de supervisão necessário.

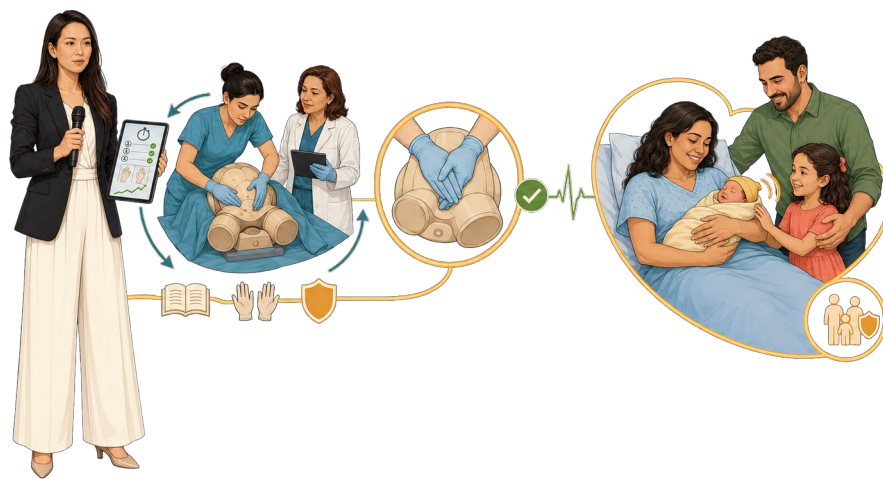
Formar um bom médico não é apenas garantir que ele decore os livros, mas sim que ele saiba aplicar esse conhecimento na prática. Esta é a evolução da nossa educação: o fazer é mais importante do que apenas o saber.

Com base nisto, surgiu o tema do meu mestrado. Criamos uma checklist baseada no DOPS para a observação direta dos internos e residentes de ginecologia e obstetrícia. A nossa

preocupação com a segurança do paciente motivou esta checklist, que avalia vários domínios: conhecimento prévio, preparo do paciente, técnica, habilidades. O meu projeto de mestrado consiste na validação deste instrumento. Posteriormente, num doutorado, virá a sua aplicação.

Quanto aos nossos resultados parciais, enviamos a checklist para vários juízes — especialistas em ginecologia e obstetrícia com atividade de preceptoria. Eles avaliaram o nosso instrumento e tivemos 100% de concordância sobre a sua relevância para a formação dos residentes. Essa concordância se refere à avaliação do instrumento pelos especialistas; seus efeitos na aprendizagem e na prática assistencial ainda precisarão ser estudados.

E se a história de Maria fosse diferente?



Na situação alternativa que imaginamos, às 39 semanas, a bolsa rompeu. Ela chega à maternidade com nove centímetros de dilatação, com bastante dor e contração. O sonho estava a minutos de se tornar real. O médico que a recebe é um obstetra que não só sabe a teoria, como também recebeu feedback das suas práticas durante a residência médica. Na hora do parto, durante a distócia de ombro, ele realizou as manobras necessárias. O resultado? Maria escutou o choro que tanto esperava. A sua bebê nasceu saudável, a sua filha pôde conhecer a irmãzinha e uma nova família foi preenchida de alegria.

Avaliar não é perda de tempo. Avaliar é salvar. É a segurança do paciente.

O rosto por trás do diagnóstico

Marina Catunda Pinheiro Jucá



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Eu nunca pensei que uma das conversas mais impactantes da minha carreira médica seria travada não numa enfermaria, nem numa UTI, mas na quietude de um consultório. E não com um paciente qualquer, mas com um rosto conhecido.

Eu tive de dar o diagnóstico de infecção por HIV a um amigo.

Foi uma coisa muito difícil. Não só porque o diagnóstico em si já carrega um peso imenso, mas porque outras pessoas souberam antes mesmo dele.

Durante a residência, somos submetidos a um estresse constante. Numa especialização em um hospital terciário, a visão que se tem dos pacientes é a dos extremos. Vemos aquele paciente que vive com HIV e não se trata; aquele que interna por causa de uma neurotoxoplasmose, uma pneumocistose, um sarcoma de Kaposi. Ele interna, e a primeira imagem que se forma é a de que ele não toma a medicação.

Esse é o primeiro julgamento. Raramente se pensa nas barreiras, como a dificuldade de ir buscar os remédios. Não, a culpa recai sobre ele. Ele não tomou a medicação, ficou grave, precisou internar. Várias vezes, durante a residência, eu me peguei pensando que a culpa era dele, porque ele não se tratava. Com o tempo, percebi que estava perdendo a empatia, que era a minha principal motivação na área.

Depois, o ambiente muda. Saímos da enfermaria, onde os pacientes estavam graves, e vamos para o ambulatório, onde encontramos o outro extremo. O paciente que toma a

medicação, fica indetectável, tem o CD4 nas alturas. Mas ele tem outros problemas: hipertensão, diabetes, transtornos psiquiátricos. E agora, a mais nova moda: o uso de anabolizantes prescritos pelo ChatGPT.



Várias vezes, em consulta, eu tentei conversar, alertar sobre os malefícios, sobre a necessidade de acompanhamento. “Não se preocupe”, ele dizia. “Eu coloco aqui no Chat e ele me diz a dose que preciso tomar”. É mais barato comprar o anabolizante seguindo a orientação de uma inteligência artificial do que pagar a consulta com um nutrólogo, o acompanhamento de um nutricionista ou um personal trainer. E então, nesse outro extremo, a empatia começa a se esvaír novamente.

Como é possível que este paciente, sentado na minha frente, indetectável porque toma seus antirretrovirais todos os dias, esteja com a pressão descontrolada e me diga que o correto é tomar um androgênico que o faz “se sentir bem”? Ele banaliza a própria saúde cardiovascular, a pressão, o diabetes, os transtornos psiquiátricos. E, por contágio, nós também nos pegamos banalizando. A empatia se perde mais uma vez.

Mas então, algo acontece.

Eu estava em casa quando recebi a notícia de que um amigo meu tinha sido internado por uma crise de asma. O quadro evoluiu para uma pneumonia, ele precisou de oxigênio, foi para a enfermaria e, depois, para a UTI. Tudo muito rápido. Lá, ele não recebia as informações de que precisava. Como não era médico, ninguém lhe explicava sua situação geral. Ele só entendia que estava grave porque estava na UTI. No segundo dia, um amigo nosso em comum foi visitá-lo. “Fulano”, ele pediu, “você pode olhar meu prontuário? Ninguém me diz o que eu tenho.”

Nosso amigo foi olhar. E lá estava, em letras garrafas: CID B24.

HIV. Ninguém ainda o havia informado.

Nosso amigo não soube como dizer. Se nem a equipe assistente havia falado, por que seria responsabilidade dele? Ele então me ligou, contou a situação, e eu disse: “Tudo bem, eu vou lá e falo com ele”. Mas, com os compromissos daquela semana, não consegui ir ao

hospital. Meu amigo acabou recebendo alta da enfermaria com apenas uma receita de Bactrim para tomar por mais 21 dias e uma orientação: entrar em contato com a telemedicina em uma data específica para a consulta de retorno. Era quando planejavam dar o diagnóstico.

Foi então que eu liguei para ele. “Tem como você vir aqui no hospital conversar comigo? Quero falar sobre você e sua condição.” Ele veio. E ali, naquela consulta, eu lhe contei o que havia acontecido.

Foi um misto de emoções. Medo, pavor, tristeza. E raiva. Raiva, principalmente, porque naquela UTI havia amigos nossos, médicos, que viram seu diagnóstico e não apenas se calaram, mas souberam de tudo antes dele mesmo. Como pode um segredo seu ser de conhecimento público antes que você sequer saiba, antes que você autorize?

Meu amigo me ensinou que um paciente não é uma doença. Ele não é o CID que carrega. Ele é um rosto. E existe esse rosto por trás de toda e qualquer condição.

O tratamento antirretroviral transformou as possibilidades de viver com HIV. Ainda assim, o acesso ao cuidado, o acompanhamento das demais condições de saúde e o enfrentamento do estigma continuam essenciais. O diagnóstico não define a pessoa nem permite presumir sua história.



Eu não estou falando de um paciente; estou falando de um amigo. E por trás de toda doença, temos que nos perguntar: existe um rosto, uma pessoa por trás da condição que tantas vezes julgamos.

Hoje, esse meu amigo é indetectável. Ele superou aquele momento, mas ainda carrega uma mágoa pelo que aconteceu — a invasão de privacidade, os comentários que ouviu. Não o culpo. E há também o peso de pensar que os outros o olham de forma errada, equivocada.

Naquele dia, quando ele se sentou à minha frente, quando eu lhe dei o diagnóstico e o vi chorar, e quis chorar junto, eu percebi que talvez tivesse perdido, ao longo daqueles três anos de residência, a motivação que me fez ser médica, que me fez ser infectologista: a empatia e a troca com o outro. Eu havia esquecido que existia uma pessoa por trás da doença.

E é com isso que eu gostaria de fechar. Que não percamos a empatia, porque é ela que nos move.

Reencontrado

Lara Sales Biermann



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Lara e sou médica dermatologista. Gostaria de contar a história de um paciente que atendi há quase dois anos, um caso que me marcou profundamente. Era um homem de 48 anos que, no primeiro dia em meu consultório, antes mesmo de se sentar, disse uma frase que ecoa em mim até hoje: "Doutora, me ajude. Faz 20 anos que eu não consigo sair de casa."

Aquilo foi um choque. Pedi que ele se acalmasse, que nos sentássemos para conversar. Ele então me contou que há duas décadas não fazia uma das coisas que mais amava na infância: ir à praia. Não conseguia tirar a blusa. Fazia vinte anos que não ia a uma confraternização de família; não se lembrava do último Natal que passara com os seus. Distanciou-se dos amigos e dos parentes, evitando sempre estar presente por vergonha.

Quando se tem uma doença visível, como vemos com frequência na dermatologia, percebemos que o pior sofrimento é, na verdade, invisível. Aquele paciente carregava uma doença que se via, mas a sua dor era silenciosa. Um sofrimento de isolamento, de se sentar em um canto e ver as pessoas se afastarem, talvez pensando que sua condição era contagiosa. Era o preconceito, a indiferença. Naquele dia, sofri junto com ele.

Ele já havia passado por diversos especialistas e tratamentos, sem sucesso. Mas o foco aqui não é o método que utilizei, e sim o que retornou para a vida dele. E o que retornou foi muito. Voltou a autoestima, a convivência com outras pessoas, a vontade de viver. Voltou a dignidade a um homem que, por vinte anos, se escondeu dentro do próprio corpo.



Eu pensava que seu caso era uma exceção, mas percebi que, diariamente, atendo pacientes que se escondem por causa de problemas visíveis e que trazem dores profundas, invisíveis. Na semana passada mesmo, atendi outro que veio com a mãe. Ele não queria mais ir a nenhuma consulta, com nenhum especialista, pois já tinha desistido. Tinha deixado de acreditar que poderia melhorar algum dia. E o que machuca mais do que uma doença na pele é a desesperança de um paciente, a sensação de que nunca poderá retornar à vida como era antes.

Em apenas um mês e meio de tratamento, vi a vida daquele homem mudar completamente. Percebi que, na dermatologia, quando tratamos um paciente, não devolvemos apenas a autoestima ou melhoramos as lesões de pele. O que de fato retorna, e de forma mais poderosa, é a sensação de pertencimento. Aquele paciente que estava há vinte anos escondido, em pouco mais de dois meses de tratamento, voltou a acreditar que poderia ocupar seu lugar no mundo, na vida das pessoas, no trabalho e na família. Voltou a acreditar que poderia florescer, que não estava mais escondido.



Cerca de dois meses e meio depois do início do tratamento, ele retornou ao consultório. Mas desta vez, não veio para mostrar exames, queixar-se das lesões ou pedir receitas. Ele voltou com uma caixa de frutas colhidas por ele mesmo, como forma de agradecimento. Naquele momento, percebi que quem colheu algo muito maior, muito mais profundo, fui eu.

Acredito que todos nós temos um propósito na vida. Na medicina, esperamos colher resultados clínicos, mas a verdade é que colhemos algo muito mais profundo: histórias de recomeços. A pele adoece, mas o preconceito adoece muito mais. A pele cicatriza, mas o que mais preenche a minha alma é ver que, no paciente, a esperança também cicatriza.

O real impacto da atenção básica na comunidade

Larissa de Oliveira Farias Milanez



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Larissa. Sou enfermeira, formada em 2009, e logo comecei a trabalhar na atenção básica. Fui alocada em um PSF e, rapidamente, me apaixonei pelo atendimento à comunidade. Percebi que nosso papel não é apenas tratar doenças ou nos preocuparmos com condições especiais de saúde, mas tratar o indivíduo, a família e a comunidade de uma forma individualizada e holística.

Compreendi que a atenção básica não recebe este nome por ser superficial ou de pouca importância, mas por ser a base do cuidado em saúde e a principal porta de entrada do SUS. A essência do cuidado no PSF é a promoção da saúde, a prevenção, o manejo de doenças crônicas, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde. O trabalho do PSF é personalizado, individualizado, adaptado a cada território, seja ele em regiões urbanas, rurais, indígenas ou ribeirinhas.

Para conquistar a confiança de um paciente, é necessário olhar no olho, praticar uma escuta ativa e perceber qual é a sua principal necessidade, cuidando da família e da comunidade como um todo. Gostaria de compartilhar algumas experiências que tive com a equipe do PSF. Uma vez, fomos fazer uma visita domiciliar para cuidar de uma paciente, porém, ao chegarmos, nos deparamos com um velório. Não era o da nossa paciente, felizmente, mas o de um parente seu. Aquele dia foi diferente. O cuidado não foi apenas

verificar a pressão ou renovar receitas; foi para acolher a paciente e sua família. Ouvimos cada um, acolhemos, consolamos. Esse também é o papel do PSF: acolher a família. Naquela ocasião, acabamos por conhecer toda a família da paciente.



Dentro do atendimento no PSF, o que mais me encantava — e ainda me encanta — é o pré-natal. Por isso, meu projeto de mestrado é sobre isso. Uma experiência que me marcou profundamente envolveu o cuidado com uma gestante. Ela chegou muito ansiosa ao consultório. Era uma mulher madura, com seus 46 anos, já com uma filha adolescente. Contou-me, nervosa, que estava com um atraso menstrual.

Ela estava muito preocupada. Eu disse: "Olha, vamos fazer agora o teste rápido de gravidez." Na mesma hora, peguei o teste, ela foi ao banheiro e o resultado deu positivo. Ela gelou. "E agora? Como isso aconteceu?" Eu respondi: "Geralmente acontece da forma como sempre acontece, da forma natural." Ela ficou muito nervosa. Eu a tranquilizei: "Tudo bem, não se preocupe, vai dar tudo certo." Tentei conquistar sua confiança e iniciamos o acompanhamento, com as consultas alternadas entre mim e nosso médico, envolvendo toda a equipe.



A cada consulta, ela ficava mais tranquila. Entendeu que certas coisas acontecem, que os planos de Deus se revelam em nossos caminhos. O pré-natal foi maravilhoso, super tranquilo,

sem nenhuma intercorrência. Ela teve o bebê, que nasceu saudável. Pude fazer o acompanhamento da puericultura e, para mim, que sou apaixonada pelo PSF, é um privilégio iniciar um pré-natal e depois acompanhar o desenvolvimento do bebê, ter essa continuidade no cuidado. Eu sou encantada com esse mundo.

O meu projeto de mestrado é exatamente sobre isso. Tenho outras experiências para contar, mas vou me ater ao projeto. Trata-se de uma plataforma digital personalizada para a gestante, onde ela teria acesso a informações de apoio ao pré-natal e à gestação, complementando o acompanhamento da equipe de saúde. Nessa plataforma, ela saberia qual é a sua maternidade de referência, evitando a peregrinação. Encontraria informações sobre cuidados na gestação, o desenvolvimento do bebê mês a mês, dicas de saúde, atividade física, seus direitos como gestante, cuidados com o recém-nascido, cuidados puerperais e amamentação — tudo com acesso direto.

O mestrado me ajudou muito a entender a importância da nossa evolução profissional e educacional. Acredito que somos educadores e que podemos sempre transmitir uma mensagem importante e um cuidado essencial para a nossa comunidade.

O amor que vive em um quarto de hospital

Livia Azevedo



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Por trás de cada recuperação, existem relações humanas que transformam desafios em possibilidades.

Vou contar a história de um paciente que tive durante a minha residência médica, um pescador de Ipojuca, no interior de Pernambuco, perto de Porto de Galinhas. Ele era um homem trabalhador, com quatro filhos e uma esposa, vindo de uma relação onde era muito amado e também amava muito.

Em 2021, ele precisou ser internado devido a um quadro muito grave de Covid-19. A situação evoluiu, ele foi para a UTI, precisou ser intubado e mantido com drogas vasoativas. Durante a internação, enquanto as medicações e a sedação eram retiradas, ele não despertava. O questionamento pairava no ar: por que ele não acordava? Uma tomografia revelou a resposta: ele havia sofrido um AVC.



A equipe da neurologia o avaliou e o classificou como um paciente crônico. O prognóstico era de que ele permaneceria daquela forma por muitos anos, restrito ao leito, e a família teria que lidar com essa nova realidade. Ele saiu da intubação, mas ficou com uma traqueostomia e uma gastrostomia para alimentação. Assim, foi transferido para a enfermaria de clínica médica.

Naquela época, eu estava no meu primeiro ano de residência no Hospital das Clínicas da UFPE, um hospital terciário. Eu e meus colegas ansiávamos por casos raros, diagnósticos difíceis e a oportunidade de explorar diagnósticos diferenciais complexos. No nosso setor, tínhamos a liberdade de escolher nossos pacientes a cada nova admissão. Meus amigos, imediatamente, buscaram os casos intrigantes que prometiam investigação.

E então veio ele, o paciente considerado crônico, que ninguém queria. Não haveria mais o que investigar, apenas reabilitar e, de alguma forma, dar-lhe alta. Mas aquele paciente, justamente por ser o que ninguém queria, chamou a minha atenção. Eu quis me dar a oportunidade de conhecer e aprender de uma forma diferente, para além do conhecimento técnico.

Então, eu o escolhi. E essa escolha transformou a minha visão da medicina.

Quando entrei no quarto, onde só era permitida a entrada de um ou dois acompanhantes, encontrei meu paciente com duas de suas filhas. O que senti ali foi um amor imenso. O cuidado, a forma de olhar, de tocar, de se comunicar, a preocupação genuína com a sua evolução... Aquilo me tocou profundamente. Eu costumava dizer aos meus amigos que me sentia no céu quando entrava naquele quarto, tamanho era o amor que o envolvia.

Na mesma enfermaria, havia outro paciente em condição clínica semelhante, com menos presença de familiares e uma evolução diferente. Essa comparação me sensibilizou para a importância das redes de apoio, embora não permita atribuir as diferenças clínicas apenas à presença ou à ausência da família.

A presença constante da família fez a diferença. Eles conversavam com ele, e para nossa surpresa — pois era algo que não esperávamos —, ele começou a despertar. A equipe multidisciplinar se aproximou dele de uma maneira especial. A terapia ocupacional colocava o som do mar para tocar, pois ele era pescador, e ele reagia com gestos ao ouvir. A enfermagem ensinava a família a realizar todos os cuidados, como a mudança de decúbito. Ele foi um paciente imensamente bem cuidado.

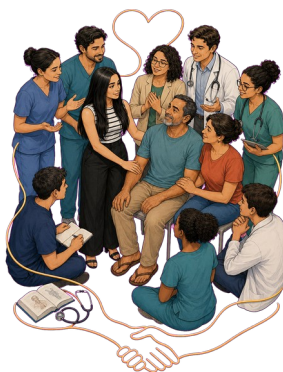
Até que chegou a decisão de que ele receberia alta do Hospital das Clínicas para ser transferido a um hospital de crônicos, onde ficaria até se recuperar completamente. Para mim e para minha preceptora, foi um desespero. Não queríamos isso, pois imaginávamos que lá ele não teria o mesmo cuidado.

Então, naquele dia, de uma forma que não sei explicar, a traqueostomia saiu, e ele conseguiu ficar sem ela. Foi outra surpresa. E assim, ele recebeu alta para casa: desperto, sem a traqueostomia, ainda sem se comunicar, mas completamente diferente de como havia chegado à enfermaria.

Diante de tudo isso, pude vivenciar conversas difíceis. Tive a conversa inicial, explicando que provavelmente ele não evoluiria bem e voltaria para casa da mesma forma que chegou. Depois, tive que reconversar, dizendo que ele iria para casa de outra maneira e que estaríamos ali para cuidar e reabilitar. Construí uma relação de confiança com a família, aprendi a orientar no cuidado, acolhi suas emoções, tanto nos momentos difíceis quanto nos de alegria. Reconhecemos juntos as pequenas conquistas: ele ter ficado sem a traqueostomia, não ter desenvolvido nenhuma lesão, não ter ido para o outro hospital. E, mesmo após a alta, participamos de sua reabilitação nos retornos ao hospital.

Com isso, pude perceber que o cuidado médico vai muito além do conhecimento técnico. Ele se aprofunda em um cuidado centrado na pessoa, que nos permite ir além da doença, desenvolvendo a empatia e valorizando a equipe multiprofissional. Percebi como este caso se agrega ao meu trabalho hoje, no qual falamos sobre a importância da formação das habilidades sociais nos alunos para o seu desenvolvimento profissional.

A medicina nos ensina a tratar, com sua ciência e teoria. Mas são as habilidades sociais que nos ensinam a cuidar.



Guardo os registros de sua trajetória: antes da internação, durante os cuidados na enfermaria e ao lado da equipe que o acompanhou.

Depois da alta, vieram notícias que me emocionaram: ele celebrou suas bodas de ouro, reencontrou o mar e esteve na praia com a família. Em agosto de 2026, acompanhávamos uma recuperação que, no início, mal conseguíamos imaginar.

A interface entre o jaleco e a IA

Mara Juliane Silva Jovino



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Chamo-me Juliane Jovino. Sou médica reumatologista e gostaria de partilhar a história de um sonho.

Um belo dia, cheguei para a minha mãe e disse: "Mãe, quero fazer medicina". Ela, surpresa, respondeu: "Como assim? Você não já está fazendo psicologia?". De fato, eu já cursava psicologia na Unifor. A notícia espalhou-se pela família e logo meu avô me procurou. "Minha filha", ele disse, "seu pai já está fazendo um esforço danado para você cursar psicologia. Como é que, de repente, você muda o rumo dos ventos?"

Eu tinha apenas uma chance: o recurso do financiamento do governo. Sem ele, o meu sonho se tornaria algo que ou me paralisaria, ou me mobilizaria a alcançá-lo. Diante desse paradigma, decidi: não, ele não vai me paralisar; ele vai me mobilizar a alcançar o meu sonho. Foi aí que decidi fazer cursinho. Estudei incansavelmente por três anos, nove horas por dia. Mal via meus pais; só conseguia ter contato com eles e com meus irmãos nos horários das refeições, pois tinha um sonho a ser alcançado. Foram três anos de muito esforço, de muita luta.

Então, consegui a aprovação com financiamento. Passei em quinto lugar e obtive o financiamento de 100% do FIES. Isso significava que eu passaria a morar em Natal, no Rio Grande do Norte. Havia, porém, uma condição: eu não poderia reprovar de forma alguma, ou perderia o financiamento. Quais eram, então, os recursos que eu tinha para estudar e garantir

uma boa formação? Passei a fazer resumos. Eu era, por assim dizer, um rato de biblioteca, acumulando muitas e mais muitas.

O livro era o meu amigo, o meu suporte para o estudo.



Passaram-se seis anos. Concluí a faculdade de Medicina e decidi que queria fazer Clínica Médica. Voltei a estudar e, nesse momento, deparei-me com a chegada dos flashcards. Eu vinha de uma formação tradicional, dos resumos, das idas à biblioteca, das madrugadas debruçada sobre os livros. A memorização rápida proposta pelos flashcards foi um divisor de águas. A partir daí, consegui revisar os conteúdos antes da prova de residência de forma objetiva e efetiva. E, de fato, passei em Clínica Médica.

Surgiu um novo desafio. Não era mais o desafio do FIES, mas o de uma menina recém-formada com pouca vivência prática. No meu primeiro plantão de Clínica Médica como residente, todos os preceptores faltaram. Eu era a única no hospital universitário, um prédio de quatro andares com todas as especialidades, para dar conta de tudo. A chefia da residência médica chegou para mim e disse: "Olhe, faça assim: você vai receber telefonemas de cada especialidade se precisar de ajuda". Como eu iria acordar um médico de madrugada? Não tinha como. Eu me desesperei.

Para me dar suporte, escolheram um colega de uma área não clínica. De repente, um paciente rebaixou, e fui pedir ajuda a ele. Era o meu primeiro plantão de residência. Ele me disse: "Nós vivemos mundos completamente diferentes. O seu mundo não é igual ao meu. Tente resolver. Se precisar de intubação, aí você me chama".

Uma angústia tomou conta de mim e nunca mais me deixou. Como pode? Como podemos estar tão verdes na residência e não conseguir sequer um ombro amigo para nos ajudar? Com a parceria da equipe de enfermagem, conseguimos vencer a noite e lidar com as intercorrências. Na manhã seguinte, ele se aproximou e perguntou: "E aí, doutora, deu tudo certo no plantão?". Faltou humanidade.

Venci a Clínica Médica e fui para a Reumatologia, minha área de especialização atual. Fui desafiada novamente: a minha colega residente engravidou. Minha preceptora de

reumatologia então disse: "Agora você vai dar conta sozinha de você e do papel dela. Não é por isso que vou suavizar o seu rumo".

Ao revisitar essas experiências, passei a me perguntar que tipo de formação desejamos oferecer a quem chega depois de nós. O acesso à informação mudou, mas a necessidade de apoio, de supervisão e de presença humana permanece.



Por isso, acredito que precisamos preparar um médico do futuro apto para a tecnologia, mas humanamente presente. A minha experiência com os desafios da medicina me mostrou que faltou o humanamente presente. E não é porque a tecnologia hoje nos aproxima da velocidade do acesso à informação que não podemos também preparar médicos humanamente presentes.

A medicina não é uma capa de super-herói. É um sacerdócio, uma escolha. Mas essa escolha precisa ter uma mensagem, um propósito: formar médicos de homens e de almas.

O paradoxo da geração pronta

Nathalia Franco Cavalcanti Andraous



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Começo por uma cena que, acredito, muitos aqui viveram. Eu tinha sete anos e uma fixação: Mary Poppins. Queria assistir todos os dias. Em casa, tínhamos um videocassete que insistia em travar, talvez por excesso de uso. Eu esperava meu pai chegar para desmontar o aparelho, liberar a fita e começar tudo de novo.

Num dia qualquer, no meio da semana, meu pai chegou mais tarde. Eu estava impaciente, querendo ver o filme mais uma vez. Ele me olhou e disse: “Primeiro, você precisa de calma. Segundo, ninguém pode deter conhecimento sobre você. Você quer assistir todo dia? Então vai ter que aprender.” Puxou a caixa de ferramentas, sentou-me à sua frente e me ensinou a usá-las.

Apreendi a desmembrar o VHS, abrir o videocassete, retirar a fita, remontar tudo. Daquele dia em diante, ganhei autonomia. Pude ver todos os filmes que queria, mesmo quando o VHS travava. Meu pai não sabe a importância desse dia. Mas ele se imprimiu em mim, moldou quem sou. Ficou como um traço nítido de memória e caráter.

Acredito que cada um teve um momento assim na formação: algo que nos fez querer aprender, algo que nos deu vontade de autonomia. Nós éramos a geração do atrito — a que precisava descobrir, insistir, resolver. Hoje, vivemos outro paradoxo. Tudo está à mão. E, quando tudo está à mão, quase nada precisa ser pensado. Falta o raciocínio crítico, a curiosidade de ir além. Falta a pergunta: como modificar? Como tomar uma decisão com autonomia? E como resgatar a curiosidade nas novas gerações que estão chegando?



Vivemos a utopia do conhecimento: a promessa de que basta um toque. O celular responde. Mas quem valida? Lá atrás, buscávamos nas enciclopédias, virávamos páginas, cruzávamos fontes. Hoje, aceitamos o que a internet nos dá — e nem sempre é verdadeiro. Muitas vezes, é uma alucinação de uma máquina. Aí habita o perigo: terceirizamos nossa curiosidade, nossa memória, nossa criatividade. Terceirizamos o impulso de ir além.

Esse é o exemplo que levo adiante, na minha vida e na formação da minha filha. Em 2011, Betsy Sparrow e colaboradores estudaram como a expectativa de acesso posterior à informação pode influenciar o que lembramos: em certas condições, lembramos melhor onde buscar do que o conteúdo em si. O estudo me faz pensar na relação entre memória, autonomia e ferramentas digitais.

Minha inquietação é o que acontece quando terceirizamos o esforço de pensar. Se aceitamos uma resposta sem investigar seu caminho, podemos perder a oportunidade de comparar, criar e aprender com nossos próprios erros. É esse risco que quero discutir, a partir da minha experiência como estudante, mãe e professora.

A virada de chave está aqui: entender que a inteligência artificial não deve ser uma decisão, mas uma bússola. Uma orientação, não um veredicto. Ela pode nos ajudar a compilar, organizar, abrir caminhos. A criação continua sendo nossa. O aprendizado exige atrito. O cérebro precisa de dificuldade para compreender de verdade. O desafio precisa fazer sentido e vir acompanhado de orientação e oportunidade de revisão.



O novo foco é a curadoria. A competência não é saber a resposta — é saber procurar. O conhecimento virou escavação: entrar nas informações, questionar, comparar, seguir por camadas. O segredo do progresso não está nas respostas que encontramos, mas nas perguntas que temos coragem de fazer.

O padrão traz conforto

Murilo Brasil de Carvalho Rocha



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Murilo Rocha.

Eu não sou da área da saúde, especificamente. Sou engenheiro, advogado e gestor de projetos, embora esteja fazendo uma pós-graduação em gestão em saúde. Sempre gostei muito de padrões, sempre busquei por eles. Como gestor de projetos e até como advogado, que lida muito com processos em sua formação, encontrei segurança neles. Essa curiosidade, essa chama por buscar padrões, por entender a melhor forma de conduzir as coisas, sempre esteve presente. Queria estabelecer uma maneira ideal para tudo, dentro de uma regra muito bem definida, muito bem enquadrada.

Curiosamente, por causa dessa busca, lidar com uma vida de muitas mudanças e incertezas sempre foi algo muito difícil para mim. Encontrei um refúgio para isso na leitura. Venho de uma família de educadores: meu avô era diretor de escola, meu pai também foi. Talvez isso tenha me formado essa pessoa que busca estar sempre organizada, direitinha – a postura de "mãos para trás" é algo bem típico.

Trabalho aqui na universidade há quase 20 anos, e me deparei com a problemática do ensino, especificamente a do padrão no ensino prático, que é algo muito difícil de estabelecer. A resposta parece ser sempre "depende". No ensino prático, numa avaliação como o OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado), o aluno acaba ficando à mercê das circunstâncias daquele dia: se o doutor é experiente, se almoçou direito, se tem prática naquela área. No fim,

tanto o aluno quanto, mais tarde, o futuro paciente, ficam reféns da orientação – ou da falta dela – recebida naquele momento.



Tentei encontrar uma solução dentro da minha lógica e da lógica do ensino em saúde. Pensei, junto com o professor Hermano, em desenvolver algo em que a Inteligência Artificial pudesse nos ajudar: um processo multimodal que auxiliasse no feedback para a formação do aluno. A ideia é que ele possa levar esse conforto ao seu paciente durante a formação e, no futuro, quando já for médico.

Porque não é só porque eu gosto de padrões que eles não sejam relevantes para todo mundo. O padrão traz conforto. Como a colega Natália mencionou anteriormente sobre o filme Mary Poppins, que ela gostava muito de assistir, é exatamente isso. Assistir àquele filme repetidas vezes nos coloca em uma situação de conforto, traz um acolhimento. Toda criança gosta disso, assim como gosta de ouvir uma música conhecida, de ler uma história familiar, de receber um abraço de alguém que ama.

Estabelecer esse padrão para o aluno, e consequentemente para o paciente, pode reduzir variações evitáveis e tornar as expectativas mais claras, para que o médico ou o paciente possam concentrar sua energia no que realmente importa: o tratamento, a cura, a recuperação. Para que o paciente possa confiar no que aquele médico está lhe passando. Aí está uma primeira vantagem de conseguirmos padronizar.

Mas aí vem o segundo ponto: não existe um padrão no afeto. Não existe padrão no acolhimento, no comportamento, na atitude. A IA nunca poderia substituir essa parte da vida. Aprender isso também foi muito difícil para mim. Aprender que nem tudo está sob nosso controle, que nem tudo pode ser padronizado.

No decorrer da vida, descobri que eu não teria uma família padrão. Por ser homossexual, eu não conseguiria reproduzir aquela forma de família tradicional, e também tive muita dificuldade com isso. Como lidar com essa realidade, com uma formação e uma continuidade que não são iguais ao padrão?



Fui então tentar entender, buscar soluções, compreender essa lógica e encontrar um caminho. O padrão serve, o padrão funciona, o padrão é muito bom. Ele nos dá a condição para termos calma e tranquilidade. Mas, ao mesmo tempo, a parte boa da vida é o humano. É o que a vida constrói, é o acolhimento, é o abraço. São as experiências que temos, os valores que buscamos, as pessoas das quais nos aproximamos e com quem resolvemos construir uma vida. É conseguir fazer com que o humano – as pessoas à nossa volta, seja o paciente, sejam os gestores – possa se concentrar em se recuperar, amar, abraçar e tudo o mais que o ser humano pode trazer e que a IA não resolve.

Isto foi mais uma tentativa de trazer uma experiência de quem está sempre buscando estruturas, tentando eliminar variáveis, mas que, ao mesmo tempo, tem aprendido – através do ensino, da vida, da profissão e do estudo – que nem todas as soluções nós vamos encontrar. E que, provavelmente, algumas delas não são para serem encontradas, mas para serem vivenciadas.

Doutor, eu vou acordar?

Rayh Freitas Ferreira



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Gostaria de falar sobre um tema que, acredito, gera dúvida em muitos. É um tema que eu gostaria de elucidar um pouco para vocês.

Quantos aqui já foram anestesiados? Muitas pessoas, imagino. Eu sou anestesista, formado há mais ou menos cinco anos, e nunca fui anestesiado. Nunca passei por nenhum tipo de procedimento cirúrgico, nada. Nunca fui internado. Mas essa dúvida permanece comigo: como seria a anestesia?

Muitas vezes, chegamos a um centro cirúrgico, um ambiente desconhecido. Frequentemente, não conhecemos o anestesista que estará ali conosco. Às vezes, o que se escuta é apenas o barulho do monitor, o seu bip constante, e é nesse momento que a realidade de que você será operado realmente faz sentido.

Como anestesista, com cinco anos de formação, ainda hoje fico nervoso quando vou realizar uma anestesia. Porque em minhas mãos está uma pessoa que, na maioria das vezes, eu não conheço. Uma pessoa que é o amor de alguém. Uma pessoa que está confiando sua vida a mim.

Uma coisa curiosa é uma pergunta que sempre fazemos ao paciente: "Do que você tem mais medo hoje? Da cirurgia ou da anestesia?". Na minha experiência, muitos respondem que é da anestesia. Então, uma das perguntas mais comuns que ouço é: "Doutor, eu vou acordar?".

E essa é uma pergunta que eu também me faço. Penso: "Deus, tomara que este paciente acorde". Porque eu não tenho a certeza absoluta de que ele vai acordar. Não tenho a certeza de que ele vai conseguir passar por aquele procedimento cirúrgico, por mais simples que seja o problema. Mesmo na cirurgia mais simples, muita coisa pode dar errado. Uma alergia medicamentosa que eu não consiga controlar, uma reação a outro medicamento que o cirurgião utilize, uma veia que se rompe e o paciente começa a sangrar...

E nesses momentos, você se pergunta: "Será que este paciente vai acordar?"



É por isso que hoje, quando vou começar a minha anestesia, meu coração ainda acelera um pouco. No dia anterior, sempre que possível, tento planejar a anestesia. Tento ver o que farei com meu paciente, individualizar cada caso e definir a melhor abordagem para aquela situação. E a pergunta, "Doutor, eu vou acordar?", ainda é uma que me faz pensar: "Deus, tomara que ele acorde". Por mais simples que sejam a cirurgia e o procedimento anestésico.

Então, o paciente fecha os olhos, e você entra naquele estado de procedimento. Às vezes demora, às vezes é rápido. E quando o paciente abre os olhos, muitas vezes vendo o refletor do foco cirúrgico, vem o alívio: "Graças a Deus, o paciente acordou". Muitas vezes, não depende só de mim. Depende de Deus também.

Foi a partir dessa reflexão que surgiu uma ideia. Muitos alunos de medicina não sabem anestesia. Eu mesmo, às vezes, sinto receio ao realizar minhas anestésias, porque me questiono sobre a melhor maneira de proceder. E senti que preciso ensinar a outras pessoas o melhor procedimento, como fazer, como criar um ambiente controlado e seguro para que possam aprender anestesia – algo que não vemos no internato, nem durante a nossa carreira acadêmica.

Comecei a pensar em qual seria o melhor método para ensinar o procedimento anestésico. Seria trancar meu aluno numa sala? Seria criar grupos tutoriais? Qual seria o melhor caminho para ensinar as pessoas um pouco sobre anestesia?

Eu escolhi a porta. Escolhi "trancar" o aluno em um ambiente seguro para poder ensiná-lo. O método que encontramos foi colocar o aluno em um local onde ele pudesse ter atenção,

obter respostas rápidas; onde eu pudesse gerar um clima de suspense e, ao mesmo tempo, um ambiente seguro para o aprendizado. Foi aí que surgiu a ideia da gamificação do ensino, através de recompensas, aprendizados, desafios e desenvolvimento de habilidades, onde ele poderia atingir seus objetivos. Com isso, eu poderia tentar transmitir um pouco mais dessa tensão, desse medo, e ao mesmo tempo extrair as respostas dos alunos para que eles pudessem aprender mais.

É preciso lembrar que nunca cuidamos de um desconhecido. Cuidamos sempre de alguém que é o mundo inteiro para outra pessoa.



Através desse ambiente seguro, desse local onde os alunos poderiam aprender de maneira eficaz, surgiu essa proposta. Ainda não sabemos se a gamificação é a melhor maneira de aprendizado; essa talvez seja uma resposta que teremos depois, embora vários estudos já apontem nessa direção. Em nosso trabalho, ainda buscaremos essa resposta. A ideia é que um ambiente seguro, virtual, e que utiliza a inteligência artificial, seria a forma mais adequada para tentarmos motivar os alunos a aprender.

E falando de mundo inteiro... é na minha família que reconheço, todos os dias, o sentido dessa expressão.

Os encontros da vida que me levaram a cuidar de mulheres

Renata Guedes Vidal Santos

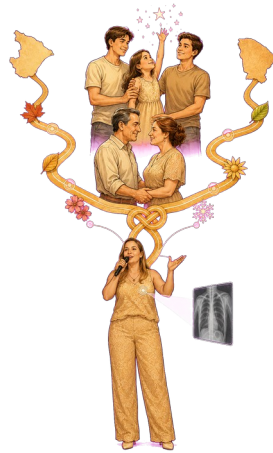


Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Renata Guedes. Sou médica radiologista e faço parte da turma 6 do mestrado da Unichristus. Estou aqui para falar sobre encontros.

Sou filha de um encontro: o de um sergipano com uma cearense. Deles nasceram três filhos, e eu sou a mais nova. Meus pais se conheceram, depois se afastaram e, após cinco ou seis anos, reencontraram-se. Decidiram ficar juntos e formar uma família. Como a caçula, fui a filha mais empoderada, aquela que podia sonhar mais, que tinha mais liberdade, mesmo tendo dois irmãos homens mais velhos.

Sempre fui uma menina animada, feliz, comunicativa. Gostava de fazer teatro. Eu tinha uma tia chamada Marilsa, que não teve filhos e me adotou como uma. Minha tia, que morava no Paraná, era médica e já partiu. Ela tinha uma amiga, Maria Helena, ginecologista obstetra, que ainda está entre nós. Naquela época, por volta do ano 2000, a regulação não era tão rígida. Assim, com nove ou dez anos, eu já frequentava a sala de parto. Assisti a partos normais e cesarianas, acompanhei pré-natais e curetagens. Estava imersa na saúde da mulher, achava tudo fantástico, divertido, sem ainda compreender a importância que aquilo teria na minha vida.



Veio a adolescência, depois a faculdade. Na universidade, pensei que seria pediatra, mas logo percebi que não era a minha praia. Não sabia se aguentaria a cirurgia; meu desejo era ver por dentro sem precisar abrir. Então, escolhi a radiologia. Notei um padrão: embora não quisesse a ginecologia e obstetrícia, meu interesse sempre se voltava para o cuidado com as mulheres. Aquele encontro com a saúde feminina na minha infância, na pré-adolescência, havia deixado uma marca.

Durante o ano em que trabalhei no Provab, em Ubajara, na serra da Ibiapaba, a grande maioria dos meus pacientes na atenção básica eram mulheres. Meu projeto se concentrou na mamografia, buscando incentivar o exame em mulheres a partir dos 50 anos, obter um retorno sobre os resultados e criar uma cultura de prevenção. Muitas diziam: "Não, doutora, não vou fazer, vai tirar um pedaço do meu peito". A informação não era tão acessível como hoje, nem para elas, nem para nós. Éramos um veículo de educação em saúde para aquelas mulheres de um pequeno sítio na zona rural, a doze quilômetros da sede. Além de médica, eu era um vetor de conhecimento.

Quando entrei na residência, a saúde da mulher continuou a brilhar aos meus olhos. Como médica, naturalmente acabam direcionando mais pacientes mulheres para nós, seja por vergonha, preconceito, medo ou dor. Eu gostava muito de recebê-las. E quando comecei a trabalhar, essa tendência se manteve. Foi então, depois de terminar a residência e com o início da terapia, que coincidiu com a pandemia, que percebi com clareza: eu tenho esse cuidado e gosto de cuidar de mulheres. Nós, mulheres, temos que nos ajudar, nos empoderar e nos educar.

Eu recebia muitas pacientes com dores pélvicas crônicas, a maioria subdiagnosticada, e muitas apresentavam sinais e sintomas sugestivos de endometriose. Pensei: se gosto tanto da saúde da mulher, deste cuidado, deste encontro com este tipo de paciente, por que não entrar no mestrado? Por que não desenvolver um projeto de pesquisa focado no diagnóstico precoce da endometriose? As pacientes chegam com um histórico de oito, dez, doze anos de sofrimento. A dor, para a mulher, é muito normalizada. Ela acredita que é comum sentir cólica, que é normal sentir dor de cabeça.

Meu objetivo é sair desse lugar-comum. Não é normal sentir dor. Não é normal deixar de fazer suas atividades por causa da dor. Quero ensinar os médicos recém-formados, aqueles que estarão na linha de frente — que muitas vezes atuarão na porta de entrada do SUS —, a pensarem nesse diagnóstico. Quero mostrar-lhes os principais exames de imagem, como o ultrassom com mapeamento e a ressonância de pelve com pesquisa de endometriose. Quero ensiná-los a desconfiar a partir dos sintomas, a saber como tratar e para quem encaminhar.



Acredito que tudo nasce daquele encontro inicial, de um sergipano e uma cearense. E do encontro com uma tia que acreditou no meu potencial para ser uma boa médica e fazer o bem a outras pessoas, principalmente a outras mulheres. É isso que eu queria compartilhar com vocês.

O aluno que transformou minha forma de ensinar

Vanessa Rolim Bessa Iepsen



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Sou professora de um curso de Medicina. Ensino pessoas inteligentes, responsáveis, capazes de aprender conteúdos complexos e, sobretudo, de cuidar da vida de outras pessoas. Mesmo assim, quem transformou minha forma de ensinar não sabe ler nem escrever. É esse rapaz aqui: meu filho, Arthur.

Arthur tem três anos. É curioso, questionador, e adora brincar de carrinho no chão da sala. Quem convive com crianças pequenas vai entender: ele atravessa o dia me perguntando uma coisa, sempre a mesma, de maneiras infinitas. “Mamãe, por quê?” Eu respondo. “Mas, mamãe, por quê?” Eu tento explicar. “E mamãe, por quê?” Às vezes, são três, cinco “porquês” seguidos. Há momentos em que eu já não sei o que dizer. Há outros em que, honestamente, eu só queria que ele parasse.

Foi por causa desses “porquês” que comecei a prestar atenção. Por que ele pergunta tanto? Porque é curioso. Ele vê o que nos passa batido, quer saber o que é, para que serve, por que está ali, por que quebrou, por que é assim. E aprende assim: descobre regras, funções dos objetos, palavras novas; aprende a se relacionar, a se comportar — tudo a partir dessas perguntas que pontuam o dia. A gente vê o aprendizado se desenhar numa criança de três anos.



O que isso tem a ver com ser professora? Muito. Eu preparava minhas aulas com cuidado: revisava bibliografia atualizada, caprichava nos slides, passava horas buscando boas imagens. E, aparentemente, os alunos aprendiam. No fim da aula, eu perguntava: “Alguma dúvida?” Nenhuma. Faziam a prova, muitos tiravam notas altas. Um mês depois — às vezes menos —, quando discutíamos um novo caso e eu retomava um conteúdo, como escabiose, ninguém lembrava do que tínhamos conversado. O que estava acontecendo? O que eu estava fazendo de errado?

Voltei ao Arthur. Como uma criança de três anos aprende? Brincando, se desafiando, tentando fazer o que deseja fazer. Ele não tem medo de errar, de perguntar, de se expor. E como aprendem meus alunos? Em geral, sentam numa sala, recebem um conteúdo, fazem uma prova, seguem adiante. O que esses dois mundos têm em comum? Para fixar conhecimento e torná-lo útil, é preciso participação.

Meu filho aprende porque faz, pergunta, põe a mão na massa. Se meu aluno permanece apenas passivo, perco a oportunidade de envolvê-lo mais profundamente na aprendizagem. Ele precisa sentir curiosidade, essa necessidade de saber que hoje move o meu filho. Como despertar isso? Existem metodologias ativas; a gente usa algumas. Ainda assim, até nas tutorias, no meio de uma discussão interessante, eu me deparava com um ou dois alunos desconectados. Isso me inquietava. Como fazer com que eles se empolguem como os demais?

Passei a estudar maneiras de cultivar interesse, motivação e engajamento. Percebi que o que funciona com o Arthur pode funcionar com eles: estratégias diferentes, brincadeira, jogo. Com o meu filho, às vezes eu digo: “Vamos lá, quem chegar primeiro no banheiro ganha.” Na turma, comecei a usar games, quizzes, discussão de casos clínicos. E me surpreendi positivamente.

Mudei a pergunta que me guiava. Deixei de me perguntar “como posso explicar melhor?” e passei a me perguntar “como posso prender a atenção do meu aluno e fazê-lo participar?”. Antes, eu achava que ensinar era dar respostas: estudar muito, saber tudo do capítulo, estar preparada para qualquer pergunta e, assim, ser uma boa professora. Hoje eu sei que não. Para

ensinar bem, também é preciso aprender a perguntar. Fazer as perguntas certas pode acender o interesse, provocar o engajamento. Talvez seja isso que define um bom momento de aula.



O aluno que mais me ensinou sobre ensino tem três anos. Não sabe ler, não sabe escrever. Mas me deu uma lição poderosa, a que eu repito sempre que começo um semestre ou entro em sala: ninguém aprende sendo apenas espectador. Precisamos fazer parte do processo. E nós, educadores, temos o dever de trazer nossos alunos para o centro, como participantes ativos de uma via de mão dupla, o ensino e a aprendizagem.

O clone

Alison Wilian de Souza Pereira



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Sou Alison, médico-psiquiatra. Vou ser breve na apresentação para irmos direto ao ponto: psicofobia. Antes de entrar no tema, trago dois casos clínicos. Peço licença para a encenação.

Quase entrei para o elenco de O Clone; então, me permitam entrar no personagem.

Ser ou não ser? Eis a questão. Será mais nobre suportar as pedradas e flechadas de um destino feroz ou pegar em armas contra o mar de angústias e tentar pôr-lhe fim? Morrer: dormir — só isso. E, com o sono, dizem, extinguir as dores do coração e as mil mazelas a que a alma é sujeita. Pois quem — quem, meu cumpade? Meu cumpade: a versão nordestina de Shakespeare. É o Hamlet do sertão. Quem, meu cumpade, aguentaria a afronta do opressor, os insultos do mundo, as pontadas do amor humilhado, podendo encontrar repouso em um simples punhal?



Fundo, né? Esse é o caso clínico número 1.

Caso clínico número 2: eu, estudante de medicina no ambulatório de psiquiatria do Hospital Onofre Lopes, UFRN, atendendo, nesta cena fictícia, uma pessoa com esquizofrenia. Ele relatava alucinações auditivas: vozes de comando que o ridicularizavam, xingavam, ordenavam. Um detalhe curioso: as vozes surgiam em vários idiomas — inglês, espanhol, francês, aramaico. Eu, concentrado, anotando, até que me veio um estalo:

— O senhor fala aramaico?

— Não.

— Como é que o senhor sabe o que a voz diz?

— Doutor, é porque a voz vem dublada.

Essa é uma brincadeira com a ideia de dublagem, dentro da cena fictícia que estou construindo.

Sim, rimos. Feio, não é? Rimos de um paciente. Ninguém vai para o céu. Brincadeira. Não iremos para o inferno por isso, porque o primeiro paciente foi criado por Shakespeare, e o segundo, por mim. Estamos salvos — por ora. Não garanto nada mais. O ponto é: respeito é essencial no atendimento. E o humor, aqui, foi intencional — para introduzir nosso tema.

Ambos os pacientes sofrem. O primeiro, em luto profundo, flertando com o suicídio. O segundo, assediado pelas vozes. Como tantos na psiquiatria: quem vive com TOC, com ansiedade, com depressão. Em comum, há sofrimento clinicamente significativo e perda de funcionalidade — nas relações, no trabalho, nos estudos. É a condição para classificarmos um transtorno psiquiátrico.

Entra então o termo psicofobia. Não é “medo da mente”. Fobia, aqui, é aversão e discriminação; psico, relacionado ao transtorno mental. Psicofobia é a aversão às pessoas com adoecimento psíquico. Existe? Claro. Está nos gestos miúdos do cotidiano: a piada com o parente que “já está no clonazepam”; o chefe que, ao ver o CID-10 no atestado, reprova em silêncio e passa a tratar diferente o funcionário que busca assistência. Está na vergonha de

dizer “vou ao psiquiatra”, “vou ao psicólogo”, enquanto ninguém hesita em dizer “vou ao cardiologista”, “vou ao endócrino”. Ok: proctologista ainda constrange alguns — mas hoje não é a TED Talk da proctofobia; é a da psicofobia. A procto que se defenda depois.

Por que importa falar disso? Porque o preconceito gera consequências nocivas. A psicofobia faz o indivíduo adiar o cuidado, esconder o sofrimento do amigo, da família, do médico. E o que acontece com quem não busca atendimento? Sofre mais, perde funcionalidade, e pode chegar a desfechos graves. Sim, inclusive a morte por suicídio.



Falar sobre sofrimento psíquico pode ajudar outras pessoas a procurar cuidado. Gostaria de encerrar com esse convite: que possamos conversar sobre saúde mental com a mesma abertura e o mesmo respeito que dedicamos a outras condições de saúde.

E o menino “vingou”

Danilo Santos Guerreiro



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Danilo Guerreiro e sou pneumologista pediátrico.

Antes de mais nada, peço desculpas por qualquer imprevisto. Já faz sete noites que não durmo. Estava tudo tranquilo, mas depois que a doutora Melissa anunciou que montaria um palco, com luzes e divulgação por toda a faculdade, a pressão mudou. Tive que comprar até uma roupa nova para esta aula.

Meu tema hoje se baseia em educação médica e prevenção. E, para falar sobre isso, nada melhor do que contar um pouco da minha história.

Poucos sabem, mas minha história começa com um nascimento muito difícil. Nasci prematuro. Trinta e seis anos atrás, um bebê de seis meses, pesando um quilo, tinha chances de sobrevivência mínimas. Fiquei 45 dias internado com problemas respiratórios, lutando para ganhar peso. Pelo menos, essa é a história que meus pais me contam – e sabemos que pais e mães tendem a aumentar um pouco as coisas.

Mesmo assim, passei por muitos problemas. Houve transferências de um hospital para outro em busca de mais recursos. Em uma dessas, meu pai me transportou na incubadora dentro do próprio carro, sem as condições adequadas daquela época. Durante minha internação, ocorreu um surto de infecção hospitalar; vários bebês foram a óbito. Eu sobrevivi. Meus pais dizem que, mesmo doente, mesmo quando os médicos já não acreditavam que eu "ia vingar", eu estava lá, chorando, com vigor, com vontade de viver.



Naquele tempo, não havia o suporte de ventilação mecânica que temos hoje. Até a alimentação era um desafio. Segundo o relato da minha família, os recursos disponíveis para me alimentar eram limitados. Era comum recorrer a mães de leite, e eu tomei o leite de várias delas. Às vezes, o passado me encontra de formas inesperadas. Imagino estar na rua e uma senhora me abordar: "Danilo, tudo bom? Sou sua mãe de leite." Chega a dar uma certa náusea. A infância também teve seus momentos. Lembro-me, como se fosse hoje, de estar na quadra do colégio e uma menina se aproximar: "Oi, Danilo. Sabe quem eu sou? Sou sua irmã de leite." É... complicado. Quando conheci minha esposa, uma das primeiras coisas que perguntei foi se ela morava ali pelo bairro de Fátima.

Mas por que estou contando tudo isso? O que a minha história tem a ver com prevenção? A princípio, talvez nada. Escolhi essa história porque era a única que eu tinha para contar.

No entanto, ao recapitular tudo como pneumologista pediátrico, penso: "Poxa, eu tive muita sorte." Sobreviver a infecções, ser transportado em uma incubadora de vidro dentro de um carro, o que quer que aquelas mães de leite tivessem... e estar aqui hoje, aparentemente saudável. O nome é Guerreiro, mas, somando tudo, acho que foi sorte. Ou talvez meus pais tenham criado uma história fictícia, porque foi sorte demais.

A reflexão que fica é: será que outras crianças terão a mesma sorte que eu? Será que outras, nascendo nas mesmas condições ou com outras doenças, terão o mesmo destino? Talvez não. Muitas vezes, a sobrevivência e um melhor prognóstico não dependem da sorte, mas de uma escolha ou de um conhecimento médico.

No meu trabalho, lido com a fibrose cística, uma doença rara, crônica, progressiva e sem cura. Para ela, o diagnóstico precoce e os sistemas de triagem são fundamentais. Quanto mais cedo eu diagnóstico, melhor a qualidade de vida que posso proporcionar à criança. Tenho mais tempo para oferecer suporte de fisioterapia, tratamento e cuidados. Poder diagnosticar uma criança com poucos dias de vida e dar a ela uma chance melhor é algo muito importante. E, como médicos, nem sempre nos damos conta do poder que temos de definir o futuro de alguém com uma única escolha.

Hoje, me deparo com muitos diagnósticos tardios. Crianças que passaram por vários médicos e profissionais da atenção primária, que tinham em mãos um resultado de triagem neonatal alterado, mas que, por alguma razão, passou despercebido, não recebeu a devida atenção ou foi encaminhado de forma errada. O tempo foi perdido, e hoje elas sofrem as consequências.

Mas também temos o contrário: crianças que tiveram a oportunidade, passaram pelo sistema corretamente e hoje estão vivas, bem, com família, cursando faculdade. Tenho várias histórias para contar.

O que quero deixar aqui é que tudo isso depende de uma escolha. Meu trabalho no mestrado se concentrou em verificar o conhecimento médico sobre esse tema. Testamos pediatras, médicos da família e enfermeiros, e os resultados foram tristes. Vimos que há muito o que melhorar, especialmente na atenção primária, a porta de entrada do nosso sistema de saúde. Cerca de 50% dos médicos não sabiam como encaminhar um teste do pezinho alterado, para onde referenciar, o que era a doença ou qual exame a detectava.



Isso me deu um estímulo para continuar meu trabalho, focando na educação médica. Como outros já disseram aqui, é fundamental passar o conhecimento correto, criar tecnologias que incentivem o aluno a aprender e o médico a se capacitar de forma mais fácil e prática.

Educar para a prevenção é prevenir para o futuro.

Termino com uma reflexão: o cuidado se constrói nas escolhas que repetimos. A educação pode nos ajudar a tornar essas escolhas mais conscientes, para que o futuro de uma criança dependa cada vez menos da sorte.

Vá ao oftalmologista!

Ingrid Cavalcante Sarquis



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Sou médica e escolhi a melhor subespecialidade de todas. Não sei se compartilhamos do mesmo pensamento, mas sempre que vejo um olho, não o imagino apenas como a esfera que define a cor dos nossos olhos ou que molda a nossa fisionomia. Quando vejo essa imagem, imagino logo: como será a córnea dessa pessoa? Fina, grossa? O cristalino ainda está transparente ou já opacifica? E sempre torço para que a retina esteja bem colada, lá no fundo do olho.

Sou oftalmologista. Minha escolha começou na infância, quando vi meu avô ficar cego por conta do glaucoma. O meu parceiro de cabelos brancos começou esbarrando nos móveis da casa. Foi perdendo a visão periférica, até não enxergar mais nada. E então, eu perdi o meu avô para o glaucoma.

Meu avô não sentia nada. Talvez por isso ele nunca tenha visto a importância de ir ao oftalmologista.

Vá ao oftalmologista.

Imagina ter sua vida normal. Você acorda, toma banho, se alimenta, vai trabalhar, vai passear. Agora, imagine essa grande janela para o mundo, projetada pelos nossos olhos, se apagando paulatinamente. O glaucoma é mais ou menos assim: uma doença silenciosa, traiçoeira, que não avisa quando chega. Foi essa perda gradual que testemunhei na vida do meu avô.



O glaucoma pode danificar o nervo óptico e causar perda visual irreversível. Reconhecer e tratar o problema precocemente pode ajudar a proteger a visão.

A experiência com meu avô tornou esse tema próximo de mim. Quando a perda visual acontece dentro de casa, ela deixa de ser uma informação distante e passa a transformar a rotina de toda a família.

O tratamento não recupera a visão perdida; busca reduzir a progressão do dano. Por isso, não devemos esperar perceber dificuldades para procurar avaliação.

Idade, história familiar, condições oculares e medicamentos utilizados merecem avaliação individual. O risco varia conforme o tipo de glaucoma.

A investigação envolve exame oftalmológico e avaliação do nervo óptico, da pressão intraocular e do campo visual. O tratamento pode incluir colírios, laser ou cirurgia, conforme a situação de cada pessoa.

Os tipos mais conhecidos são o glaucoma de ângulo aberto e o de ângulo fechado, conforme a região de drenagem do líquido intraocular.

Reduzir a pressão intraocular é um objetivo importante do tratamento. Mas o glaucoma também pode ocorrer em pessoas cuja pressão está dentro da faixa usual. A pressão, isoladamente, não define o diagnóstico.

Muitas formas da doença começam sem sintomas. Já uma crise aguda pode causar dor ocular intensa, olho vermelho, náusea e visão embaçada, exigindo atendimento imediato. A avaliação oftalmológica permite reconhecer essas diferenças.

A conscientização sobre o glaucoma precisa se traduzir em cuidado: conhecer a própria história, procurar avaliação e manter o acompanhamento indicado.

Nascer cego e ficar cego são dois processos psicológicos totalmente diferentes. A perda visual pode trazer sofrimento e exigir adaptação e apoio, vividos de forma singular por cada pessoa.



Por isso, vá ao oftalmologista!

Minha avó e uma lição de vida

Lennon Soares Mesquita Cavalcante de Vasconcelos



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Sou Lennon, médico intensivista, mas esta pequena conversa que teremos não é exatamente sobre medicina intensiva, nem sobre educação propriamente dita.

Primeiramente, queria parabenizar todos os meus colegas. Vocês foram muito bem, algo realmente notável. Eu não esperava que falassem tão bem, e confesso que gostaria de ter sido aluno de vocês para ver de perto. Foi excelente.

Uma coisa que me chamou muita atenção neste mestrado como um todo não foi tanto a educação, mas a parte da tecnologia em si. É fantástico o ponto em que chegamos e a quantidade de informação que recebemos sobre como a tecnologia ajuda, possibilita e facilita a própria educação e também a nossa vida. Por isso, esta imagem me chamou tanto a atenção: à medida que evoluímos, a tecnologia vai fazendo parte de tudo e modificando tanto a nossa forma de viver como a de interagir com os outros. Ela está presente não apenas em nossas aulas ou no uso de um micro-ondas e um celular, mas na possibilidade de evitar problemas, não só de resolvê-los.

Essa reflexão me marcou porque minha avó, aos 94 anos, tem Alzheimer. Quando comecei a trabalhar no Hospital da Restauração, encontrei muitos idosos internados após quedas. A gravidade dessas situações me fez pensar no que poderia acontecer dentro da minha própria família.



Voltando à minha avó, ela está em um quadro demencial no qual já não consegue andar. Quando falamos da funcionalidade do idoso, a perda da autonomia — a capacidade de se cuidar, de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária — reflete muito na necessidade de outra pessoa. Aquilo que ela estava acostumada a fazer a vida inteira, agora exige ajuda. Andar, se locomover, comer e beber água: para tudo ela precisa de alguém. O ato de andar, que para muitos de nós é básico, torna-se uma grande dificuldade, impondo riscos à própria vida.

Essas experiências me levaram a pensar na prevenção de quedas e no acesso rápido à assistência. São desafios que envolvem a casa, a família, os serviços de saúde e as condições de vida de cada pessoa.

Muito do que vimos no mestrado foi sobre como poderíamos usar a tecnologia para educar outras pessoas — tanto a comunidade, como vimos em um dos módulos, quanto os alunos, ensinando-os a estudar e como podemos transmitir o que aprendemos. Mas a tecnologia possibilitando a redução da mortalidade, fazendo parte dessa solução, pareceu-me algo fantástico. Quando a doutora Melissa pediu que escolhêssemos um tema que nos conectasse, que chamasse a nossa atenção, isso não saiu da minha cabeça.

Então, no meu primeiro plantão no Hospital da Restauração, vi que metade da UTI era composta por vítimas de queda da própria altura. Eu esperava encontrar casos de intoxicação, queimaduras, traumatismo cranioencefálico, acidentes de moto... mas eram quedas. E mais da metade dos meus pacientes tinha mais de 70 anos. Estar em um hospital público e ver isso me deu muito medo de que algo semelhante acontecesse na minha família. Imagino que, se vocês tiverem empatia ao ver um paciente mais idoso, esse sentimento também pode refletir.

Eu fiquei assustado. Como intensivista, eu estava tratando de dez pacientes. Mas uma gerente de saúde cuidará de muito mais pessoas; um secretário de saúde terá a responsabilidade sobre uma população inteira. E quando falamos de saúde pública, um único equipamento de tecnologia individual pode acabar afetando os gastos hospitalares de muitas pessoas.

Digo isso porque, quando me assustei, fui pesquisar: "O que posso fazer pela minha avó para que, se algo acontecer, alguém possa ajudá-la rapidamente?" Um fato é que ela tem cuidadora, mas imagino que a maioria dos idosos não tenha, pois é muito caro e exige muitos recursos. Na saúde pública, isso não é uma realidade possível.

Já tive alguns pacientes idosos que, depois de cair, desenvolveram um medo imenso de cair de novo. A própria reabilitação se torna um grande problema, e percebemos que aquilo

afeta toda a família: é um cuidador a mais, são mais visitas, é um paciente que fica restrito ao leito, podendo desenvolver úlceras de pressão. Isso complica todo o sistema de saúde e gera mais gastos.

No meio desse susto, descobri relógios inteligentes com detecção de quedas. Em modelos compatíveis, o recurso pode reconhecer uma queda forte, emitir um alerta e ajudar a acionar socorro. Achei importante conhecer essa possibilidade, embora ela não substitua os cuidados diários nem um plano de prevenção.

Esta conversa é também um convite a conhecer soluções fora da nossa área habitual. Sensores e sistemas de alerta podem integrar redes de apoio, desde que se entenda o que detectam, quem recebe o aviso e como a ajuda chegará.

O funcionamento depende do dispositivo, das configurações e da conectividade. Nem todas as quedas são detectadas, e movimentos intensos podem gerar alertas indevidos. Detecção de queda não equivale a diagnóstico de síncope ou de arritmia. Antes de confiar em um recurso, precisamos conhecer seus limites e combinar como a família responderá aos alertas.

Penso muito em como, na ponta de um hospital terciário, recebendo um paciente que já percorreu um longo itinerário terapêutico, que já passou pelo pré-hospitalar e pela atenção primária, nós julgamos com muita facilidade. Pensamos: "Era só ele não ter caído". Mas cair representa que ele tentou andar, que tentou viver e seguir com a vida. E quando vemos a possibilidade de essa pessoa ter um socorro mais rápido e ágil, isso também possibilita um prognóstico melhor.



Houve um caso que me marcou muito. No mesmo mês em que comecei a trabalhar lá, um paciente ficou um dia inteiro no chão porque morava sozinho. O vizinho sentiu sua falta porque ele não desceu para comprar pão no horário de sempre. O vizinho bateu na porta, ninguém respondeu. Ele arrombou a porta com o síndico, porque ficou impressionado com o fato de o homem nunca faltar ao seu hábito. E o encontraram no dia seguinte, desidratado, hipotenso. Chegou ao hospital muito mal.

Esse homem teve alta, graças a Deus. Mas penso em como, para muitas famílias, essa tecnologia, ainda que cara, pode ser útil. Minha intenção não é apenas mostrar a vocês a capacidade de um smartwatch, mas também a importância de nos permitirmos ver que existem formas de evitar ou, pelo menos, diminuir problemas cotidianos.

Muito do que aprendi com vocês foi sobre como a tecnologia na saúde é um campo vasto para todos. Mas queria encerrar por aqui.

Humanização

Regia Cristina Batista Lopes



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Régia, sou enfermeira e advogada, com pós-graduação em UTI, emergência, saúde pública e direito penal.

Escolhi o tema da humanização no cuidar porque acredito que a humanização perpassa todas as categorias profissionais. Precisamos ter um olhar focado nesse cuidado para com o paciente, para que não nos percamos apenas no tratamento da doença. É preciso pensar que, além do tratamento direcionado para uma patologia, aquele paciente muitas vezes também procura uma escuta positiva, um acolhimento. A humanização no dispensar do cuidado é uma forma de abrigá-lo, de acolhê-lo, para que ele possa se sentir humano.

Embora eu seja evangélica, parto da premissa de que esse cuidado humanizado já está presente biblicamente. Quando Deus mostra que o primeiro mandamento é amar a Ele sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo, esse mandamento engloba tudo. Nós não nos tornamos humanizados passivamente; temos que querer ser humanos, querer fazer o bem, querer acolher o paciente de uma forma integral.

Então, o que é a humanização do cuidado? É integrar aquele ser humano como pessoa, tratá-lo da melhor maneira possível, dar todos os cuidados necessários e observar suas maiores dificuldades. Como servidora pública do Hospital de Maracanaú e do Programa de Saúde da Família aqui em Fortaleza, sempre pautei minha vida, desde que me tornei adulta, na importância de tratar bem as pessoas: os colegas, os pacientes e seus familiares. Principalmente no PSF, onde nosso trabalho engloba a família inteira, notamos que o

paciente tem uma adesão muito maior ao tratamento quando nos tornamos seus amigos, mais íntimos e familiarizados com seu núcleo. Isso demonstra segurança e promove a aceitabilidade do tratamento.



Vejo também a situação ímpar dos idosos. Eles merecem um cuidado diferenciado, pois já chegam tão carentes após uma vida inteira de desgastes e, muitas vezes, de vulnerabilidade social. Nessa faixa etária, eles buscam uma atenção amiga. Não querem ver o médico, o enfermeiro ou os outros profissionais de saúde como meros técnicos, mas como pessoas que os apoiam e os acolhem.

Para que serve a humanização? Ela constitui um processo de cultura organizacional. Mesmo que entendamos ser nossa obrigação ver o outro como ser humano, a decisão de tratá-lo com humanidade é uma escolha pessoal que fazemos na vida adulta. Essa decisão já não passa por nossos pais; somos nós que definimos se aquela pessoa — seja alguém da nossa casa, do nosso trabalho, ou alguém que ocupa uma função hierarquicamente inferior — tem a mesma importância que nós. É fundamental o respeito e a valorização da pessoa humana para desenvolver ações que melhorem o atendimento ao paciente.

O principal objetivo da humanização na saúde é o acolhimento da dor e a aproximação na relação entre o profissional e o indivíduo. Quero salientar que acolher a dor não se resume a prescrever analgésicos ou anti-inflamatórios. Resume-se também a permitir que o paciente fale de suas necessidades, que ele abra um leque de perguntas e que nós estejamos disponíveis para tirar suas dúvidas. Muitas vezes, logo no início da carreira, sentimo-nos donos da razão, acreditando que o que dizemos deve ser seguido à risca. Mas na maioria das vezes, não é assim. Também precisamos ouvir o paciente para construir uma relação interpessoal muito melhor e alcançar uma adesão que torne o resultado do tratamento verdadeiramente positivo.

Gostaria de deixar uma reflexão: que, durante nossa trajetória profissional, tenhamos sempre o zelo de colocar o tratamento humanizado acima de todas as coisas. Muitas vezes, as pessoas se sentem extremamente vulneráveis e necessitam de um acolhimento que, de forma mais esperada, nós, profissionais da saúde, sabemos oferecer. Somos nós que podemos dar

esse retorno, trazendo-as para perto e enriquecendo nossa vida e nossa relação profissional-paciente.



A humanização é mais do que títulos. Eu posso ter vários diplomas, doutorado, pós-doutorado. Mas se eu não tiver a humildade de saber que a humanização é preponderante no meu relacionamento com o paciente, de nada adiantará.

Seleção natural da tecnologia

Theo Marcilio Pompeu



Registro da apresentação no MESTED Talks.

Meu nome é Theo Pompeu, sou médico da saúde da família, e hoje gostaria de conversar um pouco com vocês sobre tecnologia e saúde. São duas áreas que me fascinam, sobre as quais gosto de ler e refletir, e percebo que, por vezes, elas podem trazer um pouco de medo.

Refletir sobre a evolução da radiologia me inspirou a pensar em como uma tecnologia abre novas perguntas. Começamos a estudá-la, a testar suas possibilidades e, de repente, descobrimos caminhos que antes não imaginávamos.

Contudo, como a história nos ensina, se não tivermos os devidos cuidados, a tecnologia pode acarretar problemas sérios para as pessoas, para as comunidades, para a vida. Portanto, devemos sempre andar com um certo receio, com cautela, mas sem nunca deixar de avançar. A intenção desta conversa é justamente motivá-los a não parar de caminhar em direção ao futuro tecnológico, mas a fazê-lo de forma consciente.

A tecnologia se transforma e se conecta a outras tecnologias. Uma conversa leva a um link, que nos conduz a outro conteúdo, e assim por diante. O correio não deixou de existir, mas mudou junto com nossos hábitos: muitas cartas deram lugar a mensagens, enquanto as encomendas passaram a fazer parte da rotina. Eu mesmo recebi um pacote e pensei em como essas mudanças já estão dentro de casa.



Precisamos olhar para o que ainda parece difícil e continuar aprendendo. A tecnologia amplia possibilidades, mas seu uso exige cuidado, reflexão e disposição para rever escolhas.

Hoje, percebo um medo palpável. A inteligência artificial irá dominar o mundo? Irá nos destruir e governar? Essas questões já alimentam livros, filmes e debates teóricos e práticos. Se perguntarmos à própria IA, ela pode até responder que sim, irá dominar o mundo. Precisamos ter cuidado, mas não podemos ceder ao medo. Assim como o pessoal do Correio, que precisou crescer, mudar e avançar, nós também precisamos nos adaptar.

Precisamos pensar em como utilizaremos as novas tecnologias, por que as utilizaremos e se elas realmente terão lugar em nosso futuro. Alguém aqui se lembra do ICQ, o MSN de antigamente? Ou do Orkut? Ambos morreram. Surgiu o “Hello” para substituir o Orkut, mas acho que ninguém sequer soube que ele existiu antes de também desaparecer.

Uso a expressão “seleção natural da tecnologia” como uma metáfora. Algumas ferramentas se difundem, outras perdem espaço, e novas soluções surgem. Essa trajetória envolve escolhas humanas, acesso, recursos e necessidades; não é uma lei biológica aplicada às máquinas.

Depois de tudo isso, onde entra a saúde? A saúde se baseia em tecnologia. Desde que começamos a usar medicamentos, isso já era um avanço tecnológico. Foi a descoberta de que uma planta específica curava uma determinada doença. A partir daí, passamos a extrair seus princípios ativos para otimizar os efeitos. Com isso, melhoramos, ficamos mais saudáveis e aumentamos nossa longevidade. O que era o tratamento para diabetes há duzentos anos? Uma sentença de morte. Hoje, graças ao uso de novas tecnologias, há tratamento, e a pessoa pode viver uma vida plena.

Mas devemos adotar toda e qualquer tecnologia que surgir? É aqui que nós, profissionais da saúde, entramos. Temos que estudar a tecnologia, avaliar sua relevância e entender seu lugar. No meu projeto, por exemplo, o desafio era entender o que são os podcasts. Onde eles habitam? O que fazem? São realmente utilizados hoje em dia?

Fui atrás de respostas sobre os podcasts. Será que esse formato poderia ajudar a compartilhar informações de saúde com a comunidade? Sou médico da saúde da família e queria entender se as pessoas teriam acesso, interesse e condições de ouvir esse conteúdo.

Meu trabalho busca investigar esse acesso e essa escuta. O padrão de consumo de informação está mudando. Tenho uma paciente de 78 anos que usa o computador mais do que eu — e eu uso muito. As pessoas estão utilizando a tecnologia. O próximo passo foi ver se isso teria um impacto real na vida delas, criando fontes confiáveis de informação.

E foi o que fizemos. Criamos, apresentamos, e os pacientes começaram a usar, se interessaram e hoje já pedem temas. “Doutor, eu queria saber um pouco mais sobre isso. Será que podemos conversar?”. O último tema que abordamos foi a vacinação. Falamos sobre o medo das vacinas, seus benefícios e os mitos. Convidei outra médica, e tivemos uma conversa que a população ouviu, aceitou e entendeu. Foi um diálogo rápido e agradável.

Então, volto à questão inicial: podemos usar a tecnologia? Sim. Como podemos usá-la para melhorar a vida das pessoas ao nosso redor? Esse é o desafio.

Era isso que eu queria passar para vocês. Não precisamos ter medo da tecnologia, mas precisamos ter cuidado. Para encerrar, gostaria de citar uma frase de um livro de que gosto muito. Ninguém quer passar por um momento difícil; todos prefeririam estar calmos e tranquilos em casa. No entanto, quando nos encontramos em meio à dificuldade, o que nos resta é saber o que fazer com o tempo que nos é dado.

Obrigado pelo tempo de vocês.



Para continuar a conversa

As perguntas abaixo podem orientar uma leitura individual, uma roda de conversa ou uma atividade de formação. Escolha um capítulo e volte a ele depois da discussão: é possível que uma mesma cena revele novos sentidos.

O encontro que permanece

Qual encontro mudou sua forma de cuidar ou ensinar? Descreva uma cena concreta: quem estava presente, o que foi dito e o que mudou depois.

O ponto de vista do outro

Como a história seria contada pelo paciente, pelo familiar ou pelo estudante? O que essa mudança de perspectiva faz você perceber?

A tecnologia e a necessidade

Que necessidade levou à criação da ferramenta apresentada? Como saber se ela ajuda as pessoas a quem se destina?

Da experiência à prática

Que atitude você pode experimentar em seu próximo atendimento ou encontro com estudantes? Como poderá avaliar o que aconteceu?

Sua própria narrativa

Escreva uma página sobre uma experiência de aprendizagem. Apresente a situação, a dificuldade e o que você passou a compreender. Ao compartilhar, preserve a privacidade das pessoas envolvidas.

Fontes de apoio à leitura

Estas fontes apoiam os esclarecimentos incorporados à edição sobre formação médica, memória, saúde e dispositivos de alerta. As pesquisas e os produtos próprios dos autores são apresentados em seus respectivos relatos.

Prevenção da demência

UCL. Nearly half of dementia cases could be prevented or delayed by tackling 14 risk factors. 2024.

<https://www.ucl.ac.uk/news/2024/jul/nearly-half-dementia-cases-could-be-prevented-or-delayed-tackling-14-risk-factors>

Memória e acesso à informação

SPARROW, B.; LIU, J.; WEGNER, D. M. Google effects on memory: cognitive consequences of having information at our fingertips. *Science*, v. 333, n. 6043, p. 776–778, 2011.

<https://doi.org/10.1126/science.1207745>

Formação médica

INEP. Enamed.

<https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/enamed>

Observação de procedimentos

ISCP. Direct Observation of Procedural Skills (DOPS).

https://www.iscp.ac.uk/curriculum/surgical/assessment_dops.aspx

Glaucoma

NATIONAL EYE INSTITUTE. Glaucoma.

<https://www.nei.nih.gov/eye-health-information/eye-conditions-and-diseases/glaucoma>

Detecção de quedas

APPLE. Use Fall Detection with Apple Watch.

<https://support.apple.com/en-us/108896>

Sobre os autores

Alberto Hil Furtado Junior

Médico, com vínculo acadêmico/assistencial no Hospital Universitário Walter Cantídio UFC, em Fortaleza. Participa de atividades relacionadas à Clínica Médica, Medicina Intensiva, Saúde Digital e à Educação Médica.

ID Lattes: 8564670603926626

ORCID: 0009-0008-7346-3125

Alessandra Lima Veras de Menezes Cavalcante Girão

Médica Endocrinologista Pediátrica, autora de trabalho relacionado ao desenvolvimento puberal e à construção de tecnologias educacionais. Atuação no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão.

Lattes: 7530194925783690

ORCID: 0009-0005-5073-4496

Alison Wilian de Souza Pereira

Médico formado pela UFRN, com residência médica em psiquiatria pelo HUWC-UFC, mestrando no programa MESTED, da Unichristus (Fortaleza-CE), preceptor da faculdade FACENE-RN, atuando no CAPS geral de São Miguel-RN, bem como no CAPS-AD de Limoeiro do Norte-CE.

ID Lattes: 7109002631551622

ORCID: 0000-0001-7427-2947

Átila Pereira Alencar

Médico Geriatra, professor da Universidade Christus (UNICHRISTUS), com trabalho acadêmico relacionado à formação docente e ao desenvolvimento de tecnologias educacionais.

ID Lattes: 9748978379337019

ORCID: 0000-0003-1377-9810

Danilo Santos Guerreiro

Pneumologista pediátrico. Graduado pelo Centro Universitário Unichristus. Residência Médica em Pediatria pelo Hospital Geral de Fortaleza. Residência Médica em Pneumologia Pediátrica pelo Hospital Infantil Albert Sabin. Mestrado profissional MESTED/Unichristus.

ID Lattes: 1301878646119515

ORCID: 0000-0001-8432-9193

Deborah Pedrosa Moreira

Enfermeira, mestre e doutora em Saúde Coletiva. Possui especializações em Docência no Ensino Digital e Educação a Distância. Professora e coordenadora-geral do curso de Enfermagem da UNICHRISTUS, com atuação em saúde coletiva, formação profissional e tecnologias educacionais.

ID Lattes: 7652842018944459

ORCID: 0000-0003-4313-2479

Denise Geovana Bezerra de Amorim

Docente da Faculdade de Educação da Ibiapaba (FAEDI). Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Mestranda em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais pela Universidade Christus. Pós-graduada em Psicopedagogia pela FAVENI e em Cuidados Clínicos em Saúde Mental pelo Centro Universitário Christus.

ID Lattes: 4571144133941333

ORCID: 0009-0007-3270-4802

Francisca Andrinny Vasconcelos Quariguasi Alves

Pediatra e docente, cursando mestrado em Educação em saúde e tecnologias educacionais (MESTED Universidade Christus), com atividade acadêmica relacionada a desenvolvimento infantil, metodologias ativas e formação de médicos.

ID lattes: 9628376271703791

ORCID: 0009-0004-3026-0281

Henrique Pires Moreira

Médico e pesquisador, com produção científica principalmente na área de medicina intensiva. Professor de tutoria do quarto semestre do curso de Medicina do Centro Universitário Christus, com a metodologia Problem-Based Learning, desde agosto de 2024.

ID Lattes: 8279139781150735

Ingrid Cavalcante Sarquis

Médica formada pelo Centro Universitário Christus, com Residência em Oftalmologia pela Fundação Leiria de Andrade, no Ceará. Possui título de especialista pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, pós-graduação em Medicina do Tráfego e fellowship em Catarata, pela Fundação Leiria de Andrade. Mestrado Profissional Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais, pelo Centro Universitário Christus (MESTED).

ID Lattes: 5065330969864989

ORCID: 0000-0003-3495-6433

Jamille Vasconcelos Lundgren

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Especializada em Clínica Médica e Medicina Intensiva. Mestranda do MESTED pela Universidade Unichristus.

ID Lattes: 2216065956753809

José Maria Santiago da Silva Júnior

Médico psiquiatra, professor da Universidade Christus (UNICHRISTUS). Orientador da Liga de Atenção em Saúde Mental (LASM) da Universidade Christus. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Instituto Cognitivo. Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais pela Universidade Christus

ID Lattes: 7811793194213093

ORCID: 0009-0004-4599-5125

Kézia de Oliveira Sombra

Mestrado profissional em Ciências na Saúde e Tecnologias Educacionais, pelo Centro Universitário Christus, em andamento. Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Endoscopia Ginecológica e Ginecologia Minimamente Invasiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP. Residência em Ginecologia e Obstetrícia na Maternidade Escola Assis Chateaubriand pela Universidade Federal do Ceará. Professora de Ginecologia e Obstetrícia da graduação de medicina no Centro Universitário Christus.

ID Lattes: 9128007575391548

Lara Sales Biermann

Médica com atuação acadêmica relacionada à Dermatologia, ao raciocínio clínico e à formação docente no ensino médico.

ID Lattes: 8187151157901529

ORCID: 0009-0009-8075-4235

Larissa de Oliveira Farias Milanez

Enfermeira Obstetra, especialista em saúde da família, com atuação na Atenção Básica, aluna do Mestrado em Saúde e Tecnologias Educacionais (MESTED Universidade Christus), Coordenadora Adjunta e Docente no Curso Superior de Tecnologia em Radiologia da Unichristus.

ID Lattes: 0276879345669422

ORCID: 0009-0003-9096-2851

Lennon Soares Mesquita Cavalcante de Vasconcelos

Graduação em Medicina pela Universidade de Fortaleza (2015). Médico intensivista - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e médico intensivista do Instituto Dr. José Frota. Mestre pelo Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais (MESTED). Doutorado em andamento em Ciências Médicas na Universidade Federal do Ceará

ID Lattes: 6550128043337951

ORCID: 0000-0002-0512-1093

Livia Azevedo

Médica especialista em clínica médica, com atividade acadêmica relacionada à tutoria e à Aprendizagem Baseada em Problemas no ensino médico.

ID Lattes: 4239088400722508

ORCID: 0000-0002-3545-4323

Mara Juliane Silva Jovino

Profissional da área da saúde e integrante do Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais, com trabalho relacionado à formação docente e à construção de projetos de pesquisa. Possui graduação em psicologia pela Universidade de Fortaleza e em Medicina pela Universidade Potiguar. Especialização em Clínica Médica e Reumatologia.

ID Lattes: 7594303110626911

Maria Júlia Rodrigues Teixeira de Araújo

Profissional da área da saúde, com atividade acadêmica relacionada à Atenção Primária à Saúde e ao conhecimento dos profissionais sobre sinais de alerta em Colestase Neonatal na infância.

ID Lattes: 3829506674111700

ORCID: 0009-0009-4410-3611

Marina Catunda Pinheiro Jucá

Médica infectologista pelo Hospital São José de Doenças Infecciosas, com atuação acadêmica relacionada ao atendimento ambulatorial de pessoas vivendo com HIV e ao uso de tecnologias educacionais no ensino de Infectologia.

ID Lattes: 5680068031460182

ORCID: 0000-0001-8110-4968

Melissa Soares Medeiros

Médica infectologista, graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e doutora em Farmacologia pela UFC. Professora da Faculdade de Medicina da UNICHRISTUS e do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais (MESTED). Coordenadora da Telessaúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

ID Lattes: 7680201310065966

ORCID: 0000-0002-5881-1485

Murilo Brasil de Carvalho Rocha

Possui graduação em Engenharia Civil pela Universidade Federal do Ceará (2008). Atualmente atua na direção administrativa do Centro Universitário Christus. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Administração Educacional. Mestrando da Unichristus com atividade acadêmica relacionada à avaliação clínica, OSCE e desenvolvimento de ferramentas de inteligência artificial generativa multimodal.

ID Lattes: 2975762878975116

Nathalia Franco Cavalcanti Andraous

Mestranda em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais pela UniChristus, 2025. Médica Coloproctologista pelo Hospital Walter Cantídio -UFC/CE. Pós-graduada em Saúde Pública e Administração Hospitalar pela FATENE.

ID Lattes: 0369528756855328

ORCID: 0000-0003-3509-1670

Rayh Freitas Ferreira

Médico anesthesiologista, com atividade acadêmica relacionada ao desenvolvimento de metodologias ativas e de um escape room educacional para estudantes do internato médico.

ID Lattes: 8969348090395560

ORCID: 0009-0000-2391-4751

Regia Cristina Batista Lopes

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor) no ano de 1995 e Direito pela Universidade de Fortaleza (2011). Atualmente é servidora pública do Hospital Municipal João Elísio de Holanda em Maracanaú no setor: Emergência e clínica médica desde junho de 2008 até os dias atuais. É servidora pública na prefeitura municipal de Fortaleza na UAPS Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati. Mestrado Profissional MESTED da Unichristus.

ID Lattes: 4998114810096468

Renata Guedes Vidal Santos

Médica da área de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, com atuação acadêmica relacionada ao ensino da ultrassonografia transvaginal, metodologias ativas e preceptoria médica.

ID Lattes: 9854469650697156

ORCID: 0009-0004-1564-1852

Theo Marcilio Pompeu

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Christus, 2017, Fortaleza, Brasil. Médico emergencista e Médico da Família. Mestre pelo Mestrado Profissional MESTED (Unichristus)

ID Lattes: 4359841760872497

ORCID: 0000-0001-6558-1465

Vanessa Rolim Bessa Iepsen

Médica dermatologista, com produção científica relacionada às dermatoses pediátricas e atividade acadêmica em formação docente e ensino em saúde.

ID Lattes: 6145531768604215

ORCID: 0000-0001-8713-3129

Colofão

MESTED Talks foi composto em Nimbus Roman para os textos e Nimbus Sans para os títulos e elementos de navegação. As fotografias e ilustrações acompanham a sequência dos relatos, preservando a relação entre as apresentações e sua versão escrita.

Esta edição reúne 26 capítulos, uma abertura das organizadoras e as minibiografias dos autores. Fortaleza, 2026.

